GAZETTE MÉDICALE

DE PARIS.

Deuxième série.

TOME QUATRIEME. — ANNÉE 1836.

Imprimerie d'ÉVERAT et Comp., rue du Cadran, n. 16.

TABLE ALPHABÉTIQUE

DES MATIÈRES CONTENUES DANS LE TOME QUATRIÈME

DE LA DEUXIÈME SÉRIE DE LA GAZETTE MÉDICALE DE PARIS,

POUR L'ANNÉE 1836.

A

B

C

D

E

F

G

H

I

J

K

L

M

R

S

T

U

V

X

Z

N° 1. (TOME IV. — 1836.) SAMEDI 2 JANVIER 1836.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La Gazette médicale de Paris (*Gazette de santé* et *Clinique des hôpitaux* réunies) paraît tous les samedis de chaque semaine; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et équivaut à 6 feuilles in-8°. Le prix de l'abonnement est pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour trois mois. Pour l'Étranger 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, *rue Poissonnière*, n° 5, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

AVIS A MM. LES SOUSCRIPTEURS.

La table des matières pour 1835 est sous presse en ce moment, elle sera envoyée à tous les abonnés dans le courant de mois.

SOMMAIRE.

PATHOLOGIE DU CERVEAU.

MÉMOIRE SUR LES FAUSSES MEMBRANES DE L'ARACHNOÏDE CÉRÉBRALE, d'après des observations recueillies dans la division des aliénés de l'hospice de Bicêtre (service de M. Ferrus); par F. Lélut.

Le nombre des observations que j'ai recueillies sur ce sujet aurait été beaucoup trop considérable pour les reproduire toutes dans ce mémoire; j'ai donc dû me borner à retracer les plus importantes, en prenant soin même, pour plus de brièveté, de retrancher tous les détails d'autopsie qui n'étaient point relatifs aux altérations du système nerveux.

PREMIÈRE PARTIE. — Observations.

CHORÉE CHRONIQUE, MÉNINGITE AIGUE AVEC FAUSSE MEMBRANE FIBRINO-ALBUMINEUSE DANS LA CAVITÉ DE L'ARACHNOÏDE CÉRÉBRALE.

Obs. I. — Le nommé Dubocq, âgé de 48 ans, profession de jardinier, fut admis dans la division des aliénés le 25 août 1824, et placé dans la section des aliénés incurables le 4 juin 1825.

Sa raison était très-faible, très-excitable, son irascibilité très-grande. La parole était fort difficile et presque incompréhensible. Il était surtout atteint d'une chorée extrêmement intense, et qui datait de plusieurs années; les mouvemens convulsifs étaient continuels, tout-à-fait irréguliers, et avaient lieu dans toutes les parties du corps. La tête tournait continuellement sur les épaules. Dubocq portait avec beaucoup de difficulté les alimens à sa bouche, et je l'ai vu mettre plus d'une demi-heure à recevoir d'une borne-fontaine un ou deux verres d'eau. Toujours un nouveau mouvement convulsif le faisait jeter ce que contenait le vase qu'il avait à la main.

Dubocq, malgré sa chorée, tenta une fois d'escalader, pour se sauver, une muraille assez élevée; il se laissa tomber dans cette tentative, et il en résulta une plaie avec ecchymose très-considérable à chaque jambe.

Feuilleton.

CONSIDÉRATIONS SUR L'ÉTAT DU SERVICE DE SANTÉ DE L'ARMÉE, par Charles Shrimpton, D.-M., chirurgien aide-major au 11e léger.

Le service de santé dans l'armée demande des améliorations. L'état fait tant de sacrifices tous les ans pour ce service important, qu'il a été et qu'il est l'objet de toute notre sollicitude. Des conférences longues avec nos confrères nous ont démontré jusqu'à l'évidence qu'il faut une refonte générale du système de médecine de l'armée, afin que les secours soient administrés avec autant de zèle et de promptitude que dans les autres classes de la société; pour cela il faut donner aux officiers de santé militaires l'importance qui leur convient, les entourer de cette considération qui fait leur force, considération tant affaiblie par l'abandon dans lequel on les laisse végéter; leur assurer une carrière ressortant naturellement des études auxquelles ils ont dû se livrer; les obliger à les continuer, leur fournir les occasions de faire usage de la science et de l'expérience qu'ils ont acquises. Voilà le but moral que nos réflexions nous ont fait envisager. Il est un autre point que nous n'avons pas négligé, c'est le poids énorme qu'impose au budget le service de santé. Il nous a paru que tout en atteignant le premier but, le deuxième était susceptible d'obtenir une grande diminution; c'est donc à ces deux buts que tendent tous nos efforts. Ces idées trouveront sans doute beaucoup d'opposition puisqu'il s'agit de régénérer tout le corps des officiers de santé, bien qu'en ménageant les intérêts dont une longue habitude a consacré le droit.

L'avancement des officiers de santé, basé sur l'ancienneté, ne convient nullement à ce corps; il faut un stimulant à la science. Si vous limitez le temps pour arriver à l'avancement, l'homme né studieux s'abandonne; il néglige les connaissances qu'il a acquises, bien loin d'en acquérir de nouvelles. Douze ou quatorze! ans pour arriver à une position un peu passable; mais c'est la vie d'un homme, Il faut donc toujours un point de mire qui serve d'échelon pour arriver plus haut. Dans le système actuel d'avancement, celui qui travaille n'a pas plus d'avantage que celui qui ne fait rien, parce qu'il faut que son temps s'accomplisse avant tout.

Le passage des officiers de santé de l'armée dans les hôpitaux *et vice versâ*, considéré comme avancement, n'est qu'une transition d'une vie un peu active à une autre plus sédentaire; pour la science il n'est d'aucun avantage.

Le 4 juillet 1827, Dubocq, qui n'était pas, à proprement parler, aliéné, fut placé provisoirement dans une des divisions d'indigens de l'hospice; il y resta deux ans.

Le 12 octobre 1829, on le ramena dans la division des aliénés dans l'état suivant: les mouvemens convulsifs sont très-forts; il faut fixer le malade sur son lit par le gilet de force; l'agitation est très-grande; le délire est général; la sensibilité très-diminuée; il y a état fébrile très-prononcé, surtout du côté de la tête. (Vingt-cinq sangsues derrière les oreilles; boissons delayantes; diète.)

Cet état de fièvre, de délire, de convulsions plus intenses, se continue les jours suivans.

Le 19 octobre, décubitus sur le dos; résolution des membres; froid de toute la peau qui est légèrement moite; paupières fermées; pas un seul mouvement convulsif; insensibilité complète. La peau de la face est marbrée de rouge et de jaune; le pouls est insensible aux artères des membres; les mouvemens du cœur sont faibles et rapides. Le côté gauche de la poitrine est sensiblement plus mat que le côté droit, antérieurement et postérieurement. La respiration est précipitée, mais pas stercoreuse. Pas de toux, pas d'expectoration. Les parois de l'abdomen sont contractées, mais le ventre n'est pas sensible à la pression. Pas d'évacuations alvines.

(Sinapismes aux genoux; vésicatoires aux cuisses; potion avec l'éther sulfurique; lavement de camphre et d'as-a-fœtida.)

Mort à une heure de l'après-midi.

NÉCROPSIE LE 20, A 2 HEURES.

Système nerveux. Quatre à cinq onces de sérosité dans la cavité de l'arachnoïde et dans les ventricules latéraux. Beaucoup de ce liquide dans les mailles de la pie-mère.

Sur la convexité des hémisphères cérébraux existe une fausse membrane d'apparence séreuse, sans organisation apparente, située dans la cavité de l'arachnoïde et sur son feuillet externe. Le feuillet interne de cette dernière membrane n'est presque pas épaissi. Injection médiocre des membranes, qui ne sont pas adhérentes au cerveau et s'enlèvent avec une très-grande facilité.

Cerveau très-ferme, dur, résistant, criant presque sous le scalpel; circonvolutions antérieures et postérieures surtout très-ratatinées; substance grise extrêmement pâle et exsangue; la blanche est très injectée, sablée, et marbrée de rouge.

Trois ou quatre petits points, gros comme une pointe d'épingle, sur les éminences quadrijumelles antérieures. Ces points sont d'un blanc mat, discrets, assez adhérens; je les crois pseudo membraneux. Ces quatre éminences sont du reste très-saines.

Cervelet très ferme, même à sa surface.

Moelle allongée, moelle épinière très-fermes. Partout la substance grise est pâle et exsangue.

DÉMENCE ET PARALYSIE GÉNÉRALE AVEC FAUSSE MEMBRANE FIBRINO-ALBUMINEUSE ET NON ORGANISÉE, DANS LA CAVITÉ DE L'ARACHNOÏDE CÉRÉBRALE.

OBS. II. — Kéravalle, âgé de 41 ans, ouvrier bottier, fut admis dans la division des aliénés le 12 mai 1826.

C'était un ouvrier fort laborieux, père d'une nombreuse famille, gagnant à peine de quoi la soutenir, et s'imposant même pour elle de grandes privations. Le chagrin continuel que cela lui occasionnait, et, à ce qu'il paraît, la mauvaise conduite de sa femme, ont fini par lui altérer la raison.

A son arrivée, son délire était très-bruyant, et n'avait pas d'objet bien caractérisé; cependant le nom de sa femme y entrait quelquefois, et jamais en bien. On fut obligé de le maintenir par la camisole, non qu'il fût violent, mais pour l'empêcher de courir nu. Il fut pris d'une diarrhée abondante qui le mit dans un grand état de dépérissement, et d'un érythème du pied gauche dû à l'action du soleil, auquel il allait s'exposer dès qu'il avait un instant de liberté.

Depuis le commencement du mois d'août son état s'est amélioré; la diarrhée a cessé; les plaies du pied, qu'il exaspérait continuellement soit en marchant, soit en enlevant ses linges à pansement, sont en partie cicatrisées. Il est moins bruyant, mais la raison ne lui est guère revenue.

Le 20 août, il va beaucoup mieux; il n'est plus ni bruyant, ni mutin; on n'est plus obligé de le maintenir par la camisole.

Décembre. Depuis quatre mois son état mental ne s'est nullement amélioré; ses idées sont sans aucune suite. M. Ferrus essaie sans succès des dérivations sur le canal intestinal par des pilules purgatives, sur la peau par des vésicatoires.

Le 4 janvier 1827, cautérisation à la nuque avec le cautère ammoniacal. Le malade voit avec joie ou au moins avec indifférence les apprêts de cette opération. La cautérisation a lieu à deux reprises; quand elle est faite, il me serre la main pour me remercier.

Le 5 janvier, il me renouvelle ses serremens de mains, et ne se plaint d'aucune douleur au cou. Un peu d'exaltation dans la physionomie.

Le 6 janvier, même état d'agitation, de désordre, de bruit, qui se continue les jours suivans, malgré la suppuration abondante que commence à donner la cautérisation du cou. Souvent Kéravalle reste couché, ou bien il se lève et reste nu dans sa loge. Pendant tout le mois de janvier et celui de février, il n'y a aucune amélioration; au contraire, l'agitation devient quelquefois de la violence.

Vers le mois de mars il se fait un peu de mieux, et l'on conçoit quelque espérance. La sensibilité morale se réveille, et Kéravalle parle de sa femme en pleurant tout en se plaignant d'elle. Il se lève, se promène, mange de bon appétit, reste vêtu, est moins sale, parle avec quelque suite, quoique d'une manière encore bien singulière.

Cet état, après avoir éprouvé pendant les mois d'avril et de mai quelques alternatives de mieux et de pire, ne se soutient pas. Vers le mois d'août Kéravalle redevient sale et bruyant; il marche ployé en avant, ramassant toutes sortes d'ordures qu'il dit vouloir vendre. L'attention est de plus en plus diminuée; la physionomie de plus en plus étrange et hébétée.

Cet état ne faisant qu'empirer, Kéravalle est placé dans la section des aliénés incurables, le 20 octobre 1827. Voici quel y a été son état.

Les sensations sont moins vives qu'à l'ordinaire, oule cerveau les met en œuvre avec moins d'activité. Ainsi, la plupart du temps, Kéravalle prend peu de part à ce qui se fait autour de lui, et sa physionomie exprime bien cet état d'indifférence. Il va, vient sans motif apparent; il marche légèrement courbé, recoCillant toutes sortes d'ordures et surtout des chiffons, de petits morceaux de bois; sa marche ne me semble pas notablement lente; les jambes ne tremblent pas, et encore bien moins les membres thoraciques. Il y a quelquefois un peu de lenteur, de difficulté dans l'articulation de certains mots ou de certaines syllabes. Il est impossible d'entrer en conversation avec Kéravalle; ce n'est pas qu'il ne réponde parfois juste à quelques questions, mais le plus souvent il n'y répond pas ou y répond de travers. Ordinairement il parle seul, prononce quelques mots, quelques lambeaux de phrase sans suite, qu'il termine en élevant fortement et brusquement la voix, de manière à imiter un peu le grognement d'un cochon. Quelquefois il crie ainsi pendant long-temps. Je l'ai entendu à différentes reprises, plusieurs nuits de suite, parler ou crier toute la nuit, et j'ai la certitude que ces nuits-là il n'a pas dormi un seul instant.

J'ai vu de temps en temps Kéravalle présenter un état d'exacerbation très-notable; sa face était d'un rouge pourpre; ses jugulaires se gonflaient; il s'agitait, devenait injurieux, querelleur, violent; il frappait, et l'on était obligé de le maintenir par le gilet de force.

Vers la fin de 1828, Kéravalle, chez qui jusque-là les excrétions s'étaient faites naturellement, commença à ne plus les retenir, et l'on fut obligé de le vêtir d'une robe de toile. La faiblesse, la lenteur des mouvemens augmentèrent, sans que pourtant il y eût précisément un commencement de paralysie générale. Jamais la moindre idée ambitieuse ne se montra à travers toutes les idées incohérentes qui se succédaient dans le délire de Kéravalle.

Le 17 mai 1829, Kéravalle est amené à l'infirmerie de la division. Le dos de la main est érythémateux par suite d'une insolation prolongée. On diagnostique en outre une phlegmasie de la membrane muqueuse digestive, et spécialement de celle du gros intestin. La démence n'est pas telle que Kéravalle n'apprécie un peu son état, n'en rende compte et ne réponde à quelques questions.

Les mains ne tardent pas à guérir, et l'amélioration générale est assez grande pour que Kéravalle sorte de l'infirmerie le 11 juin.

Il y rentre le 18 du même mois. Le dévoiement est considérable et continuel; les traits de la face sont altérés; il y a de la toux. Kéravalle se plaint d'une violente douleur dans la région frontale.

A quoi sert cette classification de médecins, chirurgiens et pharmaciens, lorsque tous doivent avoir acquis les connaissances nécessaires à toute la profession? Pour être chirurgien, il faut être médecin et pharmacien; sans être médecin on ne peut être chirurgien. Il faut autant qu'un médecin sache préparer les ordonnances qu'un chirurgien connaisse les parties sur lesquelles il doit opérer. Les pharmaciens pourraient se passer de la médecine et de la chirurgie, mais, dans l'état militaire, les chirurgiens-médecins pourraient être pharmaciens, et présider aux préparations; ce serait un moyen de mettre à profit les connaissances qu'ils ont été dans l'obligation d'acquérir pour obtenir le diplôme de docteur, et les agrandir par la pratique, en se familiarisant avec la thérapeutique à laquelle ils restent entièrement étrangers. La réunion d'une seule classe d'officiers de santé militaires se fait encore plus sentir quand on considère que partout où un médecin, un chirurgien et un pharmacien se trouvent réunis, il n'y a aucun accord entre eux; ils sont jaloux l'un de l'autre, ne se communiquent point leurs avis; aussi le service ne marche-t-il que par l'intermédiaire de l'administration.

Les hôpitaux militaires, dans leur organisation actuelle, ne sont pas ce qu'ils pourraient être; ils sont pour l'état une charge énorme, et les résultats qu'on en obtient sont loin d'être aussi avantageux que ceux qu'on obtiendrait par un autre mode d'établissement.

Dans l'état militaire, tout est aussitôt fait qu'ordonné; le service de santé seul, celui qui intéresse le plus, est celui qui éprouve le plus de retard. Un homme tombe-t-il malade, l'officier de santé le voit le matin, signe son billet d'hôpital; il est midi avant qu'on puisse remplir toutes les formalités nécessaires pour son départ; ou l'hôpital est éloigné, il faut l'y transporter, et il ne peut se mettre en route que le lendemain, puis il est conduit sur une charrette découverte, exposé à toutes les intempéries des saisons; il est encore bien heureux quand il n'est pas obligé d'attendre un compagnon de route. Il arrive à l'hôpital le soir; l'officier de santé de garde ne peut lui faire aucune prescription. Ainsi ce n'est que le *troisième jour* qu'il sera visité par le médecin! Le voilà transporté au milieu de personnes qu'il ne connaît pas, éloigné de toutes les affections de corps qui lui tenaient lieu de toutes celles de famille; la démoralisation arrive et la maladie augmente. Que font les officiers de santé des hôpitaux pendant ce temps? ils ne connaissent pas le malade, ne lui font qu'une courte visite tous les matins; tout le reste de la journée les infirmiers seuls visitent les salles pour leur service. Jamais une affection, jamais une consolation, et toujours l'isolement. Quels sont donc les devoirs des officiers de santé des hôpitaux? Une seule visite par jour! Ils n'ont envers les corps aucune responsabilité; si le malade guérit, tant mieux; s'il meurt, personne n'a le droit de leur en demander compte; enfin, ils sont dans leurs hôpitaux à l'abri de toute investigation; s'occupant plus de se former une clientelle dans la ville que du bien-être des soldats qu'ils sont appelés à soigner.

On dira que dans les hôpitaux d'instruction on forme des élèves pour le service; ce serait vrai, si les cours qu'y sont professés étaient en rapport avec les connaissances exigées pour arriver au doctorat, et si, parvenus à ce but, les élèves restaient au service; mais aussitôt qu'ils ont profité des avantages de solde et de ceux que leur donne leur position militaire pour obtenir leurs inscriptions, ils donnent leur démission, et trouvent toujours, en s'établissant, plus d'avantage et plus de considération qu'ils n'en auraient obtenu en restant au service.

Les officiers de santé de corps n'ont pas plus de responsabilité que ceux des

Ces symptômes persistent et s'aggravent, et la mort a lieu le 28 juin, à quatre heures du soir, cinq jours après l'entrée du malade à l'infirmerie.

NÉCROPSIE LE 25, A 9 HEURES.

Le temps a été très-chaud et très orageux la veille.

Système nerveux. Le cerveau ne remplit pas d'une manière très-exacte la cavité de la dure-mère : celle de l'arachnoïde contient au plus 2 à 3 onces de sérosité légèrement roussâtre. Chaque ventricule latéral en renferme 2 à 3 gros. Il s'en écoule une ou 2 onces de la cavité du rachis. Les mailles de la pie-mère en contiennent une quantité considérable sur la face convexe des hémisphères cérébraux.

La cavité de l'arachnoïde renferme une fausse membrane qui s'étend seulement sur la convexité et la pointe des deux lobes antérieurs. Cette fausse membrane, de l'épaisseur du feuillet cérébral de l'arachnoïde, est blanche, molle, transparente, sans aucune trace d'organisation. Je ne vois pas qu'elle adhère d'une manière notable à aucun point de la face interne de l'arachnoïde.

Les deux feuillets de cette dernière membrane sont adhérens l'un à l'autre le long de la grande faulx cérébrale, sur des granulations du feuillet interne. A cet endroit, ce dernier feuillet est épaissi, opaque; ses gros troncs veineux, ceux surtout qui sont voisins de la faulx, sont gorgés de sang. En général ce feuillet me semble plus résistant qu'il ne l'est ordinairement. La pie-mère est médiocrement injectée; cette membrane adhère d'une manière intime à presque toutes les circonvolutions de la convexité des lobes moyens et antérieurs, à la pointe des lobes moyens, et à presque toutes les circonvolutions de la partie inférieure des lobes antérieurs. Elle n'adhère qu'à quelques circonvolutions de la face supérieure des lobes postérieurs. Avec elle s'élèvent en cet endroit des pellicules fort minces de substance corticale d'un blanc jaunâtre, sans cohésion, ayant sous ce rapport beaucoup d'analogie avec la pulpe du fruit cuit.

La partie crânienne de l'encéphale est généralement fort molle dans toutes ses parties; mais cette mollesse est beaucoup plus marquée dans les parties blanches centrales telles que les pédoncules cérébraux, le corps calleux, la voûte à trois piliers, le *septum*, la bandelette des cornes d'Ammon, la surface des couches optiques et de toutes les parois des ventricules latéraux. En ces divers points la substance blanche est comme diffluente, et la chute d'un léger filet d'eau la déchire et la rend floconneuse.

Aux endroits où la substance grise extérieure est restée intacte, sa teinte est en général d'un jaune pâle comme dans la majorité des cas, si ce n'est pourtant à la pointe des lobes moyens, et à quelques circonvolutions de la moitié antérieure de la convexité des hémisphères cérébraux et de la base des lobes antérieurs, où elle est rose et offre de petits groupes de très-petits points d'un rouge plus foncé aux endroits où avaient lieu les adhérences; la surface de la substance grise est granulée et a moins de cohésion qu'ailleurs. Quand on incise la substance corticale et qu'on examine toute son épaisseur, on voit pourtant qu'elle est plus rose, plus injectée surtout dans sa couche profonde que dans la majorité des cas. Cette injection, cette rougeur se retrouvent, et à un bien plus haut degré, à la partie inférieure et antérieure des corps striés, dans la substance grise de la protubérance annulaire, et surtout dans celle des pédoncules cérébraux. Dans chacun de ces derniers organes, on rencontre des agglomérations de points rouges qui ne sont qu'une infiltration de sang dans leur substance.

DÉMENCE ET PARALYSIE GÉNÉRALE AVEC FAUSSE MEMBRANE FIBRINO-ALBUMINEUSE ET NON ORGANISÉE, DANS LA CAVITÉ DE L'ARACHNOÏDE CÉRÉBRALE.

OBS. III. — Chantrelle, âgé de 39 ans, marchand de sangsues, fut admis dans la division des aliénés, le 8 avril 1829.

Constitution assez forte; teint brun; caractère original; jugement naturellement mauvais.

Bonne éducation.

Epistaxis très-fréquent dans l'enfance, à cet âge encore, coqueluche très-violente. Dans un âge plus avancé, pas de maladies vénériennes.

D'abord état d'aisance. En 1823, pertes d'argent considérables. A cette époque, déjà léger dérangement d'esprit.

Le 14 janvier 1829, Chantrelle qui, depuis plusieurs mois, recommençait à donner des signes d'aliénation mentale, est mis à Sainte-Pélagie, pour une lettre de change de deux cents francs qu'il ne peut pas acquitter. Voici comment un journal du temps parle de son état dans cette prison.

« Le nom de sa femme, celui de son créancier, se présentaient à chaque instant dans ses plaintes. Dans ses accès, il se disait l'inventeur d'un ballon qui allait éclairer l'Europe sur les vrais intérêts des prisonniers. Toutes ses divagations avaient rapport à la contrainte par corps. Errant librement dans les corridors, il promettait à chacun une prompte liberté : il montrait des papiers timbrés, qu'il regardait comme valeurs ayant cours, et en les distribuant à ses compagnons d'infortune, il leur disait : c'est le roi, c'est monseigneur le duc d'Angoulême, monseigneur le duc Decazes, qui me chargent de payer vos dettes. Il offrait à tous ceux qu'il croyait délivrer une place dans son ballon, saluait les autres et s'éloignait en riant stupidement.

» Après le dernier accès de Chantrelle, sa séparation des autres prisonniers devenait indispensable. Toutes les démarches faites par M. le docteur Gaillard pour attendrir son créancier étant inutiles, le malheureux a été conduit à l'infirmerie qui est commune aux condamnés en police correctionnelle et aux prisonniers pour dettes. »

Chantrelle fut transféré de Sainte-Pélagie à Bicêtre dans l'état suivant.

Le 9 avril, état de manie des plus caractérisés; l'exercice des sens est entier; l'incohérence des idées est très-grande. Deux idées cependant reviennent plus souvent et dominent; la crainte de persécutions et la croyance en de grandes richesses, ou en des dignités fort élevées. Chantrelle demande des habits brodés en or, des voitures, etc. Il parle de ses opérations commerciales, de ses richesses, etc, distribue des places à ceux qui l'entourent. Il pleure, rit, chante, crie avec une facilité extrême, et la plupart du temps sans motifs appréciables. Son agitation est très-grande, il va, vient, veut sortir, demande sa liberté. La face est peu rouge; la chaleur du front peu élevée. Les conjonctives ne sont point injectées; il n'y a pas d'accélération sensible dans la circulation. Peut-être y a-t-il un léger embarras dans la parole; mais Chantrelle a l'air de grasseyer naturellement.

Cet état persiste et s'aggrave, malgré les bains, les évacuations sanguines, les évacuans; à mesure que croît son intensité, la face devient brune, les traits s'altèrent; elle s'injecte, ainsi que les conjonctives. Les paupières deviennent chassieuses; la langue rougit à ses bords et à sa pointe; les tégumens du cou et de la face s'injectent et rougissent fortement; les sensations s'émoussent et s'altèrent. Je ne doute pas qu'il n'y ait des hallucinations de l'ouïe et de la vue. Chantrelle regarde fixément le soleil, sans paraître souffrir. Ses idées ambitieuses persistent. Il croit, de plus en plus, à des persécutions dirigées contre lui. Il devient violent, emporté, furieux. Il faut le contenir par le gilet de force. Sa saleté est extrême; il déchire ses couchages; ses mouvemens sont brusques, rapides. Je n'aperçois pas de tremblement dans les membres; mais le grasseyement me semble augmenter, la difficulté dans l'articulation des sons devenir plus grande. L'afflux du sang vers la tête est de plus en plus considérable. Les globes oculaires sont brillans; les conjonctives injectées.

Le 10 juin, un érysipèle de la face se déclare. Il s'accompagne au bout de deux jours d'un gonflement de la parotide gauche. Des sangsues sont appliquées derrière l'apophyse mastoïde de ce côté. Chantrelle, toujours fortement agité, est maintenu par le gilet de force. La face est très-altérée; l'articulation des sons est lente et difficile. Le commencement de la paralysie générale est de plus en plus évident. Toux; expectoration; gêne de la respiration.

Du 15 au 17 juin, l'érysipèle diminue ainsi que le gonflement de la parotide gauche. La face s'altère de plus en plus. La parole devient de plus en plus difficile. Agitation toujours très-grande. Grincemens des dents.

Du 19 au 20, l'érysipèle et le gonflement parotidien ont tout-à-fait disparu.

Le 20, dans la matinée, somnolence, râle. Mort à une heure de l'après-midi.

NÉCROSCOPIE LE 21, A UNE HEURE.

Système nerveux. Le cerveau ne remplit pas à beaucoup près la cavité de l'arachnoïde, et avant de l'ouvrir, l'œil perçoit la fluctuation d'un liquide sous cette membrane; elle contient six à huit onces, au moins, de sérosité citrine transparente; chaque ventricule latéral en contient certainement plus d'une once. Il s'en écoule plusieurs onces par l'orifice crânien du canal vertébral.

---

hôpitaux. Leur travail de la journée est à peu près nul. Le matin, ils font leur visite qui consiste à aller voir dans les chambres les hommes qui seraient tombés malades la veille, encore les fait-on venir pour cela à l'infirmerie; ils y voient les galeux et les hommes affectés de maladies légères, leur font quelques prescriptions toujours bornées par l'exiguité des sommes allouées; ils signent les billets d'hôpital pour les hommes qui leur paraissent atteints d'une maladie un peu trop grave pour être traités à l'infirmerie; puis retournent chez eux, où ils sont obligés de rester, dans le cas où il surviendrait un accident. Ils assistent aux revues, aux exercices, au tir à la cible, aux promenades militaires. Ainsi leur temps est toujours occupé, mais leur présence est à peu près inutile. Ils ne jouissent d'aucune considération dans les corps, où on n'a nulle confiance en eux, parce que n'ayant aucune occasion de faire usage de leurs connaissances, ils passent pour ne rien savoir. Les officiers qui tombent malades préfèrent se faire soigner par un médecin civil plutôt que d'aller à l'hôpital ou de s'adresser aux chirurgiens du corps. Ce n'est pas que les officiers de santé soient dépourvus de mérite, mais ils sont à plaindre d'être soumis à un réglement qui n'encourage pas les talens, et ne tend à rien moins qu'à les faire déconsidérer de tout le monde.

Nous avons démontré les vices résultant de l'organisation actuelle du service de santé des corps et des hôpitaux, nous allons maintenant faire connaître les moyens qui, selon nous, seraient susceptibles d'appeler sur le corps des officiers de santé en général cette considération et cette garantie morale qui leur est nécessaire dans le service important dont ils sont chargés.

Nous avons déjà fait sentir la nécessité d'abolir la classification de médecins, chirurgiens et pharmaciens, et ce que nous en avons dit, appuyé de la raison, nous paraît suffisamment la démontrer; c'est pourquoi nous aborderons franchement la proposition d'un nouveau mode d'organisation et de hiérarchie pour y arriver.

Le service de santé, ainsi réduit à sa plus simple expression par l'amalgame des médecins, chirurgiens et pharmaciens, reçus docteurs, on établirait pour eux la hiérarchie suivante :

Dans les corps. Trois chirurgiens, égaux en grade, chargés du même service;

Dans les hôpitaux. Des chirurgiens, égaux en grade, en nombre proportionné aux malades, avec la même solde que ceux des corps; plus, un officier de santé principal qui, tout en dirigeant l'hôpital, surveillerait les infirmeries dans son arrondissement;

Dans les divisions militaires. Dans chacune des divisions militaires, un officier de santé inspecteur qui aurait la haute main sur tous les hôpitaux et toutes les infirmeries régimentaires de sa division, et qui inspecterait une fois tous les semestres chacun de ces établissemens; à cet officier de santé inspecteur serait adjoint un principal qui le remplacerait pendant ses tournées, pour répondre aux questions du conseil de santé, en recevoir les ordres, les transmettre; en un mot, faire marcher le service.

Conseil de santé. Les membres du conseil de santé, avec un officier principal qui leur servira de secrétaire, recevront les rapports de chacun des inspecteurs, transmettront les ordres relatifs au service, convoqueront les concours,

Les mailles de la pie mère, sur la convexité des hémisphères, en contiennent plusieurs grus.

La partie antérieure de la grande cavité de l'arachnoïde contient une fausse membrane qui met les deux feuillets en rapport, bien qu'elle soit presque libre sur l'un et sur l'autre : elle occupe et recouvre la convexité des deux lobes antérieurs, du droit surtout, les fosses orbitaires droite et gauche, et la fosse temporale droite. Cette fausse membrane est transparente, d'un blanc brillant : elle n'offre ni taches rouges, ni vaisseaux; elle est plus épaisse que le feuillet cérébral de l'arachnoïde à l'état normal. Son épaisseur est peu considérable à droite. Sa consistance est un peu moindre que celle du feuillet cérébral de l'arachnoïde dans l'état normal.

Le feuillet cérébral de l'arachnoïde me semble généralement plus épais, plus résistant, plus opaque que dans la majorité des cas. Il présente ces caractères spécialement à la base du crâne, derrière l'entrecroissement des nerfs optiques, sur la convexité des hémisphères cérébraux. Il adhère à lui-même en plusieurs points, et notamment à la partie plus élevée de la grande fente de Bichat, dans la scissure de Sylvius, à la partie antérieure de la grande scissure cérébrale, andessous et en avant du corps calleux. Le long du trajet des grosses veines, son opacité, sa blancheur, sont plus grandes que partout ailleurs.

La pie-mère est fort injectée, et cette injection lui donne une rougeur très-marquée; en plusieurs points et surtout dans le fond des anfractuosités, le sang est combiné ou infiltré dans les mailles de son tissu.

Cette membrane adhère en plusieurs points aux circonvolutions cérébrales; ces adhérences ont lieu presque exclusivement aux faces inférieure et supérieure des lobes antérieurs et surtout du gauche. Elles y sont très-nombreuses, tandis qu'il y en a fort peu sur les lobes moyens et postérieurs. En enlevant la pie-mère on emporte avec elle des plaques minces, granulées par leur face externe, de substance corticale d'un gris jaunâtre qui a perdu de sa cohésion. Aux endroits où avaient lieu ces adhérences, l'extérieur des circonvolutions est comme écorché; il est rouge, saignant, granulé, et laisse suinter des gouttelettes sanguines. L'extérieur du cerveau a généralement une teinte plus rose qu'à l'ordinaire; mais cette teinte est surtout marquée sur les circonvolutions où avaient lieu les adhérences, bien qu'elle le soit autant sur certaines circonvolutions auxquelles la pie-mère n'adhérait pas. A cette teinte ne participe point la couche superficielle de la substance corticale. Elle présente, quoiqu'à un moindre degré, les caractères des pellicules de substance grise qui s'enlevaient avec la pie-mère. Ce n'est qu'au-dessous de cette couche que le reste de la substance corticale a une teinte rose, quelquefois presque violette, due évidemment à une forte injection ou à la combinaison du sang avec elle. Cette teinte plus ou moins rouge est surtout marquée dans la partie profonde de la substance corticale, dans celle qui est voisine de la substance blanche.

ABOLITION SÉNILE DE LA PENSÉE ET DES MOUVEMENS. — COUCHE COMME PSEUDO-MEMBRANEUSE DE SANG DANS LA CAVITÉ DE L'ARACHNOÏDE CÉRÉBRALE.

OBS. IV. — Le nommé Bruyas, âgé de 72 ans, profession de rubanier, fut admis dans la division des aliénés le 3 juin 1831.

Il était dans un état complet de démence sénile. La marche et la station étaient tout-à-fait impossibles, le séjour au lit continuel: les sensations et la raison étaient à peu près complètement abolies; la mort eut lieu le 13 août suivant, à 5 heures du matin.

NÉCROPSIE, LE 14. A LA MÊME HEURE.

Système nerveux. Les os du crâne ont trois à quatre lignes d'épaisseur à la voûte.

Il y a quatre ou cinq onces de sérosité dans les mailles de la pie-mère et dans les ventricules latéraux.

Sur la convexité des lobes moyen et postérieur droits, la cavité de l'arachnoïde contient une nappe de sang noir qui a la consistance d'une fausse membrane, et qui ne présente, du reste, ni traces d'organisation, ni adhérences avec la membrane dans l'intérieur de laquelle elle se trouve. Je ne vois pas par quel point, plutôt que par tel autre, cet épanchement a pu se faire.

Le cerveau est revenu sur lui-même, et ne remplit pas à beaucoup près, entotalité, la cavité de la dure-mère. Il est d'une mollesse remarquable. Les membranes le quittent avec la plus grande facilité. Des vaisseaux de sa base sont convertis en petits cylindres cartilagineux ou calcaires, jusque dans leurs troisièmes ou quatrièmes ramifications.

Toute la face inférieure de chaque lobe postérieur est amincie, verte, en partie détruite, et tombant en *deliquium*. Elle est véritablement putréfiée, et l'on voit que cette putréfaction a eu lieu des deux côtés et surtout à droite, autour d'un ramollissement jaune. Les cornes d'Ammon, la pointe des lobes moyens, la partie antérieure du cervelet, la protubérance annulaire, participent à la teinte verte et à la putréfaction.

Le plafond du ventricule droit offre une masse arrondie, grosse comme un pois, d'un blanc nacré, dure comme du cartilage, transparente comme de la cire de bougie, homogène dans sa composition, et qui semble de l'albumine concrétée. Cette petite production fait saillie dans l'intérieur du ventricule, à la surface duquel elle est intimement adhérente.

Le plafond du ventricule gauche offre trois petites masses, absolument semblables, mais du volume seulement d'une grosse tête d'épingle.

HÉMORRHAGIE CÉRÉBRALE. — HÉMIPLÉGIE. — DÉMENCE ET PARALYSIE GÉNÉRALE. — NAPPE PSEUDO-MEMBRANEUSE DE SANG DANS LA CAVITÉ DE L'ARACHNOÏDE.

OBS. V. (1) — Le nommé Gonard, âgé de 38 ans, profession d'employé au Port-aux-Vins, fut admis dans la division des aliénés le 1er avril 1831.

Taille moyenne; tempérament lymphathico-sanguin; constitution détériorée; traits affaissés; maigreur.

Crâne assez développé; front élevé, mais étroit.

Caractère vif, emporté; bonté; intelligence ordinaire. Gonard n'a d'autre ressource que son travail qui suffit néanmoins à ses besoins. Il a beaucoup d'ordre et d'économie; n'a jamais fait d'excès soit de vin, soit de femmes; il sait lire, écrire, calculer.

Militaire à l'âge de 16 ans, il reçut une balle à la cuisse à la bataille de Waterloo. A 22 ans il obtint son congé.

Il n'a jamais eu d'autres maladies que des douleurs rhumatismales dans les bras et dans les jambes, traitées avec succès par les saignées générales et locales.

En juin 1830, il est frappé d'une hémorrhagie cérébrale, suivie d'hémiplégie, d'embarras dans les mouvemens de la langue, de bégaiement, etc; diminution de la raison, perte de la mémoire. (Sétou à la nuque qui ne produit aucune amélioration.) Gonard, à cette époque, perd sa place et en est vivement affecté.

En janvier 1831, trouble général de la raison, tristesse, abattement; puis idées ambitieuses. Gouard parle de millions qui lui appartiennent; il brise sa vaisselle, en jette les morceaux par la fenêtre, en disant que c'est de l'argent. (Bains, saignées générales, sangsues à l'anus; aucun amendement.)

Conduit à Charenton, il y reste deux mois, puis est amené à Bicêtre dans l'état suivant :

Sensibilité notablement diminuée dans tout le côté droit du corps. La prononciation est très-difficile. Les jambes sont faibles et tremblantes comme dans la paralysie générale. État mental voisin de la démence; le malade qui est très faible, parle peu, et il est difficile de savoir s'il est halluciné. Il déraisonne sur tous les sujets et n'a pas la moindre suite dans les idées.

Son sommeil est très-agité. Le pouls est lent et peu développé. L'appétit très-actif; les digestions bonnes.

Le 24 avril, le malade fait une chute sur la tête; la peau qui entoure l'orbite et les paupières sont contuses, violacées, énormement tuméfiées; la conjonctive très-rouge. (30 sangsues derrière l'oreille droite.)

Le 30 avril, l'ecchymose a complètement disparu. La paralysie générale augmente. Il y a beaucoup de maigreur et de dépérissement.

Le 6 mai, mort assez brusque et sans agonie.

NÉCROPSIE 26 HEURES APRÈS LA MORT.

Système nerveux. Crâne mince se brisant facilement; dure-mère fortement

(1) Recueillie par mon ami M. Etoc, actuellement médecin de l'asile des aliénés du Mans.

---

y assisteront, notifieront les décisions, dirigeront tout le service de santé, et formeront le conseil de santé supérieur près le ministre de la guerre.

Ainsi, le service de santé sera ainsi composé :

D'officiers généraux. Les membres du conseil de santé;

D'officiers supérieurs. Les inspecteurs, les principaux;

D'officiers. Les chirurgiens des hôpitaux, les chirurgiens des corps.

Pour exciter l'émulation dans le corps des officiers de santé d'après la classification ci-dessus, et leur donner l'espérance qu'avec du mérite et de l'instruction ils pourraient arriver aux sommités des grades, tous les grades seraient obtenus au concours. L'admission au concours aurait pour condition expresse le titre de Français et le diplôme de docteur. Les membres du conseil de santé, et quatre professeurs d'une Faculté seraient juges de ce concours. Ce conseil, ainsi formé, prononcerait sur toutes les admissions d'entrée au service et d'avancement, d'après les concours dont les formes seraient indiquées par un réglement d'administration publique.

Les emplois de chirurgien d'hôpital, d'officiers supérieurs et généraux seraient mis au concours tous les cinq ans. Tous les officiers de santé du grade immédiatement inférieur pourraient concourir pour celui immédiatement au-dessus; les chirurgiens des corps pour ceux des hôpitaux, etc. Chacun des officiers, lors du concours pour le grade qu'il occupe, pourrait concourir avec ceux du grade inferieur, et s'il échouait, il prendrait l'emploi de celui qui l'aurait obtenu. Par ce moyen, on introduirait, dans le corps des officiers de santé, cette émulation qui les maintiendrait au niveau de la science que nécessite leur profession.

A dater du jour de l'adoption de ce système, aucune nomination n'aurait plus lieu, et son exécution par les concours commencerait pour toutes les vacances qui surviendraient.

En donnant plus d'extension aux infirmeries régimentaires, en dotant les corps des sommes nécessaires aux traitemens des malades, en astreignant les officiers de santé du corps à les soigner, le service de santé des hôpitaux militaires serait de beaucoup simplifié, et réduit aux militaires isolés et aux malades que les corps en partant ne pourraient emmener; on atteindrait le but d'empêcher les militaires de séjourner long-temps dans les hôpitaux, on diminuerait de beaucoup les dépenses d'indemnités de route et de transport, et on pourrait parvenir à suivre rigoureusement les prescriptions relatives aux militaires atteints de maladies vénériennes et cutanées que l'on doit guérir avant de les envoyer en route, prescription que l'on est continuellement dans l'obligation d'enfreindre, par l'éloignement des hôpitaux et les ressources presque nulles des infirmeries. De plus, les militaires traités dans les infirmeries régimentaires trouveraient des soins plus prompts, plus vigilans; ils y trouveraient de la consolation, étant toujours en rapport avec leurs chefs et leurs camarades; on aurait beaucoup moins de cas de nostalgie, cause évidente de la grande quantité de congés de convalescence qui, par les moyens de transport, occasionnent à l'état de si fortes dépenses.

Les frais de ces infirmeries seraient bien faibles en comparaison de ceux des hôpitaux. Chaque chirurgien des corps aurait sous ses ordres un sergent et des

tendue. Sur le feuillet viscéral de l'arachnoïde on aperçoit, au-dessous d'elle, une espèce de fausse membrane, formée de sang rouge à demi coagulé, qui recouvre la convexité des deux hémisphères. Dans son épaisseur il n'y a ni stries, ni filamens que l'on puisse regarder comme des vaisseaux de nouvelle formation. En la râclant avec le dos du scalpel, on la détache facilement de l'arachnoïde à laquelle elle paraît être seulement superposée.

Le feuillet interne de celle-ci est opaque, épaissie, surtout le long de la faulx cérébrale; confondu avec la pie-mère, il adhère à la substance corticale, dont on ne peut le détacher sans entraîner avec elle le sommet des circonvolutions. Il y a environ trois cuillerées de sérosité dans les ventricules latéraux.

Entre la couche optique et le corps strié du côté droit, existe un kyste, traversé par des filamens membraneux, à peu près circulaire, et qui pourrait contenir une noisette. La substance cérébrale qui l'entoure est molle, jaunâtre et pointillée de rouge.

Rien que de naturel dans le cervelet.

DÉMENCE ET PARALYSIE GÉNÉRALE, AVEC FAUSSE MEMBRANE EN PARTIE SANGUINE, EN PARTIE FIBRINO-ALBUMINEUSE, DANS LA CAVITÉ DE L'ARACHNOÏDE CÉRÉBRALE.

Obs. VI. — Le nommé Desplacer, âgé de 45 ans, profession de charretier, fut admis dans la division des aliénés, le 19 janvier 1829, et placé dans la section des aliénés incurables, le 16 avril suivant.

Il présentait dès l'époque de son admission un état de démence et de paralysie générale commençante, dont l'invasion paraissait se rattacher à des chagrins domestiques. Cet état fit des progrès continuels marqués par les caractères suivans.

Abolition de plus en plus complète de l'intelligence et des mouvemens; air d'insensibilité extrêmement marqué à toutes les excitations venues du dehors. Pâleur habituelle et même teinte jaune de la peau. Pas de délire; ambitieux, sensible, pas de convulsions épileptiformes.

Au commencement de novembre se manifeste un scorbut fort intense. Desplacer prend le lit, pour ne plus le quitter. Plusieurs escarres ont lieu dans les différens endroits où les membres appuient. Ophthalmie à gauche; dévoiement considérable. Mort le 16 novembre, à trois heures du soir.

NÉCROSCOPIE LE 17, A 11 HEURES.

Système nerveux. Le feuillet extérieur de l'arachnoïde est tapissé sur sa face interne d'une fausse membrane très-mince, qui semble composée de lambeaux en connexion les uns avec les autres, plutôt que continue. Cette fausse membrane n'est point organisée; elle est très-friable. Elle me semble être une nappe de sang qui a commencé dans la moitié de ses points à se convertir en une couche gélatineuse, analogue à de la colle de poisson fondue.

Quatre à cinq onces de sérosité dans la cavité de l'arachnoïde; infiltration séreuse considérable de la partie supérieure de la pie-mère, ce qui donne à cette membrane un aspect véritablement gélatiniforme. Nulle adhérence de cette enveloppe au cerveau; presque pas d'injection de ses vaisseaux.

Le cerveau ne remplit pas, à beaucoup près, toute la cavité du crâne: il est évidemment revenu sur lui-même, très-lourd, très-dense, criant sous le scalpel qui le coupe. Toutes les circonvolutions en sont petites, bosselées, ratatinées on revenues sur elle-même, et cela manifestement aux dépens de la substance corticale qui, antérieurement et supérieurement surtout, n'a pas plus d'un quart à une demi-ligne d'épaisseur. Elle est pourtant plus foncée en couleur en dedans qu'en dehors, et dans plusieurs circonvolutions de la pointe des lobes postérieurs; ses trois zônes sont très-marquées, surtout la blanche qui est intermédiaire aux deux autres.

La substance grise est du reste partout pâle, exsangue. Elle l'est notablement dans les couches optiques. La blanche est exsangue aussi, très-dure, d'un blanc de lait très-mat.

La corne d'Ammon droite est sensiblement plus dure que la gauche.

Les nerfs cérébraux, à leur origine, sont très-petits; les bulbes olfactifs aussi. Tout est petit ou rapetissé dans ce cerveau.

Le cervelet est extrêmement dur; ses membranes n'adhèrent pas à sa surface. Ses deux substances sont pâles et exsangues; mais elles ont leur épaisseur naturelle. On voit fort bien la substance jaune de Sœmmering; la surface de l'organe n'est pas molle.

La moelle allongée est très-dure, exsangue. La moelle épinière aussi: elle est en outre notablement petite.

DÉMENCE ET PARALYSIE GÉNÉRALE AVEC FAUSSE MEMBRANE, EN PARTIE ALBUMINEUSE, EN PARTIE SANGUINE, DANS LA CAVITÉ DE L'ARACHNOÏDE CÉRÉBRALE.

Obs. VII. — Le nommé Daley, âgé de 63 ans, fut admis dans la division des aliénés le 9 avril 1831, et placé dans la section des aliénés incurables le 27 mai suivant. A cette époque la démence et la paralysie générale étaient déjà fort avancées; mais dans les derniers temps de la vie la marche devint tout-à-fait impossible; et l'embarras de la parole extrême, ce qui n'empêchait pas Daley de babiller continuellement et très-haut. La mort eut lieu le 30 janvier 1832.

NÉCROSCOPIE.

Peu de sérosité sous-arachnoïdienne; adhérences rares des méninges à la surface du cerveau qui est revenu sur lui-même; les substances cérébrales sont injectées; l'arachnoïde et la pie-mère le sont peu. Il y a des granulations dans le quatrième ventricule.

Dans toute l'étendue de la cavité de chaque côté de l'arachnoïde existe une fausse membrane sanguine, en partie déjà fibrineuse, très-étendue et en forme de nappe, et s'enlevant avec facilité.

HÉMORRHAGIE CÉRÉBRALE; HÉMIPLÉGIE; ABOLITION GRADUELLE DE L'INTELLIGENCE ET SURTOUT DES MOUVEMENS; FAUSSE MEMBRANE EN PARTIE SANGUINE, EN PARTIE FIBRINO-ALBUMINEUSE, AVEC UN COMMENCEMENT D'ORGANISATION, DANS LA CAVITÉ DE L'ARACHNOÏDE CÉRÉBRALE.

Obs. VIII. — Le nommé Philippot, âgé de 63 ans, profession de garçon boulanger, fut admis dans la division des aliénés, le 18 décembre 1828.

Il avait été atteint, plusieurs années auparavant, d'une attaque d'apoplexie, qui fut suivie d'hémiplégie à gauche. La paralysie persista dans le membre thoracique de ce côté et les doigts en restés contractés.

Depuis quelque temps Philippot ne quitte pas le lit; son intelligence est très-lente, mais elle n'est point pervertie; les réponses aux questions sont lentes, difficiles, mais justes. Philippot pleure pour la moindre cause ou sans cause appréciable. Il peut à peine se mouvoir dans son lit. Sa vie est purement végétative. Cet état est resté le même pendant huit mois passés. La respiration s'est un peu embarrassée aux approches de la mort, qui a eu lieu le 28 août 1829, à une heure de l'après-midi.

NÉCROSCOPIE LE 29, A 11 HEURES.

La grande cavité de l'arachnoïde renferme plusieurs onces de sérosité; les ventricules latéraux en contiennent chacun plusieurs gros; les mailles de la pie-mère sont infiltrées, sur la convexité des hémisphères, d'une assez grande quantité de ce liquide, ce qui donne à cette membrane un aspect gélatineux et tremblotant. Les vaisseaux en sont peu injectés. Le feuillet cérébral de l'arachnoïde est assez épais, mais n'est point opaque. Son feuillet interne, sur la convexité de l'hémisphère gauche, est tapissé d'une fausse membrane qui contient de gros sacs de sang et, en outre, des réunions de stries, ou d'aigrettes vasculaires extrêmement ténues. Cette fausse membrane est assez résistante; elle est d'un blanc très-légèrement jaunâtre et transparente.

La pie-mère n'adhère à aucun point de la substance cérébrale.

Tous les vaisseaux du cerveau, depuis ceux de la base du crâne jusqu'aux ramifications les plus ténues des vaisseaux que contient la substance blanche, sont en partie ou en totalité ossifiés, ou plutôt sont convertis en petits cylindres cartilagineux ou calcaires.

Les circonvolutions de la convexité des hémisphères, surtout celles de l'hémisphère gauche, offrent une teinte jaune qu'on n'ont point les autres circonvolutions cérébrales. En certains points de ces circonvolutions jaunes, on remarque des taches violettes dues évidemment à la combinaison du sang avec la substance grise

---

soldats en proportion du nombre de malades, qui rempliraient les fonctions d'infirmiers et compteraient à la compagnie hors rang.

Le personnel de l'administration encore et le matériel des hôpitaux se trouveraient, par ce moyen, susceptibles de bien des réductions par lesquelles on arriverait à une économie positive. Ce système d'organisation pourrait être conservé en temps de guerre; on y trouverait sur-le-champ tous les élémens des ambulances qui ont rendu des services si éminens.

Nous avons dit plus haut qu'en donnant de l'extension et de l'importance aux infirmiers régimentaires, le service de santé des hôpitaux serait réduit aux militaires isolés et aux malades que les corps en partant ne pourraient emmener. En effet, toutes les fois qu'un corps recevrait l'ordre de se mettre en route, ou des chirurgiens conduirait à l'hôpital le plus voisin les malades qui ne pourraient marcher; ils les remettraient à l'officier de santé de l'hôpital, en lui communiquant les renseignemens sur le traitement suivi jusqu'alors, sur la marche de la maladie, etc. De sorte qu'à leur entrée, les officiers de santé des hôpitaux connaîtraient les malades et leurs maladies; ils correspondraient avec les conseils d'administration des corps, et leur transmettraient tous les renseignemens sur les malades. Ainsi, les officiers de santé des hôpitaux auraient, vis-à-vis des corps, une responsabilité qu'ils n'ont pas. Les corps sauraient ce que deviennent leurs hommes, tandis qu'aujourd'hui ils ne connaissent leur position que par les billets d'entrée ou de sortie, ou bien par les extraits mortuaires qui n'arrivent que tous les trois mois par le ministère de la guerre.

De cette manière, les officiers de santé des hôpitaux ne s'en tiendraient pas à voir les hommes tous les matins; ils seraient obligés de les connaître pour en rendre compte, et apporteraient, par conséquent, plus d'intérêt à leur service.

Il résulte de tout ce que nous venons de dire que, pour arriver à un bon système de service de santé militaire, il lui faut une nouvelle organisation, et que l'émulation devienne le pivot de l'avancement.

L'abolition de la classification des médecins, chirurgiens et pharmaciens anéantirait toutes les rivalités qui existent entre ces trois classes de la profession, et qui produit des effets si nuisibles à l'avancement de la science.

En mettant toutes les places au concours, l'état trouverait les garanties de l'instruction; et en donnant plus de vie aux infirmeries régimentaires, les soldats seraient mieux soignés et les officiers de santé des corps jouiraient de la considération qu'ils doivent avoir.

Les dépenses de ces infirmeries seraient largement compensées par la suppression des indemnités de route et des frais de transport des malades, et par la réforme de tous les abus qui sont entretenus par le système actuel.

En diminuant de beaucoup le mouvement des hôpitaux militaires, on pourrait les surveiller de plus près, et cette nouvelle organisation donnerait aux officiers de santé plus de poids, plus de considération, plus d'autorité, les forcerait de s'occuper en tout temps de leur profession, afin de conserver leurs emplois ou d'obtenir de l'avancement.

Enfin les sommités de la science médicale trouveraient dans ce système un point de mire pour satisfaire leur savoir; chacun voudrait parvenir à un emploi supérieur, et tous travailleraient à l'envi pour arriver ou pour se maintenir.

de l'encéphale. Généralement parlant, la couche la plus interne de la substance corticale a une teinte plus rose que dans la majorité des cas. La substance cérébrale blanche ou grise des circonvolutions et du corps des hémisphères présente de nombreux points d'endurcissement et de ramollissement jaune. Les corps striés en contiennent plusieurs; ces altérations sont plus nombreuses à droite qu'à gauche.

DÉMENCE ET PARALYSIE GÉNÉRALE, AVEC FAUSSE MEMBRANE D'APPARENCE GÉLATINO-SANGUINE, DANS LA CAVITÉ DE L'ARACHNOÏDE CÉRÉBRALE.

Obs. IX. — Le nommé Carron, âgé de 47 ans, marié, profession de fondeur en cuivre, entra dans la division des aliénés le 21 février 1829, dans un état de démence aiguë et de paralysie générale qu'on ne tarda pas à juger incurable. Sa physionomie annonçait que déjà il prenait moins de part à ce qui se passait autour de lui; que les sensations étaient moins vives; que le cerveau les mettait moins bien en œuvre, et avec beaucoup plus de lenteur. La langue se mouvait avec difficulté; l'articulation des sons n'était plus nette, et beaucoup de mots n'étaient prononcés qu'à demi ou en partie. Carron faisait cependant de violens efforts pour parler ou plutôt pour crier, et ces efforts allèrent en augmentant jusqu'au terme de la vie. Aussi, pendant qu'il parlait, on voyait son cou se gonfler, les veines jugulaires externes se distendre énormément, sa face s'injecter. En général, il y avait de la lenteur dans les mouvemens, marquée surtout dans ceux des membres pelviens, la marche était brusque, saccadée; les jambes semblaient se mouvoir par des ressorts; le *délire maniaque* offrait une grande incohérence. Cependant le caractère en était manifestement ambitieux. Carron parlait continuellement de ce qu'il allait faire, et c'était toujours des actions gigantesques ou extravagantes; de ce qu'il était, et ses prétendues dignités étaient toujours de l'ordre le plus élevé : ainsi, il allait faire évacuer toute la division des aliénés pour la remplir de ses troupes. Le roi, son père, était aux Tuileries, et lui, Carron, ne tarderait pas à aller y prendre sa place. Il se plaignait souvent de ne pas être traité comme il le méritait, et pleurait pour les causes les plus légères ou sans causes appréciables. Quelquefois, mais plus rarement, il riait de même. Mais une disposition remarquable en lui, c'est qu'à cette question : *Comment vous portez-vous?* il répondait toujours sans exception : *Bien, toujours bien, toujours de mieux en mieux.* Et cela, dans un état pathologique qui annonçait une désorganisation profonde de l'encéphale, et des lésions graves dans quelques autres organes. Il faisait encore cette réponse la veille de sa mort.

Si le délire de paroles était grand, le délire d'action ne l'était pas moins. Carron courait partout et continuellement, souvent sans motifs que lui-même pût alléguer. Il prenait tout ce qui lui tombait sous la main, ouvrait les armoires, se saisissait des vivres, des effets de ses camarades, et c'est ainsi qu'il s'est fait donner plusieurs coups assez violens sur la face et sur la partie antérieure du crâne. Quatre jours avant sa mort, il reçut un semblable coup avec plaie contuse sur le nez et la partie inférieure du front, et roula du haut de plusieurs marches d'un escalier.

Carron était d'une grande saleté. A plusieurs reprises il a eu une diarrhée assez forte qui s'est accompagnée d'autres signes d'une irritation du gros intestin. Il a presque continuellement toussé, et ses crachats, quand on pouvait les voir, étaient gris et épais.

Indépendamment de l'altération des traits de la face, que j'ai notée, les tégumens de cette partie étaient jaunes. Les paupières étaient souvent chassieuses, les conjonctives injectées. J'ai souvent vu la langue rouge, sèche et comme vernissée. La circulation a plusieurs fois offert de l'accélération.

Carron ne m'a jamais offert ni grincemens de dents, ni attaques épileptiformes, ni mouvemens convulsifs d'aucune espèce.

Aucun des moyens thérapeutiques employés n'a arrêté, n'a diminué même la marche des diverses lésions organiques dont Carron était atteint, et spécialement des lésions cérébrales. Les moyens ont été les saignées, surtout les saignées locales, les bains, les délayans, les exutoires; on n'a pas donné les narcotiques.

Jusqu'au 18 juin, Carron s'était levé, avait marché au moins de temps à autre, bien que de temps en temps on ait été obligé de le maintenir sur son lit par le corset, qu'il portait du reste toujours quand il était levé. Mais depuis le 18 juin, jour de sa dernière chute, il n'a plus quitté le lit : le dévoiement a été considérable jusqu'au 23 du même mois, jour de sa mort.

NÉCROSCOPIE LE 24, A 9 HEURES DU MATIN.

Système nerveux. Le cerveau ne remplit pas, à beaucoup près, toute la cavité de la dure-mère. Le cadavre étant placé sur le dos, et la tête dans une position élevée, on sent, avant l'incision de cette membrane, une fluctuation appréciable même à l'œil, qui correspond aux lobes célébraux antérieurs. Après l'incision de la dure-mère, on voit, sur la convexité de ces lobes, saillir une membrane, en apparence roussâtre, au-dessous de laquelle flotte un liquide. Lorsqu'on a dejeté, à droite et à gauche, les lambeaux de la dure-mère, on voit que ce liquide siégeait, au moins antérieurement, exclusivement sous une fausse membrane étendue sur les deux côtés du cerveau, s'attachant au feuillet extérieur de l'arachnoïde à l'union des lobes antérieurs avec les lobes moyens, et d'autre part tapissant les fosses orbitaires et temporales, et se terminant insensiblement à la partie antérieure de la face du cervelet. Cette fausse membrane siége donc dans la cavité de l'arachnoïde, et c'est entre elle et le feuillet cérébral de cette dernière membrane qu'était contenu le liquide sus-mentionné. Cette pseudo membrane a au moins l'épaisseur d'une feuille de parchemin; sa consistance, sans être aussi considérable que celle du feuillet cérébral de l'arachnoïde, est pourtant assez grande. On peut la tendre avec des épingles sur un plateau de liége. Elle ressemble un peu à une couche mince de colle de poisson fondue. Son fond est, en effet, blanc, transparent, et sur ce fond se dessinent des taches, ou des traînées rouges. Les taches sont de petits sacs de sang, irréguliers, contenus dans l'épaisseur et entre deux lames de la fausse-membrane. Les traînées sont de même nature; seulement l'espèce de dédoublement de la pseudo-membrane s'y approche davantage de la forme d'un canal. Il y a même de ces traînées qui sont tout-à-fait analogues à de grosses veines noueuses. De ces réservoirs, de ces canaux contenant du sang, les uns sont tout-à-fait isolés, les autres communiquent entre eux. Mais aucun d'eux, même parmi les plus voisins des bords de la fausse-membrane, ne s'ouvre dans une des veines de l'arachnoïde. Seulement, de la pointe de chaque lobe antérieur, deux ou trois veines considérables se détachent, on ne peut plus manifestement, du feuillet cérébral de l'arachnoïde, et se joignent à la fausse-membrane à laquelle elles adhèrent de la manière la plus intime, par de petits grains pseudo-membraneux. En tirant sur la fausse membrane, on voit que chacune de ces veines parcourt, pour y arriver, un trajet de 7 à 8 lignes : elle s'y arrête, s'y perd, se confond avec elle, et je ne vois point qu'elle ait dû, après y avoir adhéré, se continuer avec une autre veine du feuillet cérébral de l'arachnoïde que j'aurais brisé par mégarde. En pressant sur le tronc de chacune de ces veines, dans ce feuillet, je fais venir le sang jusqu'à l'endroit où la veine adhère à la fausse-membrane; mais il ne va pas au-delà, et il n'existe aucune communication entre les vaisseaux veineux de l'arachnoïde et les canaux qui ont commencé à se creuser, ou, mieux, à se resserrer, à s'arrondir dans le tissu de la fausse-membrane, tissu qui primitivement n'était, je crois, qu'un amas de sang, mêlé à plus ou moins de sérosité.

Le liquide contenu dans la cavité de l'arachnoïde était roussâtre, avant que le sang d'aucun vaisseau eût pu s'y mêler. Sa quantité peut s'évaluer à 5 ou 6 onces. Les ventricules latéraux contiennent aussi chacun plusieurs gros de sérosité. Il s'en écoule une ou deux onces du canal rachidien. Les mailles de la pie-mère n'en contiennent pas une quantité appréciable.

Le feuillet cérébral de l'arachnoïde offre quelques points épaissis et opaques sur les lobes antérieurs, et surtout à la base du crâne. C'est aux mêmes points que la pie-mère est injectée, et adhère de la manière la plus intime à un grand nombre de circonvolutions. Quand on l'en détache, on enlève une couche assez épaisse de substance corticale d'un gris rosé, sans cohésion, et analogue, sous ce rapport, à la pulpe de certaines poires cuites.

La partie crânienne de l'encéphale, dépouillée de ses membranes, est généralement très-molle. Les pédoncules cérébraux, le corps calleux, le septum lucidum, la voûte à trois piliers, se déchirent avec la plus grande facilité. Il semble que ces parties, et quelques autres parties blanches voisines, soient infiltrées de sérosité.

La substance grise a généralement perdu de sa cohésion. Aux endroits où sa couche la plus superficielle n'a pas été enlevée par la pie-mère adhérente, on peut détacher, en râclant, une légère couche ou pellicule blanche, transparente, au-dessous de laquelle le reste de la substance corticale est d'un rose plus ou moins foncé, et marbré de taches rouges. Ces caractères se retrouvent surtout aux endroits où avaient lieu les adhérences, et spécialement à la base du cerveau, à la partie antérieure de la grande scissure cérébrale, au dessous et en avant du corps calleux. La substance grise des cornes d'Ammon, des couches optiques et surtout des corps striés, est rose et d'une plus grande mollesse. Rien de plus facile que d'enlever, de la surface des corps striés, une pellicule plus blanche et surtout plus résistante que le reste de ces organes. Il n'y a pas de granulations dans les ventricules latéraux, ni dans le troisième ventricule.

Au milieu de la face inférieure du lobe moyen droit, une circonvolution présente à sa surface une teinte vert-pré mêlé de jaune sale et de rose. Elle est plus molle que les circonvolutions voisines. Les teintes que je viens de signaler à sa surface se retrouvent dans le reste de l'épaisseur de sa substance corticale. On y rencontre encore des noyaux plus durs, qui n'ont cependant point l'apparence de tubercules. C'est comme de l'induration rouge, mêlée à une infiltration de pus concret. Au voisinage de cette altération, la substance blanche qui forme la paroi inférieure et extérieure du plancher du ventricule latéral droit est molle et comme diffluente. La corne d'Ammon et la bandelette demi-circulaire du même côté sont dans le même état.

J'ai dit quelle était la mollesse des parties blanches centrales. Les pédoncules cérébraux sont aussi très-mous. Ils sont, en outre, comme infiltrés d'un très-grand nombre de petits points rouges, disposés en plusieurs amas. La substance blanche des hémisphères cérébraux est molle, injectée, salie de points rouges, et parcourue de marbrures d'un violet léger, évidemment plus marquées et plus rapprochées vers la base de l'encéphale.

Les membranes du cervelet n'offrent rien de remarquable. Cet organe est plus ferme que le cerveau; sa substance grise me semble plus rose, et la blanche plus injectée que dans ce dernier. La surface du quatrième ventricule offre une dureté remarquable; elle est parsemée de granulations assez grosses.

Sur le dernier quart de la moelle épinière, le feuillet médullaire de l'arachnoïde présente un certain nombre de plaques calcaires, petites et minces, qui siégent dans son épaisseur, ou au moins sont très-adhérentes à sa face externe. La moelle est généralement un peu molle. Les deux substances n'offrent, du reste, rien de bien remarquable.

MANIE CHRONIQUE AVEC TREMBLEMENT DE TOUT LE CORPS, ET SURTOUT DES EXTRÉMITÉS INFÉRIEURES; FAUSSE-MEMBRANE FIBRINO-SANGUINE, AVEC PÉNÉTRATION VASCULAIRE, DANS LA CAVITÉ DE L'ARACHNOÏDE CÉRÉBRALE.

Obs. X. — Le nommé Watin, ancien militaire, fut admis dans la division des aliénés le 16 mai 1809, à l'âge de 49 ans, et depuis fut placé dans la section des aliénés incurables. Voici le résultat de l'examen que j'y fis de lui, au mois de mai 1828.

Le genre de délire de Watin, c'est une *manie chronique*, avec *hallucinations.*

La peau a une teinte d'un jaune terreux assez marqué; le cœur, les voies respiratoires, digestives, urinaires, ne me semblent présenter rien de pathologique. Les tégumens du crâne offrent, d'ordinaire, un certain nombre de furoncles en suppuration. Il n'y a pas de lésion matérielle appréciable des *sens de l'odorat* et *du goût. L'œil* gauche est affecté d'une cataracte complète; le droit, d'une cataracte incomplète. Il y a *surdité* presque absolue, dont le malade se rend bien compte. Tremblement général, apparent surtout à la tête. Les extrémités inférieures se traînent, et peuvent à peine porter le malade qui ne marche qu'avec des béquilles.

L'entendement est en partie aboli, en partie perverti. L'attention est conservée, mais un peu diminuée. La mémoire est presque nulle; le jugement, le raisonnement, sont absolument faussés. Watin se plaint souvent qu'on lui déchire,

qu'on lui dévore, qu'on lui enlève la tête; qu'il n'en a plus. Il dit qu'on l'empoisonne, qu'on lui met du vert-de-gris dans ses alimens; bien qu'il soit sourd, il entend les cris de ceux qui lui enlèvent la tête. Il mord ses doigts, les met autour des autres pour pousser ses vaisseaux en pleine mer. Il se croit empereur d'Espagne, roi du Piémont. Il se dit canonisé, décanonisé; il a été persécuté, assassiné sous différens noms, et pourtant il vit encore, etc., etc.

Le 30 juin 1829, Watin entre à l'infirmerie. Il y a œdème de la face, surtout au pourtour des paupières; toux, crachats, matité du côté gauche du thorax. On diagnostique une pleuro-pneumonie à gauche. L'élévation du pouls, la gêne de la respiration, font pratiquer une saignée du bras, qui est immédiatement suivie de soulagement; mais cette amélioration ne se soutient pas, et le 2 juillet on applique un vésicatoire au bras gauche. La maladie s'aggrave et la mort a lieu le 4.

Les résultats de l'examen du cadavre me portent à m'assurer, autant que cela m'est possible, que Watin, avant d'entrer à l'infirmerie, n'a pas fait de chûte sur la tête.

NÉCROSCOPIE, LE 5 A 9 HEURES.

Le temps a été froid et humide depuis plusieurs jours.

Système nerveux. Le périoste de la voûte du crâne s'enlève avec facilité. La lame externe de substance compacte de cette voûte est presque entièrement détruite. Le diploé se présente sous la forme de mamelons assez lisses, séparés par des excavations muqueuses et plus ou moins profondes. Plusieurs de ces excavations sont remplies par un lacis celluloso-vasculaire infiltré de sang. Sur le côté droit de la voûte, à l'endroit qui correspond à peu près à la pointe du lobe postérieur, le crâne est perforé; et cette perforation représente une sorte d'entonnoir dont la base correspondrait à l'intérieur du crâne. Le diamètre de cette perforation à l'extérieur de la voûte, est de 3 lignes à 3 lignes et demie. Son contour est mamelonné, rugueux et comme érodé. La face interne de la voûte du crâne, dans toute son étendue, offre une innombrable quantité de petites rainures qui se croisent et se confondent dans tous les sens, et dans lesquelles la lame interne de substance compacte n'existe pas. Toutes ces rainures sont rongies par du sang; aussi la face interne de la voûte du crâne laisse-t-elle sourdre une grande quantité de ce liquide.

La face externe de la dure-mère de la voûte est tapissée en totalité par une fausse membrane qui lui reste adhérente après l'ablation des os. Cette fausse membrane est très-épaisse, très-résistante, et n'offre aucune apparence de fibres. En certains endroits ce n'est presque encore qu'une masse de sang étendue en membrane et assez résistante; mais dans les autres points elle ressemble à une solution de colle de poisson fondue et refroidie en nappe, et contient une immense quantité de ramifications vasculaires d'une ténuité extrême, et de petits points rouges, discrets ou rassemblés en groupes. Cette fausse membrane est généralement assez adhérente à la dure-mère; elle y tient surtout au niveau du sinus longitudinal supérieur, sur lequel elle passe sans interruption. Quand on l'a enlevée, on aperçoit sur la dure-mère plusieurs taches d'un jaune légèrement verdâtre; ce sont de petits foyers purulens logés entre les lames et les fibres de la dure-mère, qu'ils ont écartées, et dont quelques-unes sont entourées d'un lacis celluloso-vasculaire infiltré de sang. Ces foyers sont aussi visibles à la face interne de la dure-mère; aucun d'eux ne s'ouvre dans la cavité de l'arachnoïde.

Une autre fausse membrane tapisse le feuillet méningien de l'arachnoïde du côté gauche seulement, et y reste adhérente après l'ablation du cerveau. Elle revêt aussi la partie de ce feuillet arachnoïdien qui recouvre le côté gauche de la grande faulx; mais elle ne va pas au-delà. Cette fausse membrane me semble d'une date plus récente que celle qui tapissait la face externe de la dure-mère; elle est moins épaisse qu'elle. En arrière, sur le lobe postérieur, c'est une masse de sang plutôt caillé que réuni en membrane. Partout ailleurs elle offre, à l'épaisseur près, la même apparence et une organisation aussi avancée que la fausse membrane de la dure-mère; son adhérence à l'arachnoïde est aussi moindre que celle de cette dernière à la dure-mère. Après l'avoir enlevée, je m'assure par la dissection que le feuillet méningien de l'arachnoïde existe bien sur cette dernière membrane: il y est même plus injecté que de coutume.

La grande cavité de l'arachnoïde contient environ deux onces de sérosité. Chaque ventricule latéral en renferme quelques gros. Le cerveau ballottait un peu dans la cavité de la dure-mère.

Le feuillet cérébral de l'arachnoïde, sur la concavité des hémisphères cérébraux, est plus résistant, plus épais qu'à l'ordinaire, sans être précisément opaque. Il offre le long de la grande faulx quelques granulations comme sémi-cartilagineuses.

La pie-mère, principalement sur la convexité des hémisphères, me semble un peu plus injectée que de coutume, les mailles y sont en outre infiltrées d'une petite quantité de sérosité; elle n'adhère nulle part à la surface du cerveau.

L'encéphale est généralement d'une mollesse extrême; il n'exhale aucune odeur de putréfaction. Sa mollesse est surtout très-grande aux parties blanches centrales, telles que le corps calleux, le *septum lucidum*, la voûte à trois piliers. Elle l'est beaucoup aussi aux pédoncules cérébraux, aux cornes d'Ammon, à la surface des ventricules latéraux. C'est plus que de la mollesse, c'est de la diffluence. La substance blanche y est floconneuse, et le devient encore plus par le lavage. Sur les couches optiques elle semble détruite en deux ou trois endroits, et la substance grise y est à nu.

DÉMENCE ET PARALYSIE GÉNÉRALE. — EXOSTOSES DE LA VOUTE DU CRANE. — FAUSSE MEMBRANE FIBRINEUSE SACCIFORME DANS LA CAVITÉ DE L'ARACHNOÏDE CÉRÉBRALE.

OBS. XI. — Le nommé Dessesman, âgé de 40 ans, admis dans la division des aliénés le 10 avril 1829, paraît avoir eu plusieurs maladies vénériennes, et avoir subi plusieurs traitemens antisyphilitiques par le mercure.

Lors de son entrée, il était déjà dans un état très-avancé de démence et de paralysie générale, avec hallucinations fugitives et passagères, idées ambitieuses très-prononcées, etc. L'exostose, située sur la bosse frontale gauche, était aussi saillante qu'elle a été trouvée à sa mort.

Le 5 mai 1829, on rendit Dessesman aux instances de sa femme. Son état n'était nullement amélioré. Il rentra le 8 juillet suivant, dans un état pire encore.

Depuis lors la démence et la paralysie générale n'ont cessé de faire des progrès; les hallucinations, les idées ambitieuses ont persisté. Je n'ai jamais vu de mouvemens convulsifs.

Dessesman, placé dans la section des aliénés incurables, le 23 janvier 1830, fut amené à l'infirmerie le 6 février suivant. La face était tirée, l'œil éteint, enfoncé dans l'orbite; les paupières rouges à leur bord. Plus de mouvemens, plus de paroles qui indiquassent des hallucinations. Dessesman se soutenait à peine sur ses jambes. La mort eut lieu au bout de 48 heures.

NÉCROPSIE LE 9 FÉVRIER, A 11 HEURES.

Système nerveux. La voûte du crâne offre trois exostoses ayant chacune la forme très régulière d'un segment de sphère. La plus grosse est située juste sur la bosse pariétale gauche; elle a de diamètre à sa base, 2 pouces 3 lignes. L'épaisseur des os du crâne est, dans cet endroit, de 12 à 13 lignes.

La moyenne est située à la partie inférieure et postérieure du front, près de la tempe droite, contre le bord postérieur du frontal; elle a de diamètre, à sa base, 21 lignes. L'épaisseur des os du crâne est en cet endroit de 2 lignes.

La plus petite est située presque à l'angle antérieur et supérieur du pariétal gauche; le diamètre de sa base est de 10 lignes. L'épaisseur des os du crâne en cet endroit est de 6 lignes.

Sur toutes ces exostoses les tégumens et le périoste sont plus vasculaires qu'ailleurs; dans toutes le tissu osseux est aussi plus vasculaire que dans toutes les autres parties de la voûte du crâne. A l'extérieur elles sont mamelonnées d'une manière régulière, c'est-à-dire que les mamelons sont à peu près égaux et séparés par des intervalles égaux. A l'intérieur les mamelons sont inégaux, beaucoup plus gros que ceux de l'extérieur, et leurs séparations beaucoup plus profondes et plus irrégulières.

Les deux plus grosses exostoses font, à l'intérieur du crâne, une saillie moindre de moitié que leur saillie extérieure. La plus petite n'est visible qu'à l'extérieur. Leur circonscription y est aussi beaucoup moins régulière.

Les parois du crâne ont, terme moyen, les endroits exostosés mis à part, 4 lignes d'épaisseur; elles ne contiennent presque pas de diploé, surtout aux exostoses qui sont véritablement éburnées. La voûte orbitaire gauche a 4 lignes d'épaisseur; la droite a 3 lignes; cet épaississement a eu lieu aux dépens de la cavité du crâne.

La forme intérieure de cette cavité est du reste assez régulière; son grand diamètre, mesuré de la protubérance occipitale interne au trou borgne, est de 5 pouces 6 ou 7 lignes. Son plus grand diamètre transversal est de 4 pouces 9 lignes.

La dure-mère n'offre absolument rien de pathologique.

Dans toute l'étendue du côté droit de la cavité de l'arachnoïde, sur la cavité de l'hémisphère, on trouve une fausse membrane tout-à-fait continue, qui tapisse d'un côté le feuillet méningien de l'arachnoïde, de l'autre son feuillet cérébral, et est disposée ainsi de la manière la plus évidente, en forme de sac sans ouverture, représentant par conséquent celle de l'arachnoïde elle-même. A son côté interne cette fausse membrane envoie un prolongement simple ou un feuillet qui revêt le côté droit de la grande faulx, dont il a la forme et l'étendue, mais qui ne va pas au-delà de son bord inférieur.

Ce sac pseudo-membraneux est composé au moins de deux couches; la plus extérieure est lisse, unie, très-résistante, quoiqu'un peu transparente, et plutôt fibreuse que celluleuse, bien qu'elle ne présente aucune apparence de fibres. L'intérieure est rouge, molle, composée d'une multitude de filets de même couleur, extrêmement ténus et entremêlés de taches rouges, irrégulières, de quelques lignes de diamètre. Cette couche est très-peu consistante, et s'enlève ou se déchire avec facilité. Sur la convexité de l'hémisphère, et en dedans, elle est séparée de l'autre et flotte dans l'intérieur du sac. Les lambeaux, en cet endroit, ressemblent à du sang que l'on aurait battu et lavé. Ailleurs la couche interne est moins molle, quoiqu'elle le soit encore beaucoup.

On pourrait distinguer encore, entre ces deux couches pseudo-membraneuses, une couche intermédiaire qui les unit l'une à l'autre et qui tient à la fois de l'une et de l'autre.

La cavité de la fausse membrane contient, outre les lambeaux flottans de sa couche interne, une once ou une once et demie d'une sérosité ou plutôt d'une sanie roussâtre, dans laquelle nagent quelques flocons de la couche pseudo-membraneuse interne.

L'extérieur de cette poche pseudo-membraneuse n'est point unie au feuillet extérieur de l'arachnoïde; il l'est, mais assez légèrement, à son feuillet cérébral à sa partie interne et antérieure, et à la portion du feuillet externe qui revêt la grande faulx. Quand on le sépare de ces divers points, on fait naître sur sa face externe et sur les lieux où ils adhéraient, une multitude innombrable de petits points sanguins disposés par groupes.

Du reste, le feuillet interne de l'arachnoïde sur l'hémisphère droit comme sur le gauche, semble à l'état le plus normal; il est mince, transparent, sans aucune opacité qui suive le trajet des vaisseaux.

La cavité de l'arachnoïde, dans sa totalité, contient au plus une once et demie de sérosité. La pie-mère n'en renferme point dans ses mailles. Cette dernière membrane est peu injectée; elle ne me semble adhérer à aucun point de la substance du cerveau, bien qu'en deux ou trois endroits quelques plaques superficielles s'en enlèvent avec elle. Mais ce sont de purs accidens de la dissection, et ces plaques, non plus que les endroits dont elles se sont enlevées, et les parties de la pie-mère auxquelles elles sont collées, et dont elles se séparent avec la plus grande facilité, ne présentent absolument aucun caractère pathologique.

Le cerveau est manifestement petit, et plus petit dans ses lobes antérieurs que dans le reste de son étendue. Ses anfractuosités sont peu profondes; ses circonvolutions petites, revenues sur elles-mêmes, et en certains points comme ratati-

uées. L'épaisseur de la substance corticale est, terme moyen, d'une demi-ligne à une ligne.

Le cerveau est généralment ferme, même dur et pesant. Aucun point de sa substance n'a perdu de sa cohésion. Sa couleur extérieure est celle de toute l'épaisseur de sa substance corticale, celle du café au lait très-clair. Cette teinte, sur la plupart des circonvolutions de la partie externe des lobes moyen et postérieur gauche, est mêlée de taches irrégulières d'un jaune serin. Ces circonvolutions sont aussi un peu plus dures que le reste du cerveau; elles n'offrent aucune autre espèce d'altération.

La substance grise intérieure, celle des corps striés des couches optiques, offre une rougeur assez prononcée due à de nombreuses plaques ou marbrures de même couleur, qu'on retrouve sur toutes les surfaces de section. Ces parties n'ont pas, du reste, perdu de leur cohésion.

La substance blanche est médiocrement injectée; elle n'offre point de marbrures violettes.

Les membranes et les deux substances du cervelet et de la protubérance musculaire offrent les mêmes caractères anatomiques que celles du cerveau, sauf les altérations de circonvolutions que j'ai notées dans ce dernier organe.

DÉMENCE ET PARALYSIE GÉNÉRALE. — FAUSSE MEMBRANE FIBRINEUSE SACCIFORME DANS LA CAVITÉ DE L'ARACHNOÏDE CÉRÉBRALE.

OBS. XII.—Colas, Suisse d'origine, ancien valet de chambre, fut admis dans la division des aliénés le 17 décembre 1830, à l'âge de 44 ans, et placé, le 17 du même mois, dans la section des aliénés incurables.

Sa maladie paraissait reconnaître pour cause des pertes d'argent et de la jalousie; elle avait commencé il y a deux ans, et l'avait fait placer d'abord dans une maison de santé, puis à Charenton.

Lors de l'entrée de Colas à Bicêtre, la démence était complète; il n'y avait plus de sensations. Impossibilité de se mouvoir; séjour continuel au lit; pas d'hémiplégie, pas de paralysie partielle, pas de parole. Grincemens de dents continuels, mais pas d'accès épileptiformes.

Le 6 janvier 1831, à dix heures et demie du matin, Colas ne présentait rien d'insolite. Les infirmiers le faisaient manger. Ils le voient mourir tout à coup dans leurs mains. Je ne pus m'assurer à l'instant même si la mort était due à une asphyxie par obturation de la glotte par le bol alimentaire.

NÉCROPSIE 42 HEURES APRÈS LA MORT.

Apparence extérieure. Aucun signe de putréfaction. Belle conformation. Embonpoint.

Appareil cérébro-spinal. A l'ouverture du crâne, la dure mère a l'air d'être séparée du cerveau par une grande quantité de liquide. Quand on commence à enlever cette membrane, on en voit au dessous d'elle une autre épaisse, d'un aspect un peu verdâtre, soulevée par un liquide, et qui n'est pas l'arachnoïde. Après l'ablation totale de la dure-mère, on reconnait ce qui suit :

La convexité de chaque feuillet cérébral de l'arachnoïde est recouverte par une fausse membrane qui est intimement unie à celle du côté opposé, dans l'étendue d'un pouce, par son bord interne, sur la partie antérieure de la grande scissure du cerveau. Chaque fausse membrane adhère à peine au feuillet sous-jacent de l'arachnoïde, si ce n'est le long de la grande faulx. Elle descend un peu sur le côté de chaque hémisphère, mais ne va pas jusqu'à sa face inférieure. La fausse membrane gauche est plus étendue que la droite; elle est creuse et forme un sac sans ouverture, d'aspect et de consistance presque fibreuse. Ce sac, tapissé par des flocons membraneux qui paraissent formés par la fibrine du sang, est rempli par du sang liquide ou en caillots, qui semble récemment épanché. Sur ses parois internes ou sur la membrane sanguine qui les tapisse, rien n'indique positivement l'existence de vaisseaux sanguins, si ce n'est qu'on y voit des stries, des houppes, des points rouges comme dans les membranes muqueuses enflammées.

La fausse membrane du côté droit offre les mêmes caractères que celle du gauche, aux différences près que voici : Le sac est divisé en deux parties égales, une antérieure, l'autre postérieure, sans communication; leurs parois sont plus consistantes, plus fibreuses. L'épanchement de sang y paraît plus récent; on n'y trouve point de lambeaux fibrineux.

Je ne vois pas qu'aucun vaisseau du feuillet cérébral de l'arachnoïde communique avec une des deux fausses membranes. Ce feuillet est épaissi, opaque, granuleux, le long de la grande faulx; partout ailleurs il est à l'état normal et n'est pas injecté. Il s'enlève assez facilement, si ce n'est en quelques points de la face interne des hémisphères, où il semble adhérer faiblement. La pie-mère de la convexité du cerveau est infiltrée d'une quantité assez notable de sérosité. Les ventricules latéraux en contiennent plusieurs gros. Les cavités de la base du crâne en renferment aussi une à deux onces.

Le cerveau a sa consistance la plus ordinaire; il ne remplit pas, à beaucoup près, la cavité de la dure-mère. Toutes ses circonvolutions sont rapetissées, les antérieures surtout, qui sont en outre inégales et comme bosselées. A part cela, les substances encéphaliques sont à l'état normal soit à l'intérieur, soit à l'extérieur.

DEUXIÈME PARTIE.

REMARQUES GÉNÉRALES.

I. Le développement d'une fausse membrane dans la cavité de l'arachnoïde n'est point la circonstance anatomique la plus importante de la maladie où elle se rencontre, et les observations précédentes pourraient se prêter à bien d'autres remarques que celles que suggère l'existence de la pseudo-membrane intra-arachnoïdienne chez les individus qui en font le sujet. Leur réunion sous ce rapport constitue tout simplement un point de vue de cas pathologiques très-complexes, et où l'analyse pourrait l'être également beaucoup.

Les fausses membranes arachnoïdiennes, comme les autres fausses membranes, ont cela d'abord de général, qu'elles ne se développent d'ordinaire que dans des cas où la modification morbide génératrice est ou très-aiguë, ou très-profonde; et si, dans d'autres cas, il faut joindre à cette condition un caractère de spécificité, cela ne paraît pas plus pouvoir s'appliquer aux fausses membranes de l'arachnoïde qu'à celles de la plèvre ou du péritoine.

Des maladies encéphaliques, les plus graves et les plus profondes, certainement, sont celles où il y a lésion de la motilité; soit que cette lésion consiste dans de l'*agitation*, comme dans le délire aigu, dans des *convulsions* passagères ou permanentes, comme dans l'épilepsie ou la chorée; dans la *diminution* ou l'*abolition*, comme dans la paralysie, soit partielle, soit générale. Dans la plupart des cas précédens, on avait affaire à des aliénés proprement dits, chez lesquels le trouble de l'intelligence s'était terminé par la *paralysie générale*. Dans celui de l'individu atteint de chorée, la lésion principale et primitive était celle des mouvemens. Dans les autres une hémorrhagie, un ramollissement du cerveau, des altérations des os du crâne, avaient donné lieu aussi au trouble des *mouvemens*, et, plus tard, à celui de l'intelligence. Dans tous, l'existence de la fausse membrane coexistait donc avec l'altération de la motilité, et il en était de même dans toutes les observations de pseudo-membranes arachnoïdiennes, rapportées par MM. Rostan, Abercrombie, Bayle, Calmeil, etc.

II. Toutes ces fausses membranes siégeaient dans la cavité de l'arachnoïde comme les fausses membranes pleurales dans la cavité de la plèvre, comme les fausses membranes péritonéales dans la cavité du péritoine; et l'on ne concevrait pas qu'elles puissent siéger en dehors d'elle, c'est-à-dire dans le tissu cellulaire de la pie-mère. Il n'y a pas là de place pour une fausse membrane : il ne peut s'y épancher qu'un liquide plus ou moins concret, ou plutôt d'apparence plus ou moins concrète. M. Abercrombie, qui parle souvent de fausses membranes interposées entre l'arachnoïde et la pie-mère, a donc mal vu, ou il s'est mal exprimé.

III. Tous ces produits de nouvelle formation reposaient, soit en partie, soit, et presque toujours, en totalité, sur la convexité des hémisphères, et ils en occupaient surtout la partie antérieure. Tantôt ils siégeaient sur les deux hémisphères à la fois, tantôt sur un d'eux seulement. Quelquefois ils adhéraient surtout à la face interne du feuillet externe de l'arachnoïde; le plus souvent ils étaient appliqués sur la face lisse de son feuillet interne. M. Bayle et M. Calmeil, au contraire, les ont vus recouvrir le plus ordinairement le premier de ces deux feuillets.

IV. Je m'imagine qu'on pourrait se rendre compte de la manière suivante des différences de composition des pseudo-membranes arachnoïdiennes, et de leur mode de formation.

Quand il ne s'exhale dans la cavité de l'arachnoïde que de la sérosité toute pure, il s'y forme ces fausses membranes minces, blanches, transparentes, primitivement séreuses, que j'ai comparées à une nappe de colle de poisson fondue, ou à un morceau de parchemin ramolli dans l'eau. Les fausses membranes des six premières observations sont de cette sorte : ce sera, si l'on veut, des pseudo-membranes fibrinoalbumineuses. On pourra y rapporter celles qui se forment dans l'arachnitis aiguë, bien qu'elles soient plus inflammatoires et qu'elles tiennent davantage de la nature du pus, avec lequel on les a souvent confondues.

Lorsqu'au contraire c'est du sang qui s'exhale dans la cavité de l'arachnoïde, et qui s'y exhale lentement, de manière à ne pas donner lieu à une apoplexie mortelle, il arrive à ce liquide ce qui a lieu dans tous les épanchemens ou stagnations de sang imaginables, ce qui a lieu dans les concrétions polypeuses du cœur, dans le sang même extrait de la veine, dans une foule d'exhalations sanguines de la plèvre, du péritoine, de la membrane séreuse du péricarde. Cet amas ou nappe de sang change de nature, ses parties séreuse et cruorique sont résorbées; sa fibrine seule reste pour s'organiser peu à peu et se convertir en un tissu de formation et de vie nouvelles. C'est ce qui paraît avoir lieu, et à des degrés de plus en plus marqués, dans les observations 6, 7, 8, 9 et 10.

Quand l'épanchement a été très-considérable, qu'il constituait un caillot, un *coagulum* plutôt qu'une nappe, l'effet que je viens de mentionner a eu lieu d'abord au pourtour de ce caillot, et voilà comment on a pu trouver, à son intérieur, du sang encore plus ou moins liquide, sans compter que, par l'effet d'un commencement d'organisation vasculaire de ce *coagulum*, et sans doute aussi par suite de ses communications de même nature avec l'arachnoïde, de nouvelles hémorrha-

gies ont pu se faire dans sa cavité; tandis qu'à son extérieur, et par une sorte de balancement, une pluie purement séreuse a pu venir augmenter l'épaisseur de sa coque fibrineuse, et peut être même, dans certains cas, la constituer en presque totalité. Les observations 11 et 12 sont des exemples de ce mode de formation pseudo-membraneuse : il y a plusieurs cas semblables dans l'ouvrage de M. Bayle, et surtout dans celui de M. Calmeil.

Les auteurs qui ont rapporté des observations analogues à celles que je viens de citer, c'est-à-dire des observations de *coagulum* sanguin dans la cavité de l'arachnoïde, ne les ont point en général considérés comme de fausses membranes ou comme les élémens de ces produits de nouvelle formation. Pour eux, ces épanchemens sanguins ne sont que des hémorrhagies donnant lieu aux symptômes de l'apoplexie sanguine ou du ramollissement du cerveau. C'est que les cas observés par ces auteurs étaient des cas essentiellement aigus, comparativement à ceux que j'ai rapportés et à ceux qu'ont recueillis M. Bayle et M. Calmeil. La mort y a toujours eu lieu très-promptement; et le sang n'avait pas eu le temps de subir la transformation qui doit le convertir en fausse membrane. Dans les cas de ce genre en effet qu'ont cités M. Serres, M. Abercrombie, M. Rostan, M. Rochoux, etc., la plupart du temps l'hémorrhagie arachnoïdienne ne se liait à aucune maladie appréciable du cerveau, ni même à aucune maladie de ses membranes. Elle était en quelque sorte idiopathique, et donnait des signes brusques et plus ou moins déterminés. Au contraire, dans tous les cas cités par M. Bayle et M. Calmeil, et dans ceux que je viens de rapporter d'hémorrhagie intra-arachnoïdienne, pour ainsi dire chronique, le cerveau était antérieurement et profondément altéré. Il était atrophié, induré, ramolli; enflammé dans toute son épaisseur ou à son pourtour; il était le siége de graves lésions locales; ses vaisseaux étaient ossifiés, ses membranes étaient épaissies, opaques, adhérentes à sa surface, infiltrées ou distendues par une grande quantité de sérosité. La fausse membrane ou l'hémorrhagie intra-arachnoïdienne ne constituait, au milieu de tant de désordres, qu'un accident dont la mort n'était presque jamais la suite immédiate, et qui, la plupart du temps, ne donnait lieu à aucun symptôme qui cût pu en faire soupçonner le développement. En outre, l'épaisseur du *coagulum* étant, en général, moins considérable, à raison de l'espace de temps écoulé depuis sa formation, et de la manière lente et successive dont il s'était fait; et le cerveau étant déjà malade, revenu sur lui-même, ballottant dans de la sérosité, on ne remarquait pas dans ces cas cette compression, cet aplatissement des circonvolutions, notés dans ceux d'hémorrhagie intra-arachnoïdienne aiguë et idiopathique, et qui étaient l'occasion des symptômes auxquels cet épanchement avait pu, sinon être reconnu, au moins être soupçonné.

V. En voyant, dans le cas de fausses membranes primitivement sanguines, des espèces de canaux se creuser dans leur épaisseur par le resserrement et l'allongement de ce qui n'était d'abord que des saes de sang, et ce sang se présenter fluide dans ces conduits de nouvelle formation, je m'étais dit que peut-être était-ce là un mode, non encore signalé, d'organisation vasculaire des fausses membranes, et que ces canaux, de prime-abord très-considérables, représenteraient les points, les houppes et les stries rouges, qui constituent d'ordinaire les élémens de la pénétration vasculaire des fausses membranes, nées primitivement d'une exhalation de lymphe plastique. La manière dont mes observations sont rédigées se sent de cette préoccupation, qui n'est peut-être pas dénuée de tout fondement, mais à l'appui de laquelle ne vient aucun fait analogue dans l'organisation des pseudo-membranes et dans celui des épanchemens de sang. De plus, dans les observations 8, 10 et 11, la fausse membrane, indépendamment de ses canaux et de ses saes de sang, offrait, surtout à ses points de contact avec l'arachnoïde, les houppes et les stries rouges que l'on regarde comme les rudimens exclusifs de l'organisation vasculaire des fausses membranes. Il paraîtrait donc que, dans le cas d'exhalation de sang, les parties séreuse et cruorique de ce liquide sont peu à peu résorbées, et que ce n'est que lorsque la pseudo membrane est ainsi devenue plus ou moins complétement fibrino-albumineuse, que se développent dans son tissu, comme dans celui des fausses membranes qui ont primitivement ce caractère, les élémens vasculaires de leur organisation.

VI. Les auteurs qui, dans les cas surtout d'altérations cérébrales chroniques, ont observé de fausses membranes arachnoïdiennes, s'accordent à dire que rien d'ordinaire ne peut les faire reconnaître sur le vivant. Les symptômes auxquels ces produits de nouvelle formation donnent lieu doivent se confondre avec les signes d'irritation ou de compression cérébrale qui abondent dans les cas pathologiques où on les rencontre. Peut être que l'œdème de la face dans l'observation de Watin (obs. 10), la violente douleur frontale dans celle de Kéravalle (obs. 2), étaient plus spécialement dus à la présence de la fausse membrane; mais ils auraient pu exister sans elle.

VII. Il n'est pas besoin de dire qu'il n'y a aucun moyen thérapeutique à employer pour faire disparaître une fausse membrane encéphalique; et pour peu qu'elle soit volumineuse, il n'y a point à espérer qu'elle se convertisse en adhérences filamenteuses dont l'existence soit compatible avec la raison, la vie même de l'individu qui en est porteur. Si pourtant elle était très-mince, très-peu étendue et surtout constituée par des lambeaux isolés, on conçoit qu'elle puisse se joindre au feuillet de l'arachnoïde sur lequel elle siége, et lui donner plus d'épaisseur en s'incorporant. Dans quelques cas que j'ai vus, ce résultat avait peut-être commencé à avoir lieu; mais en général ces épaississemens laiteux de l'arachnoïde qu'on trouve d'ordinaire sur la convexité des hémisphères dans les cas de lésions cérébrales anciennes et profondes, et surtout chez les aliénés paralytiques, mais qu'on peut rencontrer aussi chez les individus sains d'esprit et libres de mouvemens; ces épaississemens, dis-je, ne me paraissent point être le résultat de l'incorporation de pseudo-membranes au feuillet cérébral de l'arachnoïde; ils siégent toujours, ainsi que j'ai eu souvent occasion de m'en convaincre par des dissections très-attentives, en dehors de cette membrane, et sont dus à une sorte de dépôt de matière albumineuse à sa face externe ou cellulaire, comme cela a lieu du reste pour les épaississemens des autres membranes séreuses, et pour ceux de la plèvre en particulier.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ALLEMANDS.

I. JOURNAL DER PRACTISCHEN HEILKUNDE;

PAR HUFELAND ET OSANN.

Parmi les articles des derniers cahiers de ce journal, nous avons remarqué les suivans.

NOUVELLES OBSERVATIONS SUR L'EMPLOI DU MAGNÉTISME MINÉRAL EN MÉDECINE, par le docteur BECKER.

M. le docteur Becker emploie depuis longtemps et avec succès le magnétisme minéral, surtout dans les affections du système nerveux.

Des trois manières d'appliquer les aimans, 1° par simple traction, 2° par application prolongée, 3° par apposition plus ou moins longtemps soutenue, M. Becker se sert de préférence de la dernière.

D'après la première méthode, les effets de l'aimantation ne se soutiennent que fort peu de temps.

La seconde, qui compte des résultats incontestables, a pour inconvéniens :

1° D'être beaucoup plus pénible que la première;

2° D'exiger des plaques aimantées parfaitement confectionnées, ce qu'on ne peut se procurer en tous lieux;

3° De voir ces plaques se rouiller promptement et perdre ainsi de leur force magnétique. On doit, dans ce cas, les faire repolir souvent; mais cette précaution est la plupart du temps négligée par les malades.

La troisième méthode d'aimantation, dont l'auteur se sert presque exclusivement depuis quelques années, parce qu'elle est la plus simple, qu'elle exige le moins de temps de la part du médecin, et est le plus à la portée de chaque malade, est la *méthode d'apposition*. On place la partie malade pendant dix, vingt, trente minutes entre le pôle nord d'un aimant, ou bien on met ce dernier à côté de soi, ou bien encore pendant la nuit, sous l'oreiller ou le matelas. Cette pratique a souvent réussi au docteur Becker, qui termine cet article par trois observations, deux névroses de la vision et une migraine, qui ont guéri par la méthode d'apposition. Dans ce dernier cas, on s'est contenté de placer un aimant sous l'oreiller, et dès la troisième nuit les douleurs ont disparu pour ne plus se remontrer.

NOUVELLES EXPÉRIENCES FAITES AVEC LA BELLADONE COMME PRÉSERVATIF DE LA SCARLATINE, par le docteur FLEISCHMANN.

Ces expériences furent faites pendant une épidémie, sur 52 enfans et seulement dans des familles où on pouvait compter sur une administration régulière et consciencieuse. On prit deux grains d'extrait de belladone sur une once d'eau distillée, et on en donna à chaque enfant, matin et soir, autant de gouttes qu'il avait d'années. Cette dose fut même augmentée, et continuée chez la plupart des enfans pendant

cinq semaines chez les uns plus, chez les autres moins long-temps. Elle fut abandonnée chez tous les 52 enfans après que l'épidémie eut duré cinq semaines. Le résultat de ces recherches paraît être le suivant:

1° La belladone peut être donnée sans préjudice à plus fortes doses qu'elle n'a été administrée par Hahnemann et d'autres.

2° Si elle doit être préservative, il faut la continuer pendant toute la durée d'une épidémie.

3° Elle paraît préserver de l'infection de la scarlatine.

4° Chez beaucoup d'individus elle ne produit pas des phénomènes morbides appréciables aux sens.

5° L'administration de ce préservatif produit chez d'autres des symptômes semblables à ceux de la scarlatine, mais qui disparaissent d'une manière très-rapide.

6° Ce moyen diminue chez beaucoup d'enfans la sensibilité pour le principe contagieux, mais ne la détruit pas tout-à-fait.

7° L'exanthème qui se déclare pendant l'emploi de la belladone a une marche très-bénigne.

8° Chez les individus qui ont éprouvé, quelques jours après l'emploi de la belladone, des phénomènes morbides analogues aux premiers symptômes de la scarlatine et dont la peau est même devenue rouge, la susceptibilité pour le principe contagieux est éteinte; dès lors la continuation de l'emploi de la belladone devient inutile.

QUELQUES MOTS POUR SERVIR AU DIAGNOSTIC DES CICATRICES D'ULCÈRES INTESTINAUX; par M. le professeur ALBERS de Bonn.

Les écrits publiés dans ces derniers temps, périodiques ou autres, renferment des exemples d'altérations de la muqueuse digestive considérées comme des cicatrices d'ulcères intestinaux, en si grand nombre, qu'on serait tenté de croire que rien n'est plus commun. Cependant, à un examen plus attentif, on s'apercevra qu'on a donné pour telles des produits d'anatomie pathologique très-divers.

C'est afin d'éclaircir la question et de déterminer d'une manière plus précise les caractères anatomiques qui peuvent servir à faire reconnaître les véritables cicatrices d'ulcères intestinaux, que M. Albers, qui a déjà publié en 1831 un excellent travail sur cette matière, s'est livré, dans cet article, à quelques recherches historiques et d'anatomie pathologique.

M. Cruveilhier, et après lui M. Scoutetten, ont décrit comme cicatrices d'ulcères des plaques, elevées, rondes ou oblongues, présentant à leur surface une quantité de petits points noirs, adhérentes d'une manière ferme et solide à la membrane musculeuse. Cruveilhier leur a donné le nom de plaques gaufrées. Mais chacun sait aujourd'hui que telle est la disposition que présentent les glandes de Peyer, qui, dans certains cas, quand elles sont profondément fixées dans la muqueuse, peuvent être prises pour des cicatrices; cependant cette erreur, permise autrefois, ne saurait plus l'être maintenant que la structure anatomique de ces glandes est mieux connue.

On sait en second lieu que M. le professeur Andral a rencontré sur le cadavre de petites surfaces encore ulcérées, entourées d'un cercle rouge, dont le fond, presque de niveau avec la muqueuse, était recouvert d'une pellicule rosée, et que cette pellicule a été considérée comme une régénération de la muqueuse, et l'ulcère sous-jacent comme en travail de cicatrisation; mais il est évident que ce ne sont pas là des cicatrices, et que, même d'après la description, il ne peut être question ici que d'ulcères en voie de guérison.

Berndt a communiqué le cas d'un individu mort d'une fièvre gastrique nerveuse, dans l'intestin duquel, depuis l'iléon jusqu'au cæcum, on trouva une soixantaine d'endroits où la structure de la muqueuse était altérée; c'étaient de petites plaques rondes ou ovales où la muqueuse était comme excisée, à bords unis, à surface lisse et recouverte d'une couche de tissu cellulaire extrêmement mince. Ce cas est trop isolé, et la description de ces altérations de la muqueuse que l'on a voulu donner pour des cicatrices d'ulcères intestinaux, s'écarte trop de celle que l'on donne ordinairement.

Enfin Billard définit les cicatrices d'ulcères: de petites taches rouges à surface lisse ou granulée, parcourues par des lignes très-fines convergentes vers le centre de l'ulcère, présentant une muqueuse épaissie, plus dense, dépourvue de villosités, légèrement déprimée; ces plaques, d'après l'observation de Billard, se trouvaient disséminées d'une manière irrégulière.

Tels paraissent être en effet les véritables caractères des cicatrices d'ulcères intestinaux; car nous voyons les cicatrices situées sur les autres muqueuses, comme au pharynx, aux parties génitales, etc., en présenter d'à peu près analogues.

On peut donc les définir: de petites surfaces irrégulières, dures, solides, un peu déprimées au-dessous de la muqueuse dépourvue à cet endroit de villosités, parcourues par des lignes rayonnantes avec épaississement et rougeur plus prononcée des parois membraneuses. Cependant la rougeur peut manquer, comme cela se rencontre dans les cicatrices d'autres muqueuses. Tous les autres caractères se retrouvent également dans les cicatrices de chancres ou d'autres ulcères situés soit au pharynx, soit aux parties génitales. M. Albers cite à cet effet l'exemple de deux femmes qui portaient aux grandes et aux petites lèvres des cicatrices de chancres dont l'aspect ressemblait à la description que nous venons de donner. Nous avons dit que les cicatrices d'ulcères sur les muqueuses, qu'ils fussent situés au pharynx, aux parties génitales ou dans les intestins, offraient une parfaite analogie; or, celles que l'on rencontre dans les deux premières régions ne sont jamais profondes, à moins que les parties sous-jacentes ou environnantes n'aient été considérablement entamées; à plus forte raison ces cicatrices doivent-elles être encore moins déprimées sur la muqueuse intestinale, où les ulcères n'acquièrent jamais la même profondeur que dans d'autres endroits.

Les cicatrices d'ulcères de la muqueuse stomacale et du rectum présentent la même disposition anatomique que celles de l'intestin grêle et du commencement du gros intestin.

De ce qui précède nous pouvons conclure, que les altérations nombreuses de la muqueuse intestinale que l'on a données dans ces derniers temps pour des cicatrices d'ulcères, sont loin de présenter toutes les dispositions anatomiques qui servent à les distinguer, et dire avec MM. Andral, Billard, Louis, Hatin et les meilleurs anatomistes allemands, que rien n'est plus rare que de rencontrer de pareilles cicatrices bien caractérisées.

DE L'EMPLOI DE L'ARGILE DÉPURÉE CONTRE LE CHOLÉRA SPORADIQUE DES ENFANS, avec des réflexions sur l'effet du sulfate de cuivre dans la gastromalacie; par le docteur DURR.

L'argile dépurée, obtenue par la précipitation de l'alun par la potasse, a été dans ces derniers temps tirée de l'oubli par Weese, Seiler, Ficinus et Erdmann, qui la recommandent dans les diarrhées provenant d'acides développés dans l'estomac chez les petits enfans. M. le docteur Dürr de Hall en Wurtemberg vient à son tour constater les bons effets qu'il a retirés de l'administration de ce médicament dans les cas indiqués par les auteurs précédens. Il l'a employé avec succès dans les épidémies de diarrhées et de vomissemens opiniâtres qui ont régné dans le Wurtemberg parmi les enfans, pendant les années 1826 et 1833-34. Selon lui, l'argile dépurée a une action vraiment spécifique dans les cas de vomissemens et de diarrhées avec fièvre intense et symptômes encéphaliques, dans les dentitions difficiles.

De 67 enfans de l'âge de 9 jours à 3 mois, atteints dans l'épidémie de 1833-34, 7 seulement sont morts. Dans la plupart des cas, l'argile avait fait la base du traitement.

M. Dürr rapporte 8 cas, dont 5 se sont terminés par la guérison et 3 par la mort; mais comme nous venons de le voir, il aurait pu énumérer un bien plus grand nombre de guérisons. Il a choisi de préférence ces huit observations, parce que cinq d'entre elles ont été compliquées de gastromalacie à un degré plus ou moins avancé.

La dose d'argile que propose M. Dürr est beaucoup plus forte que celle recommandée par Ficinus. Il l'administre à un demi-gros ou un gros dans une once, une once et demie de véhicule, dans les vingt-quatre heures. L'excipient le plus approprié est l'eau chlorurée, ou une émulsion de gomme ou d'huile d'amandes douces.

Dans les cas compliqués de gastromalacie, M. Dürr a administré avec quelque succès le sulfate de cuivre à la dose de 1|16 à 1|8 de grain.

SUR LE TRAITEMENT DU CROUP PAR LE SULFATE DE CUIVRE, par le docteur ZIMMERMANN.

L'auteur a fait de cette maladie son sujet de prédilection. Dans ce nouveau travail, il passe en revue d'une manière succincte les différentes opinions qui ont été émises sur la nature et le traitement du croup; puis il rapporte en résumé les succès qu'ont obtenus, avec le sulfate de cuivre, différens médecins dont les principaux travaux sur ce sujet sont déjà connus par les lecteurs de la GAZETTE MÉDICALE, sans compter ceux que l'auteur ne mentionne pas. M. Zimmermann a commencé à employer en 1827 ce médicament, et a publié en 1830, dans ce même journal, trois observations. Depuis cette époque, il a fait usage du sulfate de cuivre dans quinze autres cas, sur lesquels il a perdu deux malades. Quoique l'auteur ait employé en même temps des émissions sanguines, il remarque qu'il est impossible de méconnaître les

bons effets du sulfate de cuivre dans le croup. En opposition avec l'opinion de Gittaman, qui n'attribue les bons effets de cet agent thérapeutique qu'à l'action vomitive, il lui reconnaît des propriétés particulières qui n'appartiennent à aucun autre vomitif; ainsi le sulfate de cuivre produit de la diarrhée, de la salivation, des sueurs, et paraît évidemment résoudre l'exsudation plastique dans la troisième période, ou au moins en empêcher la coagulation, et semble ainsi exercer une action spécifique sur le système lymphatique.

Nous n'entrerons pas dans les explications théoriques de M. Zimmermann, qui sont celles des auteurs que nous avons déjà fait connaître; sa manière d'administrer ce remède est absolument la même que celle de Serlo le jeune. (GAZETTE MÉDICALE, 1834, p. 390.) Dans la seconde et la troisième période, il commence par des émissions sanguines locales, et dans différentes circonstances par une saignée générale. Il recommande de ne jamais donner le sulfate de cuivre dans une cuiller d'argent, mais dans une tasse, et de le remuer avec le doigt.

OBSERVATIONS DE TRANSMISSION DE LA MORVE A L'HOMME, par le docteur ALEXANDRE.

Malgré les excellens travaux de Remer (Journal de Hufeland et Osann, 1822, mars), d'Elliotson, de Williams (GAZETTE MÉDICALE, p. 15, 1832, et p. 202, 1833), et d'autres observations que nous avons en partie publiées sur la transmission à l'homme de la morve, il y a beaucoup de médecins qui la nient. Deux nouveaux faits viennent encore la confirmer.

OBS. I. — J.-G.-C. W..., âgé de 40 ans, soldat, était chargé de soigner quelques chevaux affectés de la morve. Le 7 avril 1829, il se disait malade; depuis quelque temps, il se traitait en secret. Le 13, il entra à l'hôpital, où il se plaignit surtout de douleurs rhumatismales; les autres symptômes étaient: toux fréquente, respiration brève et difficile; il paraissait être d'une constitution lymphatique, faible, d'un tempérament nerveux, figure pâle et jaune, yeux ternes, maigreur, poitrine enfoncée, la plupart des fonctions à l'état normal; quoique l'appétit fût très-bon, la nutrition souffrait; pouls petit et fréquent; des tumeurs inégales aux bras et aux jambes, surtout une à l'avant bras près du coude, une autre au genou gauche, et une troisième au mollet gauche; elles rendaient difficiles les mouvemens, étaient douloureuses, élastiques au toucher et sans altération de couleur de la peau. On les abandonna pendant quelque temps; mais comme elles ne changeaient pas, on y fit des fomentations avec l'esprit de savon camphré étendu d'eau; à l'intérieur, une décoction de guimauve ou salep avec du vin stibié et du sirop diacode.

Au commencement de mai, douleurs de poitrine moindres; nutrition dans le même état; diminution des forces; sueurs nocturnes; saignement très-facile des gencives. Même traitement; puis la teinture aromatique acide. Les tumeurs du bras devinrent bien plus petites, mais restèrent d'ailleurs dans le même état. Dans les jours où le malade ne recevait pas de médicamens, on le mettait à une diète très-nutritive.

Au commencement de juin, frictions d'onguent mercuriel avec de l'huile d'olive sur les tumeurs, dont les unes devinrent plus petites, les autres disparurent; mais une à la jambe, qui devint plus grande et était douloureuse, fut couverte de fomentations émollientes, et le 11 juin on l'ouvrit avec la pierre à cautère; il s'en écoula beaucoup de pus sanguinolent. (Décoction d'écorce de quinquina et une solution d'alun; quelquefois une poudre de quinquina avec un peu de camphre sur la tumeur. A l'intérieur, du quinquina avec du lichen d'Islande; plus tard, du salep avec de l'eau de Carvi et la teinture aromatique acide.) Juillet. Sueurs plus copieuses; dépérissement plus fort, malgré le bon appétit. Depuis l'apparition des tumeurs aux jambes, la toux a beaucoup diminué; les ulcères, d'un aspect flétri, sécrétaient une matière ichoreuse.

Au mois d'août, l'état du malade s'empira; diarrhée continuelle; émaciation extrême; flétrissure des ulcères. Le 16, mort.

AUTOPSIE FAITE QUARANTE-HUIT HEURES APRÈS LA MORT.

Les trajets des ulcères qu'on incisa pénétraient profondément entre les muscles; le tissu cellulaire était détruit; mais le tissu musculaire, jaune et flétri, ne paraissait pas changé dans sa substance. Une tumeur non ouverte, qui pendant la vie était très-élastique, communiquait sous le fascia lata avec ces trajets; la matière contenue dans les foyers purulens était très-tenace. Plus de traces des tumeurs qu'on avait observées aux bras. Adhérences des plèvres aux poumons en partie hépatisés et en partie farcis de tubercules, dont quelques-uns crus, d'autres ramollis, d'autres encore passés à l'état de suppuration. Surface interne de la trachée artère enflammée; rien d'anormal dans les autres viscères. Cerveau et moelle épinière non examinés.

OBS. II. — J. M..., âgé de 19 ans, d'un tempérament lymphatique, d'une constitution délicate, né de parens sujets aux affections de poitrine, en ayant souffert lui-même, chargé, dans un régiment d'artillerie, du pansement de chevaux malades de la morve, fut un soir attaqué tout à coup de fièvre avec points de côté très-vifs et douleurs des extrémités.

Six jours après, le 10 janvier, les douleurs augmentèrent au pied gauche, et il se développa au mollet du même côté une tumeur douloureuse, fluctuante au toucher. Le 16, une semblable tumeur se manifesta au côté externe de l'avant-bras droit; le lendemain une troisième tumeur se montra au côté interne du même bras, et une quatrième à la jambe gauche. La tumeur au côté externe de l'avant-bras était devenue violette, molle, fluctuante, mais moins douloureuse; celles du côté interne du bras et de la jambe se remplirent de pus, sans perdre de leur élasticité et sans changement de couleur à la peau, avec peu ou point de douleur. Plus tard les paupières se gonflèrent au point que le malade ne pouvait plus les soulever. Les symptômes généraux étaient une soif très-grande et un pouls petit et fréquent.

Le 20, quelques pustules apparurent au front, d'abord clair-semées, puis réunies en une seule cloche qui se changea en une croûte, à travers laquelle suintait de la sérosité purulente. La peau recouvrant les tumeurs des extrémités, devint rugueuse et se desquamma en plusieurs endroits.

Le 22, l'érysipèle pustuleux du front s'était étendu à toute la joue gauche; les paupières étaient entièrement fermées; les narines recouvertes d'un pus épais, visqueux, d'un vert sale; des douleurs au cou, accompagnées d'une gêne dans la déglutition, cessèrent avec l'usage de frictions mercurielles auxquelles on les attribua.

Le 27, il survint un état comateux; réponses d'abord nulles, plus tard lentes et pénibles; soif augmentée; langue chargée à son milieu, rouge aux bords. La tumeur externe du bras était devenue pâteuse, l'interne était restée rénitente; la peau de la jambe avait pris une teinte jaune et le front un aspect livide plus prononcé.

Le 29, apparition de pustules dans les narines.

Le 31, pour la première fois tremblement des membres supérieurs et de la langue, que le malade ne peut sortir qu'avec difficulté.

Le 1er février, délire, rêvasseries; décubitus dorsal; respiration stertoreuse; selles et urines involontaires; nez et joue gauche recouverts d'une escarre gangréneuse.

Le 2, perte totale de connaissance; déglutition de plus en plus difficile, et mort à 10 heures après un mois de maladie.

AUTOPSIE CADAVÉRIQUE FAITE LE LENDEMAIN.

Émaciation de tout le corps; le côté gauche du front, la joue et l'aile du nez, d'une couleur livide et parsemé d'escarres noires. Conjonctive palpébrale recouverte de pus; globe de l'œil intact; corps recouvert çà et là de vésicules livides et remplies d'une sérosité ichoreuse.

Cavité thoracique. Quelques adhérences de la plèvre et des poumons; surface des poumons, à l'exception des lobes supérieurs, parsemée de tubercules ramollis à leur centre. Ces mêmes tubercules ne se retrouvèrent pas dans l'intérieur du parenchyme pulmonaire.

Trachée-artère et *bronches*, jusqu'à leurs dernières ramifications, remplies d'une mucosité visqueuse; un peu de sérosité dans le péricarde; aorte et artère pulmonaire remplies d'un sang coagulé; point de trace d'inflammation dans ces vaisseaux ni dans la veine-cave.

Muqueuse de l'œsophage, de l'estomac et des intestins parsemée de quelques taches rouges, mais sans autres signes d'une inflammation précédente; treize lombrics dans les intestins; foie et rate de consistance naturelle; cette dernière d'une couleur foncée à l'extérieur, rougeâtre à l'intérieur.

Après avoir injecté les vaisseaux de la tête et d'un bras, on procéda avec soin à l'examen des autres parties du corps. Muqueuse nasale parsemée d'ulcères et recouverte d'un mucus visqueux; il en était de même du voile du palais, de la luette et de l'épiglotte, qui se trouvaient en partie détruits; parotide et conduit de Sténon enflammés; les parois de ce dernier épaissies et remplies de pus; surface interne du larynx entièrement recouverte d'ulcères; un tube capillaire rempli de mercure, introduit dans un de ces ulcères, fit voir qu'ils étaient parcourus de beaucoup de vaisseaux lymphatiques. Quelques branches du nerf vague étaient enflammées; beaucoup de petits vaisseaux, rendus visibles par l'injection, entouraient ces ramifications nerveuses qui passaient d'abord intactes par les ulcères, puis apparaissaient plus loin enflammées et enfin gangrenées. Le nerf frontal présenta les mêmes altérations; ses ramifications étaient comme des cordons boursoufflés, d'un gris cendré. Artère temporale intacte; cerveau sain; plexus choroïde exsangue.

Extrémités. Muscles et tissu cellulaire remplis de petits tubercules de grosseur inégale, et ramollis dans leur intérieur. Dans un foyer purulent assez étendu situé au bras droit, on trouva un épanchement de sang provenant probablement d'un vaisseau érodé. L'un des muscles avait entièrement disparu au milieu d'un abcès profond dont le pus avait fusé jusqu'au ligament interosseux, dont les vaisseaux étaient néanmoins restés intacts; les autres vaisseaux et nerfs du bras à l'état normal; glandes notamment engorgées; les vaisseaux lymphatiques, injectés de mercure, paraissaient considérablement distendus; à la jambe gauche le pus avait fusé à travers les muscles; le nerf poplité externe, passant par un foyer purulent, était enflammé et recouvert de lymphe plastique; les autres nerfs, poursuivis jusque dans le bassin, à l'état naturel. Point de pus dans les vaisseaux.

Le péroné et le cubitus étaient en plusieurs endroits dénudés de leur périoste, et rugueux au toucher.

Les cas de morve chez l'homme sont assez rares, mais il se peut aussi qu'ils aient parfois été méconnus.

Les erreurs du diagnostic sont d'autant plus faciles que les cas sont plus légers. Exemple :

OBS. III. — Un artilleur du même régiment ayant également été en contact avec des chevaux atteints de morve, eut, au mois de mars 1832, une tache rouge au bras droit; quelques pustules s'y développèrent, et se changèrent bientôt en un abcès; celui-ci ayant été ouvert, il s'écoula beaucoup de pus; mais au lieu de se cicatriser, il se changea en un ulcère de mauvaise nature, à bords durs, calleux, sécrétant un pus épais, caséeux, d'un gris cendré; ce n'est qu'au bout d'un mois, après avoir employé différens médicamens, qu'on parvint à arrêter la suppuration et à produire la cicatrisation de l'ulcère.

On voit dans ce dernier cas combien le diagnostic eût été obscur, si l'on n'avait pas su que ce malade avait soigné précédemment des che-

vaux affectés de morve. Dans les observations que nous venons de donner, la fièvre concomitante présente dans les commencemens les caractères d'une fièvre rhumatismale, circonstance qui peut encore induire en erreur. Il est à remarquer toutefois que, d'après Stoll, la pustule maligne s'accompagne aussi, dans sa période de développement, de symptômes d'une affection rhumatismale.

II. JOURNAL DER CHIRURGIE UND AUGEN-HEIL-KUNDE.

Les deux premiers cahiers du vingt-troisième volume contiennent divers articles originaux dont les suivans seuls nous ont paru offrir assez d'intérêt pour être être reproduits.

DES DIFFÉRENTES ESPÈCES DE GOÎTRES ET DE LEUR MÉTHODE CURATIVE, par M. le docteur HEIDENREICH.

L'auteur définit le goître une tumeur située sur les parties antérieure et latérales de la région moyenne du cou, se développant tantôt promptement, tantôt avec lenteur, d'une durée plus ou moins longue, ou même permanente, produite par le gonflement de la glande thyroïde ou du tissu cellulaire environnant. De cette manière, il exclut la tuméfaction d'autres glandes cervicales, de la parotide; les engorgemens scrophuleux de ces dernières, les anévrismes et les tumeurs enkystées ou lardacées étrangères à la glande thyroïde. Il rejette également, comme *nom générique*, les synonymes variés donnés par les auteurs, réservant quelques-uns d'entre eux pour désigner les diverses espèces ou variétés. Il a conservé, comme dénomination générique, le nom de *kropf*, goitre, struma.

Partant de la définition que nous venons de donner, M. Heidenreich est conduit à admettre, d'après le siége qu'il occupe, deux formes principales de goître : *goître celluleux*, *goître thyroïdien*. Chacune de ces formes peut encore se subdiviser, selon la nature de son contenu, en *goître liquide* ou *hydropique*, et *goître emphysémateux*.

I. *Le goître celluleux*, *struma cellularis*, *cellulosa*, *trachelophyma cellulare*, *zellgewebskropf*, présente les altérations suivantes : *tuméfaction aiguë*, *engorgement chronique*, *induration*, *dégénérescence organique*. Il acquiert ordinairement un très-grand développement, s'étendant de haut en bas depuis l'os hyoïde, et même le menton, jusqu'au sternum, et des deux côtés jusqu'à la nuque; il est produit le plus souvent par une tuméfaction érysipélateuse ou œdémateuse du tissu cellulaire; son extrême étendue et sa consistance plus molle le font distinguer du goître thyroïdien; il en diffère encore en ce qu'il cède mieux et plus vite à l'application des topiques qu'à l'usage des moyens internes.

Hausleutner a nié l'existence du goître celluleux, prétendant que c'était toujours la glande thyroïde qui se trouvait affectée. Il est vrai que souvent et dans la plupart des cas cette dernière est également engorgée, que la maladie même commence par elle; mais cela ne prouve nullement qu'il ne puisse exister des goîtres celluleux. Richter, Wichmann, Pierre Frank, Schmalz les admettent, et l'auteur a eu occasion d'en observer; il avoue néanmoins qu'ils sont beaucoup plus rares que ceux de la glande thyroïde.

L'observation suivante nous fournit un exemple d'un goître celluleux passé à l'état de dégénérescence *sarcomateuse*.

OBS. I. Le malade, âgé de 45 ans, portait cette tumeur depuis à peu près 18 mois; elle était située sur la région latérale gauche, depuis l'apophyse mastoïde jusqu'au larynx, et du bord inférieur de la mâchoire inférieure jusqu'à la clavicule. L'individu mourut de marasme. A l'autopsie cadavérique on trouva la tumeur d'une consistance comme cartilagineuse, blanche, lardacée, criant sous le scalpel, renfermant plusieurs petites cavités dont les unes contenaient une sérosité rougeâtre, et les autres, formées par un véritable kyste, une masse pulpeuse, jaunâtre, analogue aux tubercules ramollis; la matière sarcomateuse s'était infiltrée entre tous les tissus qui participaient à cette dégénérescence. La glande thyroïde se trouvait également altérée, mais pas au même degré que les parties environnantes.

II. *Goître emphysémateux*, produit le plus souvent à la suite d'un effort, par le passage de l'air de la trachée dans la glande thyroïde ou le tissu cellulaire environnant; *struma aerea*, *pneumatophyma*, *trachelophyma pneumaticum*, *bronchocèle*, *aérocèle*, *trachéocèle*, *luftkropf*. Il en existe quatre variétés; il peut être formé par une véritable hernie de la muqueuse trachéale distendue à travers deux anneaux de la trachée, et, selon Schmalz, par la dilatation de ces anneaux eux-mêmes; par une déchirure de la muqueuse trachéale et le passage de l'air dans la glande thyroïde ou le tissu cellulaire environnant.

OBS. II. — Une femme de 32 ans portait à la partie moyenne du cou, au-dessous du larynx, une tumeur de la grosseur d'une petite pomme, peu mobile, et présentant de la fluctuation à travers une enveloppe assez ferme; après avoir, par une incision longitudinale, séparé la peau, le tissu cellulaire et les muscles, on put voir la tumeur formée par un kyste épais, rosé, présentant encore de la fluctuation, mais moins manifeste qu'auparavant. Le kyste fut incisé, et l'opérateur crut entendre comme le sifflement de l'air qui s'échappait à travers la plaie; il ne s'écoula au contraire qu'une cuillerée à peu près d'un liquide jaunâtre, tandis que le kyste aurait dû, d'après son volume, en renfermer au moins une tasse. La tumeur ne s'affaissa pas; les parois du kyste, de trois lignes d'épaisseur, étaient formées par la substance même de la glande thyroïde. On essaya différens moyens pour obtenir la disparition du goître par la suppuration : application de charpie sèche, de pommades irritantes; plus tard la compression, des frictions iodurées et mercurielles, associées aux anti-goîtreux, à l'intérieur; on ne put jamais obtenir que la moitié de la réduction. L'auteur regrette de n'avoir pu enlever, lors de l'opération, une portion du kyste, procédé qui avait réussi à Beck, dans un cas semblable.

Ce fait est remarquable en ce qu'il prouve la réalité du goître emphysémateux que M. Larrey a le premier décrit en France : en effet, lors même que le bruit entendu lors de l'incision du kyste ne suffirait pas pour démontrer le passage de l'air, on ne saurait s'expliquer le degré de distension de l'intérieur du kyste, sans la présence d'un gaz, vu la petite quantité de liquide qui s'en échappa : on ne remarqua aucune communication de la cavité avec les voies aériennes. Il paraît que de l'air se sera introduit d'une manière quelconque dans une cellule du parenchyme thyroïdien, et l'aura distendue en forme de kyste. Cette observation peut rentrer dans la variété des goîtres emphysémateux par déchirure avec extravasation de l'air dans la glande thyroïde. L'auteur cite encore trois autres cas de goîtres emphysémateux; mais son diagnostic nous paraît trop incertain pour que nous croyions devoir les rapporter.

M. Heidenreich croit qu'en appliquant la percussion et le sthétoscope au diagnostic des diverses variétés du goître, on arriverait plus facilement à reconnaître la nature de leur contenu; il ne peut à cet égard donner encore aucun précepte; il pense cependant pouvoir indiquer en passant qu'un son clair et la résonnance de la voix annoncent un goître emphysémateux de la glande thyroïde; quand la tumeur a son siége dans le tissu cellulaire, sans communication avec les voies aériennes, la résonnance de sa voix n'a pas lieu : un son mat et l'absence du bruit vocal indiquent un goître liquide ou parenchymateux. L'auteur recommande beaucoup cette nouvelle application dont il espère les résultats les plus favorables.

III. *Goître liquide, ainsi appelé en opposition avec le goître emphysémateux*, *struma aquosa*, *hydropica*, *trachelophyma hydropicum*, *struma cystica de Beck*. Il est formé par la présence d'un liquide de nature diverse, renfermé dans un ou plusieurs kystes développés dans la glande thyroïde ou le tissu cellulaire environnant, et présente ainsi quatre variétés : le goître de la glande thyroïde à un ou plusieurs kystes, et le goître du tissu cellulaire formé également par un seul kyste ou des kystes multiples. Cette dernière espèce est encore connue sous le nom de *faux goître*. Beck est le premier qui ait démontré qu'il existait de véritables goîtres enkystés de la glande thyroïde; M. Heiderreich en rapporte également un exemple : la tumeur qui était développée contenait une grande quantité de sérosité brunâtre, à laquelle on donna issue par une incision : les parois du kyste, macérées par une suppuration longuement entretenue, furent expulsées par morceaux, et la guérison eut lieu d'une manière complète au bout de 6 mois.

Un autre goître formé par la réunion de plusieurs kystes, et ayant son siége dans le tissu cellulaire, disparut au bout de cinq mois, par l'usage des sétons.

IV. *Goître ayant son siége dans la substance de la glande thyroïde même.*

1° Goître aigu ou inflammatoire;
2° Goître anévrismatique;
3° Goître hypertrophié, lymphatique, parenchymateux.

Déjà P. Frank a décrit une inflammation et suppuration de la glande thyroïde qu'il a eu occasion d'observer sur lui-même. M. le professeur de Walther rapporte trois faits analogues; on en trouve encore plusieurs exemples dans Boyer. John et Beck ont eu occasion de faire les mêmes observations. Beck même fut forcé d'ouvrir l'abcès à cause des symptômes très-alarmans qui se présentèrent : ainsi il ne reste pas de doute sur l'existence des goîtres aigus ou inflammatoires de la glande thyroïde.

Richter parle déjà du *goître anévrismatique*; mais M. de Walther est le premier qui l'a décrit avec méthode, et qui a proposé un mode de traitement régulier; depuis lui, on l'a observé et opéré un grand nombre de fois. Dans ces sortes de goîtres, ce ne sont pas seulement les artères,

mais encore les veines et les vaisseaux capillaires qui se trouvent dilatés; c'est, comme l'a démontré M. de Walther, un véritable lacis de vaisseaux dilatés en tous sens.

Le goître lymphatique ou parenchymateux, quoique le plus fréquent et le plus répandu, est cependant celui pour la description et la dénomination duquel les auteurs ont le plus varié. Néanmoins on peut dire que cette *forme de goître consiste en général en une tuméfaction indolente et un accroissement de substance lent et insensible de la glande thyroïde*. M. de Walther croit que le goître lymphatique est formé par un épanchement de lymphe plus ou moins coagulable, et susceptible de transformations diverses, qui se dépose dans les cellules du parenchyme thyroïdien; ces cellules se dilatent et reçoivent tantôt un liquide visqueux transparent, tantôt une matière muqueuse, filante, brunâtre; d'autrefois elles renferment une substance lardacée ou séreuse, ou bien encore des concrétions calcaires ou osseuses: aussi le goître lymphatique offre-t-il toujours une conformation tuberculeuse; les parois des cellules s'épaississent parfois au point d'acquérir une consistance de cartilage; elles peuvent adhérer et se confondre, avec le temps, avec les matières qu'elles contiennent, disparaître entièrement, et la glande ne plus offrir qu'une masse compacte et solide. Toutes les espèces de goîtres connues sous le nom de lymphatiques, ou parenchymateux, selon M. Larrey, quelque variées qu'elles paraissent, se développent de la même manière par la dilatation des cellules de la glande, et par l'épaississement des parties impénétrables aux substances déposées dans leurs interstices. Beck et M. Chélius donnent à peu près la même description. L'hypertrophie de la glande thyroïdieone de M. Schœnlein appartient encore à cette variété du goître.

Le squirrhe de la glande thyroïde est une dernière et la plus funeste variété: heureusement que le vrai squirrhe est une affection très-rare. Beek a observé deux cas de cancer-mou, *fungues hématode et médullaire*. La glande thyroïde passée à l'état squirrheux n'offre pas, d'après M. de Walther, une augmentation de volume considérable, mais elle est d'une dureté extraordinaire, tuberculeuse et bosselée; la dégénérescence carcinomateuse s'étend bientôt à toutes les parties environnantes; les glandes lymphatiques du cou, qui s'engorgent rarement dans le goître ordinaire, forment bientôt autant de petites tumeurs squirrheuses dans le goître cancéreux: la terminaison de ces goîtres est celle de toutes les autres dégénérescences carcinomateuses.

Quelques mots sur le traitement.

1° *Goître celluleux*. Les pommades d'iode ou de mercure, seules ou combinées ensemble, l'emplâtre de mercure et de ciguë, l'emplâtre de diachylum composé avec ou sans iode, et en général les topiques, réussissent mieux, dans cette forme de goître, que les remèdes internes.

2° *Goître emphysémateux*. Dans le cas de hernie trachéale, bronchocèle, M. Larrey recommande de faire la réduction, et de porter un collier compr ssif; dans les autres cas d'extravasation ou d'infiltration d'air, l'opération est le seul moyen de guérison.

3° *Goître liquide enkysté*. Donner issue aux liquides, et enlever le sac par des poudres opératoires.

4° *Goître parenchymateux*. L'extirpation de la glande est toujours dangereuse.

Le traitement de l'auteur consiste dans l'application de sangsues sur la tumeur, et l'usage interne et externe de l'iode: il donne à l'intérieur la teinture d'iode à la dose de 5, 10, 15 gouttes trois fois par jour. A l'extérieur il emploie une pommade composée de protoiodure de mercure, 15 grains à un crupule; sur pommade de rose, 1/2 once. Il survient quelquefois, par son emploi prolongé, une enflammation érysipélateuse et pustuleuse comme par le tartre stibié; mais le goître disparaît bientôt après.

SUR LA LITHOTRITIE, par feu le docteur BRUNNINGHAUSEN.

Ce mémoire a été communiqué par M. le professeur Jaeger de Wurtzbourg; l'auteur y traite de la destruction de la pierre dans la vessie. Il commence par rappeler l'histoire du moine de Cîteaux qui fit sauter des parcelles d'un calcul qu'il avait dans la vessie, au moyen d'un petit ciseau sur lequel il frappait à petits coups secs et redoublés; puis rapporte l'observation d'un colonel anglais, Martin, qui parvint aussi à détruire un calcul au moyen d'une lime introduite dans sa vessie. Il mentionne les teotatives faites par Gruithuisen en 1813, à Munich; et passe enfin en revue les progrès qu'a faits la lithotritie. Il propose un moyen de son invention consistant en une espèce de lime tournée en spirale, pratiquée autour d'une tige en acier, qu'on fait mouvoir dans une canule d'argent, à l'extrémité de laquelle se trouve une mortaise ou un œillet de quinze lignes qui permet à la lime de se mettre directement en contact avec la pierre. Cet instrument se recommande par sa solidité et son extrême simplicité; mais, tel qu'il est aujourd'hui, il nous paraît ne pas pouvoir être mis à exécution, parce qu'il n'est pas muni de moyens propres à fixer la pierre.

— Les deux articles qui suivent appartiennent à nos précédentes revues.

DE LA RACINE D'ARMOISE DANS L'ÉPILEPSIE; par M. le docteur WAGNER.

La GAZETTE MÉDICALE a déjà fait connaître l'emploi de la racine d'armoise dans l'éclampsie des enfans à la suite de dentition difficile. Les observations suivantes serviront à déterminer le degré de confiance à accorder à ce médicament dans les cas d'épilepsie chez les adultes.

OBS. I. — Un épileptique, traité, il y a quelques années, par l'armoise, mais qui n'avait joui que d'une amélioration passagère, fut de nouveau soumis à l'usage de ce médicament: il survint bientôt une exhalation de toute la surface cutanée, qui, pendant la nuit et dans le jour, par une forte chaleur, répandait une odeur d'ail très-forte; les accès diminuèrent. On appliqua de plus 12 sangsues à la tête; les accès cessèrent au bout de quinze jours; mais quelques semaines après le malade fut pris de vertiges, qui furent comme le prélude d'une chorée qui dure encore maintenant.

OBS. II et III. — Deux autres épileptiques, une fille de 14 ans et un garçon de 8 ans, prirent la racine d'armoise, sans aucun effet.

Dans les deux cas suivans, au contraire, l'administration de ce médicament fut suivie de résultat.

OBS. IV. — Une femme mariée, sujette, depuis 14 ans, à des accès d'épilepsie qui revenaient tous les mois une ou deux fois, pendant la nuit et surtout aux époques menstruelles, fut guérie une première fois par l'administration de l'armoise; mais au bout de cinq mois et demi, rechute; nouvelle administration de ce médicament. Cette fois-ci point de sueurs, et les accès, au lieu de diminuer, sont plus rapprochés et plus intenses. On ajoute à l'armoise la racine de belladone, demi-grain, et des fleurs de zinc, 2 grains, par dose; saignée. Les accès cessent et aujourd'hui (12 semaines) ils ne sont pas revenus.

OBS. V. — Une jeune fille de 13 ans éprouvait depuis trois ans régulièrement un accès toutes les nuits; dès les premières doses d'armoise, il y eut une amélioration; le médicament fut continué pendant trois mois, et aujourd'hui les accès ne reviennent plus que tous les cinq jours, et avec une intensité très-affaiblie.

La sixième observation n'est point une épilepsie; mais comme elle rentre dans la classe des maladies nerveuses, M. Wagner, après que toutes les autres médications eurent échoué, crut devoir aussi administrer l'armoise; mais ce dernier moyen se montra dans ce cas aussi inefficace que les premiers. Nous donnons ici cette observation, à cause des particularités remarquables qu'elle a présentées.

OBS. VI. — Une femme, âgée de 50 ans, a eu, il y a cinq ans, un abcès au cou qui, quoique sur le point de passer à l'état de suppuration, s'est terminé néanmoins par résolution. La menstruation a continué à se faire régulièrement; mais il est survenu un trouble remarquable dans les paroles de la malade. Les mots les plus injurieux lui viennent involontairement à la bouche, et s'en échappent sans qu'elle puisse se maîtriser; elle pousse alors des cris et se trouve dans une agitation extrême, jusqu'à ce qu'épuisée par les efforts, elle tombe à terre, entièrement privée de forces. Ces accès reviennent plusieurs fois par jour; après un certain temps de repos, la malade se trouve bien, à l'exception d'une voix qu'elle dit entendre dans la tête et qui lui commande parfois les choses les plus terribles. Elle est obligée d'éviter les grandes réunions d'hommes pour ne pas s'exposer plus souvent au retour de ces attaques.

Cette maladie, que l'auteur nomme schimpf-Krampf, *spasme injurieux*, dure depuis cinq ans, et a résisté, comme nous l'avons dit, à toutes les ressources de l'art.

Il résulte des faits que nous venons d'exposer, que la racine d'armoise, sans être infaillible, est cependant un des meilleurs remèdes que nous ayons contre l'épilepsie; les avantages qu'on en a déjà obtenus doivent engager à l'expérimenter de nouveau. La racine de l'armoise sauvage, telle qu'elle croît au milieu des haies, est préférable à celle que l'on cultive dans les jardins. Il est encore à remarquer que, chez les sujets pléthoriques, il faut faire précéder son administration de saignées générales ou locales.

OBSERVATION D'UNE RÉGÉNÉRATION DES CARTILAGES OSSIFIÉS DU LARYNX, par M. ALBERS de BONN.

M. Albers de Bonn possède un larynx d'homme ossifié qui présente les particularités suivantes: au bord inférieur du côté gauche se trouve un endroit de la grandeur d'une pièce de dix sous où la substance osseuse manque et est remplacée par une membrane fibreuse assez ferme, lisse, adhérant, dans tous les points de sa circonférence, aux parties

ossifiées. Au milieu de cette membrane se remarquent deux points : l'un, long d'une ligne et demie, large d'une demi-ligne, et épais d'un quart de ligne ; l'autre, large d'une demi-ligne, épais et large d'un huitième de ligne. Ce sont deux points d'ossification. Cette membrane ressemble parfaitement au périoste régénéré dans les endroits trépanés ; le reste du larynx est entièrement ossifié.

Ce fait, selon M. Albers, prouverait ce qu'aucune observation ni expérience sur les animaux n'avait pu encore constater, la possibilité de la régénératisn d'une portion du cartilage du larynx. Mais ne se pourait-il pas aussi que l'endroit indiqué par M. Albert comme occupé par un tissu de nouvelle formation, ne fût qu'un point moins avancé que le reste du larynx dans le travail d'ossification subi par ce dernier? Nous nous permettons ce doute, parce que cette observation interprétée d'après M. Albers, est en opposition avec tous les autres faits et expériences connus jusqu'à ce jour.

TRAVAUX ACADEMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance publique du 28 décembre. — Présidence de M. Charles Dupin.

PRIX DÉCERNÉS.

Le *grand prix des sciences physiques* a été décerné à M. Valentin (de Breslau), déjà connu par plusieurs travaux importans d'anatomie et de physiologie.

Le sujet propose en 1833 était le suivant :

Examiner si le mode de développement des tissus organiques, chez les animaux, peut être comparé à la manière dont se développent les tissus végétaux.

Le prix de physiologie expérimentale, fondé par M. de Montyon, a été partagé entre :

M. Gaudichaud, pour ses recherches sur le développement et l'accroissement des tiges, feuilles et autres organes des végétaux.

Et M. Poiseuille, pour ses expériences sur les mouvemens du sang dans les vaisseaux capillaires.

Il a été accordé en outre une médaille en or de la valeur de 400 fr. à M. Martin Saint-Ange pour ses recherches sur les villosites du chorion des mammifères.

Enfin, sur la demande de la commission, l'Academie a voté l'impression des recherches anatomiques et physiologiques de M. Léon Dufour sur les orthoptères, les hyménoptères et les névroptères, recherches dont la première partie a obtenu le prix en 1830.

PRIX RELATIF AUX MOYENS DE RENDRE UN ART OU UN MÉTIER MOINS INSALUBRE.

Un procédé pour la conservation des cadavres, par M. Gannal, a été l'objet d'un encouragement de 8,000 fr., sans préjudice du prix qui pourra être décerné à l'auteur, lorsque l'utilité de son procede, qui, dès à présent, ne parait pas douteuse, aura eté constatée dans des applications faites en grand et long-temps continuées.

Le *prix de médecine et de chirurgie* n'a pas été décerné, la commission n'ayant pu, en raison du grand nombre de pièces adressées pour le concours, terminer son travail en temps opportun. Le prix sera décerné dans une séance publique extraordinaire, dont l'epoque n'est pas encore fixée.

PRIX PROPOSÉS POUR LES ANNÉES 1836 ET 1837.

Grand prix des sciences physiques pour 1837. — Pour sujet de ce prix l'Académie propose la question suivante :

« Determiner, par des recherches anatomiques et physiques, quel est le mécanisme de la production des sons chez l'homme et chez les animaux vertébrés et invertebrés qui jouissent de cette faculté. »

L'Académie demande que les concurrens entreprennent de traiter cette question sous ses différens rapports, la production du son, son intensité, son degré d'acuité ou de gravité, et même sa nature, et cela chez l'homme et chez un certain nombre d'animaux convenablement choisis, comme l'alouatte ou sapajou hurleur, le chat ou le chien, le cochon, le cheval ou l'âne, parmi les mammifères ; le perroquet, la corneille, le merle, le rossignol, le coq et le canard, parmi les oiseaux ; la grenouille, parmi les amphibiens ; les cottes, les trigles et même le pogonias tambour, si cela est possible, parmi les poissons ; et enfin chez les cigales, les sauterelles, les grillons, quelques sphynx, et même chez les bourdons et les cousins, parmi les insectes.

L'Académie recommande essentiellement que les ouvrages envoyés au concours soient accompagnés de dessins représentant les appareils naturels de la phonation, et que la théorie soit appuyée sur des expériences assez bien exposées pour qu'elles puissent être repetées par ses commissaires, si elle le jugeait convenable.

Le prix consistera en une médaille d'or de la valeur de 3,000 fr. Les mémoires devront être remis au secrétariat de l'Academie avant le 1er avril 1837. Ce terme est de rigueur. Les auteurs devront inscrire leur nom dans un billet cacheté, qui ne sera ouvert que si la pièce est couronnée.

Prix de médecine Montyon. — La question suivante, mise au concours pour le prix de 1834, puis pour celui de 1835, est représentée une troisième fois pour le prix de 1836 :

« Déterminer quelles sont les altérations des organes dans les maladies désignées sous le nom de fièvres continues ;

» Quels sont les rapports qui existent entre les symptômes de ces maladies et les altérations observées ;

» Insister sur les vues thérapeutiques qui se déduisent de ces rapports. »

Prix de chirurgie Montyon. — La question suivante avait été proposée comme sujet de prix de 1834, et est de nouveau remise au concours :

« Déterminer, par une série de faits et d'observations authentiques, quels sont les avantages et les inconvéniens des moyens mécaniques et gymnastiques appliqués à la cure des difformités du système osseux. »

Neuf pièces adressées à l'Académie ont été examinées par une commission composée de MM. Larrey, Magendie, Serres, Double et Savart.

Plusieurs d'entre elles offrent un mérite remarquable, soit par le nombre et l'importance des faits qu'elles contiennent, soit par les machines ingénieuses dont elles font connaître les avantages dans la cure des difformités du système osseux.

Mais aucun des concurrens n'ayant mis la commission chargée de décerner le prix à même de vérifier sur des personnes atteintes de difformités (ainsi que l'exigeait le programme), l'exactitude des faits énonces dans les mémoires, seule manière de leur donner l'authenticité désirable, l'Académie s'est vue forcée de remettre la question au concours pour l'année 1836, en invitant les concurrens à remplir littéralement les conditions énoncées au programme.

Ce prix consistera, ainsi que le précédent, en une médaille d'or de la valeur de *dix mille francs*. Les mémoires pour l'un comme pour l'autre devront être remis au secrétariat de l'Institut avant le 1er avril 1836.

— M. Dupin lit une notice *sur quelques progrès des sciences mathématiques depuis* 1830 ; son but est de prouver qu'en cette période si courte et si profondément agitée, les sciences, poursuivant leurs travaux avec un paisible courage, n'ont point fait défaut à la gloire de la France.

— La séance de l'Académie de médecine n'a guère été employée qu'aux élections. Nous la donnerons dans le prochain numéro.

S. M a fait annoncer qu'elle recevrait la députation de l'Académie le 1er janvier à midi.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

PANNE MÉLANÉE, observée à l'hôpital Saint-Louis par M. Charles OZANNE, élève de cet hôpital.

OBS. — La nommée Leloup, née à Saint-Georges (Manche), d'un tempérament sanguin, d'une constitution assez robuste, née de parens très-sains, mena une vie laborieuse jusqu'à l'âge de 35 ans, où le flux menstruel diminua considérablement sans cause connue, car jusqu'alors elle avait été parfaitement réglée. A la suite de malaises très-fréquens, qui ne l'empêchaient pourtant pas de se livrer à ses occupations ordinaires, elle fut prise d'une forte constipation. La malade qui jusqu'alors avait eu la peau à l'état normal, fut tout à coup prise d'une décoloration remarquable de ce tégument, couleur qui devint de plus en plus foncée. A l'âge de 40 ans, elle fut atteinte d'un violent prurit, qui ne fit qu'augmenter la coloration en noir de la peau. Quelque temps après tout le cuir chevelu de la malade fut occupé par un *achor mucifluus* (chose assez remarquable à cette époque de la vie). Cette maladie existait depuis environ un an, concurremment avec une quantité considérable de fleurs blanches, lorsque vers les premiers jours du mois d'août 1835, elle entra dans la salle Napoléon, à l'hôpital Saint-Louis.

Après son arrivée, elle fut prise de vomissemens très-forts, et dès ce moment ses menstrues se supprimèrent entièrement. Au bout de trois mois la malade sortit sans être entièrement guérie. Quinze jours après sa sortie de la salle Napoléon, l'achor s'étant représenté, elle entra au pavillon Gabrielle, service de M. le professeur Alibert. A son arrivée, la peau n'avait point changé d'aspect, et était au contraire plus brunâtre et légèrement cuivrée. Depuis la disparition des menstrues, la malade éprouve une certaine difficulté dans la prononciation des mots. La teinte noirâtre du corps se rapproche beaucoup de celle du nègre ; il est pourtant à remarquer que, depuis que la malade est au pavillon Gabrielle, soit par l'effet du traitement ou de toute autre cause, sa peau est d'un noir moins intense qu'auparavant.

Les exemples cités dans la monographie des dermatoses de M. Alibert au sujet de la panne mélanée, paraissent s'être présentés à la suite de grandes frayeurs ou d'inquiétudes ; mais la malade nous assure avoir toujours vécu paisiblement, et ne jamais avoir éprouvé la moindre contrariété.

Au surplus, on n'est pas d'accord au sujet de cette couleur noire, désignée sous le nom de mélanose, qui se manifeste dans quelques circonstances rares, et qui souvent a été attribuée à l'ingestion dans les voies digestives de parcelles de nitrate d'argent.

Suivant Laënnec, les mélanoses sont du nombre de ces productions accidentelles, que l'on a long-temps confondues sous les noms de squirrhe, de cancer, de carcinôme.

Les analyses chimiques faites d'abord par M. Barruel, puis par MM. Lassaigne et Foy, ont à peu près démontré que les principes constituans des mélanoses diffèrent peu de ceux du sang, que seulement le carbone y domine notablement.

Du reste, la matière mélanique se sépare-t-elle du sang contenu dans ses vaisseaux, ou est-elle le résultat d'une résorption incomplète de ce liquide préalablement épanché dans les tissus vivans? On peut admettre que la mélanose se produit de l'une et l'autre manières.

BIBLIOGRAPHIE.

NOUVEAU MANUEL DE PHRÉNOLOGIE, par George COMBE, ex-président de la société phrénologique d'Edimbourg; traduit de l'anglais et augmenté d'additions nombreuses et de notes, par le docteur Fossati, président de la société phrénologique de Paris, avec 14 planches lithographiées. Paris, 1836.

Les phrénologistes sont maladroits, cruels et ingrats :

1° *Maladroits*. Un membre très-connu de la société de phrénologie de Paris, le docteur X... avait choisi un domestique doué d'une conformation admirable : destructivité, secrétivité, acquisivité nulles; affectionnivité, bienveillance, consciencieusité d'un développement parfait; consciencieusité surtout! aussi ne comptait-on jamais après lui : c'était un domestique modèle, un nouveau Vendredi. Mais voilà que l'épouse du docteur découvre que ce Vendredi est un fourbe, un fripon. Elle le chasse au plus vite, lui et ses bosses menteuses, et s'en va *chanter pouille* à son mari. Celui-ci de se frotter les yeux, ne pouvant croire que son domestique soit un voleur, et de se demander s'il n'y aurait pas eu transposition d'organes, si par hasard la secrétivité n'aurait pas occupé la place de la consciencieusité, comme on voit dans certains cas le foie occuper l'hypocondre gauche, et l'estomac, l'hypocondre droit. Transposition, soit : il aurait fallu la reconnaître avant le vol. Maladresse!

2° *Cruels*. Si nous connaissions dans le monde une femme intrigante, menteuse, avare, ayant la tête très-large, et la région de la secrétivité, nous pourrions souhaiter que, malgré cet élargissement, elle devînt généreuse, véridique et bonne; et pour aider, s'il se pouvait, sa conversion, nous tâcherions de lui faire sentir le prix des vertus qui lui manquent. Au lieu de cela, que fait le phrénologiste M. Fossati? « Il la regarde comme un curieux phénomène phrénologique, et a souvent désiré avoir son crâne, non-seulement dans l'intérêt de la science, mais aussi pour le bien de son prochain. » (V. page 86 du *Manuel*.) Cruauté!

3° *Ingrats*. Gall, dans une des planches qu'il a publiées (planche IV), a laissé représenter comme un seul nerf (ce que personne n'avait fait avant lui), le spinal, l'hypoglosse et les racines antérieures de la première paire cervicale; Spurzheim, dans les ouvrages qu'il a publiés après Gall, a reproduit la même erreur; M. Vimont, qui sans doute avait de bonnes raisons pour ne pas découvrir cette erreur, l'a reproduite aussi (planche LXXXIV). J'ai dit à ces messieurs d'y prendre garde, qu'ils feraient sagement de ne pas s'opiniâtrer contre la distribution des nerfs, que cette distribution resterait invariablement ce qu'elle a toujours été; je leur ai même cité des exemples, celui-ci entre autres. Un médecin avait à traiter beaucoup de malades d'une fièvre grave. Il les saignait tous; ils mouraient tous. « Je n'en démordrai pas, disait-il à la fièvre, il faudra bien que tu t'y fasses. » La fièvre ne s'y est pas faite, les malades non plus. M. Fossati a suivi mes conseils; voyant que les nerfs ne se faisaient pas d'après les planches, il a tâché de faire les planches d'après les nerfs. C'est bien au moins quant à l'intention; car il a mis les filets de l'hypoglosse entre l'éminence olivaire et le corps restiforme, tandis qu'ils sont réellement entre l'éminence olivaire et la pyramide. Mais passe pour cela, l'anatomie phrénologique n'est pas si exigeante. Il y a progrès, et ce progrès m'est dû; comment serai-je remercié? Voici de quelle manière on parle de moi : « Les principes exposés (dans le *Manuel*) doivent prouver au lecteur combien sont faciles les critiques à la fois naïves et malveillantes de ce médecin qui a pris à tâche de combattre la phrénologie devant l'Académie de médecine, en faisant dire aux phrénologistes des absurdités qu'ils n'ont jamais dites, supposant l'existence de faits qu'ils n'ont jamais reconnus ni admis, et en leur adressant de ces lourdes injures dont le bon sens du public sait faire heureusement justice. » (Pag. 298.) Est-ce là, je le demande, un remerciement, un acte de reconnaissance? M. Fossati, il y a dans votre planche VI, planche que vous avez fidèlement copiée d'après Gall, une erreur aussi lourde que celle de la réunion de trois nerfs en un seul; mais puisque vous me traitez ainsi, je ne vous l'indiquerai pas. Ingratitude!

Il demeure donc établi que les phrénologistes sont maladroits, cruels et ingrats. Établi, comme les phrénologistes l'établissent, c'est-à-dire en concluant du particulier au général; comme ils ont établi que les criminels ont les régions temporales plus saillantes que les autres hommes, parce qu'ils ont observé cette conformation chez quelques criminels; comme ils ont établi que l'intelligence a ses organes dans la région frontale, parce qu'ils ont vu cette région très-développée chez quelques hommes très-intelligens; comme ils ont établi toutes leurs localisations, toutes leurs bosses. Les organes de la destructivité, de la secrétivité sont, d'après les phrénologistes, à l'abri d'aucun doute. M. Mitivié, M. Guerry et moi, nous mesurons comparativement des têtes de criminels, de forçats et des têtes d'honnêtes gens; ce sont les honnêtes gens qui ont la région temporale la plus développée. Nous comparons des idiots à des hommes intelligens; c'est la partie postérieure de la tête qui manque surtout aux idiots. L'homme a comparativement les circonvolutions cérébrales antérieures plus considérables que le mouton, preuve, dit-on, que les circonvolutions antérieures président à l'intelligence; mais, à cette mesure, le mouton serait infiniment au-dessus du chien. Et de même pour toutes les autres déterminations. On a pris les faits qui allaient à la théorie, on a négligé les autres; de là vient que cette théorie ne peut supporter un sérieux examen. De la logique, messieurs les phrénologistes; c'est à elle que j'en appelle de toutes vos assertions.

Dans le mémoire que j'ai lu à l'Académie de Médecine, et qui a tant déplu à M. Fossati, j'ai démontré que le mouton avait la circonvolution à laquelle on a donné pour faculté, chez l'homme, la connaissance de Dieu, et j'en ai tiré cette conclusion toute naturelle, que la connaissance de Dieu n'appartenait pas à cette circonvolution. M. Bailly de Blois s'est récrié là-dessus. « Quelle est donc, m'a-t-il dit, cette similitude que vous avez voulu établir? est-ce la similitude des circonvolutions? Mais encore faut-il s'entendre! Est-ce similitude visible? Je ne sais plus quelle similitude visible, il y a entre les circonvolutions d'un renard et celles d'un éléphant. (Je le sais bien, moi, et je vous le dirai, M. Bailly de Blois; attendez seulement un peu, mon livre est sous-presse.) Mais je vais vous faire une concession qui vous épargnera un travail, bien inutile d'ailleurs. Je suppose tous les cerveaux parfaitement semblables, depuis celui du rat, qui pèse quelques grains, jusqu'à celui de l'éléphant, qui pèse quatre ou cinq fois plus que celui de l'homme; je suppose qu'en parcourant tous les degrés de l'échelle animale, on ne voie qu'une seule manière d'être de tous ces cerveaux dont les circonvolutions se placeront exactement de la même manière; je suppose que le cerveau du rat soit la miniature de celui de l'éléphant; je suppose, par conséquent, la plus parfaite analogie de conformation que vous puissiez imaginer, et cela, chez tous les animaux dont les instincts resteront d'ailleurs aussi différens qu'ils le sont; et vous n'aurez rien changé à la phrénologie. Elle s'accommodera parfaitement de ces faits, parce que la phrénologie est tout autre chose que ce que vous l'avez faite.

« Ces propriétés des circonvolutions sont comme celles des nerfs, elles dépendent d'une organisation intime que personne ne peut voir. Est-ce l'aspect du nerf optique ou du nerf auditif, qui vous fait comprendre qu'ils sont organisés pour percevoir la lumière et les sons? Si l'observation ne vous avait pas appris que l'œil était destiné à la vision, et que le nerf qui se rend à cet organe, était la condition principale de sa sensibilité, auriez-vous pu parvenir, à l'aide de recherches anatomiques, à comprendre les véritables fonctions de ce nerf? *Eh bien, il en est de même des circonvolutions cérébrales*. » (Journal de Phrénol., 3e ann. 363.)

Bien trouvé; merci, M. de Blois. Vos *je suppose* m'avaient quelque peu embarrassé, votre comparaison me tire d'affaire. Il en est des circonvolutions comme des nerfs, soit. J'accepte et je dis : si je sais que chez l'homme le nerf optique sert à la vision, et que je retrouve chez le chien, le chat, le bœuf, un nerf semblable au nerf optique de

l'homme chez ces animaux, j'admets que ce nerf sert encore à la vision. Si on me montre le cerveau d'un animal que je n'aurai jamais vu vivant, et que je retrouve un nerf conformé d'une manière analogue au nerf optique de l'homme, j'admets encore que ce nerf sert à la vision; et je n'ai pas besoin, pour cela, d'une expérience individuelle; la conformation me guide; elle me suffit pour déterminer quelles sont les fonctions de ce nerf.

Eh bien! comme vous le dites, *il en est de même des circonvolutions cérébrales*. Quand je retrouve, chez le mouton, la circonvolution qui, d'après vous, donne à l'homme la connaissance de Dieu, je conclus que le mouton a la connaissance de Dieu. Cette conclusion, remarquez-le bien, se déduit de votre propre raisonnement; elle vous appartient, elle est tout-à-fait phrénologique.

On ne se fût pas exposé à une pareille conclusion, si, avant de localiser la vénération, la théosophie, comme ils l'appellent, on eût comparé non pas des crânes, mais des cerveaux bien préparés, bien dépouillés de leurs membranes. On eût fait ce que dans le système on voulait faire, donné des facultés communes à l'homme et aux animaux, aux circonvolutions que l'on aurait retrouvées les mêmes dans leurs cerveaux; et l'on eût placé les facultés supérieures dans les circonvolutions complémentaires dont l'homme est pourvu. On n'eût pas rencontré plus juste quant au résultat définitif, parce qu'à mon avis, la localisation de chaque faculté de l'entendement dans un lieu déterminé du cerveau est une chimère; mais on se fût montré conséquent aux principes que l'on avait soi-même établis.

Si je suis aussi sévère envers les phrénologistes, ils ont bien quelque droit de me demander compte de l'accusation de maladresse, de cruauté et d'ingratitude que j'ai porté contre eux en commençant cet article. On a déjà pu s'en apercevoir, et j'en conviens volontiers, je me suis servi de leurs armes. Trois faits isolés m'ont suffi pour *établir* une règle générale; mais ce n'était qu'une plaisanterie, une loi phrénologique, comme on en trouve à foison dans le Manuel que viennent de publier MM. Combe et Fossati.

Ce Manuel, dont M. le rédacteur de la GAZETTE MÉDICALE m'a imposé la lecture pour que j'en dise mon avis, fera plaisir à tous ceux dont l'esprit est vide et le crâne bien développé; ce sera pour eux la source de jouissances infinies, ils se regarderont comme les premiers des hommes, et se sentiront pénétrés d'une estime particulière pour la science phrénologique qui a su découvrir en eux tant de merveilles jusqu'alors ignorées. Quant aux hommes dont l'intelligence est plus grande que le front, ils n'auront qu'à se faire raser les cheveux du devant de la tête; on cite un des plus fameux phrénologistes de Paris, qui a recours à ce moyen pour mettre son organisation en rapport avec son génie.

LEURET.

VARIÉTÉS.

— M. le professeur Coze vient d'être nommé doyen de la Faculté de Strasbourg, en remplacement de M. Caillot, décédé.

Concours pour la chaire d'anatomie à la Faculté de Paris.

— Le ministre secrétaire-d'état au département de l'instruction publique, grand-maître de l'Université de France :

Vu l'ordonnance royale du 5 octobre 1830, concernant la Faculté de médecine de Paris, arrête :

Art. Ier. Un concours public s'ouvrira le 14 avril 1836, devant la Faculté de médecine de Paris, pour la chaire d'anatomie vacante dans cette Faculté.

Art. II. Ce concours sera annoncé par la voie des affiches, et par des avis insérés dans les journaux.

Fait à Paris, le 14 décembre 1835.

GUIZOT.

Corps des officiers de santé militaires.

On annonce comme devant paraître prochainement une ordonnance royale d'après laquelle on assimilerait les membres du corps, si éminemment utile et si mal rémunéré, de MM. les officiers de santé des armées, aux divers grades militaires. Ainsi, d'après ces nouvelles dispositions, voici quelle serait cette assimilation.

Les cinq membres du conseil supérieur de santé, maréchaux-de-camp; médecins, chirurgiens et pharmaciens inspecteurs, colonels après un temps donné; et les mêmes, avant ce temps, lieutenans-colonels; médecins, chirurgiens et pharmaciens principaux, chefs de bataillon; chirurgiens-majors, capitaines; aides majors, lieutenans; sous-aides, sous-lieutenans.

Distribution des prix aux élèves internes et externes des hôpitaux, et nomination des élèves.

La séance pour la distribution des prix aux élèves internes et externes des hôpitaux a eu lieu samedi dernier. Les concurrens ont été en grand nombre. Voici l'ordre dans lequel ils ont été classés.

Internes de troisième année.

MM. Barth, médaille d'or.
Gerdy, médaille d'argent.
Vernois et Diday, mentions honorables.

Internes de deuxième année.

MM. Droin, médaille d'argent.
Garriel, des livres.
Rebier et Lafargue, mentions honorables.

Externes.

MM. Guénean de Mussy et Contes, prix en livres.
Gosselin, Terey, Billier, Rendu, Benoist, Baron, mentions honorables.

Vingt cinq élèves internes ont été nommés dans l'ordre suivant.

MM. Piegu, Guénean de Mussy, Fauvel, Perrochand, Lescallier, Lenepveu, Laurence, Rendu, Billiet, Quatrevaux, Durand, Camberuon, Moissenet, Mazet, Bassereau, Desvergnes, Laudoury, Baron, Gosselin, Stanski, Bujou, Dugast, Depaul, Ducros, Patouillet.

Le nombre des compétiteurs était de 186 élèves.
Les élèves externes nommés cette année sont au nombre de 190.

— M. Mac-Mahon, bibliothécaire de la Faculté de médecine, est mort il y a quelques jours.

— Le concours pour la chaire de clinique vacante par la mort de Dupuytren, s'ouvrira aujourd'hui samedi, à quatre heures.

— *Almanach général de médecine pour* 1836, par M. Domange-Hubert, secrétaire des bureaux de la Faculté de médecine de Paris. A la librairie de Just-Rouvier, rue de l'École-de-Médecine, n° 8.

Cet ouvrage, si utile aux médecins de la capitale et des départemens pour communiquer entre eux et pour les divers renseignemens médicaux qu'il contient, a été mis en vente lundi dernier. L'éditeur a cru devoir, pour livrer son travail quelques jours avant la fin de l'année, et devancer ainsi de deux mois l'époque ordinaire de sa publication, négliger quelques détails peu essentiels qui occasionneraient un retard fâcheux, et qui d'ailleurs ont été remplacés utilement par de nouvelles additions plus importantes. Nous donnerons dans un prochain numéro un résumé de la statistique médicale qu'offre l'*Almanach de médecine.*

— *Médecine légale théorique et pratique*, par Alphonse Devergie, docteur en médecine et agrégé de la Faculté de médecine de Paris, médecin du bureau central des hôpitaux de Paris; avec le texte et l'interprétation des lois relatives à la médecine légale; par M. Dehaussy de Robecourt, conseiller à la Cour de cassation. 2 forts vol. in-8°. 16 fr. Chez Germer-Baillière, libraire.

Formule du Paraguay-Roux.

Voici la formule de cette teinture alcoolique, qui est tombée dans le domaine public, et qui, comme cela arrive toujours pour les remèdes secrets, perdra peut-être toute sa vertu en étant connue.

Feuilles et fleurs de l'inula bifrons,	1	partie.
Fleurs de spilanthus oleracea,	4	—
Racine de pyrèthre,	4	—
Alcool à 33 degrés,	8	—

Faites macérer pendant quinze jours, et conservez pour l'usage, qui consiste à en imbiber un morceau d'amadou et à le mettre dans le trou de la dent cariée.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

PARIS. — ÉVERAT, IMPRIMEUR, RUE DU CADRAN, N° 16.

N° 2. (TOME IV. — 1836.) SAMEDI 9 JANVIER 1836.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La Gazette médicale de Paris (*Gazette de santé* et *Clinique des hôpitaux* réunies) paraît tous les samedis de chaque semaine; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et équivaut à 6 feuilles in-8°. Le prix de l'abonnement est pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour trois mois. Pour l'Étranger 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, *rue Poissonnière*, n° 5, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

PATHOLOGIE INTERNE.

MÉMOIRE SUR L'ASTHME THYMIQUE; par les docteurs Kopp et Hirsch, de Kœnigsberg.

Les Allemands décrivent sous le nom d'*asthme thymique*, d'*asthme de Kopp*, qui le premier l'a fait connaître comme une maladie distincte, une affection particulière à l'enfance, caractérisée par des accès de suffocation pendant lesquels la respiration reste comme suspendue, et qui reviennent périodiquement surtout au moment du réveil, lors de la déglutition, ou lorsque l'enfant jette des cris. Sa cause, comme son nom l'indique, consiste dans un trop grand développement du thymus.

Le travail de M. le docteur Hirsch se lie intimement au premier mémoire *ex professo* écrit sur cette matière, et lu par le docteur Kopp à la réunion des savans naturalistes allemands à Heidelberg, en septembre 1829, et inséré en tête d'un ouvrage publié en 1830 sous le titre de *Denkwurdigkeiten in der aerztlichen Praxis*. (Francfort-sur-le-Mein, 1830.)

L'importance et la nouveauté du sujet nous font un devoir de donner un court aperçu du mémoire de M. Kopp : on y lira surtout avec intérêt les observations qui l'ont conduit à la connaissance de la maladie qui nous occupe.

Obs. I. — Une femme d'une constitution délicate, d'une poitrine faible, mère de plusieurs enfans, ayant eu à souffrir d'une atonie de l'utérus à la suite de sa sixième couche, accoucha pour la septième fois, avec de grandes douleurs, d'un enfant mâle, chétif et qui, malgré une bonne alimentation, conserva une extrême maigreur. Depuis le moment de sa naissance jusqu'à sa mort, qui eut lieu dans un accès de suffocation, il arrivait souvent à cet enfant de retenir l'haleine. Cette difficulté dans la respiration passa d'abord d'une manière inapperçue; plus tard les accès devinrent plus forts, se manifestant surtout à l'instant du réveil, lors de la déglutition, ou lorsque le petit malade jetait des cris qui s'accompagnaient toujours d'un ton larmoyant. L'enfant succomba au septième mois, dans un accès de suffocation avec convulsions.

Ce fait est le premier de ce genre observé par le docteur Kopp; l'autopsie n'eut pas lieu; ce n'est que plus tard, lorsqu'il vit les mêmes accidens se renouveler chez deux enfans de la même mère, que son attention fut vivement excitée sur la nature d'une affection qui se présentait avec des caractères d'une ressemblance si frappante.

Obs. II. — Le sujet de la seconde observation est, comme nous venons de le dire, un frère du premier malade; né à terme, d'une constitution frêle et délicate, d'une voix faible; il jouit cependant d'une bonne santé jusqu'à l'âge de quatre mois; mais alors commença à se manifester le même trouble de la respiration qu'on avait déjà observé chez le premier enfant : une suspension de la respiration revenant par intervalles et s'accompagnant chaque fois d'un cri léger et plaintif; cet état ressemblait assez bien à la respiration sanglotante et entrecoupée des enfans; cependant le petit malade témoignait de la douleur pendant toute la durée de l'accès; celui ci survenait subitement, même quand le petit malade ne pleurait pas, et s'accompagnait du

Feuilleton.

CONDAMNATION A MORT D'UN HOMME EN FAVEUR DUQUEL LE JURY A DEMANDÉ UNE COMMUTATION DE PEINE POUR CAUSE D'ALIÉNATION MENTALE.

Depuis que les travaux de Pinel, M. Esquirol et Georget ont soulevé les questions médico-légales qui se rattachent à la monomanie, on admet généralement qu'il peut exister certaines affections mentales partielles chez des sujets paraissant jouir d'ailleurs de toute l'intégrité de leur intelligence. De quelque nature que soit cette monomanie, qu'elle soit le résultat d'une conviction intime, dépendant de l'exaltation de l'imagination, ou qu'elle ne se lie à aucune altération appréciable de l'intelligence, elle n'en entraîne pas moins dans les deux cas l'abolition de la liberté morale; l'homme n'est plus responsable des actes qu'il commet sous l'influence de cette affection, et la société ne peut le punir pour ces actes lorsqu'ils sont répréhensibles.

Cette doctrine qui a été vivement combattue, parce que, disait-on, elle avait pour but ou pour résultat de soustraire à la rigueur des lois des hommes, non pas malades, mais vraiment dignes d'être punis, et de multiplier les crimes en favorisant l'impunité et la sécurité des criminels; cette doctrine, bien que généralement admise aujourd'hui, trouve encore quelques contradicteurs; les uns ne veulent point considérer la monomanie comme une influence irrésistible; elle n'est pour eux qu'une passion comme la jalousie, l'envie, la vengeance, et peut parvenir, par de coupables concessions, à maîtriser la raison; mais ils prétendent que l'homme peut la combattre aussi bien que toutes les autres passions. Les autres, tout en accordant que dans quelques cas elle constitue un entraînement irrésistible, pensent qu'il est extrêmement difficile de distinguer le vrai monomane de celui qui aurait intérêt à se faire passer pour tel, et que l'intérêt particulier doit céder à celui de la société, qui serait compromise s'il suffisait de dire, pour se faire absoudre d'un crime, « j'étais fou, j'étais monomane. » Mais que la société se rassure : il ne suffira jamais, pour soustraire la tête de l'assassin au glaive de la justice, que la défense prétende qu'il était atteint de monomanie. La monomanie a des caractères qu'il est le plus souvent impossible de méconnaître, et qu'il n'est pas plus facile de simuler qu'il ne l'est de feindre toute autre maladie. Supposons même un instant qu'il pût, dans quelques cas, rester des

cri caractéristique que nous avons signalé. Après un arrêt plus ou moins long dans l'expiration, l'enfant reprenait peu à peu haleine, et témoignait par ses cris du sentiment de douleur et d'anxiété qu'il venait d'éprouver. Pendant le paroxysme le pouls était irrégulier et intermittent; les yeux fixes; les mains et les pieds froids; la face bouffie et bleuâtre. Ces accès qui revenaient de jour en jour plus forts et plus rapprochés, se montraient surtout intenses aux instans où l'enfant s'éveillait; une diarrhée ou une autre complication gastrique intercurrente aggravait chaque fois cet état qui empira également pendant la durée d'une toux catarrhale. Cependant, excepte son défaut de respiration, la santé de l'enfant n'était pas autrement altérée. Il se passa ainsi quelques mois avec la même gêne de la respiration, et l'habitude qu'avait prise l'enfant de porter la langue entre les dents. Toute espèce de traitement avait été interrompue, lorsqu'un jour le docteur Kopp fut averti que les accidens avaient repris une nouvelle intensité, à la suite d'un coryza avec fièvre catarrhale; un quart d'heure après la visite du médecin il survint un nouvel accès, et l'enfant mourut dans un véritable état d'asphyxie; la face bouffie, bleuâtre; la langue entre les dents. Peu avant il riait encore, lorsque tout à coup il retint l'haleine; le sentiment d'angoisse et de suffocation augmenta de moment en moment et se termina rapidement par la mort. Le petit malade avait atteint l'âge de dix mois.

AUTOPSIE CADAVÉRIQUE FAITE 22 HEURES APRÈS LA MORT.

Langue un peu longue et épaisse à la racine; trachée-artère normale et entièrement libre; glande thyroïde tuméfiée; extravasion sanguine recouvrant la trachée au point de jonction de la glande thyroïde et du thymus.

Thymus tellement gros et épais qu'un assistant le prit pour un lobe du poumon, s'étendant depuis la glande thyroïde jusqu'au diaphragme, large de deux pouces, pesant plus d'une once et appuyant fortement sur la trachée-artère, à l'endroit où s'était fait l'épanchement de sang; en incisant son parenchyme, qui n'était induré en aucun point, il s'en écoula une assez grande quantité d'humeur laiteuse qui en pénétrait toute la substance.

Poumons rouges-bruns, gorgés de sang, comme dans l'asphyxie.

Cœur flasque et atrophié; trou ovale encore ouvert.

Glandes muqueuses volumineuses et tuméfiées; les autres viscères abdominaux sains.

La glande fontanelle très-large; les os du crâne encore flexibles; sutures écartées.

OBS. III. — Vingt mois après la mort de son dernier enfant, la même mère accoucha de nouveau d'un garçon de la même constitution que les deux précédens, paraissant cependant d'une santé plus forte; les quinze premières semaines se passèrent sans accident, lorsqu'à cette époque on observa que l'enfant retenait l'haleine, de la même manière que ses frères; ce symptôme, d'abord léger, se remarquait surtout au moment du réveil, s'accompagnant du même cri aigu et plaintif, du même sentiment d'angoisse et de douleur que dans les deux cas précédens, de telle sorte que les parens reconnurent de suite le même genre d'affection. Les accès se caractérisaient d'une manière à-peu-près identique; symptômes de suffocation, bouffissure de la face, mouvemens spasmodiques des mains et des pieds, langue poussée entre les dents, etc. Le traitement consista dans l'emploi du calomel, de sangsues à l'épigastre, de lavement de valériane, du musc et de frictions avec le précipité blanc, qui provoquèrent une éruption artificielle à la suite de laquelle les accidens semblèrent diminuer; les accès revenaient bien encore quelques fois par jour, mais à un plus faible degré. Cette amélioration continua ainsi pendant quelque temps; tous les syptômes nerveux avaient disparu, à l'exception d'une légère contraction du pouce.

Le petit malade prit dans l'intervalle 6 bains d'une infusion de camomille et de valériane, et eut dès le premier, sur le dos, une éruption de petits boutons. Au sixième bain, on fut obligé de discontinuer., parce qu'il ne pouvait plus supporter ce moyen. Le trouble de la respiration ne survenait plus qu'une, deux ou trois fois par jour, et au moment du réveil; pendant une toux catarrhale qu'eut le petit malade, les accidens diminuèrent encore, et même il se passa des journées entières sans qu'ils se présentassent.

Il est à remarquer qu'en explorant la poitrine, on ne découvrait nulle part les battemens du cœur.

Quelque temps après il survint, sans cause connue, des petits mouvemens spasmodiques des mains et des pieds, s'accompagnant assez souvent de douleurs abdominales; dans ces instans les traits de la face se contractaient et se gonflaient légèrement, et la pointe de la langue ressortait entre les lèvres; les fleurs de zinc, le musc, l'ipécacuanha à petite dose, et le calomel parvenaient, mais seulement d'une manière passagère, à calmer ces accidens qui revenaient bientôt et le plus souvent inopinément; les accès se montraient surtout le matin; dans les intervalles l'enfant riait et prenait le sein avec facilité; lorsque le paroxysme touchait à sa fin les pouces étaient toujours les derniers à se desserrer. On parvenait à rompre l'accès et à favoriser le retour de la respiration en couchant l'enfant sur la face antérieure du corps, et en frappant légèrement sur le dos.

Cependant la digestion s'altéra à son tour, la nutrition languit, il survint des vomissemens et des selles toutes de matières blanchâtres et verdâtres; le trouble de la respiration augmenta et revint plus souvent: enfin pendant les vingtième et vingt-unième semaines de son âge, l'enfant fut pris de paroxysmes de plus en plus intenses: une nuit, après que la soirée avait été entièrement libre, la respiration s'interrompit à plusieurs reprises, le même désordre se renouvela dans la matinée; et dans un de ces accès qui revenaient brusquement, le petit malade expira avec tous les symptômes de l'asphyxie, dans la vingt-unième semaine de son existence.

AUTOPSIE CADAVÉRIQUE FAITE 27 HEURES APRÈS LA MORT.

Bas-ventre, parties génitales et partie supérieure des cuisses remarquablement bleus.

Fontanelles larges, os du crâne très-mobiles.

Thymus très-volumineux, occupant toute la partie antérieure de la poitrine, formant avec la partie supérieure du thorax une adhérence qu'on ne put détruire qu'au moyen du scalpel; il touchait à la glande thyroïde avec laquelle il était uni par du tissu cellulaire épais. Le thymus recouvrait tout le cœur, et avait ainsi intercepté pendant la vie les battemens de ce dernier organe; plus dense encore que volumineux, il pesait une once. Ses lobes étaient élevés et élargis; son parenchyme ne présentait ni traces de suppuration, ni tubercules, ni autre dégénérescence; en l'incisant et en en pressant quelques portions entre les doigts on en fit sortir une humeur laiteuse abondante, analogue pour la consistance à la liqueur spermatique.

Langue grande et épaisse avançant entre les lèvres.

Larynx petit, glotte large et libre.

Trachée régulièrement conformée, contenant un peu de sérosité spumeuse.

Cœur flasque, assez régulier; trou ovale fermé.

Poumon droit rouge, gorgé de sang: du reste tout le parenchyme pulmonaire sain, sans tubercules, surnageant dans l'eau.

Substance cérébrale un peu ramollie, sans autre altération, sans épanchement ni suppuration.

Viscères abdominaux sains.

Dans l'histoire de ces trois observations, nous voyons comme symptômes et phénomènes constans:

1° Une suspension de la respiration revenant périodiquement, accompagnée d'un cri aigu et plaintif et de signes d'anxiété.

2° Le retour de ces accès asthmatiques, surtout dans le moment du réveil, ou lorsque les petits malades jetaient des cris ou faisaient des efforts pour la déglutition.

3° La position habituelle de la langue s'avançant entre les lèvres..

4° Enfin le développement anormal et excessif du trismus dans les deux cas d'autopsie.

De l'analogie des phénomènes observés dans ces trois cas, le docteur Kopp conclut à l'existence d'un genre particulier d'asthme, méconnu jusqu'alors chez les enfans, et qu'il appelle *asthme thymique*. Quant à la cause présumable de cette affection, il la place dans le trop grand développement du thymus et dans la pression exercée par cet organe sur les voies aériennes.

Le docteur Kopp professe que cette maladie se rencontre plus fréquem

---

doutes, et qu'alors il fût possible d'abuser de la doctrine de la monomanie en faveur d'hommes coupables, ce n'est point par de vaines déclamations que l'on peut espérer d'empêcher ces abus; le seul moyen d'en prévenir les effets serait de chercher, par des travaux consciencieux, à découvrir les signes qui pourraient faire distinguer dans les cas douteux la monomanie de l'état qui n'exclut pas la liberté morale.

Ces recherches, dont s'occupent en ce moment quelques hommes laborieux, seront d'une grande importance, mais pour les cas douteux seulement; car dans l'état actuel de la science sur ce point, les connaissances acquises suffiront presque constamment pour que le juge le plus timoré n'ait point à craindre de frapper l'innocent ou de voir la société livrée sans défense aux monomanes de tous les genres.

Le fait suivant, dont plusieurs journaux viennent de rapporter récemment quelques traits, et auquel la demande en commutation adressée au roi par les jurés mêmes qui avaient déclaré l'accusé coupable et l'avaient condamné au supplice du parricide donne un caractère tout-à-fait spécial, va nous offrir un exemple frappant de l'état que nous signalions à l'instant. C'est l'histoire d'un jeune homme, d'une honnête famille, qui a tué de sang froid, et avec préméditation, sa mère enceinte de six mois, sa sœur et son frère. Les circonstances que nous allons exposer feront suffisamment comprendre la dernière démarche faite par les jurés en faveur de ce malheureux.

Rivière est âgé de vingt ans; il est d'une taille moyenne; sa figure est sans expression, son front bas et étroit, son regard oblique, sa démarche bizarre. A le voir, on le prendrait pour un de ces demi-imbécilles qui décèlent leur médiocrité intellectuelle dans toute leur apparence extérieure. Il est issu d'une famille où l'aliénation mentale est héréditaire; le frère de sa mère est mort aliéné; deux de ses cousins germains ont offert des symptômes nombreux et habituels de folie; sa mère était d'une bizarrerie qui approchait presque de la folie, et son frère est presque complétement idiot. Né avec cette fâcheuse prédisposition, il ne tarda pas à confirmer ce qu'elle pouvait faire prévoir. Depuis l'âge de 4 ans il différe entièrement des autres enfans; constamment il chercha la solitude, n'eut jamais de camarade. Plus tard on le surprenait souvent parlant seul et s'entretenant avec des interlocuteurs invisibles, ou riant aux éclats, ou poussant des cris plaintifs. Lorsque des idées religieuses lui passaient par la tête, on le voyait immoler et torturer de petits animaux pour imiter la passion du Christ. Si son imagination lui rappelait quelque bataille, il se jetait sur les légumes du jardin, qu'il brisait en poussant des cris. D'autres fois il employait toutes sortes de moyens pour effrayer de malheureux enfans; les animaux et les chevaux qu'il conduisait ne furent point épargnés par lui.

A un âge plus avancé, il se figura qu'un fluide fécondant sortait sans cesse de sa personne et pouvait ainsi le rendre coupable du crime d'inceste et d'autres plus révoltans encore. Aussi ne s'approchait-il des femmes qu'avec réserve; il s'éloignait avec horreur du voisinage de sa mère, de sa sœur ou de son aïeule quand il croyait s'en être un peu trop approché.

L'union ne régnait pas dans la famille de Rivière; le caractère bizarre de sa mère rendait son père si malheureux depuis de longues années, que ce dernier avait eu la pensée de se délivrer de ses chagrins par le suicide. Rivière, dont l'imagination était exaltée encore par le souvenir de quelques faits puisés dans ses

ment qu'on ne l'a cru jusqu'à présent ; il pense qu'elle a souvent été confondue avec l'asphyxie ou l'asthme de Millar. Chez beaucoup d'enfans, on observe souvent que, lorsqu'ils crient, la respiration s'arrête subitement et se suspend quelquefois assez long-temps pour produire une véritable suffocation. L'auteur croit que ce phénomène, qui persiste ordinairement jusqu'à l'âge de 4 ans, tient chez la plupart de ces jeunes sujets à une hypertrophie du thymus.

Obs. IV. — On trouve dans le *Rust's Magazin* (vol xx, année 1825, cah. 1, p. 117 à 149), une observation décrite par le professeur *Eck*, sous le nom d'asthme de Millar, que M. Kopp rapporte au genre de maladie dont il est question ici : en effet, même marche, mêmes caractères, même apyrexie ; des paroxysmes tantôt forts tantôt faibles, avec des intervalles entièrement francs ; même terminaison mortelle pendant un accès ; enfin pour résultat de l'autopsie cadavérique, les poumons entièrement refoulés par un thymus développé outre mesure.

Obs. V. — Le même journal (vol. xxi, 1826, cah 3, p. 554 556), rapporte une autre observation d'un thymus trop volumineux, recueillie par le D. de Velsen de Clèves. Les symptômes et les résultats cadavériques sont en tout conformes à la description que nous en avons donnée.

Enfin M. Kopp rapporte encore cinq observations d'*asthme thymique* qui lui ont été communiquées par les docteurs Rullmann de Wiesbade, Tritschler de Kannstadt, et Ulrich de Coblentz.

Nous croyons devoir faire remarquer que la deuxième observation du docteur Tritschler, et celle du docteur Ulrich, ne nous paraissent point appartenir à notre sujet. Dans la première, l'enfant mourut 60 heures après la naissance, parce que la respiration ne put point s'établir librement, à cause du volume démesuré du thymus, il est vrai ; mais la maladie n'eut pas le temps de se développer, et ne présenta point par conséquent les signes qui servent à la caractériser. Dans le second cas, la maladie se manifesta sur une petite fille parvenue déjà à l'âge de 3 ans ; elle consistait dans une altération cartilagineuse, plutôt que dans une augmentation de volume de la glande, et ne mérite point le nom d'asthme thymique.

Dans les trois autres cas, ainsi que dans ceux recueillis par le docteur Kopp, la maladie s'est toujours rencontrée sur des enfans du sexe masculin, circonstance que nous aurons occasion de relever ailleurs. Disons encore que les sujets des deux observations du docteur Rullmann étaient nés d'une même mère.

Obs. VI. — La première de ces observations n'offre rien de remarquable : la maladie commença à se développer dans le courant de la troisième semaine ; les accès suivirent la même marche et se caractérisèrent par les mêmes symptômes que dans les cas précédens. Au bout de vingt un mois, après des alternatives d'amélioration et de recrudescence, l'enfant, étant un jour à jouer dans la chambre, voulut se baisser pour ramasser un objet qu'il venait de laisser tomber ; il fut aussitôt pris de vertiges ; et, jetant le corps en arrière, il tomba à la renverse entre les bras de son père ; sa figure devint rouge, bleue, les extrémités se raidirent ; une pâleur générale couvrit tout le corps, les selles et les urines s'écoulèrent involontairement ; la respiration s'était arrêtée pour ne plus revenir, le petit malade était mort suffoqué.

Lors de l'autopsie on trouva le thymus s'étendant depuis le bord supérieur du sternum jusqu'au diaphragme, recouvrant non-seulement la trachée artère et le péricarde, mais encore toute la partie antérieure des poumons. D'une consistance un peu plus ferme que de coutume, d'une couleur d'un rouge pâle, d'une structure légèrement granulée, il ne présentait aucune autre altération, ni pus, ni inflammation, ni induration ; il ne s'en écoula pas non plus d'humeur laiteuse comme dans les cas précédens. Les poumons, petits, refoulés, gorgés de sang, étaient sains d'ailleurs.

La deuxième observation du docteur Rullmann est remarquable par le succès obtenu dans le traitement de cette maladie.

Obs. VII. — Les premiers symptômes de l'asthme se manifestèrent vers le troisième mois après la naissance ; les accès, caractérisés comme de coutume, d'abord légers, ne se faisaient sentir dans le principe que tous les deux, quatre ou huit jours, et aux instans de réveil, et ne duraient que d'une à trois minutes. Vers le sixième mois, à l'époque de la dentition, ils augmentèrent de fréquence et d'intensité, s'adoucissant après la sortie d'une ou plusieurs dents, mais s'aggravant de nouveau bientôt après. On ne remarqua pas que dans ce cas la langue avançât entre les lèvres.

M. Rullmann, qui avait d'abord eu recours à une médication antispasmodique et dérivative, éclairé par le premier exemple sur la véritable cause de ces accès, institua le traitement suivant comme paraissant plus rationnel : il prescrivit les poudres de Plumer avec la ciguë, et fit poser un petit vésicatoire sur le sternum ; il recommanda une diète assez sévère, l'inspiration d'un air frais, et fit éloigner tout ce qui provoquait les cris. Les complications gastriques ou catarrhales furent soigneusement combattues, et on chercha à éviter tout mouvement fébrile. Dans les huit premières semaines les effets de ce traitement furent nuls ou imperceptibles ; les symptômes s'aggravèrent même par momens à la suite d'un nouveau travail de dentition. Dans ce cas le calomel à dose purgative rendait toujours un bon service. Deux mois après (septième mois de l'enfant), les accès étaient devenus moins forts aux époques même de la dentition ; peu à peu ils s'éloignèrent, laissant un intervalle de plus en plus long entre chaque retour. Il eut d'abord des semaines entières libres ; puis des mois ; enfin, au bout de la seconde année, la guérison parut parfaite. En effet, à l'âge de quatre ans, ce garçon a eu la coqueluche sans que les accès se soient reproduits. Aujourd'hui qu'il a neuf ans, il se porte très-bien.

Obs. VIII. — Le premier malade du docteur Tritschler est un enfant du sexe masculin. A l'âge de sept mois, étant tranquillement couché sur le dos, il fut pris d'un violent accès d'asthme. Quelques jours auparavant on avait déjà remarqué un léger trouble dans sa respiration, surtout quand l'enfant était dans une position horizontale. L'accès se caractérisait de la manière suivante : l'enfant commençait par pousser quelques cris faibles et rauques, entrecoupés d'inspirations rapides et incomplètes ; bientôt la respiration devenait plus gênée, plus inquiète, suffocante ; le petit malade faisait des efforts avec tout son corps pour aspirer l'air ; ses mains et ses pieds étaient en mouvement, sans cependant être agités d'une manière convulsive ; la face, d'abord rouge, devenait bientôt pâle ; le premier accès dura ainsi deux minutes sans que l'enfant perdît connaissance ; et après le retour d'une respiration franche, il ne restait plus qu'un grand abattement. Ces accès se renouvelèrent dans la nuit suivante, et pendant six semaines consécutives, ne se manifestant jamais que quand l'enfant était couché, principalement sur le dos. Dans les intervalles tous les organes fonctionnaient avec une entière liberté.

Regardant d'abord cette maladie comme un asthme nerveux, on eut recours aux antispasmodiques et aux dérivatifs ; plus tard on administra le calomel et la digitale, sous l'influence desquels les accès commencèrent par devenir moins forts et moins longs, puis cessèrent entièrement après neuf jours de l'emploi de ces médicamens.

M. Tritschler avoue que l'idée que ce pouvait être là un asthme thymique ne lui est venue qu'après avoir eu connaissance des travaux du docteur Kopp ; ce dernier considère, en effet, cette maladie comme telle ; cependant nous devons dire que la description qu'en donne l'auteur n'est ni aussi exacte, ni aussi concluante que les précédentes ; puis nous avons peine à nous convaincre qu'une diminution notable du thymus ait pu se faire dans le court espace de temps de neuf

---

lectures peu nombreuses, se crut obligé de délivrer son père de la tyrannie à laquelle il le voyait soumis ; le dévouement de Châtillon, de Laroche-Jaquelin, de Charlotte Corday lui revint à l'esprit, et sans se faire illusion sur le sort qui l'attendait ensuite, il résolut d'immoler d'abord sa mère, puis sa sœur, qui avait toujours pris le parti de sa mère, et enfin son jeune frère, qu'il aimait tendrement, et qu'il savait être tendrement aimé de son malheureux père. « Quand j'aurai commis ce dernier crime, disait il, mon père en concevra tant d'horreur qu'il ne me regrettera plus après que les lois auront fait tomber ma tête, et qu'il s'applaudira même de ma mort. »

Tel était le fanatisme de ce dévouement, que Rivière, quand le jour où il devait se livrer à cette boucherie fut arrivé, se revêtit d'habits de fête et se fit chanter par sa sœur un cantique commençant par ces mots : « O jour heureux ! sainte allégresse ! » Cependant, avant d'armer sa main de la hache dont il devait frapper tant de victimes, son cœur eut plus d'un combat à livrer : à la fin, se reprochant sa lâcheté, il profite d'un instant où les membres de la famille qu'il devait épargner étaient absens ; il s'arme d'un affreux courage, pénètre dans la maison de sa mère, et frappe successivement sa mère, ensuite sa sœur et son petit frère ; puis, rencontrant un voisin, il lui crie : « Allez prendre garde que ma grand'mère se fasse du mal ; elle peut être heureuse maintenant : je meurs pour lui rendre la paix et la tranquillité. »

A cet accès de fureur succéda bientôt un état d'abattement et de repentir ; le courage et l'idée de gloire qui l'avaient animé et soutenu s'affaiblirent promptement. A peine eut-il marché quelque temps qu'il recouvra en partie la raison, et reconnaissant l'horreur du crime qu'il venait de commettre, il se livra au plus violent désespoir.

Depuis ce moment jusqu'à celui où il fut arrêté, c'est-à-dire pendant plus d'un mois, Rivière mena continuellement une vie errante ; tantôt obéissant au sentiment naturel qui nous attache à la vie, il se cachait à tous les regards, vivait de racines et d'herbes, ou de quelques morceaux de pain qu'il se procura avec quelques sous qui se trouvaient dans sa poche au moment de son départ ; d'autres fois, au contraire, las de l'existence, il désirait la mort et cherchait à se faire prendre, n'ayant cependant pas le courage de se présenter lui-même aux autorités. Une fois il résolut de se débarrasser de la vie, et déjà il avait fait le choix de l'arbre auquel il devait se pendre, quand il en fut empêché par la crainte de la vengeance divine. Le crime qu'a commis Rivière se présente constamment à son esprit et le poursuit continuellement, quand enfin, rencontré par un gendarme qui lui demande : D'où êtes-vous, mon ami ? il lui répondit, comme il l'avait fait déjà ailleurs : Je suis de partout. — Avez-vous des papiers ? — Non. — Qu'allez-vous faire par là ? — C'est Dieu qui me conduit, et je l'adore. — D'où êtes-vous ? — D'Aunay. — Comment vous appelez-vous ? — Rivière. — C'est vous qui avez tué votre mère ? — Oui, c'est Dieu qui m'a suscité ; il me l'a commandé et j'ai obéi à ses ordres, et il me protége.

Arrêté et renfermé dans la prison de Vire, Rivière, sur l'invitation du juge d'instruction, écrit lui-même un long mémoire, dans lequel il retrace toutes ses actions et les motifs qui l'ont déterminé. Ce mémoire est la pièce la plus importante dans la question dont il s'agit ici, car le sang-froid avec lequel il a été écrit, l'enchaînement logique des idées qu'il présente, l'aveu naïf que fait l'auteur de la supercherie qu'il employa, avec intention, au moment de son arrestation, en voulant se faire passer pour aliéné, et l'opiniâtreté avec laquelle il soutint ce rôle pendant plusieurs jours devant le juge d'instruction, sont les cir-

jours. Toutefois on ne peut méconnaître les nombreux points de rapprochement qui existent entre cette observation et les premières.

Outre les faits d'observation pratique que nous venons de rapporter et qui méritent à un si haut degré de fixer l'attention, le mémoire de M. Kopp renferme encore une revue analytique faite avec soin et exactitude de tous les ouvrages qui ont paru sur les affections et dégénérescences organiques du thymus.

Après Kopp viennent Caspari et Pagenstecher (1), qui ne regardent point l'hypertrophie du thymus comme la cause de l'asthme ; Conradi (2), Schneider (3), Brück (4), Pitschaft (5), Wanderlich (6), Brunn (7), Kornmaul (8), Haugsted (9), Becker (10) et enfin le docteur Hirsch de Kœnigsberg, dont nous avons maintenant à analyser l'excellent travail (11).

Cinq observations enrichissent cet opuscule.

Obs. IX. — A la première observation que l'auteur eut occasion de faire avant d'avoir eu connaissance des recherches de Kopp, le véritable caractère de la maladie lui échappa. C'était sur une petite fille d'une constitution assez forte et bien nourrie. Sa mère s'aperçut que vers le cinquième mois l'enfant retenait souvent d'une manière toute particulière son haleine au moment du réveil, et qu'elle s'agitait comme une personne inquiète et privée d'air; cet accès ne durait qu'un instant, et de suite après la gaieté et le repos reparaissaient. Comme cette petite fille se portait bien d'ailleurs, on mit le léger trouble de la respiration sur le compte d'une habitude vicieuse ou d'une faiblesse des organes respiratoires ; mais à l'âge de dix mois, cet enfant ayant été atteinte de coqueluche de même que ses autres frères et sœurs, fut prise un jour (avril 1830) d'un léger accès de toux qui la réveilla. Sa mère accourut aussitôt près de son lit, et la trouva morte, sans qu'il y eût eu de convulsions, et sans agonie; cette mort subite, et due à une cause en apparence si légère, surprit beaucoup M. Hirsch, qui ne put se l'expliquer que plus tard. L'autopsie n'eut pas lieu.

Les sujets des quatre autres observations étaient des enfans du sexe masculin.

Obs. X et XI. — Ces enfans avaient de cinq à dix mois. Les deux premiers succombèrent, l'un après huit mois et l'autre après trois mois de maladie, tous deux avec des symptômes d'asphyxie. La forme et la marche des accès ne laissèrent de doute chez aucun sur la nature de l'affection; chez le second elle prit un caractère très-grave, et se compliqua de phénomènes épileptiformes.

Le thymus du premier de ces petits malades occupait tout le médiastin antérieur, et se composait de plusieurs petits et de deux grands lobes, un gauche, plus large, et un droit, plus épais. Du milieu de la glande s'élevait un appendice qui entourait étroitement la veine jugulaire commune; le parenchyme glandulaire était assez ferme, son poids de 9 gros et demi; le poumon droit comprimé; ces organes du reste sains. Ventricule droit du cœur flasque et flétri; ventricule gauche, au contraire, ferme et solide.

Le thymus du second enfant n'était ni aussi épais, ni d'une texture aussi serrée; il s'étendait depuis la glande thyroïde jusqu'au-delà du péricarde, qu'il recouvrait, et il avait contracté de fortes adhérences avec les artères innominée et carotide droite. Son poids était de 6 gros et 6 grains. Poumons sains, infiltrés de sang seulement à leur partie postérieure; ventricule droit gorgé de sang. Le cerveau ne fut pas examiné.

Dans les deux cas suivans la maladie eut une terminaison favorable.

Obs. XII. — C. N., sevré à 9 mois, eut bientôt après, à la suite d'une bronchite, des accès de dyspnée qui augmentèrent bientôt d'une manière alarmante; ils revenaient presque toutes les heures, et régulièrement, lorsque l'enfant s'éveillait ou était contrarié; ils étaient annoncés par un petit cri aigu ou une suite de petites expirations brèves, faibles, chevrotantes; venaient ensuite 5 ou 8 inspirations fortes, sibilantes, semblables à celles qui s'observent dans le croup. L'enfant jetait le corps en arrière et devenait pâle; le paroxysme durait d'une demie à une minute, puis le petit malade restait encore quelques instans tranquille et abattu, et enfin il reprenait son humeur habituelle.

M. Hirsch fit appliquer des sangsues et un vésicatoire, donner un purgatif composé de calomel et de rhubarbe, qui fut vomi. Plus tard, de l'eau de laurier-cerise à la dose de trois gouttes trois fois par jour, en augmentant tous les deux jours d'une goutte; le musc à la dose d'un seizième de grain, également trois fois par jour; tous les matins une petite quantité de teinture aqueuse de rhubarbe; enfin le séjour au milieu d'un air pur et tempéré produisirent une telle amélioration, qu'au bout de trois semaines les accès revenaient à peine une fois dans les 24 heures, et à un degré très-faible. Le mois suivant, le travail de la dentition ayant menacé de provoquer de nouveau le retour de ces fréquens paroxysmes, on parvint à éloigner le danger au moyen de sangsues, de purgatifs, et de frictions avec le tartre stibié. Depuis lors l'enfant s'est toujours bien porté.

Obs. XIII. — R. de M., dont le frère fait le sujet de la deuxième des observations de M. Hirsch et avait succombé deux ans auparavant, commença, à l'âge de dix mois, après avoir été sevré, à retenir son haleine trois ou quatre fois par jour, lorsqu'il jouait ou pleurait, jamais en s'éveillant.

Au bout de trois semaines il survint un accès complet plus intense que les précédens, qui ne permit plus de douter de l'existence d'un asthme thymique. L'enfant qui quelques instans auparavant s'amusait à jouer, tomba tout à coup à la renverse, la face livide, l'écume à la bouche, les poings serrés, les membres convulsivement agités, et hors d'haleine; quelques minutes après tout était rentré dans l'ordre; le petit malade encore très-abattu, s'endormit, puis se réveilla dispos comme de coutume. On eut de suite recours aux sangsues appliquées sur le sternum, à un emplâtre de tartre stibié et au calomel uni à la rhubarbe: on continua ce traitement pendant quatre semaines, après lesquelles les spasmes diminuèrent, et la suspension de la respiration qui revenait avant l'accès plusieurs fois par jour, ne se montra plus qu'une ou deux fois, puis cessa entièrement. Un mois plus tard, la santé était entièrement rétablie.

Après l'histoire des faits et observations particulières, traçons maintenant le tableau général de la maladie.

L'asthme thymique ou asthme de Kopp, attaque les enfans depuis l'âge de trois semaines jusqu'à 18 mois, mais plus particulièrement entre quatre et dix mois; il se caractérise par des spasmes de poitrine et des angoisses qui reviennent par accès; l'haleine manque tout à coup, et l'on n'observe qu'une inspiration incomplète, très-courte, aiguë et sifflante; l'air a de la peine à passer à travers la glotte qui est resserrée. Le son qui accompagne ces inspirations a de l'analogie avec l'inspiration sonore de la coqueluche, mais il est plus fin, plus aigu, plus éle-

(1) Heidelberger klinische annalen, VII, 2.

(2) Gottinger gelehrte anzeigen, 1832, n° 52.

(3) Medicinisches conservationsblatt von Hohnbaum u Jahn, 1830, n° 46.

(4) Ibid., 1832, n° 22.

(5) Ibid., 1832, n° 28.

(6) Correspondenzblatt del würtembergischen verein's, 1832, n° 7.

(7) Casper's wochenscrift, 1833, n° 49.

(8) Inaugural abhandlung über das asthma thymicum zweibrücken, 1834. (Hecker neue Annalen, t. 1.)

(9) Thymi in homine et per seriem animalium descriptio anatomica, pathologica et physiologica. (Hafniæ, 1832.)

(10) De glandulis thoracis lymphaticis, atque thymo specimen pathologicum. (Berolini, 1826.)

(11) Journal de Hufeland et Osann, juillet 1835.

constances qui ont dû agir le plus vivement sur la conviction des jurés lorsqu'ils ont prononcé contre lui le verdict de condamnation. Comment croire, en effet, qu'un individu aliéné puisse, à la suite d'un forfait aussi épouvantable, recouvrer presque complètement le libre usage de sa raison, ainsi que cela ressort de la lecture de ce mémoire et de la conduite de l'accusé pendant le jugement. De là aussi probablement l'assurance avec laquelle trois des médecins présens à l'audience affirmèrent que Pierre Rivière n'était point aliéné. Ainsi, dit l'un d'eux, le docteur B..., « Pierre Rivière n'est pas monomane, puisqu'il ne délire pas sur un seul et unique objet; il n'est pas maniaque, puisqu'il n'est pas dans un état habituel d'agitation; il n'est pas idiot, puisqu'il a écrit un mémoire plein de sens; il n'est pas en démence, ainsi qu'il est facile de le voir; son état mental ne peut donc être rangé dans aucune des classifications adoptées par les auteurs, donc il n'est pas aliéné. »

Le docteur Vastel avait adopté, dans un mémoire que nous avons consulté avec fruit, une opinion tout-à-fait opposée, et qui fut partagée par deux de ses confrères. Malgré le talent avec lequel ce mémoire était rédigé, et la plaidoirie pleine de conviction de l'avocat M. Bertau, le jury a déclaré Pierre Rivière coupable, et ce malheureux a été condamné au supplice des parricides. Cependant, telle a été l'impression produite sur les jurés par les signes nombreux d'aliénation mentale donnés par Pierre Rivière, que tout en le déclarant coupable, ils ont reconnu qu'il n'avait jamais joui parfaitement de sa raison, et ils se sont réunis pour former une demande en commutation de peine, laquelle vient d'être appuyée par une consultation signée de MM. Esquirol, Orfila, Marc, Rostan, Mitivié et Leuret. Nous espérons que l'avis d'un si grand nombre d'hommes éclairés et spéciaux produira l'effet que l'on a droit d'en attendre. Qu'il nous soit permis de terminer ici par quelques réflexions sur la cause qui a pu induire en erreur des hommes de l'art, et déterminer les jurés à prononcer le verdict de condamnation.

Si Rivière eût, depuis son arrestation, continué à offrir des preuves indubitables d'aliénation mentale, personne n'eût balancé à admettre qu'au moment où il commit l'assassinat d'une partie de sa famille, il n'avait point assez de discernement pour être responsable de ses actions. Mais quand on le voit immédiatement après le crime apprécier, ainsi qu'il l'avoue lui-même dans son mémoire, toute l'horreur de l'action qu'il vient de commettre; quand on observe qu'il a voulu de plein gré se faire passer pour aliéné à une époque où il conservait de l'empire sur sa raison, on est porté assez naturellement à douter qu'il fût réellement aliéné à une époque antérieure; et cependant le retour à la raison et l'emploi des moyens qu'il pouvait croire propres à le sauver, ne détruit en rien le fait antérieur de son aliénation. Il existe un grand nombre de cas où des accès se sont terminés subitement après une forte commotion morale, et l'on a vu plus d'une fois, ainsi que le dit M. Orfila, le calme renaître lorsque les malades sont parvenus à méditer les projets auxquels ils attachaient une grande importance. Le retour à la raison est souvent la suite de l'exécution du projet. Et quelle commotion morale pourrait égaler celle qu'éprouva Pierre Rivière lorsqu'il fut en état d'apprécier toute l'horreur de son crime? Quel changement aussi se fit dès ce moment chez lui! Immédiatement après le crime, il voulait aller à Aunay annoncer la grande action qu'il venait de faire. Tout à coup il s'arrête, comme effrayé de lui-même, et se livre au plus violent désespoir; il avait en partie au moins recouvré la raison. Un changement aussi subit dans l'état intellectuel est donc plutôt un indice d'aliénation mentale qu'une preuve de la liberté morale de l'individu. Quand nous rapprochons cette circonstance de celles que nous a

vé ; le spasme du cou a la plus grande ressemblance avec le cri des femmes hystériques ou atteintes de maladie du cœur. Chez quelques enfans, mais rarement, il se fait cinq à six inspirations d'abord sifflantes, puis plus profondes et pénibles, alternant avec une expiration à peine sensible dont le bruit a du rapport avec le son du croup développé à un haut degré. Dans les accès violens, la respiration se suspend complètement. Le cri aigu entendu dans l'inspiration s'observe, soit au commencement du paroxysme où il est bientôt étouffé par la suspension de la respiration, soit vers la fin, quand le petit malade commence de nouveau à reprendre haleine. Ce cri est un signe constant et pathognomonique de la maladie. Les autres phénomènes qui surviennent pendant le paroxysme sont les effets naturels du défaut de respiration : l'enfant fléchit violemment le tronc en arrière, ou, quand l'accès est intense, tombe à la renverse ; sa physionomie exprime une anxiété douloureuse; face d'abord bleue, puis pâle ; narines béantes; yeux fixes; mains froides; pouces serrés ; parfois excrétions involontaires ; l'accès dure une demie, une, parfois deux à trois minutes, puis le malade pleure encore quelque temps, souffre et est mal à son aise; mais bientôt après il reprend son bumeur habituelle. Les enfans d'une constitution délicate, ou après des accès violens, re tent plus long-temps pâles, abattus et disposés au sommeil. Dans les intervalles ils paraissent jouir d'une santé parfaite, et ne sauraient se distinguer des enfans entièrement bien portans. Kopp prétend à la vérité que, dans les intermissions, les battemens du cœur ne sont pas distinctement perçus, et que la langue est toujours un peu poussée entre les dents ; mais cette dernière circonstance manque dans beaucoup de cas, et les battemens du cœur s'entendent très-souvent avec difficulté chez les enfans sains. Les accès de suffocation naissent surtout quand le petit malade se réveille, crie ou se fâche, lorsqu'il veut avaler avec avidité, et en général, dans tous les mouvemens où les organes de la respiration sont plus particulièrement intéressés. D'abord rares, à des intervalles de huit jours et plus, deviennent peu à peu plus fréquens et plus faciles à provoquer, ils apparaissent jusqu'à dix et vingt fois dans une journée. Il n'est pas rare que la mort ait lieu dans cette dernière période, au milieu d'un accès qui prend subitement l'enfant occupé un instant auparavant à rire et à jouer. Mais le plus souvent la maladie passe à une deuxième période, caractérisée par des convulsions générales épileptiformes; les attaques épileptiques et asthmatiques ne coïncident pas toujours, mais alternent le plus souvent ensemble.

Caspari a observé qu'à cette époque les muscles lombricaux de la main et les adducteurs des pouces sont convulsivement contractés, même pendant les intermissions. La mort, dans ce stade de la maladie, arrive ordinairement dans un accès de suffocation apoplectique; souvent aussi elle a lieu subitement, d'une manière pour ainsi dire foudroyante, sans aucun symptôme précurseur.

Lors de l'autopsie cadavérique, les premiers signes qui vous frappent sont ceux de l'asphyxie. Coloration livide de la peau, stase sanguine dans le cerveau et les poumons ; souvent flaccidité du cœur ; parfois le trou ovale non encore fermé ; mais le phénomène le plus constant et le plus remarquable est l'*hypertrophie du thymus*. Le développement excessif de cette glande a lieu en longueur et en largeur, le plus souvent en épaisseur. Quand le thymus est très-épaissi, les poumons sont comprimés et refoulés ; ces organes contractent dans quelques cas des adhérences avec les gros troncs artériels et veineux de la poitrine et du cou, qu'il entoure parfois entièrement. Le tissu glandulaire est, nu tout-à-fait normal, ou, ce qui est plus souvent le cas, un peu plus dense, plus rouge, plus charnu, mais sans trace ni d'inflammation, ni d'induration, ni de tuberculisation, ni d'autre dégénérescence; souvent il s'en écoule une humeur laiteuse quand on l'incise. Quant à son poids, le docteur Koromaul parle d'un thymus de 14 gros; F. Plater, d'un d'une demi-once; le docteur Hirsch d'une glande de 9 gros et demi, le docteur Van Velsen d'une d'une once. Le poids, en général, varie de 6 à 7 gros.

Le docteur Hirsch ne considère avec raison comme un asthme thymique véritable que celui qui dépend d'une simple hypertrophie de cette glande, éloignant, comme étrangers à cette maladie, les cas où le thymus, chez l'enfant qui vient de naître, empêche par son volume le libre développement de la respiration et occasione dès les premiers jours des accès de suffocation promptement mortels, et ceux où la glande thymique présente une dégénérescence tuberculeuse, squirrheuse, lardacée, ulcérée, etc.

Ces sortes d'altérations ont une toute autre valeur pathologique, et n'appartiennent pas, comme la simple hypertrophie, exclusivement à l'enfance.

Ainsi limité, l'asthme thymique constitue une maladie propre au jeune âge, qui a ses symptômes, sa marche, son étiologie et son mode de traitement particuliers.

La durée de cette affection varie de trois semaines à vingt mois ; parfois il se passe plusieurs mois sans spasmes, jusqu'à ce que, provoqués par une maladie intercurrente, les accidens se réveillent. Lorsque la maladie est encore à sa première période, la guérison est possible; alors les accès diminuent peu à peu, et souvent dans un espace de temps très-court, d'une à trois semaines. Le malade du docteur Rullmann (septième observation) ne se rétablit qu'au bout de deux ans.

Parmi les causes prédisposantes de l'asthme thymique, on range l'habitus scrophuleux, une faiblesse de constitution, une affection des poumons, telle que la phthisie, ou de l'utérus de la part de la mère; plus, ainsi que nous l'avons vu, une certaine disposition de famille et le sexe masculin. Toutes les maladies du système bronchique favorisent le développement de cette maladie; le travail de la dentition et certaines affections du bas-ventre, surtout des glandes mésentériques, sont encore autant de causes déterminantes, ou s'observent comme épiphénomènes.

L'asthme thymique ne paraît pas avoir été entièrement inconnu aux médecins qui nous ont précédés; ainsi le docteur Marsh rapporte une série d'observations d'une maladie (1) qu'il décrit sous le nom de spasme de la glotte, et qui est évidemment la même que l'asthme de Kopp; mais le médecin anglais ne paraît avoir fait aucune autopsie, et ne rapporte pas la maladie au thymus.

Alex. Hood (2) trouva chez sept enfans et deux adultes, morts asthmatiques, un thymus anormal.

Richa (3), Verdries (4) et Hert (5), qui écrivaient il y a un siècle,

(1) Dublin hospital reports and communications.

(2) Edinburgh journal of medical science.

(3) Constitutiones epidemicæ taurincoses. 1723, III, 107.

(4) Dissertatio de asthmate puerorum. Giess., 1726.

(5) Ibid. S. Goëttinger gelehrte Ang., 1832.

présentées Pierre Rivière pendant son enfance, et de celles sous l'influence desquelles il a commis son horrible action, nous ne pouvons que répéter, avec les savans médecins légistes qui ont signé la consultation, que les homicides commis par cet insensé sont uniquement dus au délire, et desirer, non qu'il obtienne une simple commutation de peine, mais qu'il soit séquestré dans son propre intérêt, et surtout dans celui de la société; car son retour à la raison peut n'être pas de longue durée, ainsi qu'on en a vu trop d'exemples, et qu'il puisse recevoir les secours de l'art que réclame son état.

— *Nouveau traité des rétentions d'urine et des rétrécissemens de l'urètre, des affections de la glande prostate, du catarrhe et de la paralysie de la vessie* ; des accidens produits par les fausses routes, les dépôts et fistules urinaires; de l'incontinence d'urine, de l'hématurie ou pissement de sang, de la gravelle et des calculs vésicaux, de la blennorrhagie et des engorgemens du testicule; traitement méthodique et rationnel des maladies syphilitiques et des obstructions de l'urètre par la méthode de Ducamp, perfectionnée par D. Dubouchet, membre de plusieurs sociétés médicales. Troisième édition, considérablement augmentée avec planches. 1 vol. in-8°. Prix : 5 fr.

A Paris, à la librairie médicale de Germer-Baillière, rue de l'École-de-Médecine, n. 13 *bis*.

— *Nouveaux élémens d'histoire naturelle*, comprenant la zoologie, la botanique, la minéralogie et la géologie, par A. Salacroux, docteur en médecine de la Faculté de Paris, professeur d'histoire naturelle au Collége royal St-Louis. 1 vol. in-18, grand papier avec 44 planches gravées sur acier et contenant 400 sujets. Prix : 7 fr.

A Paris, à la librairie médicale de Germer-Baillière, rue de l'École-de-Médecine, n. 13 *bis*.

— *Nouveau manuel de phrénologie*, par George Combe, ex-président de la société phrénologique d'Edimbourg ; traduit de l'anglais et augmenté d'additions très-nombreuses et de notes, par le docteur J. Fossati, président de la société phrénologique de Paris ; avec 14 planches soigneusement lithographiées. 1 vol. in 18 de 450 pages. Prix : 3 fr. 50 c.

A Paris, à la librairie médicale de Germer-Baillière, rue de l'École-de-Médecine, n. *bis*.

— *Traité de toxicologie générale* envisagée dans ses rapports avec la physiologie, la pathologie, la thérapeutique et la médecine légale, par J. Anglada, professeur de médecine légale à la Faculté de Montpellier. In 8°. Prix : 5 fr. 50 c.

A Paris, chez J.-B. Baillière, rue de l'École-de-Médecine, n. 13 *bis*.

— *Nouvelles recherches sur le rhumatisme articulaire aigu* en général, et spécialement sur la loi de coïncidence de la péricardite et de l'endocardite avec cette maladie, ainsi que sur l'efficacité de la formule des émissions sanguines coup sur coup dans son traitement; par J. Bouillaud, professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine de Paris. Prix : 3 fr.

— *Esquisse sur l'étude et les causes des grandes épidémies*, par le docteur Léon Marchant, médecin des épidémies du département de la Gironde, membre du conseil de salubrité. Prix : 2 fr.

reconnaissent déjà l'hypertrophie du thymus comme une cause d'asthme chez les enfans.

Enfin P. Frank (1) dit que dans l'asthme puéril les glandes bronchiques, et surtout le thymus, ont été trouvés tuméfiés d'une manière remarquable.

Cependant au docteur Kopp appartient la gloire d'avoir fixé d'une manière certaine l'histoire et le diagnostic de cette maladie, et d'en avoir publié le premier traité *ex professo*.

L'asthme de Kopp se distingue de *l'asthme de Millar* par le plus grand nombre et la plus courte durée des accès, ainsi que par une marche plus chronique.

Dans *l'hydrencéphale chronique*, les enfans se réveillent souvent en sursaut, retiennent l'haleine, et tombent dans un état analogue aux accès d'asthme thymique; les mêmes accidens se reproduisent quand ils crient, toussent ou se remuent. Dans ce cas, on reconnaîtra facilement la première de ces maladies par les symptômes tranchés qui lui sont propres. Néanmoins, il paraît exister entre ces deux affections une certaine corrélation; aussi M. Hirsch recommande d'examiner chaque fois le thymus chez les enfans morts d'hydrencéphale aiguë.

Mais il est un état avec lequel l'asthme thymique pourrait facilement être confondu. Il arrive, en effet, assez souvent que chez des enfans gâtés et irritables, lorsqu'ils jettent des cris ou dans un moment de dépit, la respiration s'arrête, et il survient la plupart des phénomènes observés dans les accès d'asthme. Les uns et les autres ont en effet beaucoup d'analogie pour la forme; mais ils se distinguent en ce que l'habitude que prennent certains enfans de retenir l'haleine quand on les irrite, ne s'observe que dans ces momens, et jamais aux instans du réveil ni dans les mouvemens de la déglutition, comme cela arrive pour les accès asthmatiques véritables.

Après ces considérations, le docteur Hirsch définit *l'asthme de Kopp* une maladie propre à l'enfance, caractérisée par un spasme tonique des poumons, du larynx et de la glotte, revenant par accès, s'étendant plus tard au système nerveux cérébro-spinal sous la forme de convulsions épileptiques, et produisant la mort par suffocation, par apoplexie ou par asphyxie. La cause de cette maladie consiste dans un thymus hypertrophié, mais nullement altéré dans sa substance, qui, par son poids et son volume, presse sur le cœur, les poumons, les gros tubes artériels et veineux, et empêche le libre jeu de leurs fonctions.

Le pronostic de cette maladie est toujours très-fâcheux. Cependant, quand le sujet est d'une constitution robuste et peu disposé aux affections catarrhales, quand le cas est récent, les paroxysmes faibles et éloignés, et qu'il ne s'y est pas encore joint des convulsions épileptiformes, on peut encore conserver de l'espoir.

Les indications sont de plusieurs sortes.

1° *Pendant l'accès.* La seule chose à faire, c'est de mettre l'enfant debout ou même d'incliner un peu son corps en devant, de lui frapper légèrement sur le dos et de lui jeter un peu d'eau froide à la figure. Tout autre secours serait inutile.

2° *Modérer la violence des spasmes.* A cet effet, l'eau de laurier-cerise à doses petites et graduées, le musc, l'assa-fœtida, le zinc, et, d'après Pagenstecher, surtout le cyanure de zinc, peuvent être employés avec succès.

3° *Eviter les congestions vers le cœur et les poumons, et empêcher toute activité exaltée de ces organes.* Une diète sévère, des saignées locales abondantes et souvent répétées, des exutoires sur la poitrine, des purgatifs fréquens et énergiques, et ici encore l'eau de laurier-cerise, rempliront le but que l'on veut atteindre.

La méthode évacuante et antiphlogistique sera de préférence employée chez les enfans forts et robustes; chez ceux d'une constitution plus délicate, on devra avoir plutôt recours à la méthode antispasmodique; mais on obtiendra encore de meilleurs effets en les combinant toutes deux suivant l'exigence des cas.

4° *Combattre directement la cause de la maladie.* Déjà par les moyens antiphlogistiques, évacuans et dérivatifs, on parvient à arrêter parfois le développement du thymus. On a dans ce même but, et dans la vue de faire diminuer même le volume de cette glande, proposé différens remèdes, tels que les mercuriaux, les antimoniaux, la ciguë, la digitale, le charbon animal et l'iode. Ces moyens réussissent quelquefois; mais ils sont loin d'avoir une efficacité constante. Cependant en les unissant à d'autres agens, et surtout en faisant observer aux petits malades un régime convenable, on parviendra quelquefois à guérir une affection qui se présente toujours avec des caractères très-alarmans, et dont l'extrême gravité mérite d'attirer l'attention de tous les médecins praticiens.

(1) Epitom. VI, 2, p. 175.

THÉRAPEUTIQUE.

TROISIÈME MÉMOIRE SUR LES EXOSTOSES; DE LEUR TRAITEMENT; par M. ROGNETTA, docteur en médecine et en chirurgie.

Si vous ouvrez nos meilleurs ouvrages sur les maladies des os, vous ne trouverez qu'une sécheresse vraiment désespérante à l'égard du traitement des exostoses. Boyer ne vous en apprend pas plus que J.-L. Petit; et Ludwig, Delpech et sir Astley Cooper, et les articles de dictionnaires, et enfin les thèses soutenues depuis quelques années, soit devant les universités d'Allemagne, soit ailleurs, ne nous éclairent pas davantage. C'est que tous ces travaux ont été composés avec des idées préconçues. Sans compter la confusion, que j'ai déjà relevée, entre les véritables exostoses et des tumeurs de toute autre nature, on s'était persuadé qu'on n'avait que le fer et le feu pour attaquer ces ostéocèles. Quelques-uns vont même jusqu'à mercurialiser leurs malades, dans la fausse idée où ils sont que toute exostose n'est que le symptôme certain d'une syphilis. D'autres, enfin, croient donner un sage conseil en prescrivant de ne pas toucher à une exostose lorsqu'elle n'incommode point.

Il y avait cependant, dans l'étude des exostoses, un point capital à saisir pour la thérapeutique, et qui a échappé à presque tous les chirurgiens : c'était d'établir un traitement tout particulier pour les exostoses que nous avons appelées épiphysaires, soit en prévenant leur ossification lorsqu'elles ne sont encore que de la gélatine cartilagineuse, soit en les exposant à une chute spontanée par la nécrose artificielle (ainsi que nous l'avons déjà remarqué dans un des précédens mémoires), lorsqu'elles sont déjà ossifiées.

Ces exostoses étant les plus fréquentes, et l'art pouvant avoir sur elles plus de puissance que sur les autres, nous exposerons leur traitement avec un soin tout spécial.

Lorsqu'un malade affecté d'exostose réclame nos soins, notre premier devoir est de rechercher la cause du mal, et de voir si la tumeur ne dépendrait pas d'un vice constitutionnel. Qu'il me soit permis de le répéter ici, les exostoses diathésiques sont beaucoup moins fréquentes qu'on ne le croit. Une grande partie des exostoses dépendent de causes toutes locales, bien que rien n'empêche cependant que ces mêmes causes coïncident ou se joignent à des vices constitutionnels. Une diathèse, reconnue comme cause efficiente ou concomitante d'une exostose, doit être combattue par les moyens connus avant de s'occuper du traitement local de la tumeur. S'il est constaté, au contraire, qu'aucun virus ne complique sa présence, le traitement local doit seul occuper le praticien.

Supposons le cas le plus simple : une exostose épiphysaire existe sur le tibia ou sur le crâne; elle est survenue à la suite d'une contusion; le malade n'a jamais été atteint de syphilis; l'ostéocèle est récente; elle n'est probablement pas encore cimentée à sa base. Que faire dans ce cas? Essayer de résoudre l'exostose d'abord; ensuite, en provoquer la chute spontanée par la nécrose artificielle, si la résolution a été impossible.

EXOSTOSE ÉPIPHYSAIRE; RÉSOLUTION.

OBS. I. — Un jeune homme anglais, M. Pritchard, âgé de vingt ans, habitant Paris depuis deux ans, vint l'année dernière, en juillet, me consulter pour une exostose du volume et de la figure d'un œuf, qu'il portait depuis deux ans à la tempe du côté droit. Cette exostose était plate, à large base, dure, s'étendant depuis un demi-pouce de l'extrémité externe du sourcil droit, jusqu'à deux pouces environ en haut et en arrière. Voici l'histoire que le malade me fit de sa tumeur.

Étant à Londres il y a deux ans et demi, il s'exerçait au jeu de gymnastique que les Anglais appellent *boxer*. Il reçut dans la lutte un fort coup de poing à la tempe, sans perdre connaissance néanmoins, ni éprouver de vertiges; douleur passagère. Six mois après, la région contuse parut gonflée, et il s'y forma par degrés la tumeur que je viens de décrire.

La tumeur était indolente, mais elle faisait des progrès rapides. Intégrité parfaite de toutes les fonctions; absence absolue de syphilis et de tout autre principe diathésique. Je diagnostiquai une exostose épiphysaire, et je me proposai de la résoudre. Les progrès actuels du volume de la tumeur me firent penser qu'elle était encore à l'état de *crudité*, je veux dire qu'elle n'était pas encore ossifiée complètement. Déjà l'exostose avait résisté à l'effet de 600 sangsues qu'un praticien distingué de Paris avait fait appliquer en différentes fois sur le lieu tuméfié. Je proposai, par conséquent, l'usage de la compression méthodique et des frictions journalières d'onguent mercuriel ammoniacé sur la tumeur. Mais je désirai d'abord m'éclairer du conseil de M. Dupuytren. Ce célèbre chirurgien ayant approuvé et mon diagnostic et le plan de traitement que je venais de proposer, je fis faire par Charrière une sorte de brayer particulier, dont le ressort en acier

passait par dessus la tête du malade, prenant un point d'appui sur l'apophyse mastoïde du côté opposé à la tumeur. Une petite pelote bien rembourrée adaptée à la figure de l'exostose, comprimait celle-ci. Une vis de pression rendait à volonté la compression plus ou moins forte. Le malade comprit si bien l'importance de ce traitement, qu'il se fit, de son chef, raser toute la tête, et construire une perruque artistement arrangée, sous laquelle il cachait tout l'appareil compressif qu'il portait constamment jour et nuit. Quinze jours après l'usage de ce traitement, la tumeur avait non-seulement cessé de faire des progrès, mais aussi son volume avait déjà diminué de moitié. J'ai revu il y a deux mois le jeune homme en question; la tumeur est presque entièrement disparue; on y distingue à peine une très-petite différence de cette région avec celle de l'autre côté correspondant de la tête: il a cessé depuis long-temps de comprimer, mais il continue ses frictions tous les soirs (Prenez gros comme une noisette d'une pommade composée de dix parties de muriate d'ammoniaque sur cent parties d'onguent napolitain.)

On pardonnera, j'espère, la longueur de cette observation en raison de l'importance qu'elle présente. La manière d'agir de la compression dans les exostoses épiphysaires non encore ossifiées parfaitement n'a pas besoin de longue explication pour être bien comprise. Ce moyen écrase en quelque sorte la tumeur, dérange son organisation, l'empêche de s'accroître et expose sa substance à l'action des absorbans.

Si cette exostose eût résisté à l'action de ces moyens résolutifs, je n'aurais pas hésité à recourir à la *nécrose artificielle*. J'aurais dans ce cas pratiqué une incision cruciale sur la tumeur; j'aurais mis sa substance à découvert en coupant le périoste à sa base; j'aurais ensuite rempli mollement la plaie de charpie sèche et fine, et j'aurais attendu que l'exostose se décollât et tombât d'elle-même, en prenant d'ailleurs toutes les précautions d'usage pour prévenir l'érysipèle et les autres accidens inhérens aux plaies qui suppurent, et je n'aurais renouvelé le même pansement que de loin en loin, jusqu'à ce que la tumeur parût facile à ébranler sous l'action d'une spatule.

La pratique que je viens de proposer a parfaitement réussi dans le cas de l'exostose intra-orbitaire dont j'ai déjà rapporté l'histoire. Nous l'avons vu aussi réussir dans le cas de M. Regnoli. (V. les mémoires précédens.) Il y a cependant une différence entre ces deux dernières observations, c'est que, dans l'une, l'exostose étant placée à la tête, tout ébranlement produit par les instrumens percuteurs ordinaires, tels que la gouge et le marteau, aurait pu avoir des conséquences fâcheuses, tandis que dans l'autre, la situation de la tumeur sur la branche du pubis permit de décoller sur-le-champ l'exostose à l'aide du tranchant d'une gouge. Ce dernier procédé est certainement plus expéditif que l'autre, mais il n'est pas toujours applicable impunément; il faut pourtant en tenir compte, sauf à ne s'en servir que dans les circonstances convenables.

Que les exostoses épiphysaires soient susceptibles de résolution, cela a été observé de tout temps. En effet, tous ces emplâtres de *vigo cum mercurio*, de savon, de diabotanum, l'*emplastrum ammoniaci cum hydrargiro*, etc., dont les anciens se servaient pour couvrir les exostoses, n'avaient d'autre but que de provoquer la résorption de la masse épiphysaire. On a plusieurs fois vu de ces exostoses, non encore endurcies, disparaître spontanément sous un traitement général, lorsqu'elles dépendaient d'un virus vénérien. J'en ai cité un exemple d'après J.-L. Petit. On peut en voir un pareil dans Boyer. John Hunter, réfléchissant que les acides minéraux ont une action marquée sur les os en les dépouillant de leurs sels calcaires, avait pensé qu'on pourrait peut-être s'en servir pour provoquer la résolution de certaines exostoses. Un des élèves de ce célèbre praticien assure en effet qu'un jeune homme âgé de 12 ans, qui portait deux exostoses sur le tibia et une troisième sur le condyle interne du genou, vit ces tumeurs disparaître entièrement par l'usage interne de l'acide phosphorique que John Hunter lui administrait (1). Cette idée de Hunter a été adoptée par sir A. Cooper. Ce chirurgien n'emploie d'autres remèdes intérieurs pour résoudre les exostoses commençantes que les acides muriatique, phosphorique, sulfurique, etc., dans une grande quantité d'eau. J'ai vu administrer dans le même but l'iode intérieurement. D'autres vantent également l'usage des petites doses d'oxi-muriate de mercure, jointes à une forte décoction de salseparcille, comme moyen abortif et résolutif des exostoses. Aucun fait cependant ne rend incontestable jusqu'à ce jour l'efficacité de cette médication. L'observation de Hunter, ci-dessus citée, n'est pas plus concluante que les autres; car, au dire de Morgagni, Marc-Aurèle Séverin avait vu aussi des exostoses disparaître à la longue par les seules forces de la nature. « Nec alias fuit asse fuerunt » exostoses illæ, quas ab se ipso secundum infimum utrumque cubi- » tum diu gestatas scribit Severinus, perpetuò, dum in his innitere- » tur, incommodantes, donec post aliquot annos nullo remedio sunt » discussæ (1). »

Mais il n'en est pas de même de certains remèdes topiques. J'ai vu à la clinique de Dupuytren des tumeurs osseuses disparaître par l'usage long-temps continué des frictions d'onguent mercuriel ammoniacé. L'efficacité de ce remède était vraiment étonnante lorsqu'il pouvait être combiné à la compression méthodique. Je me rappelle entre autres le cas d'un vieillard qui avait une hypérostose très-considérable au tibia avec un large ulcère à la région malléolaire interne, et plusieurs tendons ossifiés visibles dans le fond de cet ulcère, lequel fut parfaitement guéri par les frictions ci-dessus et par la compression méthodique de la jambe. M. Carron du Villards a aussi obtenu la résolution complète de deux exostoses à l'état de crudité, dont l'une à l'avant-bras d'un enfant, l'autre au sourcil d'un homme adulte, à l'aide des mêmes frictions, précédées d'un traitement antiphlogistique. J'ajouterai enfin qu'en Italie, Monteggia est parvenu à faire résoudre des exostoses à l'aide de vésicatoires, de moxas et de douches d'eaux minérales chaudes sur la tumeur. Tout ceci s'explique par les raisons que je viens d'alléguer. Mais peut-on en dire autant des exostoses déjà cimentées ou parenchymateuses? Je ne crois nullement à la résolution des exostoses dans ces cas. Lorsque la tumeur est greffée organiquement, le travail d'éburnation dans sa substance a déjà commencé, et alors les mouvemens vitaux de son parenchyme sont presque nuls. De là l'impossibilité de les résoudre.

Maintenant l'exostose est-elle douloureuse? Il faut voir quel est le caractère de la douleur. Si, ce qui a lieu le plus ordinairement, cette douleur est celle que nous avons nommée extra-périostale, avant de songer à l'enlèvement de l'exostose, on combattra la complication par des remèdes appropriés. S'il y a probabilité que la douleur tient à un principe diathésique, on aura recours à des remèdes généraux et locaux. Dans le cas contraire, qui est le plus fréquent, les seuls remèdes locaux suffisent. Ces médicamens locaux seront choisis parmi les émolliens, les antiphlogistiques et anodins, tels que les sangsues, les vapeurs d'eau chaude, d'eau de guimauve, de décoction de têtes de pavot, les cataplasmes mucilagineux et opiacés, les fomentations d'une forte solution d'opium, la glace pilée, les aspersions d'eau froide, les bains simples, les bains de vapeur, etc. Rarement la douleur extra-périostale d'une exostose épiphysaire résiste long-temps à ces moyens. Quelquefois cependant ce symptôme prend le caractère pulsatif avec inflammation et rougeur à la peau. Un abcès se forme alors dans les parties molles qui couvrent la tumeur. Il faut s'en féliciter et aider la nature dans ce but, car la nature prévient ainsi nos efforts en produisant d'elle-même ce que nous nous proposions d'obtenir, savoir la nécrose artificielle et la chute de la tumeur.

Ce que je viens d'avancer n'est pas une conjecture. « Des exostoses » même peu volumineuses, dit Delpech, ont excité un tel état inflam- » matoire dans les parties molles qui les recouvraient, que celles-ci, » ulcérées ou gangrenées, entraînaient le dépouillement de la tumeur » osseuse, la mortification de la lame qui la compose et sa séparation, » qui alors est prompte et facile. Nous avons vu des cas de cette espèce » où quelques jours d'une inflammation aiguë ont produit la dénuda- » tion, la séparation spontanée et la guérison de l'exostose. Dans ces » cas, l'exostose consistait dans une organisation osseuse surajoutée à » l'os primitif. » (T. III, p. 519.) Cette observation remarquable de Delpech met déjà sur la voie du traitement que nous venons de proposer, en dénudant *ex abrupto* la tumeur, et en provoquant sa chute. C'est dans ce même but que nous voudrions qu'on dénudât quelquefois la tumeur à l'aide de la pierre à cautère ou de plusieurs moxas. Ce procédé serait applicable dans les cas où l'exostose serait superficiellement placée, comme à la jambe, au front, etc. On conçoit en effet que l'action de ces caustiques doit hâter la nécrose et le décollement de l'ostéocèle. C'est à l'expérience, du reste, à constater la valeur de cette méthode de traitement.

L'exostose épiphysaire est-elle à base très-large, dans une région très-charnue, comme à la partie supérieure de la cuisse, du bras, etc., il ne faut pas craindre de l'attaquer par la nécrose artificielle. Il n'est pas nécessaire dans ce cas de pratiquer une énorme incision, proportionnée à l'étendue de l'exostose; une pareille conduite ne serait pas sans danger. J'aimerais mieux, dans cette circonstance, ne dénuder l'exostose que sur un seul point le plus convenable, et dans une étendue de 2 à 3 pouces. On pourrait appliquer sur ce point dénudé des moyens propres à produire la nécrose, tels que des moxas répétés, des caustiques d'autre nature, etc., et continuer pendant long-temps les

(1) Wilson, on the bones and joints, p. 273.

(1) Morgagni, de caus. et sed., epis. 50, n° 59.

pansemens à sec indiqués ci-dessus. La nature se chargera de la séparation du reste de la tumeur.

Dans le cas où l'exostose épiphysaire existe près d'une articulation, faut-il abandonner la tumeur à la nature, ainsi que les auteurs le conseillent? Si l'on consulte les résultats d'une pareille conduite, l'on verra qu'on a eu toujours à se repentir de l'avoir suivie. La tumeur circa-articulaire, en effet, lorsqu'elle fait des progrès, cause d'abord l'ankylose, puis des désordres beaucoup plus sérieux. Un jeune homme tomba de cheval sur le grand trochanter; une exostose épiphysaire se forma sur cette région; on craignit de l'attaquer; la tumeur fit des progrès, s'étendit jusque sur l'os innominé, entra dans le petit bassin par le détroit inférieur; et après plusieurs années d'une vie misérable, le malade mourut des suites de son exostose. (*The Lancet.*) Une femme reçut une contusion sur le moignon de l'épaule; une petite exostose épiphysaire se forma au-dessus du deltoïde; on rejeta toute idée d'opération, parce que la malade ne souffrait pas; la tumeur augmenta de volume, envahit toute l'épaule, et il fallut plus tard pratiquer la désarticulation du bras pour arracher la femme à une mort certaine. (A. Cooper.) Le cas d'ablation de l'exostose au-dessous du deltoïde, pratiquée par M. Roux (voir notre premier mémoire), aurait très-certainement exposé plus tard le malade à la même nécessité que la femme ci-dessus, si le chirurgien ne se fût pas hâté d'enlever la tumeur. Boyer cependant s'était opposé à cette opération, par la seule raison que le malade aurait pu vivre avec sa tumeur. Dans une autre circonstance, sir A. Cooper fut obligé de pratiquer l'amputation partielle du pied pour une exostose épiphysaire, siégeant sur le métatarse; et d'autres chirurgiens ont dû amputer la cuisse ou le bras à cause d'une exostose énorme autour du genou ou du coude. Tous ces faits nous autorisent assez, je crois, à nous écarter de la pratique généralement suivie sur ce point.

Je dis donc, en principe général, qu'il faut toujours attaquer une exostose épiphysaire dès son début ou aussitôt que possible, et par tous les moyens que l'art possède, quel que soit d'ailleurs l'endroit de son implantation (j'entends parler des exostoses externes). Le voisinage d'une grande articulation ne doit point être un obstacle à la dénudation artificielle de la tumeur, à l'aide d'une petite incision. On prendra d'ailleurs les précautions convenables pour prévenir l'ouverture ou l'inflammation de la capsule articulaire. Les exostoses circa-articulaires, qui ne sont dans leurs commencemens que digitiformes ou styloïdes, ne pénètrent jamais à cette époque dans l'intérieur de l'articulation. Et après tout, n'extrait-on pas avec succès les corps cartilaginiformes intra-articulaires, en ouvrant impunément la capsule? Si l'on pouvait avoir la certitude qu'une petite exostose circa-articulaire n'augmentera pas de beaucoup en volume, que sa présence ne gênera pas considérablement plus tard les fonctions du membre; l'expectation que l'on conseille généralement serait certainement le parti le plus prudent et le plus sage; mais qui peut dire d'avance où s'arrêtera l'accroissement de ces tumeurs? On en a vu, qui n'étaient pas plus grosses qu'une noix d'abord, prendre ensuite un volume pareil à celui de la tête d'un adulte. Ajoutez que tant que l'exostose épiphysaire est petite et sa base encore cartilagineuse, on a tout espoir de la détruire par la simple dénudation; mais lorsque l'exostose est déjà cimentée, elle entre alors dans la classe des ostéocèles parenchymateuses, et son traitement n'est plus ni aussi simple, ni aussi facile.

Tout ce que nous venons de dire à l'égard des exostoses circa-articulaires s'applique exactement aux exostoses extra-crâniennes.

Je me résume donc sur ce point de thérapeutique en établissant les propositions suivantes :

1° Toute exostose épiphysaire doit être attaquée le plus tôt possible, quelle que soit la région extérieure du corps qu'elle occupe.

2° On doit essayer de résoudre toute exostose épiphysaire si elle est encore à l'état de erudité. On remplira cette indication à l'aide des moyens généraux et locaux. La résolution doit être toujours tentée jusqu'à l'époque de dix à douze mois de l'existence de la tumeur.

3° Si l'exostose épiphysaire n'est plus susceptible de résolution, on essaiera la nécrose artificielle pour déterminer la chute spontanée de la tumeur. Cette nécrose artificielle est surtout applicable dans les régions du corps où l'usage de la gouge et du marteau est dangereux ou impossible, comme à la face extérieure du crâne, à la partie supérieure de la cuisse et du bras, etc.; ou bien lorsque l'exostose a une grande étendue, de manière à ne pas pouvoir être ébranlée, sans danger, par les moyens violens.

4° Enfin, on dénudera l'exostose et on l'ébranlera sur-le-champ, à l'exemple de M. Régnoli, si la situation, le volume et l'âge de la tumeur le permettent; autrement on pansera la plaie à sec et l'on attendra la chute spontanée de l'exostose; on peut hâter cette chute à l'aide des moyens indiqués.

Il ne me reste maintenant, pour compléter le traitement des exostoses épiphysaires, qu'à dire quelques mots sur certaines tumeurs cartilagineuses, enkystées dans le parenchyme des os, et dont le traitement a beaucoup d'analogie avec celui-ci. Ce sont ces tumeurs que sir A. Cooper a désignées sous le nom de *nids cartilagineux*, et dont nous avons parlé en leur lieu. Ces tumeurs peuvent très-bien être enlevées à l'aide de la pointe d'une spatule qu'on engage entre la masse cartilagineuse et la paroi du kyste, en les faisant sauter par une sorte d'énucléation. J'ai vu plusieurs fois Dupuytren opérer de ces tumeurs cartilagineuses, enkystées dans quelques-uns des os de la face, et les guérir parfaitement à l'aide de cette énucléation. En voici un exemple.

Obs. II. — Une femme portait une ostéocèle volumineuse indolente sur le menton, qui la déformait singulièrement. Deux incisions longitudinales et parallèles aux côtés de la tumeur, depuis la lèvre jusqu'au bord inférieur de la mâchoire; autre incision transversale inférieurement. On dissèque et on relève le lambeau de bas en haut. Incision du perioste fort épais qui couvre la tumeur. Incision, avec le histouri, d'une coque osseuse qu'on enlève. Exposition d'une masse cartilagineuse, ronde, au-dessous de cette coque. Énucléation très-facile de ce *nidus cartilaginosus* à l'aide de la pointe d'une spatule. Le nerf maxillaire inférieur est à nu dans le fond de la cavité osseuse. La malade accusait de vives douleurs chaque fois qu'on touchait ce nerf pendant les manœuvres de l'opération. Guérison.

Je dois ajouter enfin que, tant après l'enlèvement d'une exostose épiphysaire, qu'après l'énucléation de ces nids cartilagineux, il est bon de laisser suppurer pendant quelque temps le fond de la plaie, afin de prévenir la récidive. La même irritation sécrétoire, en effet, pouvant persister après l'opération, donnerait lieu à la repullulation de l'exostose, ainsi que nous en avons ailleurs cité des exemples. Dans quelques circonstances, il est même avantageux de cautériser, avec un fer chauffé à blanc, l'endroit de la base de la tumeur, pour changer ainsi le mode de vitalité morbide de ces parties.

Venons à présent au traitement des exostoses parenchymateuses. Celui-ci est plus embarrassant et plus difficile. Quand on opère une exostose parenchymateuse, on ne peut presque jamais en prédire les conséquences ni le terme de la guérison. Quelquefois on a vu les suites les plus fâcheuses succéder à une opération de ce genre. Dans cette catégorie des exostoses parenchymateuses, nous comprenons toutes les ostéocèles épiphysaires déjà cimentées ou greffées organiquement avec l'os de la base.

Comment reconnaître *à priori* qu'une exostose est de nature parenchymateuse plutôt qu'épiphysaire?

En procédant d'abord par voie d'exclusion, on peut déjà acquérir quelques données sur la nature de l'exostose. Si la tumeur s'est développée à l'occasion d'une cause locale, un coup, une contusion, une piqûre, un frottement continuel contre un corps dur, etc., on a la presque certitude que l'exostose est épiphysaire et non parenchymateuse, qu'il y ait ou non quelque diathèse dominante dans la constitution du sujet. Si au contraire l'ostéocèle s'est développée sans cause locale appréciable, que le sujet soit scrophuleux ou entaché de syphilis, on peut avec quelque probabilité induire la nature parenchymateuse de la tumeur. Je dis probabilité et non pas certitude, car ces causes peuvent tout aussi bien produire l'exostose épiphysaire que la parenchymateuse, suivant qu'elles se fixent sur le périoste ou bien sur la substance de l'os. Mais cependant l'exostose parenchymateuse, lorsqu'elle est douloureuse, est accompagnée d'un sentiment de souffrance profonde, sourde, ostéocope, intra-médullaire, tandis que quand l'exostose épiphysaire produit de la douleur, celle-ci est superficielle, aiguë, pulsative, extra-périostale. Ce signe distinctif néanmoins est nul si la tumeur est indolente, comme cela arrive assez souvent. Ajoutez que cette douleur n'existe ordinairement que dans les premiers temps du développement du mal. Aussitôt que l'exostose a acquis un certain volume, ou que sa substance commence à subir la phase d'éburnation, alors la tumeur est tout à-fait indolente dans son parenchyme. Il y a pourtant un autre signe diagnostique à mentionner; bien qu'il ne soit pas tout-à-fait concluant, nous l'avons trouvé assez constant dans les cas qui se sont présentés à notre examen; il est relatif à la forme de la tumeur. L'ostéocèle parenchymateuse est ordinairement ronde, sphérique, ou ovale, et à large base, tandis que l'exostose épiphysaire prend le plus souvent des figures bizarres, irrégulières, pédiculées; sa surface n'est presque jamais égale ni lisse au toucher. L'exostose parenchymateuse est presque toujours unique sur un même individu; l'épiphysaire est assez souvent multiple. La première a une prédilection pour la partie spongieuse des os; la seconde, au contraire, pour la partie compacte. L'exostose parenchymateuse enfin met un temps beau-

coup plus long à se développer que l'épiphysaire. On peut assez souvent, en réunissant toutes ces données, distinguer une exostose épiphysaire d'une exostose parenchymateuse; mais quelquefois aussi ce diagnostic est fort douteux, jusqu'à ce que la tumeur ait été mise à découvert. Dans cette circonstance même, quelquefois les praticiens les plus exercés ne peuvent pas dire avec assurance quelle a été l'origine de l'exostose, tant il est vrai qu'après un certain temps l'exostose épiphysaire se confond intimement avec l'exostose parenchymateuse.

Les exostoses parenchymateuses peuvent se présenter avec les mêmes complications que les autres. Le traitement de ces complications cependant n'est pas tout-à-fait le même dans les deux classes de tumeurs. La douleur, si facile à combattre dans les exostoses épiphysaires, est assez souvent rebelle dans les parenchymateuses. Ici les remèdes locaux sont presque tout-à-fait inutiles, à raison du siége profond de la douleur. C'est donc aux moyens internes qu'il faut avoir recours; l'opium sous différentes formes; les mercuriaux, s'il y a soupçon de syphilis; les petites saignées répétées, si la constitution du malade les supporte; les autres remèdes antidiathésiques connus, s'il y a indication de ce genre, etc. On peut en même temps essayer quelques-uns des remèdes locaux que nous avons déjà indiqués, si l'on soupçonne que les douleurs soient plutôt extra-périostales qu'intra-médullaires, ainsi que cela arrive quelquefois.

Si la position de l'exostose est telle que sa présence détermine des accidens graves, comme lorsqu'elle est placée à la tête, sur le trajet des gros vaisseaux et des nerfs des membres, etc., il faut se hâter de prendre un parti décisif. J'ai cité ailleurs un cas où une ostéocèle sur le trajet des vaisseaux et nerfs brachiaux avait occasioné des accidens graves; la malade fut soulagée à l'aide de larges cataplasmes et d'une position convenable du membre; mais aucune opération ne put être tentée à cause du refus de la malade. Nous avons également rapporté des cas d'exostoses crâniennes compliquées de symptômes encéphaliques graves. Les petites saignées produisent de l'amélioration dans ces cas; mais cela ne suffit pas; il faut attaquer, *cito*, et corps à corps, la tumeur. C'est le seul moyen d'éviter d'autres accidens fâcheux et de sauver peut-être la vie du malade.

Une exostose parenchymateuse ou épiphysaire cimentée étant donnée, doit-on en tenter l'ablation par les moyens chirurgicaux? On peut répondre à cette question par *oui* ou par *non*, suivant le siége qu'occupe la tumeur, les symptômes qui l'accompagnent, le volume qu'elle a atteint et l'époque de son apparition.

L'exostose existe-t-elle à la tête avec des symptômes encéphaliques (vertiges, éblouissemens, clavus, épilepsie, etc.); si ces symptômes ne cèdent pas entièrement aux remèdes généraux, il faut se hâter d'enlever la tumeur, quels que soient d'ailleurs son volume et son ancienneté. Il est vrai qu'on ne saurait répondre dans ce cas que les symptômes en question ne dépendent pas de toute autre altération inconnue; mais le devoir du chirurgien est de commencer par enlever la tumeur, dont la présence est la cause présumée des accidens que le malade éprouve. Cette conduite est celle qui a été conseillée en cas pareils par les chirurgiens les plus expérimentés de nos jours. Je ne citerai que deux seuls faits à l'appui de cette assertion. Un homme de Montpellier, âgé de 32 ans, se présenta l'année dernière à la consultation de Dupuytren, à l'Hôtel-Dieu. Il offrait une exostose du volume d'un œuf sur le front, qu'il disait porter depuis son enfance; il se plaignait de maux de tête, d'éblouissemens, de vertiges, et sa physionomie exprimait l'hébétude; il désirait en être débarrassé. Plusieurs traitemens mercuriels lui avaient été faits inutilement; le malade assurait n'avoir jamais eu la vérole. Dupuytren conseilla l'ablation de la tumeur comme moyen de combattre les symptômes encéphaliques. Cette exostose, probablement épiphysaire d'origine, était actuellement à coup sûr parenchymateuse. Dans le cas qu'on va lire, le chirurgien suivit la même conduite; il opéra, et il eut à s'applaudir des suites de son opération

EXOSTOSE CRANIENNE PARENCHYMATEUSE; OPÉRATION; GUÉRISON.

Obs. III.—Une femme des environs de Pise, âgée de 24 ans, portait depuis plusieurs années une exostose sur la partie moyenne et inférieure du front, du volume d'un œuf de poule, stationnaire. Clavus; vertiges continuels; hébétude. Le professeur Regnoli ayant été consulté, il proposa l'ablation de l'exostose. Entrée à la clinique de Pise. Opération. Incision des tégumens et dénudation de la tumeur; elle est cimentée et éburnée. Gouge et marteau. Enlèvement par petits coups de la tumeur et d'une portion de la lame antérieure du frontal; ablation d'une partie de l'os nasal correspondant, et de l'apophyse montante de l'os maxillaire supérieur, exostosés également. Cautère actuel. Chute de la nécrose consécutive, et dénudation de la dure-mère. Pansemens ordinaires. Guérison complète après 19 mois de traitement. Cicatrice solide. (Communiquée par M. Regnoli.)

La même indication d'opérer sur le crâne existe également lorsque la tumeur menace d'acquérir un grand volume. Dans ce cas, il faut attaquer l'exostose quand même aucun symptôme du côté du cerveau ne menacerait pour le moment. Telle a été l'opinion de Heister dans le cas qu'on va lire.

EXOSTOSE CRANIENNE PARENCHYMATEUSE; OPÉRATION.

Obs IV. — Un militaire, âgé de trente-trois ans, portait une petite exostose sur le front. Compression à l'aide d'une lame de plomb, sans effet. Progrès immenses de la tumeur; tout le front en est presque envahi. Heister l'opéra à l'aide de la gouge et du marteau. Dénudation d'une grande partie de la dure-mère. Guérison (1).

Ce célèbre praticien s'applaudit avec raison de l'opération, et il cite un second fait où un enfant, allaité par une femme vérolée, mourut de convulsions, par suite des progrès de deux petites exostoses qu'il portait à la tête, et qu'on n'avait pas voulu qu'il opérât (2).

Nous pouvons par conséquent ériger en principe de thérapeutique la proposition suivante: « Lorsqu'une exostose extra-crânienne existe » avec des symptômes encéphaliques, ou bien qu'elle augmente évi» demment de volume, même sans ces symptômes, il faut se hâter de » l'enlever au plus tôt à l'aide des instrumens appropriés, et » ne pas craindre de mettre une partie de la dure-mère à découvert si » le cas l'exige. »

Mais en est-il de même lorsqu'une exostose extra-crânienne existe depuis longues années, qu'elle a déjà atteint un volume très-considérable, qu'elle est actuellement stationnaire, dure, éburnée, et qu'elle n'incommode pas autrement que par la difformité qu'elle cause? Dans ce cas, je pense qu'il ne faut opérer l'exostose céphalique qu'autant que la personne qui la porte le désire absolument. Des accidens mortels en effet ont quelquefois suivi cette opération à la tête, sur des sujets bien portans d'ailleurs. On dirait qu'a lieu ici le même phénomène déja remarqué dans toutes les grandes opérations de complaisance. Le fait suivant justifie notre opinion à cet égard.

EXOSTOSE EXTRA-CRANIENNE; OPÉRATION; MORT.

Obs. V. —Jeune homme. Énorme exostose à la tempe depuis sept ans, stationnaire. Aucune incommodité, la difformité exceptée. On essaie de trépaner la tumeur dans son milieu. Dureté de l'ivoire. Le trépan ne marche pas. L'opérateur est harassé par la première trépanation, qu'il ne peut pas achever. On remet le reste au lendemain. Congestion cérébrale; mort le troisième jour. L'autopsie montra une exostose éburnée. (J. L. Petit.)

Avant d'exposer avec détail la manière de pratiquer l'ablation des exostoses parenchymateuses, poursuivons la discussion de la question ci-dessus, en considérant ces tumeurs dans les autres régions extérieures du corps. L'exostose existe-t-elle sur un membre? Il faut ici aussi considérer l'endroit du membre qu'elle occupe et les circonstances qui l'accompagnent. Si la tumeur s'est développée dans le voisinage d'une grande articulation, qu'elle ait un volume très-considérable, il n'a pas d'autre opération praticable que l'amputation du membre; mais on conçoit bien que dans un cas pareil, il y a une foule d'autres circonstances accessoires à considérer que nous ne pouvons pas détailler ici. Mais dans le cas où l'exostose n'est pas excessivement volumineuse, lorsque les articulations du membre sont libres, et qu'il n'y a pas de complications graves, c'est à l'ablation isolée de la tumeur qu'il faut avoir recours. En général, je pense qu'on doit opérer le plus tôt possible toute exostose parenchymateuse, après toutefois avoir préparé le malade suivant les indications que le mal présente.

La chirurgie possède différens moyens pour attaquer directement les exostoses, soit parenchymateuses, soit épiphysaires cimentées. Ces moyens sont le trépan, la gouge et le marteau, la scie ordinaire, la scie à chaînon. Tous ces instrumens peuvent avoir leur application spéciale suivant les différences de volume, de forme, de situation et de dureté de l'exostose. Ainsi, par exemple, à la tête, on préfère le trépan aux autres instrumens, parce qu'il agit sans secousses. On peut cependant se servir du trépan dans toutes les exostoses parenchymateuses qu'on veut abattre directement. J'ai vu Dupuytren emporter plusieurs fois, à l'aide de cet instrument, des exostoses peu volumineuses (nodus), placées sur l'humérus, sur le tibia, etc. On découvre ordinairement la tumeur à l'aide d'une incision cruciale et on la cerne dans une couronne de trépan si elle est petite. Si la tumeur est large, plate, à base non pédiculée, le trépan est plus spécialement indiqué, car le mal ne donnerait pas une prise convenable aux autres instruments pour être scié ou emporté à coups de ciseau et de marteau. Dans ce cas, on

(1) T. Gockelius, De ossium tumoribus. Helmœstadii, 1710, p. 15.

(2) Ibid., p. 16.

découvre également la tumeur, et l'on applique plusieurs couronnes successives de trépan, soit dans la même séance, soit dans plusieurs séances successives : on fait sauter ensuite les ponts intermédiaires aux couronnes de trépan, à l'aide de la gouge et du marteau. Il est toujours bon dans ce cas de faire suppurer la base de la tumeur, et de la cautériser même quelquefois avec un fer chauffé à blanc, afin de prévenir toute crainte de récidive. On se gardera bien cependant d'y appliquer le fer incandescent, surtout à la tête, car il pourrait produire des accidens fâcheux en transmettant le calorique à la masse encéphalique, ainsi que De Haën en fit la triste expérience.

Les exostoses pédiculées qui ne sont pas très-volumineuses, peuvent en général être enlevées d'un trait de scie à leur base. Ces sortes de tumeurs sont ordinairement d'origine épiphysaire, ainsi que nous l'avons déjà répété plusieurs fois. On peut découvrir par trois procédés différens les exostoses : par une incision cruciale dont on dissèque les quatre lambeaux; par une incision en H, dont on fait deux lambeaux comme deux moitiés d'un livre; et par une incision ovale dont on enlève le lambeau circonscrit. Les circonstances particulières de chaque cas peuvent seulement décider quand l'une de ces incisions est préférable à l'autre. Il y a cependant une quatrième manière de mettre la base de la tumeur en rapport avec la scie; elle est propre à M. Roux; nous la décrirons tout à l'heure. L'incision en H cependant, qui n'est pas indiquée par les auteurs, me paraît dans un grand nombre de cas préférable à l'incision cruciale et ovalaire, en ce qu'elle découvre nettement la tumeur, et permet ensuite de réunir parfaitement par première intention la plaie restante, si on le juge à propos.

On a encore décrit un procédé tout particulier pour abattre les exostoses très-volumineuses et très-dures. On a conseillé de faire perpendiculairement avec la scie plusieurs sections parallèles dans la masse de la tumeur, lesquelles seraient traversées par d'autres sections analogues dans un sens inverse aux premières, de manière à réduire la tumeur en plusieurs digitations perpendiculaires, qu'on emporterait ensuite à l'aide de la gouge et du marteau, en plusieurs séances séparées. Ceci me paraît extrêmement long et dangereux à la fois, surtout s'il s'agit d'une exostose crânienne. On en devine facilement la raison.

Une scie fort ingénieuse, qui a été dernièrement présentée à l'Académie des sciences par M. Heyne (Gazette médicale, n° 37, t. II), me paraît pouvoir être d'une grande utilité pour l'ablation des grosses exostoses. Je me contente d'indiquer seulement cet instrument; d'autres détails à ce sujet m'entraîneraient trop loin.

Vient enfin le procédé de M. Roux, destiné aux exostoses pédiculées placées dans le voisinage d'une grande articulation. Pour prévenir l'accès de l'air dans le voisinage de la base de l'exostose, et pour éviter la formation d'une grande plaie, cet habile opérateur a imaginé de scier la tumeur sans la découvrir. C'est ce qu'on va voir dans l'observation suivante, qui s'est passée sous nos yeux.

EXOSTOSE SCIÉE PAR LE PROCÉDÉ DE M. ROUX.

Obs. VI.—Un jeune homme portait depuis six ans une exostose sphérique et pédiculée au-dessus du muscle deltoïde, près de l'articulation huméro-scapulaire; elle avait acquis le volume d'une orange. M. Roux, pour éviter de faire une grande plaie et mettre la tumeur à découvert, pratiqua deux incisions longitudinales parallèles entre elles, l'une en dedans, l'autre en dehors, aux deux côtés de la tumeur, faisant une sorte de double boutonnière. Il disséqua avec un long bistouri cette espèce de pont charnu qui couvrait l'exostose, coupa par cette même fente le périoste de la base de la tumeur, et y passa une lame de scie ordinaire, préalablement démontée d'un côté de son arbre. On revissa alors la scie, et l'on fit agir l'instrument comme si la tumeur eût été à découvert. La tumeur fut sciée et extraite par l'une des deux boutonnières latérales, comme une orange qu'on tire du fond d'un sac en coupant un coin de celui-ci. L'opération dura trois quarts d'heure; elle fut très-douloureuse; plusieurs vaisseaux durent être liés, ce qui fut fait avec assez de peine; puis après on comprima modérément toute cette région à l'aide d'une bande, et la guérison eut lieu par première intention en peu de jours. Je dois dire pourtant qu'un gonflement inflammatoire de tout le membre obligea le lendemain à défaire l'appareil, et à couvrir le tout d'un large cataplasme émollient. Le calme revint bientôt, et le malade sortit de l'hôpital en peu de jours, parfaitement guéri de son exostose, et se servant très-bien de son membre.

Cette observation, remarquable sous plus d'un rapport, donne une idée complète du procédé de M. Roux contre certaines exostoses, procédé qu'on pourrait nommer *à double boutonnière*. On conçoit bien que cette double boutonnière pourra être appliquée dans une direction inverse à la précédente, c'est-à-dire transversalement, si le besoin et les circonstances de la tumeur l'exigent. Ce procédé ingénieux n'ayant été essayé qu'une seule fois jusqu'à ce jour, nous ne pouvons rien dire avant que l'expérience ait prononcé davantage sur ses destinées futures. J'ajouterai cependant avoir entendu avouer ingénuement à M. le professeur Roux qu'il avait déjà vu M. le professeur Dubois opérer de la sorte une exostose analogue à celle-ci, et avec un égal succès. Je me permettrai seulement d'observer que le mode opératoire en question ne pourra peut-être pas être adopté comme général, car de la sorte l'instrument agit aveuglément sous le lambeau; le périoste de la tumeur ne peut être jamais exactement circonscrit par le bistouri; l'on ne sait pas au juste, en un mot, les parties molles et dures que l'on expose à l'action de la scie. En effet, nous avons vu que l'opération a été très-longue et très-douloureuse; du sang s'est écoulé en grande quantité, etc. Mais ne préjugeons rien; laissons l'expérience en décider; disons seulement que la scie ordinaire peut, dans ce cas, être remplacée avec avantage par la scie à chaîne, et qu'on peut s'en servir à peu près comme dans les résections en général (1).

Je terminerai ce mémoire en exprimant le désir que nos confrères qui auraient eu l'occasion d'opérer des exostoses voulussent bien publier avec détail leurs observations, et les remarques thérapeutiques qu'ils ont eu l'occasion de faire à ce sujet. La science possède, il est vrai, un grand nombre de faits publiés sur les exostoses, mais ces faits ne se rapportent pour la plupart qu'à l'anatomie pathologique de ces tumeurs, ou bien ils ne représentent rien moins que des exostoses. Quant à la partie vraiment pratique, la partie d'application thérapeutique contre ces ostéocèles, on peut dire que la science manque encore jusqu'à ce jour d'un nombre suffisant d'observations bien détaillées pour établir des principes curatifs plus circonstanciés que nous n'avons pu le faire dans ce mémoire.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 4 JANVIER.

BIBLIOTHÈQUE THIBÉTAINE ET MONGOLE OFFERTE EN DON A L'INSTITUT.

M. P. Schilling de Constadt adresse la lettre suivante :

« Occupé depuis longues années de l'étude des langues et des doctrines des peuples de l'Asie orientale, tous mes efforts ont constamment tendu à en faciliter et à en répandre la connaissance. C'est animé de ce désir que je vous prie d'offrir en mon nom à l'Institut, pour être déposée dans sa bibliothèque, une collection d'ouvrages thibétains et mongols, que j'ai formée en 1830 et 1831, pendant un voyage à la frontière chinoise. Les cinq caisses qui la renferment sont en ce moment à Bonn, et je vais donner des ordres pour qu'elles vous soient expédiées dans le plus bref délai.

» Vous trouverez ci-joint un catalogue détaillé de cette collection; il contient 115 numéros, et plusieurs d'entre eux comprennent un assez grand nombre de traités séparés et plus ou moins considérables. Parmi ces ouvrages on doit remarquer surtout la grande compilation métaphysique contenue dans les volumes numérotés de 1 à 16, plusieurs dictionnaires polyglottes, un traité en cinq langues, divers ouvrages d'astronomie, de médecine, de cosmologie, sans parler d'un grand nombre de traités religieux et philosophiques dont l'ensemble renferme ce qu'il y a de plus intéressant à connaître pour le fond des doctrines bouddhiques; enfin, tous ces ouvrages que, dans le pays même, il est impossible de se procurer à prix d'argent, et dont les Anglais, malgré leur puissance dans l'Inde, n'ont pu obtenir des copies; ces ouvrages ne sont pas moins précieux par l'importance des matières dont ils traitent que par l'intérêt que doivent inspirer les productions de l'esprit chez des peuples que l'on connaît si peu et que l'on juge si mal. C'est dans votre bibliothèque que j'ai pensé que ces ouvrages pouvaient être le plus utilement placés, parce que c'est là qu'ils doivent être le mieux appréciés et consultés avec le plus de fruit. Cet établissement, quoique non public, est ouvert, par le fait, à tous les hommes qui se livrent assidument à l'étude des parties les plus sérieuses et les plus élevées des sciences et des lettres, et constitue ainsi une sorte de rendez-vous pour tous ceux qui se sont fait en Europe un nom par leurs travaux littéraires.

» Une des personnes attachées à cette bibliothèque se consacre particulièrement à conserver les doctrines qu'elles a recueillies dans ses rapports intimes avec des hommes enlevés trop tôt aux lettres orientales; en sorte que la nature de ses études et de ses travaux antérieurs la mettent tout-à-fait à même de donner ses soins à une collection de ce genre et de s'en occuper utilement. »

JUMEAUX SIAMOIS.

M. Coste adresse une note dans laquelle il examine cette question : « Est-il possible de déterminer l'époque de la vie intra-utérine à laquelle les frères siamois se sont réunis et d'apprécier leur mode de réunion? »

---

(1) Il est à peine nécessaire d'avertir que, dans le traitement que je viens d'exposer, je n'ai voulu parler que des exostoses de la surface extérieure du corps, celles des cavités étant tout-à-fait au-dessus des ressources de l'art.

Les conclusions auxquelles arrive M. Coste sont : 1° que les frères siamois n'ont dû se réunir que dans les derniers jours du premier mois de la grossesse, et que par conséquent ils n'avaient point encore tout-à-fait deux lignes de long ; 2° que leurs viscères sont libres de toute adhérence, et qu'une opération pratiquée dans le but de les désunir présente les plus grandes chances de succès.

PIEDS-BOTS.

M. Duval, directeur des traitemens orthopédiques des hôpitaux civils de Paris, adresse un mémoire concernant trois cas de guérison de pieds-bots excessivement difformes, qu'il a obtenue au moyen de la section du tendon d'Achille. Au bout de vingt à trente jours de traitement le pied présentait une conformation normale.

Commissaires : MM. Serres, Roux et Magendie.

— L'Académie procède par voie d'élection à la nomination d'un vice-président pour l'année 1836, M. Ch. Dupin, vice-président pour l'année précédente, devant cette année, selon le réglement, passer à la présidence.

Au premier tour de scrutin, M. Magendie obtient 26 suffrages ; M. Serres 3 ; M. Double 5 ; M. Cordier 4 ; M. Chevreul 2 ; MM, Brongniart, Silvestre et de Blainville, chacun 1.

M. Magendie, ayant réuni la majorité absolue des suffrages, est déclaré vice-président, et vient prendre place au bureau.

SUR UN COURANT POSSÉDANT LA FACULTÉ DE PRODUIRE DES DÉCOMPOSITIONS CHIMIQUES, ET NON CELLE D'ÉCHAUFFER LES CORPS ; note par M. BECQUEREL.

Lorsqu'un courant électrique provenant d'un appareil voltaïque, traverse une solution saline ou un fil métallique suffisamment fin, il en résulte des effets chimiques ou des effets calorifiques, dont l'énergie, dans l'un et l'autre cas, dépend du nombre de couples qui entrent dans l'appareil et de leurs dimensions. Les effets chimiques sont en rapport avec le nombre de ces couples, et les effets calorifiques avec leur surface ; les premiers exigent de l'intensité, les seconds de la quantité. Il existe en outre une telle relation entre ces deux genres de phenomènes, que le même courant peut les produire simultanément ou séparément, quoiqu'à des degrés très-différens. M. Becquerel a cherché à atténuer la faculté calorifique, jusqu'à ce que le courant électrique ne possédât plus que la faculté décomposante. L'appareil qu'il a présenté le mois dernier à l'Académie, réunit les conditions voulues pour mettre le fait en évidence.

J'ai d'abord, dit M. Becquerel, constaté qu'en augmentant les dimensions de cet appareil, et operant avec des lames de platine ayant depuis un centimètre carre de surface jusqu'à deux décimètres, la quantité de gaz oxigène recueillie croît à peu près comme les surfaces. Je suis parvenu à obtenir, en 24 heures, dix centimètres cubiques de gaz. On ne peut douter que la quantité d'électricité dégagée pendant la réaction de l'acide nitrique sur la potasse, n'eût aussi considérablement augmenté avec l'accroissement des dimensions de l'appareil.

L'expérience donc étant disposée comme il a été dit dans la note précédente, si l'on interrompt le circuit métallique en un point quelconque, et que l'on plonge les deux bouts libres du fil de platine dans deux petits godets remplis de mercure, puis que l'on établisse la communication entre ces derniers au moyen d'un fil de platine de 1/80 de millimètre de diamètre, la décomposition chimique continue dans l'appareil sans changement sensible.

Maintenant, si l'on introduit dans le circuit un multiplicateur ordinaire pour mesurer l'intensité du courant, on trouve que cette intensité ne change pas, quel que soit le diamètre du fil interposé entre les deux godets ; ainsi donc le courant qui produit une si grande abondance de gaz, passe aussi bien dans un fil d'une ténuité extrême que dans un fil de plusieurs millimètres de diamètre. Ce n'est pas tout ; si l'on place le fil microscopique dans lequel passe une grande quantité d'électricité vis à vis de l'ouverture du thermo-multiplicateur, instrument qui accuse des centièmes de degré de température, on trouve que celle du fil microscopique n'a pas changé à l'instant où l'on a fermé le circuit.

Si ce même fil avait servi à établir la communication entre les deux élémens du plus petit appareil voltaïque possible, tel que celui que Wollaston a construit avec un dé à coudre, ce fil serait devenu incandescent. Voilà donc un courant produisant des décompositions assez énergiques, qui est privé de la faculté de changer sensiblement la température de fils de métal excessivement fins, faisant partie du circuit. Les propriétés de ce courant sont d'autant plus remarquables qu'on ne saurait disconvenir que plus on augmente, d'une part, les surfaces de contact de l'acide et de l'alcali, et de l'autre, les dimensions des lames de platine, plus on doit accroître en même temps la quantité d'électricité dégagée, qui est une des conditions exigées jusqu'ici pour la production des phénomènes calorifiques.

— Après la lecture de cette note, M. Biot prend la parole, et dit que M. Becquerel l'ayant entretenu avant la séance de cet important résultat, il a cherché à s'en rendre compte de la manière suivante :

« Ces curieux phénomènes, dit-il, me semblent pouvoir être attribués, non pas à une modification du principe électrique, qui se trouverait dépouillé de la propriété d'exciter de la chaleur en conservant son pouvoir pour décomposer les combinaisons chimiques, mais plutôt à un mode de dégagement et de transport d'électricité par des intermittences plus ou moins rapides. Concevons, ajoute-t-il, qu'une certaine quantité finie d'électricité E soit dégagée dans un certain temps, par deux substances mises en contact, comme elles le sont dans l'appareil de M. Becquerel ; partageons ce temps total T en un nombre n d'instans, pendant chacun desquels il se dégagera un élément proportionnel e de l'électricité totale E, chacune de ces petites charges traversant le fil conducteur dans un temps insensible comparativement à e, y portera les facultés calorifique et chimique qui sont propres à sa quantité et à sa vitesse de transport ; or, plus les intervalles de temps t seront courts, plus les charges élémentaires e seront petites, et si elles le deviennent assez pour ne pas échauffer individuellement le fil dans leur passage, la charge s'écoulera ainsi sans produire une élévation sensible de température dans le fil. Mais si d'autres substances sont mises en contact de la même manière, ou si les mêmes le sont différemment, il se pourra que les intermittences deviennent plus séparées, ce qui rendra proportionnellement chaque petite charge e pour la même dépense totale E dans le même temps ; alors il pourra se faire qu'en traversant le fil elles élèvent sensiblement sa température, tandis que la même somme E, dépensée autrement, ne produira pas cet effet.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance supplémentaire du 26 décembre.

Aucun des auteurs inscrits pour lire leurs mémoires n'étant présent à la séance, la parole est à M. Renoult pour deux rapports.

MÉMOIRE SUR UN NOUVEAU MÉCANISME DE JAMBE ARTIFICIELLE ; par M. Richard CANTEGRIL, élève en médecine à Toulouse. — M. Renoult, rapporteur.

L'auteur, étant privé lui-même d'une jambe, a été conduit par une sorte de nécessité à chercher des améliorations aux moyens de prothèse employés dans ce cas. Après avoir porté d'abord la jambe de bois à quille, composée comme on sait d'un socle assez grand sur lequel repose le genou, surmonté de deux attelles de longueur différente et porté par un bâton qui a un peu moins de la longueur de la jambe, il y reconnut plusieurs inconvéniens, et commença par changer la manière de placer les liens. On assujetit cette jambe pour l'ordinaire au moyen d'une courroie en cuir qui fait le tour des attelles et ne repose que très-imparfaitement sur la partie antérieure et postérieure de la cuisse, ce qui permet au membre de vaciller. Au lieu d'un tour de courroie, M. Cantegril en mit deux éloignés l'un de l'autre d'un pouce et demi environ, et passés dans des ouvertures pratiquées dans les deux attelles, savoir : les ouvertures de l'attelle externe venant obliquement de dehors en dedans, et celles de l'interne de dedans en dehors ; et déjà la solidité fut plus grande.

Mais l'attelle externe directe offrait aussi des inconvéniens. Comme elle est assujétie assez fortement autour du corps, au moyen d'une sangle, au niveau de la crête iliaque, la saillie que forme celle-ci, ainsi que celle du grand trochanter, empêchent de rapprocher convenablement le membre factice du membre naturel ; de là, la gêne dans la marche, et quelquefois même après un exercice prolongé, l'ulcération de la partie supérieure du membre. Il a suffi pour éviter cette incommodité de rendre un peu courbe l'extrémité de cette attelle pour laisser ces parties libres. Le résultat a même dépassé toute espérance ; le mouvement de circumduction devenu moindre, le grand mouvement d'élévation qu'il fallait faire exécuter au bassin dans la marche a été presque détruit ; il a été permis de croiser les jambes à volonté ; et en faisant l'attelle interne moins longue, de monter à cheval avec beaucoup plus de sûreté et moins de risque de heurter contre les tertres qui longent les chemins profonds et étroits.

Enfin la jambe à quille a encore d'autres défauts. Le point d'appui sur le sol est trop petit ; il ne s'applique jamais bien sur le sol, ce qui rend toujours la marche très-chancelante et sa continuation très douloureuse, à raison des commotions qui en résultent et qui se propagent par tout le corps, principalement quand on marche sur le pavé ou sur un sol mal uni ; il enfonce très-profondement dans un chemin boueux, et sur un terrain mouvant ou humide. D'autre part il est trop grand, en ce que reposant tantôt sur un point, tantôt sur un autre, il fait subir au membre attaché à la machine des mouvemens de rotation intolérables, et rend la marche très-douteuse sur un sol parfaitement uni et glissant. M. Cantegril voulut donc aller plus loin et se faire une jambe et un pied factices pour cacher aux yeux sa mutilation. Après un premier essai trop compliqué, il s'arrêta à la machine suivante qu'il a déjà portée durant neuf mois consécutifs.

Nous devons dire d'abord que la description de l'auteur est fort insuffisante, et qu'il est difficile de saisir nettement le mécanisme de sa jambe. Il paraît toutefois qu'il la compose de deux attelles comme la jambe à quille, et d'un socle sur lequel repose le genou, en sorte qu'elle diffère par là des jambes artificielles de Ravaton, de B. Bell, de M. Mille, etc. Le socle est terminé inférieurement par un simple bâton ; et les contours de la jambe sont fabriqués en liége pour plus de légèreté. Ce bâton, beaucoup moins long que dans la jambe à quille, se termine en bas en une sorte de genou, reçu dans une mortaise pratiquée sur une pièce de bois qui figure le pied, et arrêté dans cette mortaise par une brochette de fer cylindrique, qui permet au bâton de se fléchir en avant et de se redresser en arrière, comme dans l'articulation tibio-tarsienne. Il importe que le centre de cette jonction représentée par la brochette en fer, soit à une distance du talon égale à la distance naturelle ; cette distance chez un adulte est d'environ deux pouces.

Il importe aussi que le trou du bâton de la jambe qui doit recevoir la brochette soit dans une direction un peu oblique de dedans en dehors et de bas en haut ; en effet, le membre artificiel se rapprochant du membre naturel dans les mouvemens, sa direction n'est plus verticale, et le pied ne reposerait point sur le sol par toute sa surface, si l'obliquité de la jambe n'était corrigée par l'obliquité de son articulation. Du reste, cette obliquité doit être bornée au trou du bâton seulement ; les deux trous de la mortaise du pied doivent être dans une direction horizontale.

La pièce de bois qui forme le pied est le moins lourde possible ; on la revêt de liége en dessus et en dessous, pour donner au pied la forme convenable. Un ressort double et qui est vraiment la seule complication de la machine, fléchit spontanément le pied sur la jambe dans la marche ; le poids du corps suffit pour le contrebalancer dans la station. Enfin pour remplir le coussin sur lequel doit reposer le genou, l'auteur n'a pas trouvé de substance plus convenable que la corne râpée, qui est toujours à la fois et très-élastique et très-sèche.

M. le rapporteur, sans décrire cette machine, se borne à déclarer qu'elle a paru à la commission trop compliquée. « Depuis près de quarante ans, ajoute-t-il, que nous avons vu et observé un grand nombre de jambes artificielles, nous sommes restés convaincus que la jambe de bois la plus simple est encore la plus commode et la plus solide.

» Le général Caffarelli perdit une jambe aux armées du Nord dans les premières guerres de la révolution. Il essaya plusieurs jambes mécaniques, et fut obligé

de revenir à la jambe de bois ordinaire, qu'il portait en Egypte et au siége de Saint-Jean-d'Acre, où une mort glorieuse termina sa carrière.

» Dans ces derniers temps, le héros de Vincennes, le général Daumesnil, avait aussi sous nos yeux fait l'essai de plusieurs mécaniques, et en était revenu à la jambe de bois la plus simple, avec laquelle il chassait tous les jours dans le parc de Vincennes. »

En conséquence, la commission conclut que la jambe de bois ordinaire est encore préférable aux mécaniques connues jusqu'à ce jour, et propose le dépôt pur et simple du mémoire de M. Cantegril aux archives. — Adopté.

RAPPORT SUR UNE NOUVELLE MÉTHODE DE TRAITER L'ANUS CONTRE NATURE, par M. LASSERRE, chirurgien à Agen. — M. Renoult, rapporteur.

Dans deux cas de hernies étranglées, M. Lasserre trouva l'intestin gangréné dans une étendue d'au moins 3 pouces. Il retrancha l'anse gangrénée, opéra le débridement, et appliqua ensuite ce qu'il appelle sa méthode au traitement de l'anus artificiel qui devait en résulter. Pendant les dix premiers jours, il introduisit soir et matin une pince à pansement dans le bout inférieur de l'intestin pour le dilater; puis il y porta une canule en argent longue de deux pouces et de la grosseur du petit doigt, fixée par un fil sur un bandage de corps. Après quinze jours de séjour il la retira, cicatrisa la plaie extérieure, et ses deux opérés guérirent.

C'est sous une autre forme, dit M. le rapporteur, le moyen conseillé par Richter et Desault, la compression, qui n'a trop souvent qu'un résultat temporaire; et ce fut pour parer aux inconvéniens et même aux dangers réels du rétrécissement qui peut suivre, que Dupuytren imagina sa méthode. La commission pense que les praticiens doivent s'en tenir à cette dernière, et elle propose toutefois de déposer honorablement aux archives les deux observations de M. Lasserre. — Adopté.

—L'ordre du jour étant épuisé, on reprend la discussion sur les saignées coup sur coup employées dans le traitement des maladies aiguës. Il a été dit peu de choses nouvelles, et nous reproduirons cette partie de la discussion lorsque l'Académie songera enfin à la terminer.

Le reste de la séance est occupé par les communications suivantes de M. Lisfranc.

1° *Polype utérin.*

M. Lisfranc annonce la guérison de la malade dont il a entretenu récemment l'Académie, et chez laquelle un polype au moins du volume du poing, situé dans l'intérieur de l'utérus, était implanté sur toute la face interne de cet organe. On se rappelle que la cautérisation faite avec le protonitrate acide liquide de mercure avait gangrené ce polype dans une très-grande étendue; que M. Lisfranc saisit le col de la matrice avec des érignes, l'amena à l'orifice inférieur du vagin, et qu'avec les doigts et des pinces la tumeur fut entièrement enlevée; que, dans la crainte d'en laisser quelques parties, l'opérateur racla avec ses ongles, à plusieurs reprises, la face interne de l'utérus, et qu'il y fit des injections d'eau tiède. Aucun symptôme d'inflammation, aucun autre accident ne sont survenus. Aujourd'hui, un mois après l'opération, la malade se livre à ses occupations ordinaires.

2° *Rhinoplastie.*

M. Lisfranc a pratiqué il y a dix jours, à l'hôpital de la Pitié, l'opération de la rhinoplastie; MM. Pinel Grandchamp et Labat l'ont aidé de leurs conseils. On n'a pas mis exclusivement en usage un seul procédé; on a pris, dans ceux qui ont été imaginés, ce qu'on a cru y trouver de plus avantageux. M. Lisfranc espère prouver que, par cette chirurgie éclectique, on aura obtenu un plus beau succès pour la restauration du nez que dans les observations publiées jusqu'à ce jour. Aujourd'hui, onzième jour de l'opération, la malade va parfaitement bien.

3° *Cancer du rectum.*

M. Lisfranc montre une tumeur cancéreuse du volume d'une noix, qu'il a extraite de l'intérieur du rectum; elle y siégeait assez haut pour que le doigt indicateur pût à peine la circonscrire. Saisie par des érignes, elle se déchirait, et il était impossible de lui faire éprouver le moindre abaissement. Il fallut opérer avec des ciseaux au fond d'un spéculum; mais en pratiquant ensuite le toucher, on s'aperçut qu'une partie du carcinôme avait échappé à l'instrument tranchant: on le saisit avec des pinces à polype des fosses nasales; il se déchirait encore, et on ne pouvait pas l'abaisser. Alors M. Lisfranc saisit avec ces mêmes pinces la face interne de l'intestin à côté de la plaie et du reste de la tumeur; il l'amena par des tractions légères à l'orifice inférieur du rectum, qu'il eut soin d'ailleurs de faire élargir par des aides qui, avec leurs mains, exerçaient des tractions à son pourtour, en même temps que le malade faisait des efforts comme s'il voulait aller à la selle. La section des tissus malades fut ainsi aussi facile que si elle avait dû être faite sur la paume de la main. M. Lisfranc conclut que, dans les cas où les tumeurs du rectum sont trop molles pour résister aux instrumens avec lesquels on voudrait les abaisser, il faut saisir la partie de l'intestin qui les avoisine, et qu'ainsi on les amène tout aussi bien à l'orifice inférieur du rectum, ce qui simplifie singulièrement l'opération, et ce qui la rend beaucoup plus sûre. Il n'est survenu aucun accident. Le malade est guéri.

4° *Corps étranger articulaire.*

M. Lisfranc dépose sur le bureau un corps étranger qu'il a extrait du genou d'un malade couché à l'hôpital de la Pitié. L'articulation était douloureuse; il y avait hydarthrose. M. Lisfranc mit en usage le repos, les cataplasmes émolliens, deux évacuations sanguines locales et les diurétiques; il a souvent obtenu de ce dernier moyen de grands avantages dans les hydropisies des articulations; il s'étonne que les chirurgiens n'en fassent pas usage. Huit jours ont suffi pour faire disparaître la douleur et l'épanchement articulaire. On a laissé s'écouler encore une huitaine pour qu'abstraction faite du corps étranger, l'articulation fût mieux revenue à son état normal. L'opération a ensuite été pratiquée de manière à ne pas laisser subsister de parallélisme entre la plaie des tégumens et la plaie des tissus sous-jacens. L'extraction du corps étranger a été facile; il était dépourvu d'adhérences. On a réuni la solution de continuité à l'aide de quelques points de suture entortillée; on a entouré le membre d'un cataplasme émollient arrosé de laudanum; on a fait pratiquer immédiatement au bras une saignée de deux palettes; le soir, une saignée d'une palette a été faite encore; le second, le troisième et le quatrième jour on a répété cette évacuation sanguine. C'est alors qu'on a commencé à donner au malade quelques alimens légers. La plaie est entièrement cicatrisée; il n'est survenu aucun accident; il n'y a pas la moindre douleur dans l'articulation. L'opération est pratiquée depuis dix jours. Le corps étranger ressemble à une petite rotule; il a un pouce de longueur; son tissu est en partie osseux et en partie cartilagineux.

5° *Lipôme simulant une hernie.*

Une malade portait une tumeur du volume de deux poings, et dont le diamètre longitudinal était de 5 pouces. Cette tumeur, pyriforme, adhérait, par son sommet, aux tissus qui forment le trou sous-pubien; elle s'engageait aussi supérieurement entre les adducteurs de la cuisse; elle s'étendait jusqu'à la tubérosité ischiatique; elle s'était montrée à la suite des efforts d'un accouchement. Très-petite dans son principe, son développement avait eu lieu d'abord d'une manière lente et graduée; depuis quelque temps elle prenait beaucoup d'accroissement et gênait singulièrement la marche. Avait-on affaire à une hernie? La tumeur, molle dans certains points, était très-dure dans d'autres; elle n'avait jamais été réductible en partie ni en totalité; il n'avait jamais existé ni coliques, ni constipation, ni d'autres symptômes d'étranglement. Le doigt, introduit dans le rectum et dans le vagin, ne faisait reconnaître aucun prolongement de cette tumeur dans l'intérieur du bassin; cependant, quand on saisissait sa partie supérieure avec le pouce, le doigt indicateur et le médius des deux mains, on sentait bien évidemment partir de cette tumeur des prolongemens en forme de cordons au moins du volume du doigt, qui s'enfonçaient du côté du bassin, et qui semblaient ne pas pouvoir être suivis jusqu'à leur terminaison. D'ailleurs, quand on les comprimait, ils n'étaient pas douloureux; et quand en même temps on commandait à la malade de tousser ou de faire des efforts comme si elle allait à la garderobe, on ne sentait venir aucune impulsion de l'intérieur du bassin. M. Lisfranc pensa, après plusieurs examens, qu'il ne s'agissait pas d'une hernie. Cependant, la saine pratique exigeant qu'on agît avec prudence, une incision exploratrice fut faite, et bientôt on acquit la certitude qu'on avait affaire à un lipôme en partie dégénéré et adhérant par du tissu cellulaire réduit par des tractions exercées sur lui en cordon fibreux pénétrant à une profondeur qu'il n'a pas été permis de connaître.

La pièce est soumise à l'examen de l'Académie.

Trois jours après l'opération, un érysipèle se montra autour de la plaie réunie par première intention à l'aide de points de suture. La malade fut prise de frisson; des douleurs fortes se firent sentir dans le bassin du côté de l'opération. On mit vingt-cinq sangsues sur le point douloureux de l'abdomen; les douleurs se dissipèrent entièrement; on appliqua des cataplasmes émolliens; on fit des onctions mercurielles sur l'érysipèle; il disparut en quelques jours. La réunion par première intention est presque partout obtenue; la malade n'a plus de fièvre; elle est opérée depuis onze jours; tout annonce que dans une huitaine elle sera parfaitement guérie.

— M. Berthomé présente à l'Académie plusieurs personnes atteintes de dartres très-opiniâtres et de nature diverse, qu'il a guéries par l'emploi des remèdes dont il a donné les formules.

SÉANCE DU 29 DÉCEMBRE.—*Présidence de M. Lisfranc.*

—M. Humbert de Morlaix envoie un mémoire sur les luxations congéniales du fémur en réponse à celui de M. Pravaz.

— M. BAESCHET dépose sur le bureau de l'Académie plusieurs envois de manuscrits et d'ouvrages imprimés, savoir: 1° une lettre de Calcutta accompagnée d'une brochure sur le *madar*. (M. Mérat a récemment fait sur cette plante un rapport dont nous avons donné l'analyse); 2° une lettre datée de Christiania en Suède, avec un travail sur le radesyge; 3° deux observations adressées par M. Despine père, d'Aix en Savoie.

— M. HUSSON annonce à l'Académie que, frappé des observations sur l'altération des rapports faites par M. Moreau dans la dernière séance, il a été voir le rédacteur du *Moniteur* pour s'entendre avec lui sur ce sujet important. L'Académie n'a qu'à mettre en tête de tous les extraits de rapports par elle délivrés une déclaration que toute altération, addition ou suppression sera dénoncée dans le *Moniteur*; et le rédacteur de ce journal s'empressera d'insérer toutes les réclamations de l'Académie. — Cette proposition est vivement appuyée et adoptée.

— Le général Heymès, aide-de-camp du roi, informe l'Académie que Sa Majesté recevra sa députation le 1er janvier à midi.

On tire au sort cette députation: elle se compose de MM. Guillard, Derosne, Villermé, Souheiran, Forestier, Bullier, Émery, Velpeau, Aulagnier, Robiquet.

ÉLECTION DE TROIS MEMBRES DU CONSEIL D'ADMINISTRATION.

Les trois membres sortans sont MM. Boulay, Demours et Cornac. L'élection se fait par scrutin de liste; il faut toutefois que chaque candidat réunisse la majorité absolue. Le premier tour de scrutin, sur 98 votans, donne 79 voix à M. Gasc, aucun des autres candidats n'obtient de majorité. Au second tour, sur 91 votans, M. Mare obtient 57 voix, M. Baron 50; ils sont nommés membres du conseil.

ÉLECTIONS DES COMMISSIONS.

1° *Commission des épidémies*. Composée de six membres : MM. Bailly, Mestivier, Dupuy, Jadelot, Double et Bardin jeune. Membres sortans, MM. Bailly et Mestivier ; remplacés par MM. Piorry et François

2° *Commission des eaux minérales*. Six membres : MM. Chevallier, Gasc, Patissier, Louyer-Willermay, Lerminier et Murat. Membres sortans, MM. Chevallier et Gasc ; remplacés par MM. Isidore Bourdon et Boullay.

3° *Commission de vaccine*. Six membres : MM. Husson, Gérardin, Gérard, Jadelot, Cornac et Danyau. Membres sortans, MM. Husson et Gérardin ; remplacés par MM. Emery et Salmade.

4° *Commission de topographie*. Six membres : MM. Villeneuve, Chevallier, Marc, Dupuy, Thillaye, Villermé. Membres sortans, MM. Villeneuve et Chevallier ; M. Villeneuve est réélu ; M. Chevallier remplacé par M. Londe.

5° *Commission des remèdes secrets*. Six membres : MM. Soubeiran, Forestier, Brichetean, Salmade, Lodibert et Béveillé-Parise. Membres sortans : MM. Soubeiran et Forestier ; remplacés par MM. Martin-Solon et Dizé.

6° *Comité de publication*. Cinq membres, tous sortans. MM. Bénauldin et Bousquet sont réélus ; les autres sont : MM. Cornac, Velpeau et Nacquart.

Séance levée à cinq heures.

SÉANCE DU 5 JANVIER. — *Présidence de M. Louyer-Willermay.*

M. Louyer-Willermay occupe le fauteuil. Après la lecture du procès-verbal, il propose à l'Académie de voter des remercîmens à M. Lisfranc, ex-président, et aux membres du bureau sortant. — Adopté.

La correspondance comprend 1° une lettre de M. Heurteloup, qui réclame contre les assertions de la lettre de M. Aston-Key sur les résultats de la lithotritie à Londres.

2° Une lettre de M. Abraham Lewziski, qui « postule près de l'Académie l'honneur d'être admis *in vestro doctissimo corpore*. »

3° Une observation sur des larves de l'*œstrus equi* et de l'*œstrus hemorrhoidalis*, rendues en grande quantité par une jeune personne ; par M. Despine père. — M. Duméril, rapporteur.

4° Une observation d'épilepsie, par le même.

5° De nouvelles recherches sur le sucre et le parenchyme de la tige de maïs, par M. Pallas. — Commissaire, MM. Lodibert, Soubeiran et Henry.

M. LE PRÉSIDENT annonce que la députation de l'Académie a été reçue par Sa Majesté, qui a écouté ses félicitations et a répondu avec bienveillance et avec cet à-propos qui dénote une haute capacité. La députation a également adressé ses félicitations à la reine.

Sur la demande de plusieurs membres, il est donné lecture du discours prononcé devant le roi.

— M. VILLENEUVE revient sur la proposition de M. Morean tendant à publier les catalogues des livres et des collections de l'Académie ; et il voudrait que l'on nommât deux nouveaux fonctionnaires sans émolumens, un conservateur des collections et un bibliothécaire. (Appuyé !)

M. DOUBLE. Renvoyez cette proposition au conseil ; c'est une affaire d'administration.

M. MÉRAT. Les catalogues sont faits, on l'a déjà dit, et rien ne peut se perdre : je me trompe, Messieurs, il y a des objets qui sont perdus, ce sont ceux qu'ont empruntés divers membres de l'Académie qui ne les ont pas rendus. De là des lacunes dans notre bibliothèque, et des ouvrages dépareillés. Mais des conservateurs nommés exprès n'y feront pas davantage. (Il faut exiger des reçus !) Nous en avons des reçus ; mais plusieurs membres à qui on les a représentés, ont dit qu'ils avaient rendu les livres ; et il sera nécessaire d'appeler l'attention de l'Académie sur ce point. Quant à la nomination en elle-même, les officiers de l'Académie sont désignés dans l'ordonnance de création, et il ne vous est pas permis d'en augmenter le nombre.

M. ADELON réfute cet argument. L'Académie peut toujours adresser une demande motivée au ministre. Mais ceci regarde le conseil d'administration, auquel la proposition doit être renvoyée. — Ce renvoi est adopté.

RAPPORT DE LA COMMISSION DE VACCINE SUR UN OUVRAGE DE M. MARC AYANT POUR TITRE : *La vaccine soumise aux simples lumières de la raison*, etc. — M. Gerardin rapporteur.

Le ministre du commerce a demandé à l'Académie son avis sur l'utilité qu'il y aurait à répandre l'ouvrage de M. Marc parmi la population des campagnes, et dans quels départemens cette distribution devrait se faire plus spécialement.

La commission de vaccine, résumant les observations faites avec soin par les vaccinateurs les plus zélés du royaume, a trouvé 1° que le nombre et la nature des obstacles que rencontre la vaccine dans les campagnes, sont en rapport avec le degré d'instruction de leurs habitans ; 2° que la plupart des obstacles reposent sur les préventions dont la vaccine a été l'objet, préventions qui n'ont pas dimi nue, et qui sont souvent partagées par les autorités locales ; 3° que la pratique de la vaccine se concentre de plus en plus entre les mains des sages-femmes, la plupart dépourvues des connaissances nécessaires pour justifier la validité de leurs opérations. En sorte que l'administration et les vaccinateurs ont souvent manifesté le vœu de voir répandre dans les campagnes une instruction claire, précise, propre à détruire ces préjugés populaires.

L'ouvrage de M. Marc, publié pour la première fois en 1809, et déjà honoré alors de l'approbation de l'ancien comité central de vaccine, est le seul en France où toutes les préventions populaires soient combattues de la manière la plus victorieuse ; et la nouvelle édition, soumise à la commission, a éprouvé les changemens et les additions nécessités par les progrès de la science.

La commission pense donc que sa distribution peut exercer une heureuse et salutaire influence ; et signale au ministre 39 départemens où elle se fera surtout avec le plus de fruit.

M. BOUILLAUD demande si l'on fait mention dans cet ouvrage des cas de vraie variole survenue après une vraie vaccine. Depuis un an il en a eu une douzaine ; dans la plupart la variole a eu à la vérité une marche bénigne ; mais deux malades ont cependant succombé.

M. GÉRARDIN. L'ouvrage n'est point un traité scientifique ; il est destiné à l'instruction des habitans des campagnes et n'avait pas besoin d'aborder de si hautes questions. Les additions portent sur les caractères différentiels de la variole et de la varioloïde, sur les modes de conservation et de propagation du vaccin, etc.

M. MARC. J'en ai dit d'ailleurs quelques mots, mais en considérant ces cas comme de rares exceptions.

Après un court débat, le rapport et ses conclusions sont adoptés.

RAPPORT SUR LA NOUVELLE OPÉRATION POUR GUÉRIR RADICALEMENT LES HERNIES DU VENTRE, proposée par M. GERDY. — M. Gimelle, rapporteur.

La GAZETTE MÉDICALE a déjà plusieurs fois entretenu ses lecteurs de la nouvelle opération proposée et pratiquée par M. Gerdy pour la cure radicale des hernies du ventre. Il suffira de rappeler ici que le procédé se compose de trois manœuvres successives : 1° l'invagination et le renversement de la peau dans le canal de la hernie aussi haut que possible ; 2° la suture du fond du sac de la peau rentrée avec l'anneau herniaire ; 3° l'inflammation de ce sac procurée par l'application de l'ammoniaque. A ces trois manœuvres, M. Gerdy en ajoutait d'abord une quatrième, qui consistait dans la suture du prolongement sacciforme invaginé, mais employée beaucoup plus tard. Il y a renoncé depuis. Dans sa première opération, il avait aussi pratiqué la suture du fond du sac par cinq points entrecoupés ; mais ce mode de suture étreint trop fortement les parties ; la gangrène survint ; et M. Gerdy n'emploie plus aujourd'hui que trois anses de suture enchevillée. Cette suture est pratiquée à l'aide d'une aiguille à manche guidée sur le doigt indicateur gauche ; si l'ouverture herniaire trop étroite ne permettait pas d'introduire ce doigt, on le remplacerait par le petit doigt, ou même au besoin par un cylindre de métal légèrement recourbé à l'une de ses extrémités, et portant le long de sa courbure une coulisse ou une cannelure propre à recevoir et diriger l'aiguille.

L'application de l'ammoniaque demande quelque attention. Chez le premier malade de M. Gerdy, l'ammoniaque trop affaibli n'avait pas produit l'exsudation plastique propre à déterminer l'adhérence du sac ; il fallut en réitérer l'application, et même laisser à demeure dans le cul-de-sac, pendant plusieurs heures, un peu de charpie qui en était imbibée. Le soir, on ferma l'orifice extérieur en nouant ensemble les fils des sutures externe et interne, qui avaient été conservés à cet effet dans toute leur longueur. Une légère compression fut établie en même temps. Le quatrième jour, le fond du cul-de-sac paraissait se réunir ; mais l'orifice restait largement ouvert et fournissait une suppuration abondante. Le chirurgien pensa qu'il serait avantageux d'assurer la solidité du bouchon formé par la peau, et de l'empêcher de sortir du canal en fermant l'orifice du cul-de-sac par deux lambeaux de peau pris au-dessous et réunis immédiatement par suture avec la lèvre supérieure avivée de cet orifice. L'opération fut faite ; mais les lambeaux trop enflammés ne contractèrent point d'adhérences. Le septième jour, on retira les points de suture, et alors l'orifice du sac invaginé était presque effacé par l'affaissement de ses bords. Dès le cinquième jour, la suture du fond du sac avait, comme il a été dit, déterminé la gangrène d'une partie des tissus qu'elle embrassait ; et l'on voyait au fond des plaies qui en résultaient de faibles portions d'aponévrose et de tissu cellulaire sphacelées. Des pansemens simples firent disparaître ces accidens, et le quinzième jour, le malade ayant été mis à genoux, et invité à tousser et à faire des efforts modérés, aucun point ne parut céder à la pression des viscères, et le malade ne sentit rien s'engager dans le canal de la hernie.

Chez le second malade, l'ammoniaque étant plus concentré, au bout d'une heure l'ouverture du sac cutané était fermée par une substance adhérente, blanchâtre, transparente comme de l'albumine, qui s'allongeait en une masse filamenteuse, élastique, sans se détacher ni se rompre, quand on cherchait à écarter l'un de l'autre, par un léger effort, les deux côtés opposés du sac. Cette circonstance fit juger inutile de nouer les fils des deux sutures au-devant du sac et d'exercer la compression, qui causait de la douleur sans produire aucun avantage. L'opération n'en réussit pas moins bien.

Le pansement consiste dans l'application de simples plumaceaux chargés de cérat. M. Gerdy employait d'abord les arrosions d'eau froide ; mais il y a renoncé, parce qu'elles faisaient tousser les malades et s'opposaient au développement de l'inflammation nécessaire pour procurer l'adhésion des parties. Dans un cas même, elles déterminèrent une pleurésie qui devint mortelle. Enfin, l'opéré est tenu au lit pendant quinze jours ou un mois, et on lui fait ensuite porter un bandage qu'il ne doit quitter que graduellement, comme cela se pratique quand on traite les hernies par la simple compression.

Il est évident d'abord que cette méthode ne saurait s'appliquer à tous les cas. Comme elle exige qu'on refoule d'abord le sac herniaire dans le canal aponévrotique, elle trouve une contre-indication dans les cas où le sac a contracté des adhérences, ce qui a lieu dans la plupart des hernies anciennes, attendu que le sac serait alors intéressé par les aiguilles. Lorsque les adhérences ont lieu entre le sac et la hernie même, l'opération est complètement inapplicable. Enfin, elle offrirait trop peu de chances dans les cas de hernies directes anciennes, et dans celles même où les anneaux sont très-dilatés et le canal très-raccourci par le rapprochement de ces anneaux.

L'opération en elle-même est facile, peu douloureuse, et M. le rapporteur ne pense pas qu'elle puisse donner lieu à des accidens primitifs ; mais elle ne réussit pas toujours, et dans quelques cas elle a été suivie d'accidens graves.

Sur onze sujets pris au hasard, comme ils se présentaient à l'hôpital, sur les-

quels dix ont été opérés par M. Gerdy et un par M. Velpeau, trois ont vu la hernie se reproduire avant leur sortie de l'hôpital; cinq sont sortis guéris, c'est-à-dire présentant une oblitération de la partie inférieure du canal inguinal, à l'orifice externe duquel les efforts de toux ne faisaient sentir aucune impulsion de viscères; l'un d'eux, atteint de varicocèle, a obtenu en même temps l'oblitération de plusieurs veines variqueuses. Ces cinq malades sont encore soumis d'ailleurs à l'action d'un bandage. Un autre est en ce moment en traitement, et tout fait croire que sous peu il sera dans le même cas que les cinq dont nous venons de parler. Le dixième, comme il a été dit, a succombé à une pleurésie. Enfin, le malade opéré par M. Velpeau a été atteint d'une inflammation considérable, d'un érysipèle du scrotum, et d'un vaste abcès dans le tissu cellulaire des parois abdominales et de la fosse iliaque. La hernie de ce sujet était congéniale, et conséquemment, ajoute M. le rapporteur, peu favorable à l'opération.

Les cinq sujets réputés guéris présentaient un peu de gonflement et de dureté au point correspondant à l'orifice externe du canal inguinal, où l'on observait également un léger froncement de la peau. Les efforts de toux ne faisaient sentir aucune impulsion au doigt appliqué sur ce point; et l'obturation du canal inguinal paraît être complète à l'extérieur. Mais jusqu'à ce jour les malades ont constamment porté un bandage, évité les efforts considérables, et ne se sont pas encore livrés à leurs travaux habituels. Les adhérences qui sont réelles en ce moment, seront-elles assez fortes plus tard pour contenir les efforts des viscères sans le secours du bandage? M. Gerdy lui-même pense que ses opérés devront porter pendant long-temps, sinon toujours, un bandage, afin de fournir un point d'appui aux adhérences qui se sont formées, lesquelles, selon lui, ont pour résultat de rendre au canal son étroitesse primitive et de s'opposer à la sortie des intestins.

En résumé cette méthode est ingénieuse; mais les faits sur lesquelles elle s'appuie sont trop peu nombreux et trop récens pour la juger définitivement, et elle a besoin d'être étudiée avec soin pour être appréciée à sa juste valeur.

La commission propose 1° d'adresser des remercîmens à M. Gerdy; 2° de l'engager à communiquer à l'Académie les résultats qu'il obtiendra à l'avenir; 3° de déposer honorablement sa note dans les archives de l'Académie; 4° enfin d'inscrire son nom sur la liste des candidats aux places de membres résidans.

M. Maingault. Il me semble que cette opération offre un immense avantage sur tous les procédés employés dans le même but, puisque, ne faisant que de naître, elle compte déjà sur 11 opérés 5 guérisons. Je demande donc que le mémoire de M. Gerdy soit inséré dans les fascicules de l'Académie.

M. Gimelle. La commission l'aurait proposé s'il se fût agi d'un travail complété; mais M. Gerdy n'a envoyé qu'une simple note, avec le récit d'une seule opération; et les détails contenus dans le rapport ont été recueillis par nous à l'hôpital Saint-Louis et près de M. Gerdy lui-même.

M. Emery. J'appuie pleinement les conclusions de la commission. Avant que l'Académie donne sa sanction à une opération de ce genre en l'insérant dans ses mémoires, il faut attendre des observations et plus nombreuses et plus concluantes. Ces cinq guérisons ne sont pas encore des guérisons, puisque les opérés sont astreints à porter un bandage; et l'opération n'est pas si simple, puisqu'elle a déjà occasioné la mort.

M. Piorry. Un seul cas de mort ne saurait infirmer la bonté d'un procédé. Les hernies sont une des infirmités les plus fréquentes, l'une des plus dégoûtantes (oh! oh!); je veux dire qu'elles sont infiniment désagréables et peuvent donner lieu à des conséquences très-graves. Si l'opération en a guéri cinq sur onze, cela suffit bien pour mériter l'attention des chirurgiens.

M. Emery. Les hernies ne sont pas des infirmités si graves qu'on veut bien le dire. Il n'y a peut-être pas de maladie si fréquente; tout le monde en a (rire général et prolongé); et au moyen d'un bon bandage, on est à l'abri de tout inconvénient. (Aux voix!)

La clôture est mise aux voix et prononcée, malgré les réclamations de quelques membres. Le rapport et ses conclusions sont adoptés.

M. Maingault. Maintenant, monsieur le président, voulez-vous permettre que la discussion continue? (Rire général.)

Nouveaux appareils pour la cure radicale des hernies, par M. Leroy d'Etiolle. — M. Gimelle, rapporteur.

M. Leroy commence par annoncer qu'il s'occupait, il y a sept ans, de cet objet, comme il pourrait le prouver par le contenu d'un paquet cacheté déposé dans les cartons de l'Institut.

Sa première pensée avait été de procurer l'adhérence des parois du sac herniaire en le comprimant en dehors de l'anneau; il fit donc construire un bandage avec une pelote à deux divisions, s'écartant et se rapprochant au moyen d'une vis à pas opposés. Plus tard, il songea à mettre en rapport les parois du sac et à les comprimer dans le canal inguinal au moyen d'un petit instrument à branches élastiques et dilatables. La facilité avec laquelle les adhérences se forment entre les séreuses lui faisait espérer de réussir ainsi; mais d'autres travaux l'empêchèrent de poursuivre ses tentatives.

Aujourd'hui il ne veut que faire voir comment quelques-uns des appareils qu'il a imaginés peuvent rendre plus simple et moins périlleuse l'opération de M. Gerdy. Les uns, comme il a été dit, destinés primitivement à comprimer les parois du sac, se dilatent dans le canal et prennent leur point d'appui pour se maintenir en dedans du pourtour de l'anneau. Les autres, et ce sont ceux-là que M. Leroy préfère à cause de leur simplicité, sont disposés comme il suit:

« Une tige métallique cylindrique de 2 à 4 lignes de diamètre, de 3 à 4 pouces de long, mousse à l'une de ses extrémités, munie d'une vis dans un tiers de sa longueur, traverse obliquement la pelote d'un bandage herniaire dont la plaque est taraudée pour recevoir la vis; cette pelote, qui peut être fort petite, est portée par une branche élastique qui contourne la fesse comme un sous-cuisse, et va se joindre en arrière à une ceinture. Par cette disposition, la pelote vient appuyer sur le bord des pubis qu'elle dépasse un peu pour permettre à la tige métallique d'entrer dans le canal inguinal et d'y tenir la peau refoulée. L'écrou et la vis donnent la facilité de la faire pénétrer plus ou moins, à volonté. Lorsqu'au bout de quelques jours les adhérences de la peau dénudée par l'ammoniaque seront établies, on retirera la tige métallique et l'on comprimera à plat. » Le procédé de l'invagination serait ainsi débarrassé de toute opération sanglante.

Comme la lettre de M. Leroy ne renferme aucun fait, et que ses procédés n'ont pas encore reçu d'application, la commission propose de l'envoyer simplement aux archives.

M. Rochoux réclame vivement la parole. Une affection aussi fréquente que les hernies mérite d'être étudiée; et il regrette que la discussion sur l'opération de M. Gerdy ait été si fort écourtée. (On rit. Une voix: après!)

M. Londe demande, comme simple éclaircissement, si l'invagination de la peau pénètre bien loin dans le canal inguinal.

M. Gimelle. M. Gerdy estime qu'elle pénètre à 4 lignes; et je ne pense pas qu'elle aille aussi loin. Dans tous les cas, cette pénétration me paraît évidemment insuffisante.

Après quelques interpellations sans intérêt, le rapport et les conclusions sur la lettre de M. Leroy sont adoptés.

Lettre sur la cure radicale des hernies par le bandage et les pelotes médicamenteuses; par M. Jalade-Lafond. — M. Gimelle, rapporteur.

M. Jalade-Lafond rappelle qu'il a publié plusieurs observations de hernies radicalement guéries par ses pelotes médicamenteuses; mais la position de ses cliens lui défendait de les nommer, et surtout de les présenter à l'Académie. Il en a trouvé un enfin qui a consenti à se soumettre à cette inspection; et c'est l'observation de ce malade qui fait le sujet de sa lettre.

C'est un homme de 41 ans, atteint d'une hernie à l'âge de 14 ans. Un bandage porté sans interruption pendant quatre ans la fit disparaître; mais quelques années après elle revint sans cause manifeste et graduellement. A 40 ans, le malade prit un bandage de M. Verdier, qu'il porta un an sans aucun résultat sur le volume de la hernie. Il vint alors trouver M. Jalade-Lafond, qui fit porter un simple bandage contentif pendant six semaines; puis, durant huit mois, un bandage à pelote médicamenteuse. Au bout de ce temps la guérison était complète.

La commission ne pense pas que les topiques, quels qu'ils soient, puissent agir sur le canal inguinal au travers de la peau et des chairs; et c'est à la compression qu'elle attribue l'honneur de cette cure. Au reste, ce n'est pas sur un seul fait qu'on peut conclure définitivement; et il serait besoin d'observer les malades avant, pendant et long-temps après le traitement. La commission propose de remercier M. Jalade Lafond, et de déposer sa lettre aux archives. — Adopté.

Il est quatre heures et demie, l'Académie se forme en comité secret pour entendre un rapport sur les titres des candidats à la place de membre titulaire dans la section d'anatomie pathologique.

— Dans le comité secret quatre candidats ont été désignés, et rangés ainsi par ordre alphabétique: MM. Blandin, Cruveilhier, Piédagnel et Scip on-Pinel.

BIBLIOGRAPHIE.

Quel traitement doit-on préférer pour la fistule lacrymale? Thèse de concours par J.-F. Malgaigne, professeur agrégé de la Faculté de Paris, chirurgien du bureau central, etc. (1)

La question qui fait le titre de cette thèse, paraît au premier abord très-circonscrite; mais lorsqu'on creuse ce sujet, on s'aperçoit bientôt que la fistule lacrymale est loin d'être une affection toujours identique, qu'il faut donc spécifier les diverses affections comprises sous ce nom générique, pour établir le traitement propre à chacune d'elles; en un mot que, à part les causes peut-être et les symptômes qu'il fallait supposer connus, c'était une histoire presque complète de la fistule lacrymale qu'il fallait écrire.

Or, comme l'auteur le dit en commençant, ce sujet a été tellement rebattu qu'à peine semble-t-il possible de le traiter sans se réduire au rôle de copiste. Anel, Woolhouse, Méjean, Laforêt, Foubert, Cabanis, ne sont-ce pas là des noms d'une banalité si triviale, que le récit de leurs travaux n'est propre tout au plus qu'à donner des nausées? Ainsi pensions-nous avant de lire cette thèse; et quelque estime que nous professions pour le talent de notre ami et collaborateur M. Malgaigne, nous doutions fort qu'en dix jours surtout il pût faire autre chose que transcrire plus ou moins élégamment le chapitre de Sabatier et celui de Sprengel. Mais cette mine féconde de l'érudition, à peine ouverte de nos jours en France, recèle des trésors que l'on peut ramasser à pleines mains; et cette thèse en est la meilleure preuve peut-être.

L'auteur rejette d'abord tous les procédés rationnels qu'on a bien voulu prêter aux anciens; il montre que, pour apprécier un procédé opératoire, il faut peser l'idée qui lui a donné naissance, savoir le but qu'il se propose. Les anciens ne connaissaient ni les conduits des lar-

(1) In-4° de 52 pages, plus 8 pages de notes. — Chez Germer Baillière, libraire, rue de l'Ecole-de-Médecine, n° 13 bis.

mes, ni leurs fonctions; la fistule lacrymale n'était pour eux qu'un ulcère compliqué ou non de carie de l'os unguis; tout leur traitement roulait sur cette idée; et Sprengel s'est gravement trompé en avançant le contraire. Ce n'est qu'en 1561 qu'on trouve dans Fallope l'indication exacte des points et des conduits lacrymaux, du sac lacrymal et du canal nasal. Fallope avait même reconnu que dans la tumeur lacrymale le pus refluait sous une compression suffisante par les points lacrymaux; mais il pensait que les larmes sortaient naturellement par cette voie; et l'erreur physiologique laissa subsister l'erreur chirurgicale. En général on rapporte à Anel la connaissance bien précise de la fonction du canal nasal et des indications qu'offre son oblitération. Douze ans auparavant, Antoine Maître-Jan, aidé des lumières de Méry, avait reconnu la direction des larmes et expliqué leur rétention dans le sac lacrymal. Son traitement reposait donc sur une base rationnelle; mais il était presque purement médical. Anel, qui vint après, imagina des instruments et des procédés opératoires, inventions bien plus propres à faire beaucoup de bruit; et en effet, il a retiré presque exclusivement la gloire d'une découverte que d'autres avaient faite. Quoi qu'il en soit, l'honneur en revient toujours à la chirurgie française, qui tint à peu près le sceptre de l'ophthalmologie pendant le 18e siècle.

Les idées d'Anel retentirent par toute l'Europe. Dès ce moment, en France, en Allemagne, en Angleterre, en Italie, on suit parallèlement deux sortes d'écoles, dont l'une remonte à Maître-Jan et la seconde à Anel. La première, plus frappée des phénomènes inflammatoires de la fistule lacrymale, s'applique surtout à perfectionner le traitement médical; l'autre, accordant plus d'attention à l'obstacle mécanique qui s'oppose au passage des larmes, cherche à le détruire ou à l'éluder par tous les moyens. M. Malgaigne fait parler tour à tour, chacun à son rang, les chirurgiens de ces deux écoles; pour la première, St-Yves, Ledran, Louis, Janin en France; et MM. Demours et Lisfranc après eux; Pott, en Angleterre; Heister, Platner, Richter, en Allemagne; pour la seconde, J.-L. Petit et presque toute l'Académie de chirurgie, imitée plus tard par Desault et Dupuytren; Bertrandi et Nannoni en Italie; Sharp, Warner, Blizard, Wathen, B. Bell, Hunter et Ware, en Angleterre. Dans cette simple énumération on voit que la chirurgie allemande est restée plus médicale que les autres; l'Italie, satellite de la France au 18e siècle, a fourni peu de chose aux procédés opératoires, si multipliés par les chirurgiens de la France et de l'Angleterre. Dans cette revue des opinions et des préceptes de tant d'auteurs, il y a un intérêt tout nouveau, parce que personne ne s'était encore avisé d'étudier la fistule lacrymale de cette manière; on voit toutes les variétés de la maladie successivement découvertes et traitées différemment par tous les grands praticiens du siècle dernier et du nôtre; et le résumé de leurs succès et de leurs revers ne laisse pas de fournir un faisceau d'autorités imposantes en faveur de certaines méthodes et contre certaines autres.

Voici d'abord à quelles conclusions pathologiques ces recherches ont conduit M. Malgaigne. Les tumeurs et les fistules lacrymales se présentent sous huit formes principales: 1° *tumeur et fistule des conduits lacrymaux*; 2° *tumeur du sac lacrymal sans inflammation ni rétrécissement du canal nasal*; 3° *tumeur avec inflammation*; 4° *rétrécissement organique du canal*; 5° *oblitération complète du canal*; 6° *fistule proprement dite entretenue par l'une des causes précédentes*; 7° *carie de l'os unguis*; 8° *tumeur ou fistule compliquée de l'oblitération des points lacrymaux*.

La tumeur des conduits lacrymaux a été observée d'abord par J.-L. Petit; Morgagni, dit-on, en cite également un exemple; M. Perrier a constaté par l'autopsie une dilatation de ce genre du conduit lacrymal supérieur. Le traitement ne diffère pas de celui des tumeurs du sac lacrymal.

Celles-ci peuvent avoir lieu sans inflammation ni rétrécissement du canal nasal; le liquide contenu est limpide en général; Janin admettait alors une contraction spasmodique du sphincter lacrymal, tout en avouant que l'obstacle peut se trouver dans tous les points du canal. D'après une observation de M. Demours, à cette cause, plus ou moins hypothétique, pourrait se joindre l'épaississement du mucus qui boucherait le canal; chez les sujets scrophuleux, on accuse encore l'engorgement atonique de ses parois; enfin dans certains cas il y a dilatation passive du sac, ce qu'Anel nommait *hydropisie*, et J.-L. Petit *hernie*. Les injections, les douches, les fumigations dans les narines conviennent alors; la plupart des chirurgiens et principalement les oculistes se prononcent contre toute opération. Dans l'hydropisie seulement on a vanté l'incision et les caustiques; et Boyer a eu recours une fois avec succès à l'excision partielle des parois du sac.

La tumeur qui dépend de l'inflammation du sac lacrymal est assez fréquente; la suppuration en est souvent la suite, et enfin la fistule, quand le pus se fait jour au dehors. Si l'inflammation est aiguë, les antiphlogistiques sont de rigueur. Si elle est chronique, aux antiphlogistiques il faut faire succéder les topiques un peu irritans; tous les oculistes en proclament l'efficacité, et au premier rang presque tous mettent le nitrate d'argent, soit en pommade, soit en collyre, soit en injections. Mais si l'inflammation a lieu chez un sujet scrophuleux et laisse à sa suite cet engorgement atonique presque incurable dont nous avons déjà parlé, M. Malgaigne, après avoir pesé les raisons pour et contre, donne une préférence exclusive à la canule. Il ne faut pas oublier que quand l'écoulement purulent a long-temps duré, il est nécessaire de le suppléer par un exutoire; faute de cette précaution, M. Demours dit avoir vu nombre de fois la fistule lacrymale remplacée par une autre maladie.

Les rétrécissements organiques peuvent occuper tous les points du canal. L'auteur n'a pu trouver que trois observations où ils aient été constatés à l'autopsie; l'une de Janin, la seconde de Delpech, la dernière due à M. Blondlot. Il examine successivement tous les procédés opératoires directement proposés contre les rétrécissemens: injections, cathétérisme, dilatation progressive (Blondlot), sétons, mèches, tentes, cautérisation, stylet à demeure et canule à demeure; et il trace une histoire complète de la canule et des diverses modifications que lui ont fait subir Woolhouse, Foubert, Pellier, Wathen, Marchal, Lassus, Dupuytren et M. Bourjot-Saint Hilaire. C'est à une canule très-rapprochée de celle de Pellier qu'il donne la préférence; 8 lignes de longueur, 1 ligne et demie de diamètre, un bourrelet supérieur et un bourrelet moyen; il ne veut pas qu'on l'introduise de vive force, comme faisait M. Dupuytren; mais qu'on prépare d'abord le canal par l'introduction de sondes graduées; enfin il examine tous les inconvéniens reprochés à ce moyen et les accidens observés à la suite de son emploi, et pense qu'il faut en grande partie les attribuer aux vices de construction de la plupart d'entre elles et de celle de Dupuytren en particulier.

Une autre espèce de rétrécissement affecte le canal osseux lui-même. Monro avait déjà remarqué que quand une tumeur lacrymale développée chez un enfant a été long-temps négligée, le canal osseux se rétrécit. M. Velpeau a rencontré quatre cas de ce genre; M. P. Dubois en a cité un autre; et l'on a répété à satiété l'histoire de la perforation pratiquée par Dupuytren pour une fistule prétendue congéniale. M. Malgaigne a recueilli trois autopsies qui semblent mettre ce point de doctrine hors de doute. Cependant il hésite à prononcer, et se demande si le rétrécissement du canal ne pourrait pas être congénial, et cause plutôt qu'effet de la fistule? Quoi qu'il en soit, une conséquence pratique toute directe serait toujours d'opérer les enfans de bonne heure, pour empêcher le rétrécissement de se produire ou de s'accroître; et la canule est ici de première nécessité, lorsqu'il y a toutefois possibilité de l'introduire.

L'obstruction complète du canal peut reconnaître diverses causes faciles à présumer. Il y a alors six procédés opératoires. Si le canal est devenu fibreux, le perforer avec l'alène de Monro; s'il est osseux, employer le foret de Wathen et de Dupuytren, ou bien frayer aux larmes une route nouvelle à travers l'os unguis ou dans le sinus maxillaire (Laugier); ou oblitérer le sac lui-même par les caustiques, ou, plus simplement, oblitérer les points lacrymaux (Bosche). M. Malgaigne rejette les deux premiers comme trop difficiles, les deux derniers comme trop graves; et il hésite entre le procédé de M. Laugier, qui n'a encore été essayé que quatre fois, et l'ancienne méthode de la perforation par l'os unguis.

La fistule n'est qu'une complication qui se traite par les moyens ordinaires. La carie de l'os unguis est rare, et ne mérite pas même ce nom; c'est une simple nécrose qu'on enlève avec des pinces, et pour laquelle le fer rouge est au moins inutile. Il y a d'autres dégénérescences soit de l'os unguis, soit de la muqueuse même du canal, que le passage continuel des larmes ne peut qu'irriter; alors le procédé de Bosche, qui consiste à obliterer les points lacrymaux, peut être réellement utile.

Enfin l'oblitération accidentelle des points lacrymaux est une complication des plus graves, et que l'on est accoutumé à regarder comme incurable. M. Malgaigne rapporte plusieurs faits qui démontrent que le larmoiement n'en est pas nécessairement la suite; mais d'ailleurs deux observations bien positives de J.-L. Petit et de G. Pellier, prouvent qu'on peut avec succès refaire de toutes pièces les conduits lacrymaux; et plusieurs procédés ont été imaginés dans ce but.

Huit pages de notes suivent ce travail; elles témoignent de l'érudition de l'auteur, qui a grand soin de signaler ce qui manque aux recherches de ses devanciers dans cette matière. Il consacre près de deux pages à la biographie d'Anel, sur qui nos écrivains les plus récens n'avaient rien trouvé à dire. Il rectifie le procédé de Woolhouse, qu'aucun au-

teur, chose singulière, n'avait exactement décrit; il révoque en doute la priorité de Foubert pour l'insertion de la canule dans le canal; il rapporte un procédé de Pellier père, laissé injustement dans l'oubli; et prend soin d'ailleurs d'indiquer toutes les sources où il a puisé. Au total, ces notes, qui sont presque d'érudition pure, se lisent encore avec intérêt; et quant à la thèse en elle-même, c'est certainement une des plus riches en recherches de cette nature que nous connaissions dans l'école de Paris.

CONCOURS

POUR UNE CHAIRE DE CLINIQUE EXTERNE.

Le concours qui doit donner un successeur à Dupuytren est commencé; et déjà ont pris cours, comme à l'ordinaire, les mille petites rumeurs, cortége obligé des concours, sur le mérite, sur les chances, sur les intrigues des candidats, sur les inclinations secrètes ou patentes des juges. En dehors de cette chronique scandaleuse qui se dément elle-même d'un jour à l'autre et souvent du matin au soir, il existe une opinion générale, fondée sur des faits antérieurs, et qui mérite un peu plus d'attention; il est utile de la consulter quelquefois, sans se soumettre cependant à l'accepter toujours pour juge.

Les candidats sont au nombre de huit; aucun n'a fait défaut au premier appel. Cinq d'entre eux ont déjà pris position dans les concours antérieurs; nous avons eu occasion alors d'exposer leurs titres scientifiques, et nous n'avons que peu de chose à ajouter. M. Sanson, élève de Dupuytren, chargé par son maître mourant de terminer quelques-uns de ses mémoires, a acquis par cette recommandation une nouvelle faveur près du public; M. Blandin, long-temps chargé de l'intérim de cette chaire qu'il dispute aujourd'hui n'a pas moins bien mérité de la science et des élèves. M. Bérard jeune, un peu léger de titres antérieurs au dernier concours, s'est attaché à combler cette lacune, et peut aujourd'hui faire valoir quelques bons mémoires récemment publiés. M. Lepelletier du Mans, moins heureusement placé puisqu'il n'a pas d'hôpital, s'est assidument voué au professorat libre; et son beau talent d'élocution lui a bientôt acquis une grande popularité. Enfin M. Guerbois, le doyen d'âge des compétiteurs, se présente encore; nous désirons que ses efforts soient couronnés cette fois d'un meilleur succès.

Parmi les trois nouveaux candidats qui se présentent, M. Jobert, par sa position et ses travaux, est certainement celui qui soutiendrait le mieux le parallèle avec ceux de ses compétiteurs le plus haut placés dans l'opinion. Successivement aide d'anatomie, prosecteur, professeur agrégé de la Faculté, chirurgien du bureau central et enfin chirurgien en titre à l'hôpital St-Louis, M. Jobert a dû toutes ses places au concours. Il a fait des cours nombreux et suivis; sa clinique à St-Louis, malgré l'éloignement, attire encore des élèves; et on ne saurait lui refuser la réputation de l'un de nos plus hardis opérateurs. Ses travaux en chirurgie sont nombreux et remarquables; il a publié un *Traité des maladies du canal intestinal* en deux volumes; un *Traité des plaies d'armes à feu* semé d'observations et de remarques intéressantes: on lui doit des recherches sur les hémorrhoïdes, un procédé pour la ligature de l'artère poplitée, un procédé pour les fissures à l'anus, un mémoire sur les hémorrhagies qui suivent l'opération de la taille, divers travaux sur les plaies de l'œsophage, les plaies du poumon, la cautérisation, etc. Mais ce qui mérite surtout l'attention, c'est son procédé autoplastique pour la cure des fistules vésico-vaginales, que nous avons vu récemment réussir d'une manière complète à l'hôpital St-Louis; et enfin ses expériences si neuves et si importantes sur les plaies des intestins, la gangrène de ces viscères, leurs divers modes de cicatrisation et les procédés les plus propres à réparer toutes ces lésions. C'est M. Jobert qui a commencé la réforme continuée depuis par d'autres, de tout ce qu'on enseignait auparavant sur les sutures des intestins.

M. Laugier est aussi professeur agrégé et chirurgien des hôpitaux par concours; mais il a peu écrit et se trouve peut-être par cette raison sur un plan un peu inférieur. Sa méthode nouvelle pour la cure de la fistule lacrymale, et son procédé pour les chutes de l'utérus dénotent un esprit indépendant et inventif; ses articles du *Dictionnaire de médecine* sont écrits avec méthode, et même avec quelque élégance, mérite assez rare dans un chirurgien.

Enfin M. Sédillot a été récemment nommé agrégé par concours; il est auteur d'un procédé pour lier la carotide primitive; il a importé en France l'usage des poulies pour la réduction des luxations; et il a publié un *Manuel de médecine légale*.

Comme on le voit, ce concours est riche encore en hommes d'un talent déjà éprouvé; et si le génie de Dupuytren n'a point à craindre de successeur, la chaire de clinique externe sera cependant honorablement occupée. On ne verra pas comme dans la solennité du même genre qui a précédé, ces luttes ardentes, cette espèce de champ clos où les combattans enlevaient dès leur apparition les applaudissemens et les trépignemens enthousiastes de l'amphithéâtre; néanmoins l'attention du public et des élèves est vivement excitée, et il semble voir les partis se dessiner déjà. M. Sanson et M. Blandin se disputent à peu près les vœux de la foule; et bien que les chances de M. A. Bérard aient beaucoup augmenté depuis l'an dernier, et que sa place soit certainement marquée un jour à l'école, il n'a pas encore atteint le même degré de popularité.

Après les concurrens, les juges. Nous avons nommé ceux de l'Académie. M. Gorse, suppléant, a donné sa démission; M. Breschet, qui se prépare au prochain concours pour la chaire d'anatomie, n'a pas voulu se trouver juge d'hommes qu'il pourra rencontrer plus tard comme compétiteurs. Le nombre des juges est donc réduit à onze, ce qui ôte au président ce dangereux privilége de faire prévaloir en cas de partage sa double voix. M. Richerand est président du concours; et l'on a joué à la plume spirituelle de M. Réveillé-Parise le mauvais tour de le condamner à rédiger des procès-verbaux; il a été nommé secrétaire à l'unanimité. Mais une circonstance qui n'a pas donné peu d'intérêt aux premières séances du concours, c'est la présence de M. Lisfranc parmi les juges; M. Lisfranc, l'ennemi déclaré de l'école, et dont la pensée bien manifeste, le mot de ralliement, le cri de guerre, serait volontiers comme celui du vieux Caton: *Delenda Carthago*. La jeunesse aime les hommes d'opposition, surtout lorsqu'un grand talent et des services incontestés les entourent d'une double auréole; aussi l'entrée de M. Lisfranc a-t-elle été saluée de tous les points de l'amphithéâtre, par un tonnerre d'applaudissemens.

— M. Sanson a fait sa première leçon clinique mardi 5 janvier; M. Jobert a fait la sienne le 16. Les séances ont lieu les mardi, mercredi, vendredi et samedi de chaque semaine.

VARIÉTÉS.

— Le conseil municipal de Paris a nommé dernièrement une commission de cinq membres qui doit examiner un nouveau projet d'agrandissement de l'École-de-Médecine. Il s'agit de faire là un amphithéâtre pouvant recevoir de douze à quatorze cents auditeurs assis, c'est-à-dire plus grand que celui de la Sorbonne, en prolongeant, vers la rue du Paon, le petit amphithéâtre où feu le célèbre Vauquelin professait autrefois la chimie. L'affluence est telle à certains cours, que l'ancien local, édifié par les soins du chirurgien Lapeyronie, est maintenant trop exigu pour une école où s'instruisent à la fois plus de deux mille quatre cents étudians.

D'ailleurs, on profitera de la circonstance pour agrandir la bibliothèque, où tant de vieux ouvrages se trouvent entassés sans ordre; on élèvera une salle pour les réceptions, un cabinet pour la matière médicale, et plusieurs autres pièces de première nécessité dont l'absence se fait sentir depuis trente années, nonobstant la sollicitude que témoigna le ministre Chaptal pour une institution qui lui dut tant d'embellissemens. On ignore pour quelle somme la ville de Paris contribuera aux constructions projetées; mais il paraît que le ministre de l'instruction publique a le désir de compléter la somme reconnue nécessaire dès que le conseil municipal aura prouvé, par son assentiment et son concours, que cette dépense lui semble utile. On ajoute que ce nouveau projet doit coûter de 3 à 400,000 fr. Il est inutile de dire que tout cela ne peut s'effectuer sans que le vote de la chambre des députés intervienne.

Concours de l'école de pharmacie.

Les élèves qui ont mérité des récompenses dans le concours de 1835, de l'école de pharmacie de Paris, sont:

En chimie: Premier prix, M. Magnes; deuxième prix, M. Fermont; deuxième second prix, M. Rigollet.

En pharmacie: Premier prix, M. Fermont; deuxième prix, M. Rigollet; mention honorable, M. Magnes.

Histoire naturelle médicale: Mention honorable M. Vigès.

— La mort de M. Macmahon a laissé vacante la place de bibliothécaire à la Faculté. Plusieurs candidats se sont présentés: on cite principalement M. Bayle, qui a été douze ans sous-bibliothécaire, et qui, par une circonstance fâcheuse, a récemment donné sa démission; M. Jourdan, connu par ses nombreuses traductions et par ses recherches d'érudition; et M. Dézeiméris, qui avait donné sa démission de sous-bibliothécaire en même temps que M. Bayle, mais qui l'a retirée à temps.

M. Littré, qui s'était mis aussi sur les rangs, s'est retiré.

— MM. Scipion Pinel, Voisin, Leuret et Lélut viennent d'être nommés médecins à la Salpêtrière.

— L'*Almanach général de médecine pour* 1836, que vient de publier M. Dumange, secrétaire des bureaux de la Faculté, présente le tableau suivant du personnel médical à Paris.

Docteurs en médecine ou en chirurgie,	1,220
Idem en 1833,	1,090
Augmentation en 1836,	130
Un nombre à peu près égal de médecins qui figuraient sur la liste générale de 1833 ayant cessé d'être porté sur celle de 1836, pour cause soit de départ, soit de mortalité; ci.	130
Il résulte que le nombre des médecins qui se sont établis à Paris depuis trois ans s'élève à environ	260

Chiffre double de celui qui représente le nombre des médecins ayant cessé d'y exercer depuis la même époque.

Parmi les 1,220 docteurs habitant la capitale, on compte 3 commandeurs, 34 officiers et 255 chevaliers de l'Ordre royal de la Légion-d'Honneur.

Inscriptions prises à la Faculté.

1832	1833	1834	1835
5,378	6,746	7,667	8 262

Le Rédacteur en chef, JULES GUERIN.

PARIS. — EVERAT, IMPRIMEUR, RUE DU CADRAN, N° 16.

N° 3. (TOME IV. — 1836.) SAMEDI 16 JANVIER 1836.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La Gazette médicale de Paris (*Gazette de santé* et *Clinique des hôpitaux* réunies) paraît tous les samedis de chaque semaine; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et équivaut à 6 feuilles in-8°. Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois. Pour l'Étranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Poissonnière*, n° 5, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

PATHOLOGIE INTERNE.

Mémoire sur la gangrène des poumons chez les aliénés; lu à la Société de médecine de Gand par J. Guislain, médecin en chef des établissemens d'aliénés à Gand.

Laënnec, dont tous les momens furent si utilement consacrés à l'étude des maladies thoraciques, ne vit la gangrène des principaux organes de la respiration que six à huit fois dans le cours de dix-huit ans; d'anciens praticiens même ont rencontré rarement cette maladie.

Cependant les poumons, par leurs fonctions, leurs sympathies, leurs rapports organiques, sont exposés à de violentes irritations; mais celles-ci offrent dans ces viscères toutes les modifications de l'état inflammatoire sans présenter la terminaison qui constitue la gangrène.

On a trouvé entre les maladies pulmonaires et le désordre intellectuel une certaine alliance sur laquelle Richard Mead, le premier, et d'autres après lui, tels que Perfect, Cox et Reil, ont fixé l'attention des médecins psychologues. M. Esquirol, dans un mémoire sur la manie sympathique, et plus tard dans le *Dictionnaire des sciences médicales*, a confirmé ce que ses devanciers ont dit sur cette affinité morbide, remarquable sous bien des rapports.

Ce fut en 1824 que, disséquant le cadavre d'un mélancolique, je fus frappé de l'odeur infecte qui s'échappait de la cavité pectorale; j'observai pour la première fois une dégénérescence des poumons, que, plus tard et dans d'autres cas, je reconnus pour être la gangrène.

Je ne sache pas que jusqu'ici personne ait constaté chez les aliénés cette maladie, excepté M. Calmeil, qui a dit, il est vrai, d'une manière vague, et il n'y a guère long-temps, dans un article du *Dictionnaire de médecine*, avoir observé deux fois chez ces malades des foyers gangréneux des poumons:

Or, tout ce qui tient aux causes et aux symptômes de cette affection est encore enveloppé d'obscurité.

Laënnec établit en principe que la gangrène des poumons admet des causes essentielles, et qu'il en est de cette désorganisation comme de l'anthrax, de la pustule maligne, qu'elle se déclare sous l'influence d'un agent spécifique. Ce caractère, il est vrai, nous le retrouvons chez les aliénés; mais il n'appartient pas à l'ordre de causes indiqué par Laënnec.

Nous aurons occasion de démontrer que l'état gangréneux des poumons reconnait dans l'aliénation mentale:

1° Une anomalie du moral, consistant dans un dégoût, un refus, une aversion, une horreur des alimens;

2° Un apauvrissement du sang provenant du manque de renouvellement dans les molécules nutritives de ce fluide;

3° Un trouble dans l'hématose;

Feuilleton.

NOUVELLE DÉCOUVERTE.

> E tu ascolta, che le mie parole
> Di gran sentenzia ti farau presente.
> (Dante.)

Le hasard vient de faire tomber entre mes mains une brochure fraîchement arrivée de par-delà les Alpes. Le titre en est séduisant; le voici: *Della artificiale riduzione a solidita lapidea e inalterabilita degli animali, scoperta da Girolamo Segato*. Cette brochure est nouvelle; je la crois jusqu'ici fort rare en France; la découverte qu'elle annonce tient du prodige.

La brochure en question forme un in-8° de 26 pages d'impression; elle est couverte en papier rose et ornée du portrait de Girolamo Segato; elle a été composée par un ami de celui-ci, M. Joseph Pellegrini, avocat; imprimée et éditée à Florence, par Batelli, l'an de grâce 1835. A la première page se trouve une dédicace, aux deux dernières une consécration, puis un sonnet à la louange de l'auteur, le tout en style lapidaire et pyramidal.

M. Girolamo Segato n'était d'abord ni médecin, ni anatomiste de profession. Ses premières études n'ont pas eu pour but les sciences médicales. Géographe distingué, on lui doit à la fois le dessin et la gravure d'une excellente carte de l'Afrique, de l'empire de Maroc, et une carte non moins remarquable de la Toscane. Grâce à ses voyages dans ces diverses contrées, à ses laborieuses et savantes investigations, M. Segato a su jeter un nouveau jour sur les conditions geographiques et géologiques des pays que nous venons de citer. Il a surtout exploré avec succès les parties centrale et septentrionale de l'Afrique. Dans un de ses voyages, au mois de juillet 1820, M. Segato traversait les déserts immenses de l'Afrique, et fut témoin d'un de ces phénomènes qui s'y rencontrent si fréquemment surtout dans cette partie du desert qui du Nil confine à la Haute-Nubie: c'était une trombe terrestre dont il suivit courageusement la trace dans le lit large et profond qu'elle s'était creusé dans le sable. En suivant ce chemin il apperçut quelques fragmens d'une substance carbonisée, qu'un examen minutieux lui fit reconnaître appartenir à l'espèce humaine; plus tard il rencontra un cadavre tout entier, les os, les chairs, étaient noirs et friables comme du charbon. On reconnaissait parfaitement, à l'examen de ces débris, les formes d'une créature humaine réduite à peu près au tiers des proportions ordinaires. (P. 9.) Vous le savez, Galilée en voyant osciller une lampe trouva le pendule; et la chute d'une pomme inspira à Newton l'immortel système de l'attraction du corps et du système planétaire. De même, dit M. Joseph Pellegrini, Segato vit dans ces débris, perdus au milieu du desert, autre chose qu'un peu de matière animale carbonisée. Si la chaleur dont ces sables brûlans sont pénétrés avait pu amener ces matières ani-

4° Une altération du tissu pulmonaire comme dernier résultat morbide.

J'ai dit avoir reconnu, à l'odeur qui se dégageait de la cavité pectorale, une lésion spéciale des poumons; plus tard, le même phénomène m'a fit soupçonner l'existence de cette maladie sur le vivant : *le sujet refusait depuis long-temps tout aliment*, et son haleine, repoussante d'abord, répandit à la dernière période de cette affection une odeur manifestement gangréneuse. L'ouverture du corps confirma mon observation, et en me montrant le sphacèle des poumons, elle vint réaliser mon diagnostic.

Dès ce moment, je fis un rapprochement entre ces deux caractères morbides : l'abstinence des alimens d'une part; la décomposition du tissu pulmonaire, la fétidité de l'haleine de l'autre.

Toutefois, ce méphitisme de l'air expiré n'est pas toujours un indice certain de la gangrène des poumons; il est presque tel chaque fois que l'on se soumet à une diète prolongée; il est tel aussi dans les suppurations pulmonaires, et c'est ainsi que l'haleine peut être fétide chez l'aliéné sans que la gangrène se soit déclarée; elle offre cependant dans cette dégénérescence une odeur toute particulière.

Le refus de manger, que je considère comme cause occasionelle de la mortification pulmonaire, appartient à la mélancolie (lupérophrénie) et aux différentes associations que cette dernière forme avec d'autres genres d'aliénation mentale. Ce véritable horreur des alimens pourrait se désigner dans la science sous le nom de *sitophobie*; de *sito*, aliment, et *phobns*, aversion, horreur.

Ce symptôme morbide se présente chez 119 des aliénés.

Chez plus de la trentième partie de ces malades, les soins les mieux combinés sont impuissans pour vaincre leur résistance morbide.

Ils vivent vingt, trente, cinquante, soixante jours sans accepter aucun aliment, buvant seulement de l'eau froide; quelques-uns jeûnent les premiers jours de la semaine et mangent les jours suivans; chez d'autres, l'aversion est en rapport avec l'exacerbation phrénique.

Et toujours on a cru trouver, dans cette insurmontable aversion, le résultat d'une conception erronée. Le malade croit ses alimens empoisonnés, a-t-on dit, ou il s'abstient de manger, voulant se laisser mourir de faim. Mais l'observation pratique ne confirme point ces hypothèses. Dans quelques cas rares, le dégoût est réellement motivé, et le malade s'imagine manger des substances nuisibles; mais il est bien plus fréquent de le voir chercher, par les motifs les plus invraisemblables, à faire excuser sa répugnance; enfin, chez la plupart des malades, cette aversion tient à un écart capricieux de la volonté, né d'une impression pénible. C'est ce que l'étude de nos *fantaisies* confirme à tout moment; elle le confirme chez l'enfant, qui, dans ses momens de bouderie, refuse de manger; vous le trouvez chez la femme qui, dans une effervescence de dépit ou de jalousie, repousse tout aliment; les animaux même qui se laissent périr d'inanition à la mort d'un ami de leur race, ou d'un protecteur chéri, nous en offrent des exemples; et l'aliéné enfin qui refuse de manger, dévore souvent les alimens dès qu'il est seul ou qu'il peut les voler.

C'est à la faiblesse provenant d'un *apauvrissement* du sang que nous attribuons primitivement la désorganisation pulmonaire dont il s'agit, et il est vrai que l'influence des agens débilitans sur les poumons n'a pas encore jusqu'ici suffisamment attiré l'attention des praticiens; elle est cependant frappante, et d'autant plus que la faiblesse a sa source, soit dans une pénurie de ce fluide, soit dans une trop forte dépense, déterminée dans l'une ou l'autre des humeurs sécrétées.

Des exemples pourront corroborer ce point de doctrine.

Dans les temps de jeûne, et chez les personnes attachées à leurs devoirs religieux, on observe souvent des toux sèches, mais très-violentes parfois; on les a nommées stomacales, et il est juste de dire que le carême fournit une occasion fréquente de constater ces rapports pathologiques entre l'estomac et les poumons. J'ai pu, médecin de différentes communautés religieuses, étudier cette influence, que j'ai trouvée d'autant plus frappante que la règle canonique de ces ordres est plus stricte sur le régime alimentaire. C'est ainsi que dans une congrégation connue par son excessive austérité, je trouve habituellement le tiers des cénobites tourmentés par des toux, des oppressions, des asthmes, suivis très-souvent d'expectorations sanguines; or, la nourriture animale leur est interdite, et ils passent la plus grande partie de l'année dans des jeûnes extraordinairement rigoureux. Un régime substantiel, une nourriture animale surtout, sont en état de donner à ces malades une libre respiration, de combattre la toux, et même d'arrêter parfois les crachemens de sang.

Les maladies de poitrine sont fréquentes dans les prisons, dans les établissemens de charité, et partout où l'homme soumis à une nourriture peu substantielle n'offre qu'un sang rare en principes alibiles. C'est à la diète sévère, à la longue privation des alimens, et souvent à des déplétions sanguines abondantes, qu'il faut attribuer ces toux chroniques qui se déclarent dans la convalescence des maladies aiguës, et qu'on combat avantageusement par un régime analeptique; la consomption pulmonaire n'est-elle pas la suite fréquente d'une émission de sperme sollicitée trop souvent, et surtout à une époque de la vie où les tissus ont encore besoin de se développer? C'est à la suite d'un écoulement chronique de salive que nous voyons se déclarer des extinctions de voix et des consomptions pulmonaires; c'est à l'apauvrissement du sang qu'il faut rapporter cette sécheresse de la gorge, ces points pleurétiques, ces crachemens de sang qui se déclarent chez les femmes affaiblies par un allaitement prolongé. L'expérience n'apprend-elle pas que les alimens substantiels combinés à l'emploi des toniques peuvent seuls sauver ces malades? Enfin, une toux sèche et continuelle, des expectorations sanguinolentes, des hémoptysies complètes s'observent à cet âge où le corps prend un accroissement rapide et nécessite une forte dépense de sucs nourriciers.

De ceci je conclus par analogie que l'abstinence à laquelle se voue l'aliéné doit avoir une influence désastreuse sur ses poumons.

Je vais, par l'exposé suivant, indiquer la marche et les symptômes par lesquels la gangrène des poumons se caractérise chez ces malades, en joignant à cette description l'ouverture cadavérique, qui nous fera voir les lésions de tissu accompagnant cette affection.

Obs. I. — Lors de nos dernières commotions politiques, une dame d'un caractère sensible, âgée de 54 ans, et menant une vie tranquille, se saisit vivement à la vue de quelques hommes armés qui se battaient sous sa fenêtre. Elle éprouve à l'aspect de cette scène une violente secousse suivie de près d'une aliénation mentale, et il s'écoule plusieurs jours avant qu'on s'aperçoive qu'elle ne prend aucun aliment. Trois, cinq, neuf jours se passent en exhortations de sa famille; mille questions lui sont faites: tous les mets imaginables lui sont offerts, mais rien ne peut vaincre sa déplorable aversion. Un médecin appelé ordonne l'appli-

males à un tel état de dessiccation, n'était-il pas possible, à l'aide d'une chaleur artificielle habilement ménagée, d'agir sur les cadavres des divers animaux de manière à les dessecher, à leur donner un degré de consistance, de dureté, qui garantit leur conservation? Par quel moyen arriver à un pareil résultat? — Telles furent les questions dont la solution occupa depuis lors M. Segato. Après de nombreux essais, de longues et dispendieuses épreuves, auxquelles, depuis son retour en Italie, tous ses instans furent consacrés, il trouva enfin ce secret qu'il avait tant cherché, et le succès dépassa même ses premières espérances. En effet, M. Segato applique indifféremment son procédé, soit à des cadavres entiers d'animaux, soit à quelques-unes de leurs parties. Il leur fait acquérir une consistance, une dureté qui se rapproche de celles de la pierre; et, chose remarquable, cette consistance est d'autant plus grande que les tissus ou les parties soumises à ce procédé sont plus molles et plus muqueuses. La peau, les muscles, les nerfs, les artères, les veines, la graisse, le sang, tout subit cette transformation étonnante. Pour conserver un corps, M. Segato n'enlève pas, comme on le fait d'ordinaire, le cerveau ni les intestins, organes éminemment putrescibles; il leur fait prendre la même solidité qu'aux autres parties. Cette transformation s'opère sans que la couleur, la forme et les autres caractères physiques des parties ou des organes de l'individu subissent la moindre altération. La puissance de ce moyen est telle qu'il arrête sur-le-champ les progrès de la putréfaction, et enlève l'odeur fétide dont elle est la cause. Enfin M. Segato peut à son gré laisser aux membres ainsi endurcis comme le reste du corps, la souplesse de leurs diverses articulations.

Il n'a pas besoin, pour conserver mobiles les articulations d'un squelette, d'avoir recours aux vis d'acier ni au fil de fer. Il force les ligamens à rester toujours aussi souples qu'intacts. Enfin, telle est l'*inaltérabilité* des corps soumis à ce procédé, que ni l'air humide ni l'eau n'ont d'action sur eux. Plusieurs animaux ainsi préparés ont été mis à macérer dans l'eau, et en sont sortis aussi durs, aussi intacts qu'avant d'y être plongés. L'animal ne perd ni de son poids ni de sa taille. Chez l'homme les poils et les cheveux sont plus adhérens à la peau que pendant la vie. Chez l'oiseau, chez le poisson, les plumes, les écailles adhèrent plus intimement au derme, et conservent la vivacité de leurs couleurs. Les yeux mêmes, les yeux conservent leur éclat, et ce n'est qu'à leur constante immobilité qu'on reconnait, qu'on arrive à se persuader enfin que l'animal est mort, quand on l'eût jugé plein de vie. (Pages 14 et 15.)

Certes, va-t-on s'écrier, voilà qui est merveilleux! Pour Dieu, dites-nous vite quel est le procédé de M. Segato, quels moyens il emploie, quels agens chimiques il met en usage pour arriver à de pareils résultats. — Je m'attendais à cette question, et j'ai regret de vous dire qu'il m'est impossible d'y répondre. Le secret de M. Segato est encore un secret. J'ai vainement retourné l'opuscule de M. l'avocat Pellegrini; je l'ai relu dans tous les sens; j'ai interrogé les plus petites notes; vaines recherches, je ne suis, hélas! pas plus avancé que vous; et, bien que ma curiosité soit pour le moins aussi impatiente que la vôtre, force nous sera d'attendre que M. Segato nous livre son secret en échange d'une somme déterminée, juste dédommagement, après tout, de ses dépenses et de ses travaux, et récompense méritée de sa belle découverte. Je ne sais si la Toscane est disposée à faire la dépense que nécessite l'acquisition de ce procédé. La phrase par laquelle M. l'avocat Pellegrini termine le panégyrique de M. Segato, me porterait à croire que la chose est au moins douteuse. « S'il était arrêté, dit-il, dans le livre des destinées qu'une terre étrangère sût accorder un plus large prix au mérite que ne le saurai,

cation de quinze sangsues sur l'épigastre. La décomposition profonde des traits, son amaigrissement, sa mélancolie qui s'était fortement aggravée, inspirèrent à la famille de l'inquiétude, et la malade entra dans notre établissement le 4 février 1831.

A la couleur seule de la face je reconnus un refus de manger : en effet, il résulta de mes informations que madame B. avait pris en tout, et dans l'espace de quatre semaines, quelques soupes au lait et un peu de bouillon léger. La face avait acquis une teinte d'un rouge briqueté ; aux joues, au bout du nez, aux lobules des oreilles, elle était d'un brun prononcé ; la pupille était dilatée, et le blanc des yeux offrait une blancheur éclatante tirant sur le bleu ; les cheveux, au rapport des parens, avaient toujours été onctueux, mais depuis quelques jours ils se faisaient remarquer par leur sécheresse extrême et même par une détérioration dans leur teinte, qu'on crut également remarquer dans les couleurs de l'iris.

Ce n'est qu'avec peine qu'on parvient à faire ingérer quelques cuillerées de bouillon ; car la malade, douée d'une force prodigieuse, se débat vigoureusement contre les servans, et la mélancolie passe à l'état de manie. L'amaigrissement fait d'effrayans progrès ; la face se rembrunit, les lèvres acquièrent même une certaine lividité, et bientôt les mains et les pieds, surtout aux phalanges, passent à l'état de véritable cyanose. La malade s'obstine de plus en plus à repousser les alimens ; elle se raidit et offre bientôt les symptômes de la mélancolie combinés à ceux de l'extase. Seulement on parvient de temps en temps à lui faire avaler une tasse de lait ou de bouillon ; et, pour vaincre enfin sa résistance, on a recours au fauteuil rotatoire ; toutefois l'effet de ce moyen fut nul.

Son haleine acquit une odeur insupportable ; des crachats bruns, roussâtres, mêlés de stries d'un rouge clair, furent expectorés ; l'expectoration devint abondante au bout de quelques jours, mais on n'y découvrit aucun pus véritable ; c'était de la sanie. La face était à cette époque dans un état de décomposition telle que la malade semblait parvenue à un âge déjà décrépit. Elle s'éteignit lentement après avoir pris de temps en temps un peu de nourriture ; mais pendant les derniers jours elle accepta les alimens qui lui furent présentés.

A l'ouverture du corps, le cerveau et les méninges se présentèrent exempts de toute lésion appréciable.

Un examen attentif des viscères abdominaux ne m'a pas fait découvrir la moindre trace d'inflammation ; l'estomac a fixé mon attention par une absence complète de toute injection des capillaires ; cet organe n'était pas même contracté sur lui-même. Toutefois j'ai trouvé la vésicule du fiel remplie d'une bile très-noire, et la rate, les vaisseaux mésentériques contenant un sang dont la couleur extrêmement renforcée m'a confirmé ce qu'a dit à cet égard le célèbre Haller.

La cavité pectorale ouverte, en soulevant le poumon gauche, mes doigts pénétrèrent dans la substance de l'organe, et une odeur insupportable s'échappant des parties déchirées, me força de suspendre momentanément cet examen. A la face postérieure et vers son lobe supérieur, le poumon, extrait de la poitrine, offrait une surface très-noire, parsemée de taches vertes et brunâtres, dans laquelle on reconnut la destruction opérée par mes doigts. Une incision cruciale faite dans cette partie me fit découvrir une dégénérescence telle que le tissu se laissait déchirer au moindre effort. Un liquide cruorique, noir, puant, semblable au fluide exhalé d'un membre tombé en sphacèle, était infiltré et extravasé dans le tissu pulmonaire ; par-ci par-là quelques flocons purulens. En raclant avec le scalpel, le tranchant se couvrait d'une matière brunâtre, filante et putrilagineuse ; des stries d'un rouge livide serpentaient en tous sens. En dedans, la décomposition se prolongeait par des sinuosités dans le tissu des poumons. Toute la partie tombée en putrilage avait à peu près l'étendue d'un globe aplati de 5 pouces de diamètre. Les bronches étaient remplies d'une matière roussâtre, écumante et fétide ; mais le poumon droit n'offrit pas d'altération sensible.

Je me borne à cette exposition, la septième dans l'ordre de mes observations, pour ce qui regarde les symptômes et les lésions pathologiques de tissu, afin d'éviter des répétitions devenues fastidieuses dans l'état actuel des connaissances.

J'ai fait jusqu'ici treize autopsies d'aliénés morts par inanition, et sur neuf d'entre eux j'ai trouvé une altération de tissu analogue à la gangrène que je viens de décrire. Je citerai MM. les docteurs Wispelaere, Waldack, Smaghe, Brabander, notre estimable confrère le docteur Cales, et M. Meulewater, élève en médecine, comme ayant observé avec moi, dans les différentes autopsies auxquelles ils ont assisté, les phénomènes cadavériques qu'on va lire.

Dans aucun des cas les deux poumons n'ont été à la fois le siége de profondes altérations ; l'un a toujours été plus affecté que l'autre ; le gauche spécialement dans sept cas, le droit dans deux autres ; mais l'affection simultanée de ces deux organes ne s'est vue qu'une fois. C'est ce qui confirme l'observation faite par M. Calmeil, lorsqu'en parlant des maladies pulmonaires qui affectent les aliénés, il dit que le poumon gauche est atteint seul plus souvent que le poumon droit.

Toujours l'altération a été circonscrite, pâteuse, noire, puante ; et elle n'a, dans aucun cas, dépassé en étendue le cinquième du poumon.

Trois fois les poumons ne m'ont offert aucune altération sensible ; seulement leur couleur était plus foncée que de coutume.

Une fois je n'ai remarqué qu'un engorgement sanguin à la face postérieure du poumon gauche, une apparence d'ecchymose qui ne m'a point annoncé les caractères de la gangrène, et qui n'a pas été précédée de l'expectoration fétide que j'ai rencontrée dans les neuf cas cités.

Toujours la lésion a été plus sensible vers la pointe du poumon qu'à sa base.

Une seule fois l'altération s'est présentée à la surface antérieure ; dans tous les autres cas elle siégeait à la face postérieure, et plus rapprochée de la colonne vertébrale que des régions extérieures latérales du thorax.

J'ai vu, dans presque tous les cas, des flocons purulens dans des sinuosités dirigées en tous sens ; mais la quantité de pus était trop petite pour supposer sa formation due à une inflammation pulmonaire antécédente ; et les parties gangréneuses ne m'ont jamais offert une inflammation prononcée. Ce que j'ai pu distinguer, c'est une injection rouge autour de la partie tombée en gangrène, circonscrite toutefois à une étendue peu considérable. Cet état m'a paru résulter de l'irritation exercée par le tissu gangréné sur les parties environnantes, et être par conséquent l'effet plutôt que la cause de la mortification.

Dans tous les cas, le malade ne m'a semblé éprouver aucune douleur à la poitrine ; il ne toussait point, ne respirait pas difficilement, et dans aucun cas il ne m'a paru se trouver sous l'influence de la faim, ni être affecté de la moindre fièvre ; la température de la peau était diminuée plutôt qu'accrue, et le pouls plutôt lent qu'accéléré, comme chez une personne endormie.

Au moment où j'écris ces lignes, je lis dans l'ouvrage de M. Andral sur les maladies de l'encéphale, une observation relative à une femme âgée de 50 ans, entrée à la Charité dans un état de maigreur et de dépérissement dont la cause pouvait être difficilement appréciée, dit l'auteur. Elle ne toussait pas, elle n'accusait aucune dyspnée, et, à l'ouverture cadavérique, le sommet du poumon droit présentait une portion de la grosseur d'un œuf de poule, noire comme de l'encre, et transformée en un putrilage liquide, d'où s'exhalait une odeur infecte ; état gangréneux dont rien au monde n'avait pu faire soupçonner l'existence pendant la vie, ajoute l'observateur. L'ouverture du crâne démontra une maladie organique du cerveau.

L'affection gangréneuse que je viens de décrire offre de la ressemblance avec une altération de tissu connue sous le nom de *mélanose*,

---

faire l'étroite Italie, et parvint ainsi à s'enrichir d'une telle découverte, qu'au moins la gloire de son invention reste à notre pays ! » Quoi qu'il arrive à ce sujet, nous ne pouvons que former des vœux pour que les moyens à l'aide desquels M. Segato obtient de si beaux résultats, tombent le plus tôt possible dans le domaine de la science, afin qu'on en puisse immédiatement retirer les avantages qu'on est en droit d'en attendre. Nous avons appris avec joie que, sur la proposition du doyen de la Faculté de médecine de Paris, M. le ministre de l'instruction publique a décidé naguère que des propositions directes seraient faites à M. Segato pour l'engager à traiter avec nous. On ne peut qu'applaudir à une telle détermination, maintenant surtout que Dupuytren nous a légué un musée d'anatomie pathologique, musée que chaque observateur sera jaloux d'enrichir. De quelle importance ne serait-il pas de posséder le moyen de conserver toujours aux nombreuses altérations des organes les caractères physiques qu'elles présentent à l'examen microscopique. Or, l'impossibilité d'y parvenir a été précisément jusqu'ici l'écueil contre lequel l'anatomie pathologique n'avait d'autre ressource à opposer que des dessins ou des modelages de cire plus ou moins rapprochés de la nature. Les macérations, les injections, nos procédés ordinaires de dessications rendent plus ou moins méconnaissables les lésions de tissu dont nous tenons le plus à conserver les caractères et les formes principales. Tout au contraire, d'après le témoignage de ceux qui ont vu les préparations de M. Segato, aucune de ces conditions importantes ne manque à ses pièces. Ainsi l'on pourrait désormais conserver indéfiniment un poumon hépatisé, tuberculeux ou rempli d'abcès mésentériques ; un foie gangréné, un cœur hypertrophié ou aminci, un estomac cancéreux, un intestin ulcéré, une vessie fongueuse, etc., etc., dans le même état qu'au jour de l'ouverture du cadavre ; moins l'odeur fétide et la mollesse presque diffluente de ces parties (1).

Nous signalons hardiment ces résultats, car d'après le témoignage de l'auteur de la brochure en question, il existe dans le cabinet de M. Segato un casier divisé en 214 compartimens, dont chacun, au premier coup d'œil, paraît contenir les plus belles pierres dures qui soient au monde (p. 17) ; et pourtant ce ne sont ni diamans ni rubis, mais bien différentes parties du corps humain, la plupart pièces d'anatomie pathologique (Ibid.) Ici, par exemple, vous croiriez voir du jaspe d'Espagne rouge de sang ; là un corail de Chypre ; eh bien ! l'un est le rein injecté d'un fœtus, l'autre un morceau de cœur. Voilà, diriez-vous, des fragmens de jaspe de Sibérie ; pas du tout, c'est une rate, un rein, un cœur. Quel est, dirait un autre, ce beau grenat ? — c'est une matrice. — Et cette sardoine transparente ? c'est l'épaisse peau d'un talon. — Et cette blonde cornaline ? — c'est une tumeur fibreuse de l'utérus. — Et cette agate arborisée ? — c'est une cornée avec les vaisseaux sanguins qui la recouvrent — Et ce quartz du mont Rufoli ? — c'est l'aorte et l'artère sous clavière. — Pour le coup, dirait un troisième, voilà du granit de Sibérie — Eh bien ! non, ce sont des portions d'un foie malade, etc., etc. (Pages 17 et 18.)

Vous le voyez, grâce au procédé de M. Segato, l'anatomie pathologique et la

(1) Seulement, lorsque l'état de ramollissement constitue le caractère de la lésion anatomique, ce ne pourra être en pétrifiant la partie qu'on pourra laisser une idée précise de son état naturel ; il faudra alors de toute nécessité y suppléer par la description.

espèce de squirrhe qui, affectant de préférence les poumons, se caractérise par une dégénérescence passant de l'état d'endurcissement à celui de houillie noire. Mais dans la gangrène des poumons nous trouvons un caractère spécifique, une odeur extraordinairement fétide, accompagnée d'une véritable fonte des tissus; tandis que les mélanoses sont essentiellement reconnaissables à des taches, des grumeaux, des tubercules noirs analogues aux glandes bronchiques, passant à l'état de bouillie, mais n'exhalant pas d'odeur sensiblement putride.

Chez tous les aliénés qui se sont abstenus quelque temps de manger, prédomine un symptôme spécial: le changement dans la coloration de la peau, que j'ai toujours trouvé d'autant plus frappant que la répugnance du malade datait d'un temps plus long. C'est d'abord aux joues un rouge de brique tant soit peu cinabré, qui, plus tard, passe au brun et quelquefois à la couleur des cyanoses. Cette teinte spéciale a été remarquée dès la plus haute antiquité dans les maladies des viscères abdominaux qui mettent obstacle au passage du chyle dans le système circulatoire. La couleur bleue de plomb (*color plumbeus*) n'a-t-elle pas été indiquée par Hippocrate comme un indice de l'infarctus abdominal? Et les engorgemens du foie, du mésentère, ne se reconnaissent-ils pas à une coloration spéciale de la peau? Des cercles brunâtres entourent les yeux; le bout du nez est parfois d'une lividité telle qu'elle rend la figure hideuse; les lèvres, collées sur les dents, se font remarquer par une couleur ardoisée; et la face grippée, fendillée, et portant au front, aux angles des orbites et de la bouche, des sillons profonds, est frappante par une teinte d'un gris bleu, parfois très-prononcée. De même, ce caractère qui est celui d'une vieillesse prématurée, joint à une coloration bleuâtre, rouge, grisâtre de la peau, appartient au marasme pulmonaire par défaut de chyle. Un condamné, dont les papiers publics ont parlé il y a peu de temps, se laissa périr d'inanition; et on remarqua quelques jours avant sa mort une véritable cyanose sur toute l'étendue de la peau.

Tout porte à croire que cette coloration particulière est due, en grande partie, à un changement survenu dans la composition du sang, à un excès dans les principes carboneux, ou à une trop forte prédominance des propriétés veineuses de ce fluide. C'est dans les poumons que se fait l'hématose, et il faut soupçonner dans la gangrène de ces organes un trouble survenu dans cette importante fonction. Je ne déterminerai point la nature d'une sidération si avancée; mais toujours est-il: 1° qu'elle se développe sous l'influence d'une cause fortement débilitante, 2° qu'elle n'est accompagnée d'aucun symptôme annonçant l'inflammation primitive des poumons. Toutefois, le raisonnement appuyé de l'observation nous conduit à voir, dans cette mortification avancée, un trouble vital qui la précède; et si une induction pouvait nous autoriser à l'explication de ce phénomène, peut-être nous rapprocherions-nous de la vérité, endisant quel'état primitif des organes de la respiration n'est pas loin d'offrir dans la gangrène de ces parties une analogie avec ce que nous présente de caractéristique le *scorbut*.

En faisant connaître l'influence des causes débilitantes dans la production de la gangrène des poumons, je me garderai d'être exclusif et de passer sous silence la manière d'être de ces organes dans les momens où, le malade déployant toute sa force de résistance, on est contraint d'employer les moyens coërcitifs pour lui faire avaler quelque aliment. Quiconque a assisté à ces scènes violentes pourra juger des profondes atteintes que doivent en éprouver les poumons. Ce n'est que par des efforts soutenus et au moyen d'un levier qu'on parvient à écarter les mâchoirs: en vain veut-on comprimer les narines, tenir la tête immobile, étendre les bras, les jambes, fixer le bassin, en forçant le patient à se coucher sur le dos; il contracte le pharynx et retient dans l'arrière-bouche le bouillon qu'on y laisse filtrer: il arrête sa respiration et fait des efforts si violens, qu'il chasse au-dehors le liquide contenu dans le biberon: ses yeux sont étincelans; et force est enfin de déboucher ses narines pour donner de la liberté à la respiration, et prévenir l'asphyxie et la congestion encéphalique. C'est alors qu'une partie du liquide coule souvent dans la trachée-artère et provoque une toux violente. Il se passe ainsi un temps fort long, sans le moindre avantage; car, malgré les essais les mieux combinés et répétés souvent, on parvient à peine à faire passer quelques onces de lait ou de houblon. Parfois l'aliéné, après avoir ingéré ces substances, saisit le premier moment de liberté pour s'enfoncer un doigt dans le gosier et provoquer le vomissement. Heureusement que ces efforts ne se répètent point chez tous les malades; car il suffit chez quelques-uns de leur montrer une sonde œsophagienne, ou le biberon, pour les rendre dociles à l'instant.

D'après ce qui vient d'être dit, il faut conclure que la fantaisie qui porte les aliénés à refuser leurs alimens, indépendamment de son influence désastreuse sur le moral, est une condition morbide qui tend fortement à altérer la santé physique de ces malades. Mais la sitophobie, dans l'idée que nous avons attachée à ce symptôme morbide, n'est pas la cause unique à laquelle il faut rapporter l'appauvrissement du chyle; car le manque de nourriture peut dépendre d'autres causes que d'une anomalie psychique, et toujours cette privation ne manque pas d'avoir la plus fâcheuse influence sur toute l'économie animale. C'est ainsi que dans les établissemens où règne un défaut de soins, les malades sont exposés à de grandes privations, et que trop souvent on se contente d'une distribution générale d'alimens, sans voir si l'aliéné, au lieu de manger sa portion, ne la fait point servir à un autre usage; sans s'informer s'il a assez de sens pour se l'approprier, ou pour empêcher qu'elle ne devienne un objet de convoitise pour ses compagnons, trop souvent enclins au vol: et ainsi s'explique pourquoi les maladies de poitrine sont plus fréquentes dans les grands établissemens que dans ceux où le nombre des fous est plus restreint, où les soins et la surveillance s'appliquant plus avantageusement aux individus qu'aux masses, les malades sont moins exposés à des irrégularités dans le régime. Au rapport de Georget, plus de la moitié des aliénées de la Salpêtrière succombent à des maladies de poitrine.

La gangrène dont il s'agit diffère de ces affections qui se présentent chez les aliénés sous l'aspect d'un asthme ou d'une phthisie, et qui, dans quelques cas, produisent la cessation du trouble intellectuel; et elle diffère aussi de ces maladies pulmonaires qui conduisent tant d'épileptiques au marasme. Elle est distincte enfin de ces catarrhes chroniques, de ces pneumonies latentes qui passent à l'état de suppuration et qui surviennent chez les maniaques, trop souvent exposés aux intempéries de l'air et à des troubles dans la transpiration cutanée. Or, dans ces affections, nous ne rencontrons ni la couleur cyanique, ni les caractères d'une vieillesse prématurée, ni l'expectoration roussâtre, visqueuse, fetide; mais nous trouvons la toux, la dyspnée, les douleurs de poitrine, la fièvre hectique, le gonflement des

---

minéralogie pourront désormais marcher de front. L'étude de celle-ci deviendra même le complément indispensable de celle-là, ne fût-ce que pour pouvoir établir d'une part ces étonnans rapports, et de l'autre, ne pas s'exposer à prendre une rate pour une améthyste, un rein pour une turquoise, une tumeur fibreuse pour une cornaline, un crystallin pour un diamant, erreurs si faciles à commettre d'après le récit de M. Pellegrini, à moins d'être suffisamment instruit ou d'avance prévenu. Quoi qu'il en soit, M. Segato possède dans son cabinet un grand nombre d'oiseaux, de reptiles, de poissons, d'insectes, conservés par son procédé. On y voit aussi des bras, des mains, des pieds, et notamment une main d'homme dont toutes les articulations ont conservé leur souplesse: on la dirait vivante.

M. Segato n'a point encore, à ce qu'il paraît, appliqué ce procédé sur un cadavre humain entier, et cela sans doute à cause de la dépense trop considérable qu'entraînerait un pareil essai; pourtant, d'après ses calculs, cette dépense ne serait guère que la dixième partie du prix d'un embaumement ordinaire. Ici, nous le disons avec une entière sincérité, car notre sympathie est vive pour les hommes qui consacrent généreusement leur temps et leur peu de fortune à la découverte et au perfectionnement d'un moyen, d'une invention utiles, ces hommes sont rarement encouragés et récompensés à propos par les gouvernemens ou les autorités du pays. Il faut que des années se passent, et quelquefois leur vie tout entière, avant qu'on en vienne à reconnaître que ce qu'ils ont fait est bien, et qu'ils pourraient faire mieux encore étant aidés dans leurs efforts laborieux, et non abandonnés à leurs seules ressources. Protéger, encourager les découvertes utiles, les apprécier avec discernement, aller au-devant du savoir modeste, repousser les audacieuses prétentions du charlatanisme et ses demandes éhontées, écarter cette foule d'oisifs, barboteurs littéraires ou scientifiques toujours empressés de voyager aux frais de l'état pour consigner ensuite des faits insignifians ou des aventures de grand chemin dans le feuilleton d'un journal, est à notre avis le devoir difficile, mais rigoureux, de tout gouvernement jaloux d'accorder aux arts ou aux sciences une protection vraiment éclairée.

Mais abandonnons ces réflexions trop sérieuses, et achevons ce que nous avons à dire sur le procédé de M. Segato. Lorsqu'une idée nouvelle doit éclore, il est rare qu'elle n'existe pas en germe dans plusieurs cerveaux à la fois. Ainsi, tandis qu'en Italie M. Segato poursuivait ses recherches, M. Gannal chez nous arrivait par ses expériences à des résultats que nous avons tous admirés, et qui lui méritent la reconnaissance de tous les anatomistes. Chacun de nous a pu voir le cadavre de cette femme chez laquelle une injection d'acétate d'alumine, pénétrant par les artères dans tous les tissus, a si bien préservé ceux-ci de la putréfaction, qu'après plus de deux mois on pouvait croire qu'elle n'était morte que de la veille. Un tel résultat est déjà une remarquable conquête scientifique, et, pour ce qui est des études anatomiques, le procédé que nous devons à l'ingénieuse sagacité de M. Gannal nous paraît suffisant. Mais il n'est pas démontré que l'acétate d'alumine conserve *indéfiniment* les substances animales; ce réactif ne leur donne ni un plus haut degré de consistance, ni ne les amène à un degré de dessiccation qui les rende propres à être conservées autrement que dans l'alcool. Aussi, pour les collections d'anatomie pathologique, le procédé de M. Segato nous paraît avoir une supériorité incontestable. Il est donc à désirer qu'il soit bientôt connu parmi nous. Quant à la question, je le répète, des embaumemens, nul doute qu'il ne soit préférable à tous les autres moyens connus, puisqu'il est dix fois moins dispendieux, qu'il permet de conserver toutes les parties du corps, et qu'il laisse à celui-ci ses formes intactes, l'harmonie des

extrémités, les sueurs, les diarrhées colliquatives, une expectoration purulente, en un mot, les caractères d'une violente irritation pulmonaire, de l'engorgement de cet organe ou de son état de suppuratinn : enfin chez ces derniers nnns ne rencontrons point, après la mort, une dégénérescence noire et putride, mais nous trouvons les poumons en suppuration, des cavernes purulentes, l'adhérence de ces organes avec la plèvre costale.

L'inflammation de l'estomac ne s'est rencontrée dans aucun cas, ai-je dit; le tissu de cet organe s'est présenté dans l'état le plus normal : or, cette disposition mérite notre attention : car des observations faites sur des condamnés, des expériences tentées sur des animaux nnt fait découvrir des lésions de l'estomac très-évidentes à la suite d'une faim prolongée. Je citerai à cet égard Haller, Dumas, Magendie, Adelon et Broussais, physiologistes et expérimentateurs dont le témoignage offre des garanties réelles, et qui rapportent tous que l'estomac présente dans ce cas des traces d'un état inflammatoire prononcé et parfois d'une vraie érosion.

Cette inflammation des organes digestifs annonce dnnc, chez ceux qui meurent de faim, une réaction de ces viscères.

Or rien n'indique chez l'aliéné, refusant de manger, une douleur physique. A sa convalescence, il affirme n'avoir pas éprouvé la moindre faim. Chez lui point de réaction dans l'estomac, ni de cardialgie, ni de soif; pas de réaction dans le système circulatoire ni de fréquence dans le pouls, ni d'augmentation dans la chaleur cutanée. Vous ne lui trouverez qu'un affaiblissement de forces peu apparent, tandis que la débilité est prompte à se déclarer chez l'homme qui se trouve sous l'influence de la faim. Chez les malades dont il s'agit, les forces se soutiennent presque jusqu'aux derniers instans : ils entrent dans nos établissemens sans avoir rien mangé depuis vingt, trente, quarante jours; on les voit se promener, se livrer à des exercices divers et traîner, dans un état de maigreur extrême, leur existence pendant des mois, des années, avalant de temps en temps quelques gorgées de bouillon seulement; tandis que le malheureux qui succombe à la faim, ne prolonge guère sa vie au delà de sept, de dix, de quinze jours.

J'en conclus que la faim et la réaction qui succède à ce sentiment pénible tendent à favoriser l'anéantissement des forces et à accélérer la mort.

Haller assure qu'une lueur phosphorescente se dégage des cadavres de ceux qui meurent d'inanition; mais des examens tentés à diverses reprises ne m'ont rien fait voir de pareil chez les aliénés dont la mort est due au refus de manger.

Et la sensation de la faim est non-seulement éteinte chez ces malades; mais la digestion proprement dite semble partager cet état d'inertie, et l'estomac être frappé d'une paralysie incomplète. J'ai pu m'assurer alors qu'on parvient encore à vaincre la résistance morbide, que tantôt les alimens lentement digérés ne le sont qu'imparfaitement nu ne le sont pas du tout, et que, dans quelques cas, la pulpe alimentaire subit dans l'estomac une décomposition manifestement putride.

Je citerai deux cas qui prouvent mon assertion.

Obs. II. — Une femme atteinte de mélancolie profonde témoignait, depuis plus de trois mois, une aversion insurmontable pour tout aliment; on parvint à lui faire prendre à peu près une pinte de bouillon, en la menaçant du fauteuil rotatoire, et vers le soir, pour la déterminer à accepter une portion de viande, on eut recours à ce moyen. Il produisit du malaise et des nausées, suivis de vomissemens : on fut surpris de voir que les matières qu'elle venait de rendre étaient presque le bouillon pur pris à midi : il y avait eu entre les deux repas un intervalle de six heures.

Obs. III. — Une autre femme après avoir repoussé ses alimens pendant plusieurs jours, accepta pendant deux jours son bouillon; la dernière portion fut prise le matin, à onze heures; et le soir, à sept heures, elle parvint à réaliser son suicide, genre de mort pour lequel elle montrait de la tendance depuis quelques mois. A l'ouverture du corps, faite le lendemain, on trouva dans l'estomac e liquide pris la veille et sans qu'il eût subi une altération sensible.

On eût vérifié ce fait en nourrissant le malade d'œufs et de lait; car, lorsqu'on provoque les vomissemens quelques heures après l'ingestion de ces alimens, on trouve parfois l'occasion de se convaincre qu'ils ont subi une putréfaction avancée.

J'ai dit que les aliénés atteints de gangrène pulmonaire n'annoncent ordinairement cette maladie par aucun des symptômes propres aux lésions graves des poumons; et j'ajouterai que c'est par cet état négatif qu'elle diffère de la gangrène développée dans ces organes chez une personne saine d'esprit; car, dans ce dernier cas, elle est accompagnée d'oppression de poitrine, de toux violente et d'un ensemble de symptômes généraux fort graves.

Or, ce qui caractérise la lésion de l'estomac, nnns le retrouvons dans le système pulmonaire : une sensibilité obtuse des poumons, en vertu de laquelle ces organes ne transmettent plus au cerveau l'expression de leurs souffrances, en sorte que ce dernier ne réagit plus en sollicitant l'action des muscles de la respiration : de là la grande obscurité qui règne dans le diagnostic.

Cet état particulier de la sensibilité nous conduit naturellement à ne point perdre de vue les nerfs qui unissent le système cérébro-spinal aux viscères thoraciques et abdominaux, à trouver peut-être dans ces conducteurs de la sensibilité cérébrale la cause essentielle et primitive de l'horreur qu'éprouvent les aliénés pour les alimens; à voir enfin associé à ce symptôme morbide un état de torpeur des pneumogastriques, qui place en quelque sorte les aliénés dans la situatinn de ces animaux chez qui la section de la paire vague détruit tout sentiment de faim et même d'appétence alimentaire.

Je me sens entraîné vers l'opinion que je viens d'exprimer en voyant l'engourdissement dont sont frappés tous les sens.

Les aliénés *sitophobes* supportent le froid et la chaleur avec une indifférence surprenante; un fer rougi au feu appliqué sur la peau ne leur arrache presque aucun cri; des bruits violens retentissent à leurs oreilles et les émeuvent à peine; ils regardent le soleil sans clignoter; les alimens n'éveillent pas la sensibilité de leur palais; ils se bourrent les narines de tabac sans que jamais on les voie éternuer; un voile semble étendu sur tous leurs sens, leur sensibilité paraît se retirer des cordons nerveux, concentrée qu'elle est dans l'épanouissement intra-crânien. Or, la paire vague est un sens viscéral; elle transmet au cerveau le besoin de respirer et celui de se nourrir; il est donc probable que ce prolongement cérébral participe de la stupeur dont tous les nerfs de la vie de relation sont frappés; et dans ce sommeil des sens, ni la paire vague, ni les prolongemens thoraciques et abdominaux du rachis, ne sauraient faire exception à une anomalie morbide affectant tout le système nerveux des sens. L'insensibilité des aliénés à l'action des poisons, les doses énormes de médicamens supportées par eux, le ra-

---

traits et des proportions. Aussi, en considérant tous ces avantages, M. Pellegrini, s'abandonnant à son enthousiasme, s'écrie avec transport : « Oh! qui me rendra mon Virgile, mon Dante, mon Galilée! Pourquoi la nature n'a-t-elle pas fait naître M. Segato en même temps que ces hommes aux noms immortels! Segato nous les eût conservés; et quel être à l'intelligence assez étroite, au cœur assez froid pour ne pas accourir des extrémités du monde afin de contempler ces augustes visages, afin de s'animer, de s'inspirer d'une ardeur céleste en regardant ces fronts empreints de pensers sublimes et des plus hautes conceptions du génie! » (Pag. 25.) Nous applaudissons vivement aux éloquentes paroles de M. Pellegrini; nous partageons vivement ses regrets, mais qu'y faire? Hélas! ce qui reste aujourd'hui des dépouilles mortelles de ces grands hommes *n'a plus même de nom dans aucune langue*; et puisque M. Segato n'est venu qu'au dix-neuvième siècle, il n'y a que nos célébrités modernes qui pourront, grâces à lui, vivre éternellement en corps et en esprit. Pour ma part, sans être une célébrité et sans le moindre espoir de le devenir jamais, je partage, il faut l'avouer, jusqu'à un certain point, l'horreur qu'inspire à M. Pellegrini la seule idée de n'être plus un jour qu'une masse infecte dévorée des vers, et bon tout au plus à être rendu saponifiable par mon mélange avec une certaine quantité de potasse. Cette idée m'est souvent apparue comme une des plus cruelles nécessités de l'existence, et plus d'une fois a troublé les plus heureux, les plus insoucieux instans de ma vie. Mais depuis que j'ai lu la brochure de M. Pellegrini, j'ai pris un parti décisif et tout-à-fait consolant. En dépit de mes héritiers, je veux m'arranger pour vivre après ma mort, et voici comme. J'admets que le procédé de M. Segato sera connu, c'est-à-dire qu'un gouvernement, rendant justice à sa belle découverte, la lui aura achetée. Peut-être cette circonstance me forcerait-elle d'arriver à une longue vieillesse; tant mieux, si la chose est possible! Mais enfin, quand le terme fatal arrivera, je me refuse net à être rendu à la terre; j'ordonne par un testament *ad hoc*, institué pour moi seul, que M. Segato ou tout autre me pétrifie. Cela fait, je reste chez moi; rien n'est changé dans ma maison; mon domestique me lève et m'habille chaque matin, me déshabille et me couche chaque soir. Je reçois comme d'habitude de onze heures à une heure les personnes qui veulent bien venir me visiter (et la foule alors sera grande). Je me fais mettre en voiture et me promène de temps à autre, tantôt au bois de Boulogne, à la Muette ou à Auteuil, tantôt à Vanvres, chez mes amis Falret et Voisin. A certains jours, quelques amis stoïques seront invités à ma table. Je serai pour eux, non le festin, mais le convive de pierre; je veux que devant moi ils boivent à ma mémoire. Peut-être alors sera-ce un moyen de n'être pas oublié de ceux même que j'aurai le plus aimés. Voilà mon projet, lecteur; que vous en semble? Cette idée est à moi; je suis le premier à l'avoir eue. Un autre irait la déposer dans un paquet cacheté à l'Institut, ou demander un brevet d'invention pour quinze années tout au moins; je suis plus généreux : je vous la donne toute fraîche, toute nouvelle, et vous laisse libre d'appliquer comme moi à votre profit la précieuse découverte de M. Segato (1).

(1) Pour rendre à ce sujet une couleur plus sérieuse, nous dirons que le rapport fait à la société de Bologne sur ce procédé, ne justifie pas complètement les assertiions de M. Pellegrini. M. Segato n'est pas non plus le seul qui soit arrivé à un résultat de ce genre; M. Tranchina l'a précédé à Palerme; et nous avons vu à Paris, dans le cabinet de M. le docteur Coudret, des fragmens de cadavre humain admirablement codservés.

Jacques Sabatier.

entissement marqué dans leurs évacuations alvines, annoncent un ralentissement dans l'influx cérébral sur le tube alimentaire.

C'est donc à la torpeur des pneumogastriques que je rattache l'absence de réaction dans l'estomac, l'absence de toute appétence alimentaire, de toute faim, de tout symptôme d'irritation gastrique; c'est à la torpeur des pneumogastriques que j'attribue l'absence des symptômes pulmonaires au milieu des désorganisations les plus considérables des poumons; et c'est dans l'inertie morbide de ce système nerveux, ainsi que des nerfs spinaux, que je trouve l'explication d'une absence de fièvre au milieu des irritations, violentes parfois, qui ravagent les principaux viscères chez les aliénés; plusieurs d'entre eux meurent sans avoir montré la moindre réaction fébrile, et dans ce cas sont ceux atteints de gangrène aux poumons. Or, si par l'application du cautère actuel le malade n'éprouve qu'une faible douleur, s'il fixe les yeux sur le soleil, si un bruit épouvantable frappe son oreille sans qu'il lui fasse détourner la tête, c'est que ces impressions ne sont que faiblement perçues par lui, et que par conséquent elles ne déterminent que des réactions faibles ou nulles dans les systèmes chargés de la conservation organique; ainsi, le système cérébro-spinal ne réagit point parce que l'estomac ne lui transmet plus aucune douleur, parce que les poumons ne lui envoient aucun sentiment de gêne ou d'irritation; et de là l'absence d'agitation, d'anxiété, de faim, de toux, de fièvre et de dyspnée. Toutefois, faisons observer que l'état d'engourdissement de ce nerf doit fortement contribuer à favoriser la congestion des poumons qui, dans tous les cas, semble précéder la désorganisation gangréneuse.

Les belles expériences du docteur Brachet ont jeté sur la question qui nous occupe de grandes lumières; et je crois les observations que j'ai eu occasion de recueillir de nature à sanctionner les principes émis par lui sur les fonctions de la paire vague. Selon cet auteur, elle est non-seulement conductrice de la sensation de la faim, mais elle transmet encore au cerveau le sentiment de la plénitude stomacale; ce nerf communique à l'estomac, en très-grande partie, sa faculté contractile, tandis que les nerfs ganglionnaires président à l'exhalation, à la sécrétion des humeurs gastriques. C'est la huitième paire qui, indépendamment du besoin de respirer, renvoie au cerveau la gêne que font naître les mucosités bronchiques ou tout autre corps logé dans les voies aériennes; et c'est en vertu d'un stimulant résidant tantôt dans les poumons, tantôt dans l'estomac, que le système cérébro-spinal réagit et provoque l'expectoration ou le vomissement, et, dans les cas cités, le cœur n'a pas éprouvé un trouble très-sensible. Ceci confirme ce qu'a dit sur cet organe l'habile expérimentateur que je viens de citer, savoir, que le cœur est gouverné par le plexus cardiaque, et qu'il n'est pas, comme l'ont cru Willis et d'autres après lui, placé sous l'influence spéciale des pneumogastriques; et que l'organe central de la circulation, alors qu'il cesse ses fonctions par la section de ce nerf, ne produit cet effet que par la suspension de la respiration et non par un influx direct de puissance nerveuse sur le cœur. Je suis toutefois porté à penser avec notre auteur que cet influx n'est pas nul tout-à-fait sur cet organe, et que c'est à la diminution de cette influence qu'il faut attribuer le ralentissement du pouls pendant le sommeil; et la lenteur de la circulation observée chez les aliénés dont nous venons de parler; et il ne répugne pas à la raison de croire que cette altération, en quelque sorte paralytique, doit contribuer à favoriser l'espèce de cyanose observée chez nos malades.

Cet état d'inertie de l'estomac demande, de la part du médecin, un choix spécial des alimens; il doit surtout éviter d'avoir recours d'emblée à des substances alimentaires trop fortes, afin de ne point susciter un flux de ventre ou le vomissement. Le bouillon trop substantiel est dans ce cas; le vin ne convient pas, mais le lait est souvent utile, pur ou mêlé à des jaunes d'œufs. A l'égard de ce dernier, j'ai dit que si l'usage en est prolongé long-temps, il donne à l'haleine une odeur repoussante. Cependant ces alimens, loin de produire généralement un effet de cette nature, sont d'une grande utilité. Ainsi je connais des cas où, pendant deux ans, je suis parvenu, au moyen de lait et de jaunes d'œufs, à conserver le malade en vie. Quelquefois il est avantageux de n'employer d'abord que le petit-lait ou bien de l'eau d'orge. En procédant avec constance, on parvient ainsi à réveiller dans l'estomac une sensibilité en quelque sorte éteinte, et plus d'une fois il m'est arrivé de voir l'opiniâtreté du malade se mitiger dès qu'il avait pris quelques cuillerées de lait ou de bouillon.

De ces considérations résulte un fait pratique important, c'est que la privation des alimens exerce sur le moral des aliénés une très-fâcheuse influence; ils deviennent de plus en plus taciturnes, les extrémités se raidissent, et souvent la mélancolie passe à l'état de manie ou d'extase.

En général la situation de ces malades s'améliore sous l'influence d'un régime restaurant.

Rien n'est plus nuisible que d'user de trop de condescendance. Les moyens de persuasion, toujours inutiles, font perdre un temps précieux. Il faut, dès que l'aliéné manifeste la moindre opposition, avoir recours à des mesures énergiques. D'ailleurs l'observation prouve que très-souvent, en peu de jours, ces aliénés parviennent à un rétablissement parfait par l'emploi de pareils moyens.

Avant de terminer ces considérations, je ferai une remarque concernant le pronostic de l'affection dont il s'agit: c'est que non-seulement on a l'espoir d'améliorer le moral du malade en surmontant sa résistance, alors que l'aliénation n'a point encore fait de grands progrès; mais qu'une guérison inespérée se déclare parfois soudain, lors même que la consomption pulmonaire est parvenue déjà à son plus haut période; ce dont les deux cas suivans font foi.

Obs. IV.—Marie de Leest, issue d'une famille qui compte un père, un oncle, et deux frères aliénés, se trouve atteinte, dans notre établissement, d'une profonde mélancolie. La malade est âgée de vingt-huit ans, et d'une complexion très-délicate; cheveux blonds, yeux bleus, teint pâle, membres grêles. Après un séjour de deux mois, elle repousse ses alimens. Trois jours se passent sans que la malade prenne aucune nourriture. P.ines, menaces, rien ne la détermine à manger. On emploie la force et cette manœuvre réussit deux fois; mais elle prête bientôt une résistance violente, et en s'exerçant à contracter le pharynx, elle retient dans l'arrière-bouche le liquide qui ne tarde pas à s'écouler au-dehors.

Il n'y avait d'ailleurs pas moyen d'introduire une sonde œsophagienne. Les jours se passent en efforts qui lassent la patience des servans, et on s'estime heureux à la fin, de pouvoir faire passer quelques cuillerées de bouillon. La couleur de la face ne tarda pas à porter le signe pathognomonique indiqué; les forces déclinèrent, et après deux mois passés dans une abstinence complète, la malade, sans toux préalable, sans difficulté de respirer, expectora des crachats fétides, roussâtres d'abord et ensuite brunâtres. Elle ne prit plus aucun aliment; car on n'osa plus renouveler les efforts employés, craignant de la suffoquer. A mon grand étonnement, elle se détermina spontanément à manger, et au bout de quelques jours, la couleur de la face, de rouge et bleuâtre qu'elle avait été, reprit sa pâleur habituelle; l'expectoration sanieuse s'arrêta insensiblement, et la malade parvint ainsi à une convalescence parfaite qui lui permit enfin de quitter en 1829 notre établissement; mais elle y rentra en 1831. Cette fois son aliénation se caractérisa encore par un refus de manger et par une maladie pulmonaire, mais à laquelle la malade succomba. L'ouverture du corps me fit voir une dégénerescence noire et fétide du poumon gauche.

Obs. V. — Un jeune homme fut atteint, à la suite d'un amour malheureux, d'une profonde mélancolie qui nécessita sa séquestration dans un établissement spécial. Depuis plusieurs semaines, il refusait de manger, et ce motif détermina les parens à le confier à nos soins. Nous pûmes, les premiers jours de son entrée, le déterminer à accepter quelques alimens solides; mais le malade eut bientôt recours à un procédé qui paralysa tous nos efforts: il mangea les alimens qui lui furent présentés; mais s'enfonçant le doigt dans l'arrière-bouche, il les vomit aussitôt: on lui mit la camisole et il s'exerça si bien à faire de grands efforts de respiration et à contracter les muscles abdominaux, qu'il parvint encore à rejeter les matières contenues dans l'estomac. Il continua ces désespérans procédés, pendant plusieurs mois, et dépérit à vue d'œil. Sa figure avait acquis une couleur de bière brune, et ses lèvres étaient livides: le dos se courba considérablement, l'haleine était d'une fétidité insupportable: des crachats roussâtres furent expectorés avec une telle abondance, que le malade en rejetait au moins une pinte dans les vingt-quatre heures. Presque à l'agonie, il se détermina tout à coup à prendre du lait et du bouillon, après une menace qui lui fut faite de lui brûler la nuque avec un fer rougi au feu. Il fallut des efforts pour le faire continuer à manger, et son état physique n'offrit pendant long-temps aucune amélioration appréciable; mais à la longue, la face reprit sa teinte habituelle, la colonne vertébrale se redressa, et le malade gagna même de l'embonpoint; toute expectoration cessa, et finalement ce jeune homme sortit de notre établissement dans un état de santé parfaite, tant au moral qu'au physique, après un séjour de onze mois. Jusqu'ici il n'a pas éprouvé de rechute.

Ces faits corroborent le pronostic de Laënnec, lorsqu'il dit que la gangrène des poumons n'est peut-être pas toujours au-dessus des ressources de l'art.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ITALIENS.

I. ANNALI UNIVERSALI DI MEDICINA.

Le choléra qui vient de parcourir l'Italie a rempli, durant ces derniers mois, une bonne partie des journaux de médecine de ce pays. Nous nous abstiendrons de rendre compte des nombreuses communications dont il a été l'objet; la pathologie de cette effrayante affection y a peu gagné; la thérapeutique est restée aussi obscure. A part ces travaux spéciaux, les *Annales universelles* contiennent, pour les mois d'octobre, novembre et décembre, les articles originaux suivans: 1°

histoire d'une paraplégie accompagnée de phénomènes extraordinaires, par Montesanto; 2° *histoire d'une luxation en arrière de l'avant-bras, réduite après soixante-dix jours; précédée de réflexions sur les luxations anciennes*, par Cappelletti; 3° *mémoire sur les propriétés vitales des vaisseaux et sur la cause du pouls des artères*, par Mugna; 4° *relation de l'épidémie de variole qui a régné à Domaso, etc.*, en 1831-32 et 1834-33, par Taroni; 5° *mémoire sur les ulcérations des intestins qui se rencontrent dans les cadavres des individus morts de la fièvre typhoïde*, par Gola; 6° *usage du nitrate d'argent dans les engelures*, par Gamberini. L'article suivant, qui parait appartenir aux *Annales*, se trouve comme égaré dans les analyses bibliographiques des cahiers précédens.

FRACTURE DU COL DU FÉMUR CONSOLIDÉE EN QUATRE-VINGT-CINQ JOURS AU MOYEN D'UN NOUVEL APPAREIL; par E. ANTONELLI, chirurgien-major des hôpitaux civil et militaire de Novarre.

L'appareil employé par le docteur Antonelli est le suivant. Il place d'abord le malade sur un lit composé d'une table posée sur deux chevalets, une paillasse, une seconde table et les matelas par-dessus. Tout le membre est entouré avec une bande solide, à qui l'on fait faire également plusieurs tours autour du bassin; on a soin de placer au préalable sur le grand et le petit trochanter trois compresses pliées en forme de coussin et maintenues par une forte compresse longuette. Un pareil bandage enveloppe le membre sain; et entre les deux membres on place un long coussin rempli de son. On fait faire l'extension et la contre-extension, après lesquelles on rapproche le membre de ce long coussin; et avec une nouvelle bande, on réunit ensemble les deux membres et le coussin, en commençant au-dessous des malléoles et remontant jusqu'au bassin, en laissant à découvert toutefois les petites génitales et l'anus.

Cet appareil fut appliqué au dixième jour sur un caporal de vétérans âgé de 58 ans, qui s'était fracturé le col du fémur gauche en tombant sur le grand trochanter; il y avait raccourcissement d'un pouce et une crépitation manifeste. Le bandage de M. Antonelli fit cesser toute mobilité et toute crépitation. Au bout d'un mois, le chirurgien jugea convenable de renforcer son appareil relâché en l'entourant en entier d'un drap plié en trois doubles, et mené en doloires au moins trois fois depuis les jambes jusqu'aux articulations iléo-fémorales. Un mois et demi après, aucun accident n'étant survenu, et le malade ayant gardé le repos le plus complet, on examina la fracture, que l'on trouva réunie par un cal solide, et l'appareil fut enlevé. Il n'avait déterminé aucune excoriation; les membres inférieurs présentaient seulement l'émaciation accoutumée, un peu d'engorgement lymphatique aux malléoles et à la région interne des cuisses, et enfin un certain degré de raideur aux genoux. Un mois d'exercice et des frictions huileuses aromatiques dissipèrent ces accidens, et le membre reprit ses fonctions sans offrir la moindre trace de raccourcissement.

L'auteur regarde son appareil comme supérieur aux autres lorsqu'on veut obtenir une cure parfaite; il remplit en effet les deux grandes indications de toute fracture, le repos complet des fragmens et l'extension suffisante, qui est ici procurée par l'union du membre malade au membre sain. Pour les femmes, il propose de tenir une sonde à demeure dans l'urètre, et si elles étaient encore menstruées, circonstance rare dans ces fractures, on procurerait l'écoulement des règles en portant dans le vagin une éponge par la partie inférieure du périnée.

Il est probable, en effet, qu'une pareille immobilité de tout le corps procurerait quelques avantages; mais ne seraient-ils pas bien rachetés par les inconvéniens d'une semblable position gardée deux mois et demi et plus? L'auteur remarque lui-même que son malade était doué d'une patience exemplaire, et qu'on ne saurait espérer de rencontrer toujours. Enfin le raccourcissement, quoique d'abord assez considérable, n'avait que très-peu de tendance à se reproduire, et cela explique l'efficacité de l'emploi du membre sain comme attelle extensive; car on sait bien que rien n'est moins sûr en général que l'extension permanente ainsi pratiquée; et la méthode de Hagedorn, qui repose presque tout entière sur cette condition, n'a pas pu se naturaliser parmi nous.

HISTOIRE D'UNE PARAPLÉGIE ACCOMPAGNÉE DE SUPPRESSION COMPLÈTE DES SELLES ET DES URINES; mémoire lu à l'Académie des sciences, lettres et arts de Padoue, par GIUSEPPE MONTESANTO.

La science possède deux ou trois cas au plus de suppression complète des urines et des selles, continuée pendant des années entières sans porter aux fonctions essentielles de la vie aucune atteinte; mais le seul qui ait été publié avec quelques détails, l'histoire du fameux Daudiche, recueillie par M. Prosper Denys, manquait cependant du complément le plus important peut-être. Les parens de Daudiche, espérant trafiquer de sa dépouille mortelle, avaient fait sentinelle autour de la tombe, de peur qu'on ne vînt enlever le cadavre; et les lumières qu'on aurait pu tirer de cette curieuse autopsie avaient été perdues.

Il y a bientôt trois ans qu'un médecin de Padoue, celui-là même à qui l'Académie de médecine a conféré le titre de correspondant, et qui n'a pu obtenir du gouvernement autrichien le droit de le porter, M. Montesanto avait adressé à l'Académie l'histoire d'un prisonnier italien qui se trouvait dans les mêmes conditions que Daudiche. Cet homme avait acquis une sorte de célébrité; les médecins de sa prison recueillaient avec soin les diverses phases de son histoire pathologique; M. Montesanto en publia à plusieurs reprises des fragmens dans les journaux d'Italie; et nous rendîmes compte, il y a deux ans, d'une de ces communications. (GAZETTE MÉDICALE, 1834, p. 6.) Alors le prisonnier se portait à merveille; comme sa détention ne devait point finir, son médecin exprimait l'espoir de pouvoir un jour couronner l'observation par l'ouverture du cadavre; mais Valetto, c'était le nom de l'homme, ne paraissait disposé à donner de sitôt cette satisfaction à la science. Enfin il est mort; et c'est son histoire complète qui fait le sujet de ce mémoire, et que nous allons mettre sous les yeux de nos lecteurs.

Domenico Valetto était âgé de 18 ans, lorsqu'à la suite d'une chute d'une grande hauteur, en 1816, il lui resta de la faiblesse dans les membres inférieurs et de la lenteur à rendre les selles et les urines. En 1818, un délit commis dans la province le fit conduire dans la prison de Padoue; et un an après il y fut attaqué d'une inflammation de la moelle spinale. Le docteur Menato l'en sauva; mais le sentiment et le mouvement demeurèrent perdus dans les membres inférieurs, et bientôt, à cette paraplégie, se joignit un nouvel ordre de phénomènes; chaque jour, cinq ou six heures après le repas, Valetto vomissait toutes les substances solides et liquides qu'il avait prises; et les selles et les urines manquaient absolument; et quelque temps après, en outre de ce vomissement quotidien des alimens peu ou point altérés, il en survint un autre qui revenait d'habitude après un intervalle de quelques semaines, et par lequel étaient rejetées au dehors des matières stercorales. Il y avait déjà huit ans que durait cet état de choses, lorsque ce malade fut mis sous les soins de M. Montesanto en 1828.

De 1828 à 1831 les vomissemens stercoraux devinrent plus rares et manquèrent même tout-à-fait durant un très-long espace de temps. Les vomissemens d'alimens et des boissons aqueuses (car le malade ne pouvait pas même supporter l'odeur du vin), étaient devenus cependant beaucoup plus fréquens, et cette circonstance coïncidait avec le retour d'un état de pléthore sanguine qui, de mars 1829 à avril 1831, obligea de pratiquer au moins soixante saignées. La respiration oppressée, le pouls dur et accéléré, la fièvre, les douleurs parcourant la poitrine, et le malaise qu'il accusait, laissaient craindre qu'il ne pérît d'hydrothorax; et il avait failli succomber à cette affection en 1830, après un hiver rigoureux dont il avait extrêmement souffert; sa paraplégie, qui le clouait dans son lit, ne lui permettant pas de s'arranger et de se bien couvrir, et jamais aucune chaleur artificielle ne venant corriger le froid de son cachot. Dans ces circonstances, M. Montesanto, ému de compassion, écrivit au vice-président du tribunal d'appel, pour demander, au nom de l'humanité et de la science, que Valetto fût transporté par ordre supérieur à l'hôpital civil, pour y être à la fois mieux soigné et mieux étudié. Mais le prisonnier était condamné au *carcere duro* pour la vie, et le vœu de son médecin ne put être exaucé.

En 1831 Valetto changea quelque chose à ses habitudes; il préférait des alimens de plus en plus lourds et grossiers; il refusait absolument le bouillon et le vin, mais il prenait de l'eau-de-vie en abondance; et il protestait qu'il souffrait mortellement lorsqu'il était contraint de faire violence à son estomac, comme quand on lui préparait des alimens qu'on jugeait meilleurs que sa nourriture ordinaire.

Ainsi, le 27 mars 1832, un peu de poisson frit qu'il avait pris à contre-cœur, excita les symptômes les plus graves; cardialgie cruelle; pouls accéléré et inflammatoire, fièvre vive et qui nécessita des saignées répétées. Enfin, après des efforts incessans et infructueux continués durant quinze jours qu'il passa à une diète complète; après des spasmes aigus de l'estomac, et l'exaspération d'une douleur dans l'épine dont il se plaignait depuis plusieurs années, vers les apophyses épineuses de la dernière vertèbre dorsale et de la première lombaire; il survint un vomissement spontané et inespéré d'une quantité énorme de matières fécales, qui avaient été long-temps sans reparaître, et sur la fin d'avril, le malade était revenu au même état de santé qu'auparavant.

Vers cette époque, une forte secousse de tremblement de terre menaça d'ébouler les murs de sa prison; on le transporta dans une

autre, non sans de vives douleurs et de l'épine et de l'estomac aux moindres secousses du corps. La douleur spinale s'accrut et s'accompagna d'un sentiment de pulsations à l'intérieur; et il survint une tuméfaction insolite de l'abdomen, comme s'il avait été rempli d'air. Ce dernier symptôme, bien que passager, frappa d'autant plus que jusque là le malade n'avait jamais accusé de trouble ni d'altération sensibles à l'extérieur au-dessus de la région de l'estomac, ni dans celle des gros intestins, des reins et de la vessie, même au milieu de graves souffrances des parties voisines.

Le 20 novembre 1833, il survint une fièvre vive, précédée d'un froid intense et d'une douleur gravative à la tête; les saignées arrêtèrent la fièvre, mais sans produire le calme accoutumé. Vers la mi-décembre, les souffrances augmentèrent; l'estomac refusait tout aliment; la physionomie était abattue; le malade accusait une forte pulsation vers les vertèbres qui étaient le siége de la douleur, et malgré d'incessans efforts pour vomir, il ne pouvait rien rendre. Une large saignée calma un peu le tumulte du pouls, du ventre et de l'estomac, et l'explosion de quelques vents par l'anus parut y avoir contribué. Mais tous les fâcheux symptômes revinrent les jours suivans; la région épigastrique était contractée, déprimée en haut, tandis que l'hypogastre était tendu, dur et saillant, en sorte que le corps semblait là étreint par une forte ceinture; après des douleurs infinies, arrivèrent des vomissemens de matières liquides, inodores, insipides, et plus tard un autre de sucs très amers. Une nouvelle douleur se fit sentir vers l'appendice xiphoïde; il s'y joignit un tremblement des bras et des mains. Les bains, les saignées, les sangsues amenèrent à la longue quelque amelioration; seulement il resta du malaise, des tiraillemens, des contractions en divers points de la région épicolique, où durant tant d'années le malade n'avait auparavant jamais rien ressenti.

Vers le mois de mars 1834, les membres abdominaux s'œdématièrent jusqu'à prendre l'aspect de la *phlegmasia alba dolens*.

Le 12 mai, le professeur Lorenzo Fabris, chirurgien en chef de l'hôpital civil, vint voir ce malade; il explora le rectum et reconnut qu'il était très-rétréci et tapissé à sa surface d'un mucus verdâtre inodore; il ne put avec le doigt reconnaître aucune portion de la vessie, et la fatigue que cet examen avait fait souffrir au malade ne permit pas de songer au cathétérisme.

Cependant la santé déclinait de jour en jour; l'esprit était abattu, quoique cet homme fût d'un naturel résolu et intrépide, arrogant et inflexible; il sentait le danger et cherchait à se soustraire à toutes nouvelles recherches qui ne faisaient que le fatiguer. Il essaya de cacher qu'il avait recommencé à rendre un peu d'urine, en même temps que la tuméfaction des membres disparaissait; mais on exerçait sur lui une trop grande vigilance pour que rien pût échapper. L'urine rendue était liquide, aqueuse, presque sans odeur; seulement tantôt il restait sans en rendre pendant un assez grand nombre d'heures, et tantôt, à petites reprises, il en rendait bien 2 livres médicales (24 onces) dans les vingt-quatre heures. Il importe de noter qu'il n'avait jamais eu ni incontinence ni rétention d'urine, et qu'il n'avait jamais été besoin de le sonder, chose si fréquente chez les paraplégiques.

Vers le mois d'octobre, la nécessité de réparer la prison le fit transporter à l'infirmerie de la maison de force, où il vécut encore plus de trois mois. Peu à peu il arriva à une incapacité absolue de prendre des alimens; et il vomissait à l'instant même tout ce qu'il essayait d'avaler, même l'eau pure; la consomption fit des progrès rapides; le pouls demeurait régulier, petit et vide; la gorge était sèche et brûlante; les urines aqueuses. Le 13 février 1835 au matin, tout annonçait une mort prochaine, et ce fut alors que l'on vit à la fois, sans aucun phénomène précurseur, des matières fécales délayées sortir par la bouche, et d'autres, plus liquides encore, précédées de quelques gaz, se faire jour par le rectum, qui avait cessé de leur donner issue depuis tant d'années. Valetto expira trente heures après, le 14 février, âgé de 36 ans, après dix-sept années de prison et presque autant de maladie.

L'autopsie fut faite 36 heures après, en présence du docteur Brugnolo, du professeur F. Caldani, des docteurs J.-B. Morgagni, Fabris, Argenti, Meneghini et Montesanto.

Le cadavre était émacié surtout dans la moitié inférieure du corps; la peau était partout de couleur normale; les articulations des genoux, naturellement étendues, étaient flexibles; les pieds dans une extension très-forte, et ne pouvant être ramenés à la flexion; les orteils fléchis d'une manière immobile, comme ils l'avaient été durant sa longue maladie.

Dans la poitrine on trouva des adhérences étendues des deux côtés, de la sérosité sanguinolente dans le péricarde; le cœur était de volume médiocre. Au crâne, la dure-mère parut œdémateuse, et la pie-mère également. Les hémisphères cérébraux étaient fermes; le cervelet plutôt mou, et d'un petit volume, surtout si on le comparait au développement des parties latérales du cerveau.

La colonne vertébrale avait sa forme normale; et même dans le point où avait existé cette douleur fixe, aiguë, qui devenait intolérable au toucher, on ne trouva aucune altération des vertèbres. Le canal vertébral contenait une abondante quantité d'un liquide séro-sanguinolent qui parut siéger sous la dure-mère. Les vaisseaux de la pie-mère à la face postérieure de la moelle, se montrèrent injectés et distendus, particulièrement depuis la troisième ou quatrième vertèbre dorsale, jusqu'au commencement de la queue de cheval; dans toute cette étendue la moelle était très-consistante; sa couleur à sa surface et ses dimensions étaient comme dans l'état normal; mais à l'intérieur elle paraissait rouge et injectée, surtout dans les points où sa consistance était plus grande. Les racines spinales et les nerfs spinaux eux-mêmes, suivis dans une petite étendue de leur trajet, n'offraient aucune altération. Mais la cavité la plus importante à considérer était certainement le bas-ventre.

L'estomac était fort distendu et beaucoup plus grand que d'ordinaire; du grand au petit cul-de-sac il offrait huit onces et demie de Padoue (9 pouces 3 lignes), et du sommet du grand cul-de-sac au milieu de la grande courbure, 7 onces (7 pouces 7 lignes). Il contenait une petite quantité de matières bilieuses et fécales liquides; ses parois étaient saines. Le foie était adhérent par toute sa face supérieure au diaphragme; la vésicule biliaire, tout-à-fait vide de bile, était exactement remplie par vingt à trente calculs de diverses grandeurs, depuis celui d'un grain de blé jusqu'à celui d'une aveline.

L'épiploon, moins étendu qu'à l'ordinaire et comme privé de graisse, envoyait une bride qui passait en deux endroits sur les intestins grêles, et allait s'attacher fortement au méso rectum.

La surface externe des intestins grêles était en divers points injectée et de couleur rouge-brun; leur calibre était çà et là très-rétréci, principalement près du cœcum, et ils contenaient une matière semblable à celle qui remplissait l'estomac. Le cœcum, le colon ascendant et une portion du transverse étaient à l'état normal. Près de la courbure iliaque gauche, et à partir de ce point jusqu'au rectum, le colon avait ses tuniques épaissies, résistantes, et adhérait beaucoup plus que de coutume aux parties voisines. Son canal était très-étroit, et de très-nombreuses ulcérations se remarquaient sur la muqueuse ainsi que dans l'intestin rectum. Tous les intestins contenaient des matières fécales, délayées dans les intestins grêles, dures et sèches dans les autres.

Le foie et le pancréas étaient sains.

La vessie, extrêmement rétractée, était adossée au pubis et presque entièrement cachée sous cet os, ce qui faisait penser au premier abord qu'elle manquait dans le bassin. Ses parois étaient fortement épaissies. Elle renfermait quelques gouttes d'urine rougeâtre et épaisse, et n'aurait pas pu en contenir plus de 3 onces. Les reins étaient sains; les uretères un peu rétrécis et flasques; l'urètre légèrement rougeâtre.

Les testicules et les canaux déférens sains; les vésicules petites et contenant un peu de matière séminale.

M. Montesanto ajoute à cette histoire d'assez longues réflexions qui tendent à en expliquer les singuliers phénomènes; elles n'offrent rien d'assez satisfaisant pour qu'il soit nécessaire de les reproduire. Nous nous bornerons à mentionner une coïncidence assez curieuse. Corvisart ayant examiné Daudiche à Vaid, lui avait prédit une vie longue malgré ou à cause de son infirmité; Valetto a vécu aussi un assez long espace de temps; et il est remarquable qu'un des symptômes qui furent jugés les plus graves par son médecin, fut le retour de l'urine et des selles par la voie naturelle.

HISTOIRE D'UNE LUXATION DE L'AVANT-BRAS EN ARRIÈRE, RÉDUITE AU SOIXANTE-DIXIÈME JOUR; précédée de remarques sur les luxations anciennes; par le docteur G. CAPPELLETTI, de Trieste.

L'auteur commence par examiner cette question importante: jusqu'à quelle époque est-il permis de tenter la réduction des luxations? Les chirurgiens ont beaucoup varié à cet égard. Fabrice de Hilden s'opposait à ce qu'on entreprît de réduire une luxation humérale datant de quinze semaines. Il raconte avoir vu plusieurs essais de ce genre qui n'ont fait qu'accroître l'infirmité. M. Bell veut qu'on s'abstienne après quelques jours; Monteggia pose pour limite un mois et demi pour les luxations en général, et trois semaines pour celles des articulations ginglymoïdales. D'une autre part J.-L. Petit a réduit des luxations datant de six mois et même d'un an; Abernethy conseille de tenter la réduction même après un an écoulé; Pfaff et Guyenot ont réussi, dit-on, à remettre le fémur en place après deux ans de luxation; enfin une observation d'A. Cooper semble indiquer la possibilité de la réduction

après beaucoup plus de temps encore. Si les faits ne manquent pas à cette dernière opinion, l'autre en compte aussi en sa faveur; ce sont des luxations irréductibles après quelques jours, et des accidens graves produits par des tentatives de réduction; les muscles déchirés, les artères rompues, le plexus nerveux du bras arraché de la moelle à son origine, et la mort survenant dans l'opération même ou quelque temps après.

De la comparaison de ces résultats si divers, M. Cappelletti déduit cette conséquence que nous adoptons pleinement pour notre part, *que les chirurgiens ont embrassé jusqu'à ce jour des opinions trop exclusives, et que l'impossibilité de la réduction tient plutôt aux circonstances qui accompagnent la luxation, qu'au temps écoulé depuis qu'elle est produite*. C'est un premier pas de fait, et qui n'est pas sans importance; mais il s'agit de déterminer maintenant quelles sont ces circonstances qui contr'indiquent la réduction; et l'auteur ne nous paraît pas aussi heureux dans la solution de cette seconde difficulté.

La principale contre-indication est certainement, dit-il, la diathèse scrophuleuse; l'inflammation qui suivrait la réduction pourrait donner naissance à une tumeur blanche. Ceci est tout au plus une probabilité même assez éloignée; aucun fait, à notre connaissance, n'est venu jusqu'ici justifier de pareilles craintes.

La seconde est la grande mobilité de l'os luxé, que l'auteur regarde, dans les luxations des articulations orbiculaires, comme toujours produite par le bénéfice du temps; tandis que dans les ginglymes l'articulation demeure immobile. Il y a erreur dans ces assertions trop absolues; et il est certaines luxations de l'humérus, par exemple, où la mobilité est un signe très-favorable, et la presque immobilité une circonstance extrêmement fâcheuse pour le succès de la réduction.

Enfin il cite l'inflammation quelquefois intense qui a pu suivre la luxation, et qui produit des adhérences, ramollit les tissus et les dispose à se déchirer. C'est là en effet souvent une source de contre-indications puissantes; mais non pas encore dans tous les cas.

La principale contre-indication, après un certain temps écoulé, se tire, à notre avis, de la nature de la luxation même, et de la déchirure plus ou moins complète de la capsule qui tantôt, conservée en partie, maintient une route toujours ouverte à la tête luxée pour revenir à sa position naturelle; et tantôt, complétement déchirée, laisse se former des adhérences qui interceptent toute communication entre l'ancienne cavité et la nouvelle. Les luxations incomplètes des énarthoses peuvent se réduire après un an et plus; les luxations complètes au bout d'un mois sont communément irréductibles. Il y a dans ces idées le germe d'un beau travail qui ne pourra être achevé que quand toutes les variétés des luxations auront été exactement déterminées; et la science est loin encore d'avoir acquis sur ce point toutes les données nécessaires.

Dans un autre paragraphe de son mémoire, M. Cappelletti traite des moyens à employer pour réduire les luxations anciennes; mais il ne fait que répéter ce qu'en ont dit les auteurs classiques; et en effet pour savoir comment attaquer les obstacles, il faudrait d'abord connaître en quoi ils consistent; et c'est précisément la question demeurée en litige jusqu'à ce jour. Enfin il passe à l'histoire de sa luxation, qui offre assez d'intérêt pour la reproduire avec détails.

OBS. — Une paysanne âgée de 56 ans, dans une chute violente sur la main, se luxa l'avant-bras en arrière sur l'humérus. Un rebouteur renommé fut appelé, exerça de grandes tractions, et finit par abandonner la malade, en lui déclarant que la réduction était faite, et qu'avec le temps elle arriverait à une parfaite guérison. Elle resta donc en cet état durant soixante-sept jours, ressentant dans l'articulation des douleurs aiguës et continuelles qui l'empêchaient d'exécuter avec ce membre le plus léger mouvement. Enfin, le soixante-huitième jour, elle vint consulter M. Cappelletti; le membre était alors dans l'état suivant.

L'avant-bras était étendu, incapable d'aucun mouvement de flexion, de pronation et de supination, et de trois travers de doigt plus court que l'autre; le cubitus et le radius étaient portés en arrière et en haut, et l'apophyse coracoïde logée dans la fosse sigmoïde. Le condyle huméral faisait saillie en avant et vers le côté interne, en sorte que la luxation était à la fois postérieure et latérale, comme on en trouve un exemple dans le traité de sir A. Cooper.

Le chirurgien, d'abord indécis, se rappela cependant que Desault avait réduit une semblable luxation après deux mois, et M. Roux au bout de cinq; et considérant l'état favorable de cette femme, qui ne présentait aucune contre-indication, il résolut de tenter la réduction. Il commença par faire appliquer deux jours de suite des cataplasmes émolliens sur l'articulation; il prescrivit deux bains chauds par jour, et recommanda de mouvoir les os luxés autant que possible, pour détruire au moins en partie les adhérences contractées; et enfin, au soixante-dixième jour de l'accident, il procéda à la réduction ainsi qu'il suit, assisté des docteurs de Camin et Formiggini.

La contre-extension fut exercée sur le thorax, et l'extension, au moyen du moufle, à la partie inférieure de l'avant-bras. On ne voulut point établir la contre-extension sur la partie supérieure de l'humérus, de peur de comprimer les muscles qui se rendent au radius et au cubitus.

Tandis que l'on procédait à l'extension, le chirurgien fit à la malade une large saignée du bras et lui administra l'émétique à doses réfractées. Le procédé de réduction ne différa pas d'ailleurs de celui qui est décrit par Monteggia et par Boyer; seulement il faut ajouter que la femme dut rester pendant au moins une heure et demie sous l'action énergique du moufle avant qu'on pût dégager l'apophyse coracoïde de la cavité sigmoïde, et réduire le déplacement des os en arrière. La bonne conformation du membre et la facilité des mouvemens de flexion avertirent de ce premier succès.

Mais au côté interne de l'article, le condyle huméral faisait encore une saillie plus forte que dans l'état normal, indice d'une légère luxation latérale; on reprit donc l'extension pour faire disparaître ce déplacement; mais quelque énergiques et prolongés que fussent les efforts, ils échouèrent complétement; il y avait d'ailleurs à craindre, en insistant davantage, d'exposer la malade à quelque accident du genre de ceux qui ont été signalés plus haut.

Un accident désagréable retarda la guérison, sans entraîner cependant aucune fâcheuse conséquence, ce fut la fracture de l'olécrâne, produite par la résistance opiniâtre du triceps.

Le bras fut mis dans une position moyenne, et un bandage appliqué pour tenir en contact les fragmens de la fracture. L'irritation locale dura peu; l'application de la glace durant les premières vingt-quatre heures, et ensuite les cataplasmes émolliens, servirent admirablement à la dissiper.

Au bout de trente-cinq jours, on leva l'appareil pour la fracture de l'olécrâne, qui fut trouvée parfaitement consolidée; alors on prescrivit de fréquens mouvemens de l'avant-bras pour vaincre la rigidité que le long repos avait nécessairement amenée. Cinq mois après, tous les mouvemens s'exécutaient librement, sans douleur, et la malade pouvait se livrer sans crainte à ses occupations domestiques.

SUR L'EMPLOI DU NITRATE D'ARGENT CONTRE LES ENGELURES, par le docteur GAMBERINI.

Pour prévenir l'ulcération des engelures, et même arriver à les dissiper, le docteur Gamberini recommande le moyen suivant : Qu'on humecte l'engelure avec un linge légèrement imbibé d'eau, de sorte que la peau reste molle et humide, sans être précisément mouillée; et qu'ainsi préparée on passe sur l'engelure un cylindre ordinaire de pierre infernale; en appuyant modérément, procédant avec lenteur et repassant le cylindre plusieurs fois de suite sur la partie. En quelques minutes et quelquefois plus promptement, l'épiderme prend une teinte blanche très-légère; au bout de plusieurs heures et principalement quand la partie demeure exposée à la lumière, comme dans les engelures de la main, l'épiderme brunit et présente au toucher une consistance plus grande. C'est le même effet qui se produit sur les doigts lorsqu'on a manié sans précaution un morceau de ce même caustique. Une pression plus forte ou un contact plus prolongé du nitrate d'argent détermineraient la dénudation du derme; le même effet arriverait si la surface était trop humide avant d'être cautérisée. Mais en général on peut dire que la cautérisation maintenue dans de justes limites ne cause aucune douleur, et rarement un léger picotement.

Ce simple traitement délivre le malade de toute incommodité au bout de quelques jours. Cependant il peut devenir nécessaire de recommencer l'application une ou deux fois.

II. IL FILIATRE SEBEZIO.

DE L'OXIDE DE ZINC CONTRE LES ACCIDENS PRODUITS PAR LA BELLADONE; lettre du docteur Bonifazio CHIOVITTI.

Les empoisonnemens par la belladone sont assez fréquens pour donner quelque importance à la découverte d'un moyen propre à les combattre avec efficacité. Le docteur Chiovitti signale l'oxide de zinc comme jouissant de cette heureuse propriété; peut-être l'unique observation sur laquelle il se fonde ne paraîtra-t-elle pas suffisamment concluante; toutefois ce premier essai mérite d'être répété.

OBS. — Vers la mi-juillet 1835, une jument du marquis de Spineto, âgée de 9 ans, par une fâcheuse méprise, prit une demi-once d'extrait de belladone. On eut d'abord recours à des lavemens, à l'eau-de-vie camphrée, etc. Le docteur Chiovitti appelé fit lui-même avaler à l'animal les antidotes ordinaires de la belladone, mais sans succès, le poison ayant déjà été absorbé. Le système nerveux était gravement entrepris; il y avait des soubresauts des tendons, des tremblemens, des palpitations des muscles; la respiration était altérée; l'animal ne pouvait se tenir debout, et les intestins ne remplissaient plus leurs fonctions. Dans un cas aussi pressant, le médecin fit préparer, dans une petite quantité de son, 3 drachmes d'oxide de zinc, à prendre en quatre fois dans la journée. A peine douze heures s'étaient-elles écoulées, que déjà tous les troubles nerveux avaient disparu, et que l'animal éprouvait une amélioration très-sensible. Tout alla bien jusqu'au cinquième jour, où les symptômes nerveux reparurent; ils furent également dissipés avec un autre scrupule d'oxide de zinc. L'animal ne tarda pas à reprendre sa santé et ses fonctions.

L'auteur se demande comment expliquer cet effet de l'oxide de zinc. D'après M. Barbier, l'oxide de zinc agirait uniquement sur l'encéphale, et une autopsie rapportée par M. Flourens semble prouver que la belladone porterait toute son action sur l'encéphale, et plus particulièrement sur les tubercules quadrijumeaux. Les deux médicamens agissant sur le même organe, d'après la règle *contraria contrariis cu-*

rantur, il faudrait donc admettre que l'oxide de zinc possède une propriété destructive de celle de la belladone. On pourra trouver qu'après ce raisonnement on est tout juste aussi avancé qu'auparavant. C'est à peu près l'objection capitale qui s'adresse à toutes nos théories, et voilà pourquoi nous pensons qu'il faut être très-sobre de cette espèce d'explications.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 11 JANVIER.

DÉSINFECTION DES PRODUITS DE L'ABATTAGE DES ANIMAUX.

M. Payen demande qu'on charge une commission de prendre connaissance des procédés mis en usage dans son établissement situé à Javelle, où s'opèrent la désinfection immédiate et diverses applications utiles de tous les produits de l'abattage des animaux.

PRIX DE LA SOCIÉTÉ ROYALE DE LONDRES POUR 1838.

Le secrétaire de la société royale de Londres annonce à l'Académie des sciences que le roi ayant fondé deux prix annuels, consistant chacun en une médaille d'or de la valeur de 500 guinées, pour être décernés aux auteurs des plus importantes découvertes faites dans les différentes branches des sciences physiques et mathématiques, et ayant voulu que les étrangers fussent admis au concours, la société décernera dans sa séance publique de 1838, une des médailles au meilleur mémoire inédit de chimie, et l'autre au meilleur mémoire de physique également inédit. Les mémoires destinés pour le concours devront être remis avant le mois de juin 1838. Les ouvrages couronnés deviennent la propriété de la société, et sont ultérieurement publiés dans ses *Transactions*.

STATISTIQUE DE LA POPULATION.

M. Demonferrand adresse une note contenant des observations destinées à prouver que « les documens statistiques du ministère de l'intérieur sont l'expression d'un travail, imparfait sans doute, mais sérieusement exécuté en présence des faits. »

Si les feuilles, dit l'auteur, ne contenaient que des nombres mis au hasard, on n'y découvrirait aucune loi commune, ou du moins elles ne s'accorderaient que sur des faits conformes à des opinions généralement admises. Or, il résulte de la comparaison des départemens entre eux qu'ils s'accordent à donner plusieurs lois peu connues, ou même contraires à des préjugés très-accrédités. Ainsi :

1° Les décès masculins sont plus nombreux que les décès féminins dans la première année.

2° Les décès masculins présentent un maximum de 20 à 35 ans. Le département des Basses-Pyrénées fait seul exception.

3° Les décès féminins ont un maximum entre 30 et 40 ans. La Lozère, les Landes et les Basses-Pyrénées contredisent cette loi.

4° L'âge de 45 à 55 ans n'est pas un âge particulièrement à redouter pour la vie des femmes. Exception : Allier, Corse, Basses-Pyrénées.

5° La longévité chez les femmes est plus grande que chez les hommes, excepté dans la Corse, les Pyrénées-Orientales, le Var et la Vienne.

SPÉCIALITÉ DES NERFS DE L'ODORAT, DU GOUT ET DE LA VUE.

M. Gabriel Pelletan adresse un mémoire dans lequel il discute cette question.

L'analogie présumée entre les sensations déterminées par les odeurs et les saveurs a fait admettre, dit M. Pelletan, que chez les poissons le sens de l'odorat était transformé en celui du goût. L'admission de cette première hypothèse a porté ensuite à avancer que chez les taupes et les musaraignes le nerf optique, nerf de la deuxième paire, qu'on ne trouvait point, était remplacé dans ses fonctions par une branche de la cinquième paire.

Le but du mémoire de M. Pelletan est principalement de démontrer que ces hypothèses, qui établiraient la non spécialité des fonctions des nerfs des sens, sont inadmissibles.

Il se fonde :

1° Sur ce qu'il n'y a nulle analogie entre les sensations déterminées par les odeurs et celles fournies par les corps sapides, et par conséquent entre le goût et l'odorat.

2° Sur ce que chez les poissons, les nerfs olfactifs par leur origine, et les cavités nasales par leur disposition, conservent toujours les caractères qui chez les autres animaux différencient ces nerfs et ces organes de ceux du goût.

3° Sur ce que rien ne prouve que l'air soit le seul véhicule possible des odeurs, et que les particules odorantes en dissolution dans l'eau ne puissent être *odorées* par les poissons.

4° Sur ce qu'en général l'odeur des alimens les distinguant beaucoup mieux que leur saveur, le sens de l'odorat est plus utile aux poissons que celui du goût pour les guider dans le choix de leur nourriture, surtout pour ceux qui vivent dans l'eau de la mer, liquide si fortement sapide.

5° Sur ce que les taupes et les musaraignes possédant des nerfs optiques que l'on peut suivre depuis leur origine, qui est semblable à celle des animaux de la même classe, jusqu'à leur terminaison au globe de l'œil, il n'y a aucune raison pour penser que ce soit le nerf de la cinquième paire qui les fasse voir.

Ces conclusions, poursuit l'auteur, ne s'appliquent nullement au sens du toucher, qui, commun à toutes nos parties, sans faire d'exception pour les organes de la vue, de l'ouïe, de l'odorat et du goût, est nécessairement exercé par des nerfs d'origines différentes.

— M. Biot lit l'extrait d'un mémoire ayant pour titre : *Méthodes mathématiques et expérimentales pour discerner les* mélanges *et les* combinaisons définies ou non définies *qui agissent sur la lumière polarisée*, suivies d'applications aux *combinaisons de l'acide tartrique* avec l'*eau*, l'*alcool* et l'*esprit de bois*.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 12 JANVIER. — *Présidence de M. Louyer-Willermay.*

La correspondance comprend :

1° Une lettre de M. le docteur Legrand, de Toulon, avec le tableau des décès en juin, juillet, août et septembre par le choléra dans cette ville. En juin, 41 décès cholériques, 173 ordinaires; en juillet, 1,199 cholériques, 417 ordinaires; en août, 167 cholériques, 142 ordinaires; en septembre, 46 cholériques, 126 ordinaires. Total en 1835, 2,271; dans les mêmes mois de 1834, la mortalité a été de 602.

2° Une lettre de M. Duval, directeur des traitemens orthopédiques des hôpitaux, avec les observations de trois pieds-bots très-difformes, guéris au moyen de la section du tendon d'Achille. Commissaires : MM. Sanson, Husson et Londe.

ÉLECTION DE M. CRUVEILHIER.

Après la lecture de la correspondance, l'ordre du jour est l'élection d'un membre dans la section d'anatomie pathologique. M. Capuron demande en vain que l'on continue la discussion sur les saignées pratiquées coup sur coup. M. Nacquart présente, à l'occasion du scrutin, une proposition tendant à le laisser ouvert jusqu'à quatre heures, afin que tous les membres survenant puissent y contribuer par leur vote. Mais M. Adelon fait remarquer que le nombre légal des membres présens est fixé par les signatures apposées à la feuille de présence; cette feuille est close à 3 heures et demie; les membres qui arrivent plus tard, ne pouvant signer, ne sont donc pas légalement présens et n'ont pas droit de voter; en conséquence la proposition de M. Nacquart ne saurait être adoptée.

Le scrutin constate 103 membres présens. M. Cruveilhier obtient 89 voix, M. Blandin 10; MM. Tanchou, Piédagnel, Scipion Pinel et Cayol, chacun une. M. Cruveilhier est proclamé membre titulaire de l'Académie, dont il n'était jusqu'alors que membre-correspondant.

DEUXIÈME RAPPORT SUR LES CURES ORTHOPÉDIQUES DE M. HOSSARD. — M. P. DUBOIS, rapporteur.

M. Paul Dubois lit un court rapport sur les renseignemens qui ont été communiqués par M. Jules Guérin, concernant les cures orthopédiques de M. Hossard. Ces renseignemens tendaient à établir : 1° que M. Hossard avait présenté à la commission des sujets précédemment traités à Angers; 2° que l'un des sujets était la femme de chambre de madame Hossard, à laquelle M. Hossard aurait produit une déviation artificielle de l'épine pour se donner le mérite de la guérir promptement. Sur le premier point la commission reconnait que l'Académie a été trompée par M. Hossard : deux des sujets présentés à la commission avaient été traitées dans l'établissement d'Angers, l'une pendant cinq mois, l'autre sept mois; sur le second point la commission déclare n'avoir pas eu des preuves suffisante pour se prononcer. La commission conclut que le présent rapport sera annexé à l'expédition du premier rapport.

M. VELPEAU. J'ai vu avec une sorte de chagrin la discussion qui s'est élevée au sein de l'Académie entre M. Hossard et M. Jules Guérin. Mais, enfin la question principale du débat était de savoir si M. Hossard avait dit ou non la vérité à l'Académie, s'il avait présenté comme guéries en quelques mois des malades qu'il traitait depuis 5 et 7 mois avant de les avoir présentées à l'Académie; et, sur ce point le rapport ne nous laisse rien à désirer; puis si M. Hossard avait produit des déformations artificielles sur une autre malade, femme de chambre de sa femme, pour se donner le facile mérite de les redresser promptement. La commission dit qu'elle n'a rien appris de certain à cet égard. Or, j'ai vu et beaucoup de nos collègues ont pu voir comme moi de nombreux documens qui éclaircissent beaucoup ce prétendu mystère; des lettres et des déclarations qui attestent qu'on ne s'était pas aperçu à Angers de cette difformité, qui était si visible à Paris. Je pense qu'il eût été sage de laisser désormais cette affaire sous silence, et de ne pas exposer l'Académie, par la délivrance d'un rapport fondé sur des faits si douteux, au risque de favoriser le plus flagrant charlatanisme.

M. LISFRANC. Il y deux ordres de faits dans le rapport qui vous est soumis. D'une part, M. Hossard a-t-il présenté à l'Académie, comme des malades non encore soumises à aucune sorte de traitement, des jeunes filles qu'il traitait déjà depuis 5 et 7 mois dans son établissement? Le rapport ne laisse sur ce point aucune espèce de doute; évidemment M. Hossard a dit à l'Académie ce qu'il savait n'être pas la vérité; et conséquemment c'est un homme qui dans ses allégations mérite bien d'exciter quelque méfiance. Secondement, est-il vrai qu'il ait produit artificiellement une courbure de l'épine chez cette femme de chambre, pour se vanter ici de savoir guérir? La commission dit qu'elle n'en sait rien; cependant il y a des documens qui pouvaient l'éclairer; trois honorables médecins d'Angers ont déclaré qu'ils n'avaient jamais aperçu chez cette fille aucune apparence de déviation. Or, il ne s'agissait pas dans ce cas de ces déviations légères et qu'un corset déguise; quand elle nous fut présentée, cette fille offrait une courbure de 17 lignes de flèche, une courbure si prononcée qu'elle avait entraîné le bassin même, et que l'un des membres inférieurs, raccourci par là même de plus de deux pouces, déterminait la claudication la plus frappante. Il faut se rappeler, messieurs, que la difformité était telle, qu'un des membres de la commission n'a pas trouvé à comparer la malade mieux qu'à un cul de jatte. Est-ce là une difformité que l'on cache? Et si trois médecins n'en ont cependant vu aucune trace, ne trouvez-vous donc rien à en conclure? Mais une autre circonstance m'a frappé, messieurs; la commission a écrit à Angers pour avoir des renseignemens, elle s'est adressée spécialement à

MM. Guépin et Mirault, médecins attachés à l'établissement de M. Hossard ; ces deux honorables confrères ont répondu sur toutes les autres questions; ils se sont tus sur le fait de la femme de chambre. Que veut dire ce silence? Je laisse à l'Académie le soin d'en juger ; mais je tiens pour impossible que ces deux médecins n'aient pas été frappés d'une difformité aussi étrange que celle que cette femme de chambre a présentée ici ; et en tout état de cause, il est au moins fort extraordinaire qu'ils aient omis de répondre sur cette question de la commission, et je ne comprends pas non plus comment la commission n'a pas insisté pour avoir une réponse.

On a objecté que M. Guérin lui-même avait vu et constaté la réalité de cette difformité. La réponse est bien simple, cette malade a été présentée à M. Guérin à une époque où l'on ne soupçonnait pas de semblables fraudes, et où la science ne possédait pas encore de moyens de les reconnaître.

Je terminerai par cette considération. On a dit plusieurs fois dans nos séances, que l'on ne devrait jamais faire de rapports sur des faits douteux ou non encore complets, pour ne pas favoriser le charlatisme ; eh bien, il s'agit ici de deux faits reconnus controuvés et d'un troisième qui est au moins contestable, un fait contre lequel toutes les présomptions s'élèvent, et qui n'est appuyé devant vous que par des déclarations du serrurier de M. Hossard, de la couturière et de la sœur de la femme de chambre, plus par l'allégation de M. Hossard lui-même. Je crois être fort réservé, messieurs, en me bornant à dire que ce fait est contestable, et que l'Académie ne peut et ne doit point permettre qu'on délivre d'expédition du premier rapport. J'appuie en conséquence la proposition de M. Velpeau.

M. Londe. Je suis membre de la commission et j'ai signé le rapport, ce qui rend ma position en ce moment assez difficile. Cependant je dois dire que de nouveaux documens que je viens de recevoir me donnent la conviction la plus entière que les faits avancés par M. Hossard sont tous faux ; et pour ne pas compromettre nos signatures, je prie l'Académie de renvoyer toute l'affaire à un plus ample informé.

M. Paul Dubois. L'heure s'avance, et je suis juge du concours de la Faculté : je n'aurais donc pas le temps de soutenir la discussion comme elle est engagée. J'avais pensé qu'il suffirait de présenter à l'Académie le résumé des jugemens de sa commission ; je vois qu'il eût été préférable d'analyser les faits sur lesquels ces jugemens se sont assis. La commission a reconnu la fraude dans les deux premiers faits, et elle a justement flétri la conduite de M. Hossard à cet égard ; pour le troisième, elle n'a pas eu de preuves aussi convaincantes, et elle l'a dit. Mais puisque l'Académie demeure dans le doute, je la prie de renvoyer la discussion à la prochaine séance ; je lui présenterai l'analyse de tous les documens qui ont passé sous nos yeux.

M. Adelon. Il convient que d'ici là la commission se réunisse pour prendre connaissance des nouveaux documens dont a parlé M. Londe.

M. Husson. Ceci est une tout autre affaire. La commission avait reçu mission de l'Académie de vérifier les accusations portées ici contre M. Hossard ; elle s'est mise en devoir de le faire ; elle a écrit aux professeurs de l'école de médecine d'Angers, c'est-à-dire aux hommes qui pouvaient le mieux l'éclairer ; et c'est sur leurs réponses qu'elle a basé son rapport. Si vous voulez consulter encore à présent d'autres documens, c'est éterniser l'affaire. (Oh ! oh ! Violens murmures.) Oui, messieurs, si vous refusez aujourd'hui une expédition du premier rapport fait par M. Bricheteau, pour des inculpations que rien ne prouve, autant dire que vous le refuserez toujours ; et en définitive, on ne peut pas sans cesse obliger la commission à prendre connaissance de nouveaux documens.

M. Piorry. Quand l'Académie est appelée à prononcer sur une série de faits douteux, elle ne le peut sans provoquer un nouvel examen. Quand on lui demande un rapport et qu'elle juge que cette demande est faite dans des vues de charlatanisme, elle doit s'en abstenir. C'est ainsi du moins qu'elle a fait dans une occasion toute récente, lors de mon rapport sur l'électropathie ; et je pense qu'elle a sagement fait. Je demande donc que la commission se livre à un nouvel examen, ou même qu'on passe purement et simplement à l'ordre du jour. (Très-bien !)

M. Lisfranc, avec chaleur. On vient de vous dire, messieurs, que la commission ne pouvait pas sans cesse être obligée de consulter de nouveaux documens. Voilà une singulière équité, messieurs. Et que dirait-on d'un tribunal tout prêt à condamner un homme, et qui refuserait d'entendre des témoins nouveaux propres à éclairer sa justice? Je crois devoir à la dignité de l'Académie de m'élever énergiquement contre de semblables principes ; et puisque vous avez une décision à porter, il faut au moins que ce soit en connaissance de cause. Je vous prie d'ailleurs de remarquer qu'on n'a pas répondu à cet argument qui n'est pas sans force, et que j'ai tiré du silence de MM. Guépin et Mirault. Je dis donc que la commission, comme l'Académie, doit sentir le besoin de s'éclairer davantage, et j'appuie le renvoi à une autre séance. (Très-bien ! A quinze jours. — A six semaines.)

M. Nacquart. Plusieurs membres désirent écrire eux-mêmes à Angers pour avoir des renseignemens : huit jours ne suffiraient pas pour avoir des réponses. Je demande le renvoi à quinze jours. (Appuyé !)

Cette proposition est adoptée sans opposition.

— M. Adelon fait un rapport favorable sur un mémoire de M. Dubois d'Amiens, intitulé : *Nouvelles inductions philosophiques appliquées à l'étude de l'idiotisme et de la démence*, Nous en donnerons l'analyse dans le prochain numéro.

Recherches sur le principe vénéneux du manioc amer, par MM. O. Henry et Boutron-Charlard.

Si le manioc amer est utile à étudier en raison des populations nombreuses qu'il nourrit sous les tropiques, il offre aussi au chimiste et au médecin un curieux sujet de recherches pour connaître la nature du poison qui accompagne toujours la fécule dans les racines de ce végétal, et pour constater les symptômes morbides auxquels il donne lieu.

A la vérité, non-seulement le poison se volatilise à une chaleur modérée, mais encore il est contenu dans un liquide susceptible de passer facilement à la fermentation, phénomène qui indubitablement doit faire varier ses principes ou opérer son dégagement ; mais il n'en reste pas moins prouvé que cette association dangereuse donne souvent lieu dans les Antilles, soit par ignorance, soit par négligence, aux accidens les plus funestes ; les nègres s'empoisonnent ordinairement avec le suc de manioc.

Le travail qui offre le plus d'intérêt sur cette substance est celui du docteur Fermin, lu en 1764 à l'Académie des sciences de Berlin. Il résulte de ses expériences à Cayenne que la distillation enlève au suc de manioc ses propriétés vénéneuses, et que c'est dans les premières onces du liquide passé à la distillation que le poison paraît contenu. De 50 livres de suc de manioc qu'il a distillé, il a retiré 3 onces d'un liquide extrêmement vénéneux. Trente-cinq gouttes de ce liquide ont été données à un esclave empoisonneur condamné à mort, et peu d'instans après il a succombé en faisant des contorsions violentes et en poussant des hurlemens affreux. Les symptômes observés par ce médecin ont beaucoup d'analogie avec ceux que nous avons notés et que nous indiquerons plus tard.

Depuis lors on avait cru remarquer que le suc de manioc amer nouvellement exprimé offrait quelque analogie d'odeur avec l'acide hydrocyanique étendu, et on avait émis l'opinion que ce pouvait bien être à cet acide que le suc de manioc devait ses propriétés délétères. En 1828, MM. Soubeiran et Pelletier ont cherché à vérifier cette assertion ; mais la petite quantité d'eau distillée de manioc sur laquelle ils ont agi ne leur a donné qu'un résultat négatif.

L'un des auteurs de ce mémoire a reçu de source certaine, en 1833, environ *deux livres* de suc de manioc amer, et le soumit à quelques essais qui le portèrent à conclure que ce suc contenait en effet de l'acide hydrocyanique. Malheureusement cette quantité ne lui permit pas de multiplier beaucoup ses expériences. La même personne lui expédia bientôt sur sa demande une assez forte quantité de suc de manioc amer et plusieurs racines de différentes grosseurs. Voici le résultat de l'examen de ce dernier envoi.

Caractères du suc de manioc expédié. Ce suc filtré est presque incolore, ou plutôt il a une teinte légèrement opaline ; une odeur analogue à celle de l'acide prussique étendu mêlée à celle de la viande cuite ; sa saveur est aigrelette et osmazomique ; sa densité est de 1012 ; il rougit fortement le tournesol. En contact avec l'air, il prend une couleur brune, et par l'évaporation donne des petits cristaux grenus. Il avait laissé déposer au fond du vase où il était renfermé une certaine quantité de fécule mêlée de fibres de la racine et surnagée d'une substance floconneuse, jaunâtre, qui, recueillie et examinée, a offert les caractères d'une matière grasse, cristallisant très-bien dans l'alcool et l'éther en petits mamelons aiguillés ; exposée à la chaleur, elle fondait promptement en exhalant une odeur de graisse ; traitée par la potasse, elle a fourni un savon mou, dont l'acide hydrochlorique a séparé un oxide gras et cristallisable.

Il résulte de l'analyse faite par les auteurs, que le suc de manioc expédié a fourni, par la distillation et l'ébullition, une quantité notable d'acide hydrocyanique ; que cet acide préexiste dans le suc, et que le dépôt qu'y forme le nitrate d'argent renferme une certaine proportion de cyanure d'argent.

Quant aux racines fraîches, les auteurs ont trouvé qu'elles renferment : 1° de la fécule amylacée ; 2° de l'acide hydrocyanique libre ; 3° une petite quantité de sucre ; 4° un sel à base de magnésie dont l'acide est particulier ; 5° un principe amer ; 6° une matière grasse cristallisable ; 7° une matière très-azotée (osmazôme végétale) ; 8° du phosphate de chaux ; 9° de la fibre ligneuse.

Expériences. On a administré à plusieurs cochons d'Inde des quantités différentes du suc de manioc expédié et de suc de manioc extrait des racines ; dans tous les cas la mort a eu lieu. Avec le suc expédié l'animal n'a succombé qu'après en avoir pris 38 à 40 grammes, tandis qu'avec le suc récent de la racine, qui, ainsi que nos expériences l'ont démontré, renferme quatre fois plus d'acide hydrocyanique, 9 à 18 grammes ont constamment suffi. Les symptômes qui précèdent la mort ont été les mêmes dans les deux cas. D'abord l'animal a paru triste et est resté immobile en se contractant en boule ; quelques minutes après il a poussé des cris plaintifs et était agité de mouvemens convulsifs qui le portaient à se coucher sur un côté. Ces mouvemens offraient un peu d'intermittence et étaient suivis de déjections alvines et urinaires. Enfin ils devenaient plus rapprochés quoique moins intenses, et se terminaient par la mort au bout de 40 à 55 minutes. Le cadavre de ces animaux acquérait bientôt une rigidité très-marquée.

Les auteurs trouvent dans ces symptômes une grande analogie avec ceux attribués à l'action de l'acide hydrocyanique étendu et de l'eau distillée de laurier-cerise, et se croient tout-à-fait autorisés à regarder l'acide hydrocyanique comme le principe vénéneux du manioc amer. Tout doute d'ailleurs serait, selon eux, dissipé par l'expérience suivante.

Afin d'enlever au suc de manioc tout l'acide hydrocyanique qu'il pouvait renfermer, les auteurs l'ont agité avec une certaine quantité d'oxide d'argent récemment préparé et encore humide, puis la liqueur filtrée a été mise en contact avec un léger excès de sel marin, dans le but d'isoler le sel d'argent qui devait rester dans la liqueur, et qui provenait de la combinaison de l'oxide avec l'acide organique fixe dont il a été question. Ce suc filtré de nouveau, et privé ainsi d'acide hydrocyanique, a été donné à des animaux à des doses assez fortes, sans qu'aucun ait été malade.

M. Maingault demande le renvoi de ce mémoire au comité de publication. (Appuyé !)

M. Castel. En 1813, le souvenir des éloges que j'avais entendu prodiguer au tapioca par quelques négocians espagnols et même par des médecins, m'en fit rechercher à Paris pour le traitement d'une phthisie scrophuleuse. J'en demandai à M. Boudet qui n'en avait pas ; ce fut à grand' peine qu'il en trouva une très-petite quantité dans la rue des Lombards. Cette substance était donc presque entièrement ignorée alors ; aujourd'hui, au contraire, pharmaciens et épiciers, tout le monde en vend, tout le monde l'ordonne ; et je ne sais si l'on peut compter sur une exactitude suffisante dans la préparation d'une substance que l'on trouve ainsi dans toutes les boutiques.

M. Boullay. Il est vrai que les épiciers tiennent du tapioca ; mais il n'y a rien à craindre d'une mauvaise préparation de celui-là ; car la presque totalité est tout simplement de la fécule de pommes de terre ; et la police devrait peut-être s'opposer à cette fraude dont le public est la dupe. Le vrai tapioca est rare ; et ce n'est qu'avec assez de peine et à un prix fort élevé que les pharmaciens peuvent s'en procurer.

La proposition de M. Maingault est mise aux voix et adoptée.

— M. le président appelle M. Adelon pour la lecture d'un rapport. En ce moment M. Capuron prend la parole, et demande qu'on suive d'abord la discussion élevée à propos du sien, sur l'usage des saignées coup sur coup ; et il accuse le président de varier dans ses principes. (On rit.)

M. le président. Je demande à répondre à M. Capuron.

M. Capuron vivement : non, vous ne lui répondrez pas ! (Rire général.)
Cet incident n'a pas d'autre suite.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

OBSERVATION DE DARTRE FURFURACÉE ARRONDIE (herpes furfuraceus circinatus, Alib. ; lepra vulgaris, psoriasis, Bateman, Biett, Rayer) ; par M. R. Chassinat.

Obs. — Le sujet qui a présenté cette observation est M. N. St-R..., étudiant en droit. Ce jeune homme, âgé de 25 ans, est d'une très-forte constitution ; le système circulatoire est chez lui très-développé ; ses cheveux sont châtain-foncé ; sa peau de couleur brune est habituellement sèche et un peu rugueuse : l'exhalation de la sueur est peu abondante ; le malade assure même avoir remarqué que jusqu'à l'âge de dix-sept ans, il n'avait pas sué d'une manière notable. Ses parens sont sains et vigoureux. Son père néanmoins, ayant été militaire, a eu la gale dans sa jeunesse et l'a conservée assez long-temps sans pouvoir s'en délivrer ; mais il finit par y réussir aussitôt qu'il put lui appliquer un traitement convenable. Sa première enfance fut traversée par de graves maladies. A douze ans il fut atteint d'un rhumatisme articulaire qui, pendant plusieurs mois, passa d'une articulation à l'autre, et dont il se ressentit encore à diverses époques de son adolescence. Il eut deux fois la rougeole. Sa peau lui a toujours paru d'une susceptibilité très-grande. Ainsi vers sa seizième année, il fut pris d'un érysipèle très-violent de la face et des avant-bras, pour avoir appliqué sur la peau de l'avant-bras gauche quelques gouttelettes de l'huile renfermée dans le péricarpe du fruit de l'*anacardium occidentale*. Deux ans après un érysipèle du même genre et très-grave encore vint l'atteindre ; pourtant cette fois il avait fendu un des fruits cités avec un couteau à son usage. Plusieurs de ses amis s'étaient exposés impunément à l'action de la même cause. De plus il se rappelle avoir eu souvent chaque année, pendant l'été, entre l'âge de dix à vingt ans, de fréquentes éruptions prurigineuses.

Au mois de janvier 1828, après avoir fait assez souvent usage de viande de porc salée, M. N. St-R... eut mal au nez. La cause déterminante de ce mal fut, selon lui, l'emploi de mouchoirs de coton neufs. La description qu'il donne de cette affection se rapporte assez bien à l'*herpes crustaceus stalactiformis* de M. Alibert. Elle résista à tous les remèdes tant internes qu'externes que l'on put diriger contre elle ; puis quand on ne fit plus rien, elle disparut d'elle-même, un an après son apparition, vers le mois de janvier 1829. Elle fut remplacée à cette époque par une inflammation de la paupière supérieure de l'œil gauche. Cette inflammation fut très-violente pendant tout l'hiver, au point de produire quelquefois d'assez fortes conjonctivites et même le gonflement de la joue. Elle passa à l'état chronique, et pendant l'été et l'automne elle consista seulement en une croûte lenticulaire qui occupait le bord libre de la paupière, tombait et se reproduisait sans causer aucune douleur. Cette croûte ne disparut qu'au mois de novembre, après l'usage continué pendant un mois d'une pommade dans laquelle entrait l'oxide rouge de mercure.

J'insiste un peu trop longuement peut-être sur ces détails commémoratifs ; mais ils me semblent très-importans afin d'établir, d'une manière bien certaine, la prédisposition de M. St-R... aux affections cutanées.

Au mois de juillet environ de la même année 1829, le malade avait aperçu sur ses avant-bras, ses jambes, sa poitrine et aussi sur le cuir chevelu, de petites taches rouges disséminées et assez peu nombreuses ; ces taches avaient augmenté de volume, étaient devenues jaunâtres, puis s'étaient converties en petites écailles brillantes qui tombaient et se reproduisaient sans cesse. Aucun remède ne fut employé pour combattre cette affection qui disparut d'elle-même, vers le mois de décembre, à la suite d'un séjour à la campagne, et d'un changement de régime et d'occupation.

Pendant l'année 1830 le malade n'éprouva aucune affection de quelque espèce que ce fût. Mais en 1831, époque à laquelle je le vis pour la première fois, vers le mois de janvier, après avoir depuis deux mois environ fait usage, pour ses repas du matin, de charcuterie, viandes salées, fromages faits et autres alimens excitans de ce genre, il fut pris d'une maladie exanthémateuse légère qui eut son siége aux jambes. Cette maladie me parut être un erythème ; il ne dura que quelques jours. Le malade continua le mauvais régime que j'ai indiqué, sans boire de vin toutefois, mais il n'éprouva rien pendant le reste de l'année.

Pendant l'hiver de 1832 il usa encore du même régime.

Au mois de juillet de cette année, il fut atteint d'une affection cutanée qui, selon lui, ressemblait absolument à celle dont il avait été frappé en 1829. J'observai cette affection avec le plus grand soin. Je vis apparaître disséminées en même temps sur le cuir chevelu, la partie antérieure de la poitrine, les membres supérieurs et inférieurs, dans le sens de l'extension surtout, mais point sur les *genoux* ni sur les *coudes*, une multitude de petites taches rouges, d'une demi-ligne de diamètre environ, offrant la plus grande analogie d'aspect avec la petite ecchymose produite par une piqûre de puce un peu ancienne. Ces taches, au bout de trente-six ou 48 heures, augmentèrent de volume en perdant leur coloration première ; elles pâlirent un peu, mais sans jamais présenter l'aspect d'une vésicule ; toujours leur sommet fut opaque. Celles qui purent se développer sans être déchirées, atteignirent quelquefois le volume d'une lentille. Alors elles se présentaient sous la forme d'une pustule peu saillante, non ombiliquée à son centre, de consistance un peu molle, de couleur jaunâtre, ressemblant assez bien à une goutte de graisse ou de cire jaunâtre figée ; elles reposaient sur une base rouge qui formait autour d'elles, en les débordant, un anneau d'une demi-ligne de largeur et dont la coloration allait insensiblement se perdre avec celle de la peau saine. Si on enlevait la pustule, elle se détachait facilement d'une seule pièce ; elle était formée de deux parties que l'on pouvait assez bien séparer : l'une extérieure, plus résistante, était formée par l'épiderme ; et l'autre, intérieure, plus molle, n'était rien autre chose que de la matière ichoreuse concrétée. La portion de peau que recouvrait la pustule, était rouge, enflammée ; elle devenait alors le siége d'une légère cuisson ; à sa surface s'élevaient plusieurs gouttelettes d'un liquide ichoreux, jaunâtre, transparent, entre lesquelles on voyait poindre un plus ou moins grand nombre de gouttelettes de sang vermeil, résultant de la déchirure de quelques petits vaisseaux lors de l'enlèvement de la partie saillante de la pustule. La circonférence de cette pustule restait adhérente au reste de la peau et formait une petite collerette, orbiculaire, relevée, sèche, autour de la surface rouge, enflammée et humide dont j'ai parlé. Bientôt le liquide ichoreux se concrétait et formait une squamme peu épaisse d'abord, qui ensuite s'épaississait, puis se décollait de la circonférence au centre, et finissait par tomber en offrant un aspect micacé, presque transparent ; la surface qu'elle recouvrait n'était plus alors aussi rouge, elle était complètement sèche, à moins que la squamme n'eût été enlevée de force, dans ce cas elle offrait l'apparence décrite plus haut. Au bout de huit ou dix jours, ces petits ulcères squammeux s'agrandirent, en conservant pour la plupart leur forme arrondie ; il y en eut néanmoins qui en prirent une plus ou moins irrégulière ; quelques-uns peu nombreux, il est vrai, atteignirent le diamètre d'une pièce d'un demi-franc ; mais les autres, en beaucoup plus grande quantité, n'avaient guère que celui d'une lentille. Sur les plus larges, les squammes ne se détachèrent plus d'une seule pièce. Elles commencèrent par présenter des sillons. Sur ces sillons s'opérèrent des solutions de continuité ; il en résulta des fragmens de squammes plus ou moins grands qui tombaient séparément.

Les ulcères squameux étaient plus nombreux qu'en 1829 ; mais, comme à cette première époque, leur apparition ne fut précédée d'aucun symptôme précurseur, ni accompagnée d'un dérangement dans les fonctions d'aucun organe ; aucun mouvement fébrile ne se développa ; à peine si la peau était le siége d'un léger prurit.

Le malade ne voulut rien faire pour se débarrasser de son affection. Il prit seulement quelques bains simples vers le mois d'octobre.

Cette fois l'affection persista plus long-temps que la première. Au mois de décembre, cinq mois environ depuis l'apparition des premières pustules, il existait encore une quantité assez considérable de petits ulcères squammeux. Alors enfin le malade, fatigué de la malpropreté plutôt que de la douleur que lui causait son affection, consulta un médecin. Celui-ci lui dit qu'il était atteint d'un *psoriasis guttata*, et lui conseilla de frictionner chaque ulcère avec une pommade composée de 1 partie de calomel pour 8 parties d'axonge, et de prendre de temps en temps quelques bains simples. Cette médication fut suivie exactement pendant un mois environ, et ce temps suffit pour faire disparaître la maladie, à part quelques vestiges légers qui restèrent aux jambes.

La guérison, dans sa marche, offrit ce phénomène remarquable, noté par les auteurs : elle commençait par le centre, puis s'étendait à la circonférence. Les squammes du centre devenaient d'abord moins épaisses, puis se renouvelaient moins souvent ; elles finissaient par ne plus consister qu'en quelques petites écailles furfuracées très-fines. La surface ulcérée qu'elles recouvraient devenait de moins en moins rouge et enflammée ; elle finissait par se couvrir d'un épiderme sain. De cette guérison du centre des ulcères avant la circonférence, il résultait des anneaux plus ou moins réguliers. Ces anneaux se rompaient à leur tour de distance en distance. On voyait alors une série circulaire de petits ulcères arrondis qui finissaient eux-mêmes par disparaître. Mais il arrivait que quelques-uns d'entre eux étaient le siége d'une recrudescence. Alors ils s'entouraient d'un cercle rouge, s'étendaient, doublaient, triplaient quelquefois de diamètre ; puis, après un temps plus ou moins long, ils restaient stationnaires ; le cercle rouge disparaissait ; puis ils se guérissaient de la manière que j'ai indiquée. Cependant je dois dire que quelques ulcères n'ont pas offert cette progression excentrique dans leur guérison ; au contraire, ils ont paru guérir d'abord sur un point de la circonférence, puis dans les autres points successivement.

Après la disparition entière des squammes, et la reproduction d'un épiderme sain, la peau conserva encore pendant plusieurs semaines, et même des mois entiers, aux points qui avaient été affectés, une teinte brune qui finit par disparaître complètement, après avoir passé du brun au jaunâtre de moins en moins foncé.

Pendant l'hiver de 1833-34, M. N. Saint-R... continua encore à faire usage pour alimens de viandes salées, épicées et de vieux fromages. Il éprouva pendant cette saison quelques légères coliques, mais d'ailleurs sa santé générale fut bonne.

Vers le milieu du mois de juin 1834, à la même époque que les deux premières fois et encore sans aucun symptôme précurseur, M. N. Saint-R... fut atteint d'une dartre furfuracée arrondie. D'abord il s'aperçut que les trois ou quatre petits ulcères squameux qui étaient restés sur les jambes, et qu'il avait complètement négligés, devenaient légèrement prurigineux ; un cercle rouge les entourait, et la squamme qui les recouvrait était plus épaisse, plus molle et plus humide qu'à l'ordinaire. Bientôt sur toute la surface de la peau apparut une éruption absolument pareille aux deux précédentes. La face, les mains et les pieds en étaient seuls à peu près exempts ; encore sur ces parties se montra-t-il quelques pustules ; elles étaient même fort nombreuses à la paume des mains. Les *genoux* et les *coudes* ne furent pas plus attaqués que les autres parties.

L'éruption parcourut les mêmes phases que celles que j'ai déjà décrites ; il y eut d'abord des taches rouges, puis des pustules, puis des squammes ; mais elle fut beaucoup plus intense que les deux premières fois. Néanmoins elle ne fut accompagnée d'aucun dérangement dans la santé générale. L'appétit était bon ; les digestions se faisaient parfaitement bien, et tous les autres organes remplissaient leurs fonctions de la manière la plus satisfaisante. La démangeaison même était à peine sensible ; au point que, comme dans les deux cas précédens, quelques unes des pustules pouvaient acquérir le volume d'une lentille avant que le malade eût conscience de leur existence.

Le diagnostic me fut facile à établir; c'était évidemment la même maladie que l'année précédente, une dartre furfuracée arrondie. (*Lepra vulgaris, psoriasis.* Rateman, Biett, Rayer.)

Eu égard à l'état récent de l'éruption et à son étendue, je crus devoir prescrire au malade un traitement purement antiphlogistique pour commencer. Je lui pratiquai une large saignée générale proportionnée à son âge et à la force de sa constitution; je lui prescrivis quelques bains tièdes simples, nn régime adoucissant et le repos.

Le malade se soumit à ce traitement pendant quelques jours; mais il s'en lassa bientôt. Alors il consulta un médecin distingué, auteur de plusieurs ouvrages sur la pathologie cutanée spéciale. Ce médecin se contenta d'examiner une des mains et l'un des avant-bras. Il aperçut sur le dos de la main, à l'origine des doigts, ces petits cercles saillans, formés par l'épiderme détaché dont j'ai parlé dans la description de l'éruption de 1832; ils lui parurent ressembler complètement à ceux qui résultent de la destruction des vésicules de la gale. A la partie inférieure de la face palmaire de l'avant-bras se trouvaient deux ou trois petits ulcères non recouverts de squammes, qui parurent au médecin n'être autre chose que la base enflammée de vésicules de gale devenues pustuleuses, puis écorchées. De cette observation superficielle, il conclut que M. N. Saint-R... avait la gale. Le malade eut beau dire que jamais il ne s'était exposé à la contagion; que, bien qu'il eût eu des rapports très-intimes avec quelques personnes, sa maladie ne s'était point communiquée, etc.; on ne l'écouta que par complaisance; il fallut qu'il se persuadât qu'il avait la gale. On lui ordonna de se frotter pendant huit à dix jours avec la pommade d'Helmérick modifiée (axonge, plus soufre sublimé, plus sous-carbonate de potasse), et de prendre quelques bains de Barèges. Le malade se soumit pendant une semaine entière à ce traitement, avec une patience proportionnée à la terreur qu'on lui avait inspirée. Il consomma chaque jour 2 onces de pommade en frictions sur toutes les parties de la peau affectées. Il prit trois ou quatre bains de Barèges.

Au bout de ce temps, je revis le malade. La prétendue gale, malgré la longueur et la vigueur du traitement, n'était point guérie; au contraire, les petits ulcères avaient augmenté d'étendue; ils étaient le siége d'un prurit et d'une cuisson fort désagréables; l'ichor qu'ils répandaient était assez abondant. Le carbonate de potasse, appliqué sur toutes ces surfaces dénudées, avait même, dans les derniers jours, causé de vives douleurs au malade, et bien que depuis quelque temps il n'en fît plus usage, ces douleurs persistaient jusqu'à un certain degré. Un peu de réaction générale s'était opérée; un léger mouvement fébrile s'était développé. Je prescrivis encore le traitement antiphlogistique (bains, régime adoucissant, repos).

Le malade le continua tout juste assez long-temps pour être débarrassé du prurit désagréable que lui causait son affection. Puis il s'en lassa encore une fois.

Il s'adressa alors à un médecin célèbre qui tient un des premiers rangs parmi les dermatologues. A la première vue il reconnut une dartre furfuracée arrondie; et sans avoir égard à l'état récent de l'affection, aux symptômes d'inflammation qu'elle présentait encore, sans même prendre aucun renseignement sur la susceptibilité de la peau du malade, il fit la prescription suivante: Appliquez soir et matin sur chaque ulcère dartreux une petite quantité d'une pommade composée d'iodure de soufre, de goudron et d'onguent rosat; prendre de temps en temps une fumigation sulfureuse; boire une infusion de chicorée sauvage acidulée avec du jus de citron.

M. N. St-R..., le jour même, se fit une friction avec la pommade. Le lendemain toute la peau était le siége d'un prurigo des plus douloureux; toutes les squammes des petits ulcères s'étaient détachées, et leur surface, rouge et enflammée, laissait suinter un ichor sanguinolent, le prurit ayant forcé le malade à se gratter violemment. Il ne réitéra pas la friction: il traita son prurigo par des bains simples, tièdes, et il en fut débarrassé au bout de quatre ou cinq jours. Il se reposa encore trois jours.

Puis, plein de confiance dans la pommade au goudron, il s'en frictionna encore une fois le soir avant de se coucher. Toute la nuit il fut en proie à la démangeaison la plus désagréable, et au matin j'aperçus une éruption de prurigo semblable à la première, mais moins intense néanmoins. Le malade but pendant une dixaine de jours de l'infusion de chicorée sauvage acidulée avec du jus de citron; mais il ne prit pas de fumigation sulfureuse. A l'aide de quelques bains le malade s'était débarrassé de son second prurigo; les ulcères squammeux n'étaient même plus le siége d'une démangeaison bien sensible; mais sous l'influence des traitemens irritans auxquels ils avaient été soumis, ils avaient pris pour la plupart un accroissement considérable; quelques-uns offraient un diamètre égal à celui d'une pièce de 5 francs, et le plus grand nombre présentaient celui d'une pièce de 10 sous.

Le malade alors, fatigué des traitemens autant que de son affection elle-même, s'abandonna complètement aux soins de la nature, à part quelques bains simples qu'il prit de temps à autre.

Ici je dois noter que, contre son habitude, le malade fit quelques excès vénériens pendant les mois de juillet et d'août.

Vers le milieu du mois d'août, il survint une nouvelle éruption de petites pustules très-nombreuses au-dessous de la mamelle droite et sur les parties environnantes, elles offraient les mêmes caractères que les précédentes et se convertirent en squammes comme elles.

Dans les premiers jours du mois de septembre, quelques-uns des plus larges ulcères avaient disparu; d'autres étaient à moitié guéris. Je conseillai au malade d'aller à la campagne, de se soumettre à un régime doux et léger, lacté autant que possible, de prendre quelques bains; puis, lorsque toute trace d'inflammation aurait disparu, d'employer avec persévérance en frictions la pommade de calomel qui lui avait si bien réussi une première fois; en même temps de boire chaque matin un verre de petit-lait avec deux gros de sulfate de soude.

Le malade ne fit absolument rien jusqu'au 15 octobre; néanmoins il constata à cette époque que plusieurs petits ulcères s'étaient cicatrisés d'eux-mêmes. Alors il se soumit assez exactement au traitement indiqué plus haut; mais, après quinze jours, sa patience fut lassée.

Au mois de décembre il s'astreignit à frictionner tous les soirs chaque ulcère avec la pommade de calomel. Il le fit exactement pendant six semaines, mais sans succès.

Vers la fin de janvier 1834 je revis le malade. Depuis la petite éruption du mois d'août il ne s'en était pas opéré d'autres. Beaucoup de parties étaient débarrassées d'ulcères, tout en offrant encore la coloration brune dont j'ai parlé, à tous ses degrés. Les plus grands surtout de ces ulcères avaient disparu, et dans l'ordre à peu près de leur apparition; mais il en restait encore une grande quantité, surtout sur la poitrine. Ils n'étaient d'ailleurs le siége d'aucune douleur ni inflammation. Cet état des ulcères et le long temps qui s'était écoulé depuis l'éruption (7 mois), me firent penser que, sans inconvénient, on pouvait recourir à une pommade un peu active. J'en prescrivis une composée d'un scrupule d'iodure de soufre pour une once d'axonge, en frictions sur chaque petit ulcère une fois par jour; et en même temps j'ordonnai à l'intérieur 5 grains de calomel tous les matins à jeûn, et un régime peu excitant. Pour m'assurer de l'effet du remède, je fis seulement frictionner les ulcères des jambes et des cuisses; ceux des autres parties furent abandonnés à eux-mêmes, afin de me servir de terme de comparaison. Tous les trois jours le malade prenait un bain légèrement savonneux pour nétoyer la peau.

Pendant près d'un mois ces frictions eurent lieu sans aucun résultat avantageux; au contraire, les petits ulcères étaient devenus rouges, prurigineux; ils avaient augmenté un peu d'étendue. Je crus devoir suspendre l'emploi de la pommade d'iodure de soufre. Le calomel ayant aussi produit quelques coliques et quelques selles liquides, le malade refusa d'en continuer l'usage après dix ou douze jours. J'aurais bien voulu recourir à la pommade de calomel, mais l'insuccès dont avait été suivi son emploi prolongé pendant six semaines, m'ôtait un peu de confiance.

Le malade m'apprit alors que, se trouvant dans une petite ville où il n'y avait pas de pharmacien, il avait lui-même composé la pommade dont il s'était servi, en observant, il est vrai, fidèlement les doses prescrites sur l'ordonnance, mais en employant, au lieu d'axonge purifiée et fraîche, du sain-doux préparé pour les usages de l'économie domestique, c'est-à-dire contenant de l'huile empyreumatique, résultat d'une cuisson trop forte, et du sel commun ajouté pour sa conservation. Je m'expliquai assez bien alors le peu d'effet des frictions premières. Je prescrivis de nouveau la pommade au calomel à la dose d'un gros pour une once d'axonge, et préparée convenablement. Le malade s'en frictionna tous les soirs, prit un bain légèrement savonneux tous les deux ou trois jours pour nétoyer la peau, et après cinq ou six semaines les ulcères avaient disparu presqu'en totalité. Aucun traitement intérieur n'avait été fait.

Aujourd'hui, un an après l'éruption et deux mois après la cessation de tout traitement, il existe encore quelques petits ulcères d'une étendue à peine égale à celle d'une lentille. La peau est parsemée d'un grand nombre de taches brunes plus ou moins foncées qui ont succédé à la disparition des squammes. Le malade peut passer pour guéri; mais ne verra-t-il pas reparaître sa maladie? l'événement seul peut nous l'apprendre.

Cette observation ne présente rien qui n'ait été en grande partie déjà noté par les auteurs. Mais la prédisposition du sujet aux maladies cutanées, l'influence de son régime comme cause déterminante, la périodicité si remarquable, puis la ténacité de l'affection, m'ont paru des phénomènes assez dignes d'intérêt pour être connus. On remarquera en outre l'efficacité du calomel et sa supériorité sur l'iodure de soufre, bien que ce dernier soit presque généralement employé dans le traitement de l'affection qui nous occupe.

J'ai cru devoir tracer l'histoire de la maladie de M. N. St-N***, sous le nom de dartre furfuracée arrondie; car, comme elle offrait les caractères et du *lepra vulgaris* et du *psoriasis*, en adoptant ces déterminations il m'aurait fallu décrire les petits ulcères qui appartenaient au psoriasis, puis ceux qui appartenaient au lepra vulgaris; en un mot, faire deux maladies séparées de deux modifications bien légères d'une même maladie, puisqu'elles ne diffèrent que par la régularité plus ou moins grande des petits ulcères squammeux qui les constituent. J'ai préféré prendre la dénomination donnée par M. Aliber; j'y trouvais l'avantage de ne point séparer des choses semblables; et à ce propos je me permettrai une observation. Le principal reproche que l'on fait à la classification des maladies de la peau de M. Alibert (et je crois ce reproche assez fondé), c'est de ne reposer que sur des effets consécutifs sujets à varier, et par conséquent ne pouvant offrir rien de constant, rien d'assez solide pour établir la base inébranlable d'un système. Mais il me semble que Batmon et ceux qui l'ont suivi sont un peu tombés dans la faute qu'ils reprochaient à M. Alibert pour la maladie qui nous occupe. En la rangeant dans l'ordre des squammes, n'ont-ils pas eu égard aussi, eux, à un phénomène purement consécutif? D'après les trois descriptions que j'ai données et qui, du reste, ressemblent à peu près à toutes celles données par les auteurs, on peut voir que la forme pustuleuse est le caractère d'origine que présente la maladie; elle ne devient squammeuse qu'après autant de temps à peu près que l'eczéma en met pour devenir dartre squammeuse humide, et l'impétigo dartre crustacée flavescente. La classification anglaise n'est donc pas tout-à-fait à l'abri du reproche qu'elle a adressé à celle de M. Alibert. Lui en est-elle moins supérieure en général? ce n'est pas ma pensée. J'ai voulu dire seulement qu'elle n'était pas parfaite, et que ceux qui adoptaient encore la classification française avaient droit à un peu d'indulgence pour leurs opinions.

N. Chassinat.

OBSERVATION D'HÉMIPLÉGIE FACIALE ISOLÉE, produite par une hémorrhagie cérébrale; communiquée par M. DIDAY, interne à la Salpêtrière.

OBS.—La nommée Legonas, âgée de 65 ans, employée comme infirmière dans la salle Saint-Antoine, à l'hospice de la Vieillesse (femmes), ne se rappelant avoir jamais eu aucune maladie, si ce n'est un coup reçu il y a deux ans dans la région du foie, s'aperçevait depuis huit jours que la commissure des lèvres se tournait peu à peu du côté droit, et que l'œil gauche ne pouvait plus se fermer complètement. Ces symptômes s'accompagnant d'un peu de douleur dans le côté gauche de la face, elle s'alita le 31 janvier 1835. On la trouva dans l'état suivant. Pouls ordinaire sans fréquence; inappétence depuis deux jours; langue couverte d'un enduit bilieux; constipation; quelques nausées; la commissure droite des lèvres était déviée en haut et en dehors; celle du côté gauche retombait directement en bas. Quand elle voulait souffler, la commissure gauche se laissait distendre et ne pouvait ni retenir la colonne d'air, ni modifier sa sortie. Elle éprouvait une légère difficulté à articuler les sons ainsi qu'à mâcher; mais elle se rappela alors que depuis deux mois déjà il lui arrivait quelquefois de se mordre, en mangeant, la face interne de la joue gauche. Dans une grande inspiration faite la bouche fermée, l'aile droite du nez se dilatait, tandis que les bords de celle du côté gauche, attirés et renversés en dedans, faisaient entendre un bruit particulier. Il lui était impossible de rapprocher complètement les paupières du côté gauche, de sorte que la moitié inférieure du globe de l'œil restait constamment à découvert: la luette n'était pas déviée. Du reste la sensibilité générale était intacte, et les deux côtés de la langue percevaient également les saveurs; aucune paralysie des membres; pas de crampes dans les extrémités, ni de douleurs dans les articulations; intelligence et mémoire parfaites; il n'y avait pas de céphalalgie, mais des douleurs que la malade comparait aux battemens d'un abcès qui se forme, se faisaient fréquemment ressentir dans le côté gauche de la face. La malade indiquait très-bien leur origine au trou sous-orbitaire, et disait que, parties de ce point, elles allaient gagner, en s'irradiant, le devant de l'oreille. (Une saignée; sulfate de magnésie, une once et demie.) Au bout de huit jours la malade put reprendre son service; l'hémiplégie faciale persista au même degré pendant un mois; elle sortit alors de l'infirmerie. Mais je la revis à différentes reprises, et je pus constater qu'environ six mois après l'invasion de la paralysie, il n'en restait pas de traces sensibles; les douleurs de la face avaient disparu depuis long-temps. Elle rentra le 13 décembre 1835 à l'infirmerie, où elle mourut en six jours d'une pneumonie et d'une péricardite.

AUTOPSIE FAITE 26 HEURES APRÈS LA MORT, PAR M. CRUVEILHIER.

Crâne. Les membranes ne sont pas injectées; peu de sérosité extra et intra-arachnoïdienne; bonne consistance du cerveau, du cervelet et du bulbe rachidien; la couche optique droite présente immédiatement en arrière de la bandelette demi-circulaire et à une ligne au-dessous de sa surface ventriculaire, une fente de 3 lignes d'étendue, dont les bords écartés laissent à découvert un petit foyer contenant à peine une goutte de sérosité colorée en rouge: les parois du foyer sont recouvertes par une membrane distincte, mais n'offrant pas à un très-haut degré la coloration jaune et la ténacité des kystes développés autour des foyers apoplectiques anciens.

Les nerfs faciaux à leur origine étaient parfaitement semblables des deux côtés: suivis dans l'aqueduc de Fallope et à la sortie du crâne jusqu'au bout de leur division, ils avaient de chaque côté le même volume, la même coloration, la même consistance.

L'on se rappelle que, dans un mémoire sur les fonctions du nerf facial, publié en juillet 1835, M. Bérard aîné n'admettait que comme excessivement rares les cas d'hémiplégie faciale isolée dépendant d'une altération très-limitée de l'encéphale; le fait que nous venons de rapporter est un exemple de la possibilité de cette affection produite par une cause semblable; mais je pense qu'en analysant les détails de cette observation on peut y trouver quelque chose de plus qu'un simple fait pour éclairer la question qui nous occupe. On remarque, en effet, parmi les symptômes indiqués, tous ceux qui accompagnent les paralysies de la septième paire, ordinairement attribués à une affection locale du nerf, et aucun de ceux que l'on rencontre habituellement à la suite d'une hémorrhagie cérébrale même légère. Ainsi, douleurs d'un côté de la face se propageant jusqu'à l'oreille; sensibilité conservée; invasion lente et graduelle; envahissement successif des diverses branches du nerf; pas de perte de connaissance, ni même d'étourdissement; aucune paralysie des membres; pas de céphalalgie; pas de fièvre. Voilà sans doute tout autant de signes dont l'ensemble devait faire considérer la paralysie comme étant de la nature de celles qui tiennent à une altération locale du nerf, et particulièrement de celles que l'on nomme rhumatismales. C'est en effet là le tableau de beaucoup de cas analogues donnés par divers observateurs comme résultant d'une semblable lésion; le seul point où celle dont j'ai tracé l'histoire diffère des autres, c'est que l'autopsie a pu être faite, et faite à une époque où l'altération était encore très-appréciable. Cette similitude de symptômes ne donne sans doute pas le droit de croire à une similitude constante de lésions organiques, et ce serait, je pense, tirer d'un seul fait une conclusion trop générale ou trop hâtée; mais nous sommes au moins dès à présent autorisés dans beaucoup de cas à contester la réalité d'une cause locale pour expliquer la paralysie d'un côté de la face, et cela toutes les fois que l'autopsie n'aura pas été pratiquée; puisque nous venons de voir que l'hémorrhagie cérébrale elle-même, quand elle est assez circonscrite pour ne déterminer que l'hémiplégie faciale, n'a pas d'autres symptômes que ceux assignés à des causes d'une nature cependant bien différente. Je ne crois pas qu'on puisse raisonnablement recourir, pour expliquer l'hémiplégie dont j'ai rapporté l'observation, à une inflammation du nerf ou de sa gaîne, inflammation qui n'aurait pas laissé de traces après la mort; car si je ne puis nier une pareille cause, il serait tout aussi impossible à ceux qui la feraient intervenir de prouver son existence, surtout dans un cas où l'altération constatée dans l'hémisphère opposé est suffisante pour tout expliquer.

L. DIDAY.

BIBLIOGRAPHIE.

ANNALES DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DE MUNICH. 1835.

Dès 1829 plusieurs médecins de la Bavière avaient manifesté la volonté de se réunir périodiquement et de se communiquer mutuellement, à l'instar d'autres corps savans, le fruit de leurs études. Toutefois ce projet ne fut réalisé qu'avec lenteur, et ce n'est qu'au commencement de 1834 que la société s'est véritablement constituée. Telle qu'elle est établie aujourd'hui, elle convoque ses assemblées tous les quinze jours, et se propose de publier à la fin de chaque année un choix des mémoires qui auront été discutés dans son sein.

Nous avons sous les yeux le premier numéro de ces annales, qui a été publié au commencement de cette année-ci, et nous n'y trouvons qu'un petit nombre d'objets intéressans pour les médecins de pays étrangers. Sur seize mémoires que renferme ce recueil de 240 pages, la moitié ne traite que d'intérêts locaux.

1° Il y a un article consacré à l'histoire de la société médicale de Munich elle-même; on y fait connaître son origine, ses statuts et le nombre actuel de ses membres. Dans quelques réflexions sur les curiosités qui ont été présentées dans différentes séances, il est question, entre autres, d'un foie privé de vésicule biliaire et muni d'un canal cholédoque très-dilaté. On a fait aussi voir, desséché sur une lame de verre, un morceau du péritoine d'une nouvelle accouchée parfaitement injecté; puis la tête d'un sexagénaire privée, des deux côtés, du conduit auditif externe et de la caisse du tympan. L'homme avait bien entendu pendant sa vie. Ces trois pièces ont été montrées par M. le professeur Schneider.

2° Quatre petits mémoires parlent de la constitution médicale de Munich et des maladies endémiques de cette ville, de la mortalité observée dans sa population civile et militaire et de quelques observations météorologiques.

3° Trois articles ont été insérés dans la même brochure pour faire l'éloge de quelques eaux minérales propres à la Bavière, pour recommander des bains et autres maisons de santé.

4° Une question de police médicale est examinée dans un mémoire fourni par le docteur Pfeufer. Il s'agit de savoir jusqu'à quel point le gouvernement doit tolérer l'exercice de l'homœopathie, et s'il est permis à l'autorité de réprimer la propagation de systèmes erronés capables de nuire à la société par une thérapeutique dangereuse ou une expectation coupable. L'auteur croit que dans le fait l'état aurait ce droit, si le désastre produit par une nouvelle théorie était d'une évidence patente, et les principes nouveaux tout-à-fait en contradiction avec l'observation journalière; mais que cette règle ne pourrait cependant pas être appliquée à l'homœopathie, qui, quoique marquée au coin de l'absurdité, n'a encore pu nuire que par une temporisation mal entendue et l'oubli de moyens d'une efficacité connue; qu'en cela l'homœopathie n'était pas plus pernicieuse que toute autre omission de secours, et que jusqu'à présent on ne punissait personne pour avoir négligé ou mal compris les soins à donner aux malades.

5° Dans un article sur l'hospice des Vénériens à Munich, M. Horner, médecin de l'établissement, fait un résumé des maladies qui y ont été traitées. Il nous apprend qu'à Munich, comme partout ailleurs, on travaille au triage des diverses affections qui ont été entassées pêle-mêle sous la dénomination de maladies syphilitiques. L'auteur sépare la blennorrhagie d'avec la vérole proprement dite; il insiste sur la distinction à faire entre les ulcères vénériens et ceux qui sont dus à l'usage abusif ou intempestif des mercuriaux.

Nous regrettons beaucoup qu'il ne nous apprenne rien des sympô-

mes caractéristiques qui lui font reconnaître ces deux espèces d'ulcères l'une d'avec l'autre. Il est vrai que l'écrit ne tend pas vers ce but, et qu'il est purement destiné à faire connaître le nombre des guérisons obtenues dans l'établissement de M. Horner.

6° Nous avons lu avec beaucoup d'intérêt une description des vaisseaux utérins par M. le professeur Schneider.

Sur une femme phthisique, morte au cinquième mois de grossesse, on a injecté les artères avec de la matière rouge, et les veines avec de la matière bleue. On a poussé l'injection dans les premières par l'aorte, dans les secondes par la veine-cave; donc, dans ces dernières, par voie rétrograde. La pièce destinée pour le musée a été disséquée avec beaucoup de soin. Toutes les radicules veineuses et tous les ramuscules artériels de l'utérus étaient complétement injectés et très-distincts; mais la quantité et le calibre des veinules étaient considérablement plus grands que ceux des artérioles. M. Schneider pense que le rapport de celles-ci à celles-là était comme de 1 à 10, tant en nombre qu'en volume. Ce qu'il y avait de plus frappant, c'est que l'injection, tant rouge que bleue, *avait passé de l'utérus dans le placenta sans la moindre extravasation*, et lorsqu'on détacha le placenta à l'aide du scalpel, on vit distinctement les vaisseaux artériels et veineux qui passaient presqu'en droite ligne de l'un à l'autre organe.

Si M. Schneider ne s'est pas fait illusion dans son examen, les partisans de la communication directe entre la mère et le fœtus trouveront un nouvel appui dans cette observation, qui a tant d'analogie avec celles de Reuss, d'Albinus, de MM. Czermack, Ritgen, Dubois et Biancini.

La question si souvent soulevée sur les connexions du placenta avec l'utérus est encore loin d'être résolue, et les plus grands maîtres ne se sont pas encore franchement prononcés. Si d'une part le poulet se forme son sang indépendamment de sa mère, de l'autre les hémorrhagies foudroyantes qui suivent les décollemens subits du placenta semblent prouver que des vaisseaux continus ont été rompus.

7° M. le professeur Weisbrod a fait insérer un article sur les cicatrices des couronnes de trépan et la guérison des plaies des os en général.

Le professeur de Munich, tout en citant les auteurs français qui se sont occupés de l'objet qu'il traite, paraît cependant ignorer toutes les recherches auxquelles ces observateurs se sont livrés. S'il est mieux instruit des travaux des chirurgiens allemands, il s'ensuit que ces derniers n'ont pas encore suffisamment examiné la marche de la nature dans l'obturation des ouvertures du crâne. Il doute que l'on ait jamais fait l'autopsie d'individus qui, quelques années auparavant, eussent été trépanés. Quant à lui, il a trépané ou vu trépaner très-souvent dans le courant d'une pratique de vingt-un ans. Trois fois il a fait l'opération avec succès. Une seule fois il a eu l'occasion de faire l'autopsie trois ans après l'opération; il possède le crâne de l'individu opéré, et en a fait faire le dessin pour le joindre au mémoire.

Le sujet de l'observation avait 58 ans lorsqu'il eut le crâne brisé par un coup de bûche le 8 décembre 1807. Les signes de commotion et de compression du cerveau se montrèrent immédiatement après l'accident. Lorsque, le lendemain, on opéra le blessé, il se trouva dans un état de coma et d'insensibilité complète. Presque tout le pariétal gauche était enfoncé : pour le relever il fallut faire deux perforations, l'une sur le frontal au-devant de l'angle antérieur et inférieur du pariétal, l'autre sur cet os même près de son angle inférieur et postérieur. Plusieurs fêlures s'étendaient en différens sens en dehors de la surface crânienne découverte, et se prolongeaient sous les tégumens ambians. Le patient perdit une certaine quantité de sang, mais son état s'améliora tellement dans l'instant même, qu'il put marcher seul depuis la table sur laquelle il avait été opéré, jusqu'auprès de son lit. Il guérit, et se livra pendant deux ans et demi aux travaux de la campagne. Vers la fin de la troisième année il eut des céphalées, des vertiges, des faiblesses, de petits accès d'épilepsie, maigrit beaucoup, et mourut subitement dans les convulsions le 29 septembre 1810.

On trouva à l'autopsie que les pièces du crâne étaient écartées en différens endroits, à la suite du fracas qu'elles avaient éprouvé trois ans auparavant. Le désordre ne s'était pas borné à la voûte de la boîte osseuse, mais les fentes se prolongeaient dans la base.

Le sphénoïde avait été brisé en plusieurs morceaux; la dure-mère était érodée au-dessus et au-dessous de l'hémisphère gauche, et cet hémisphère lui-même presque totalement converti en pus. Presque toutes les scissures étaient soudées, les unes avec une matière cartilagineuse, les autres avec une incrustation osseuse; leurs bords tranchans avaient été émoussés. Les ouvertures faites avec le trépan étaient rétrécies de moitié. Des lames osseuses se prolongeaient depuis la circonférence des traces jusque vers leur centre, mais elles partaient seulement de la table interne. La table externe ne participait pas à cette végétation osseuse; elle était au contraire rognée en talus.

Voici donc une observation à ajouter à tant d'autres pour prouver combien la léthalité d'une violence extérieure peut subsister bien au-delà du terme arbitraire de 40 jours fixé par les lois.

M. Weisbrod admire avec raison les efforts de la nature chez un sujet d'un âge aussi avancé, pour régénérer le tissu osseux détruit. Mais il croit être le premier qui ait observé que la substance nouvelle provenait directement de l'os même sous forme de rayons, et que le péricrâne et la dure-mère ne participaient point ou que très-peu à cette reproduction. Tous les auteurs qui se sont occupés de cette matière ont été cités par lui, et, ce qui est fort étrange, c'est que, tout en nommant M. Larrey, il n'est point question des observations de ce dernier, qui conserve à l'hôtel des Invalides des crânes où les rayons osseux sont évidens et parfaitement analogues à ceux qui ont été trouvés sous le trépan de M. Weisbrod.

Les réflexions de l'auteur sur la fermeture des couronnes de trépan, lui en suggèrent ensuite d'autres sur la formation du cal. Il divise les opinions émises à cet égard en deux, celle de Galien et des anciens qui admettent l'exsudation d'un suc osseux, et celle de Duhamel, etc., qui fait provenir le nouvel os d'une sécrétion opérée par le périoste interne et externe. Il ne dit rien des deux autres opinions, de celle de Bordenave, qui attribue la formation du cal aux bourgeons charnus qui s'avancent les uns vers les autres depuis les extrémités des fragmens osseux, ni de celle de Hunter, qui invoque l'organisation des caillots de sang épanché. Bordenave et Hunter sont nommés pour rattacher leur manière de voir à celle de Galien et des anciens.

Il n'est pas question non plus de M. Larrey, qui a vu de petits vaisseaux de nouvelle formation s'incruster de phosphate calcaire, ni de M. Breschet, qui, réunissant ensemble toutes les hypothèses connues, en a fait une nouvelle qui les renferme toutes, et d'après laquelle la nature mettrait à contribution tous les tissus qui sont dans le voisinage de la plaie pour aider à réparer les pertes de substance ou rétablir la continuité rompue.

M. Weisbrod cite les exemples de recollement du disque osseux obtenus par M. Walter, tant sur l'homme que sur les animaux. Il nie que la présence de la dure-mère et du périoste puisse favoriser l'ossification de la cicatrice; il croit, au contraire, que les adhérences entre la dure-mère et les tégumens externes doivent interposer un obstacle au rapprochement des bords de l'os. Aussi conseille-t-il d'exciser un lambeau elliptique du cuir chevelu, au lieu de rapprocher les lambeaux simplement divisés par une incision cruciale. Ce précepte est certainement erroné; car plus on peut conserver de tégumens sains, mieux cela vaut.

Autant de fois que nous avons eu à traiter des pertes de substance faites au crâne, nous avons rapproché la peau aussi bien que nous avons pu, et nous n'avons eu qu'à nous en louer. L'ouverture s'est complétement bouchée avec une lame osseuse; mais celle-ci ne dépassait pas le niveau de la table interne, comme l'a fort bien observé M. Weisbrod; et lorsqu'on enfonce les doigts dans la cicatrice, on sent distinctement les bords tranchans de la table externe.

8° Une histoire intéressante d'hydropisie enkystée est rapportée par M. Urban. Elle a été observée sur une fille de 34 ans, affectée depuis long-temps de syphilis constitutionnelle et de ptyalisme chronique.

En voyant la malade réduite à la dernière extrémité par une fièvre lente, des douleurs abdominales, un œdème des extrémités et une violente dyspnée causée par une tumeur fluctuante et circonscrite dans la région ombilicale, le docteur Urban se décida à faire la paracentèse près de l'ombilic, le 27 avril 1828.

Le liquide qui s'écoula était purulent, ichoreux, très-infect, et colora en un clin d'œil la canule du trois-quarts d'une nuance de plume de paon. Ce liquide étant trop épais pour passer en totalité par le conduit métallique, on se décida à l'étendre à l'aide d'une injection d'eau de guimauve. Une partie de la matière délayée revint par le tube; l'autre resta. La femme respira bien pendant la nuit, ce qu'elle n'avait pas fait depuis long-temps.

Le lendemain, on vida encore la tumeur; il s'échappa des gaz fétides; on injecta de nouveau.

On continua les injections et les évacuations les jours suivans, et on eut soin d'entretenir l'ouverture de la plaie à l'aide de bougies en gomme élastique. Chaque fois que la quantité de fluide rendu était moindre que celle qui avait été injectée, la malade éprouvait une diarrhée bienfaisante. Les jours où toute l'injection revenait par la plaie, il n'y avait point de diarrhée. De temps à autre, on voyait que le liquide évacué contenait des matières fécales.

Le 18 mai, la malade rendit par les selles un morceau de canal di-

gestif de trois pouces de long et d'un pouce de large, lacéré en plusieurs points, mais dans un état encore assez intègre pour y reconnaître et disséquer toutes les tuniques. Un dessin joint au mémoire fait connaître la forme de ce bout d'intestin. La femme fut si effrayée de cet accident qu'elle en eut des lipothymies, et que son état s'aggrava pendant quelque temps. Le 29 du même mois, on retira de la plaie un long cheveu qui avait été avalé. Le 17 juin, un repas trop copieux avec de la farce de poitrine de veau causa une indigestion. Le lendemain, on observa distinctement dans les matières rendues par la fistule des parcelles de la farce qui avait été mangée la veille. Le 18 juin, des efforts menstruels se manifestèrent; les règles coulèrent quatre jours. Depuis long-temps elles n'avaient plus paru, et lorsque la congestion utérine se déclara, elle eut une telle influence sur la vessie qu'il fallut recourir au cathétérisme.

Le ptyalisme, qui depuis long-temps était très-léger, s'était beaucoup exaspéré, et il ne céda qu'à de fortes doses de salsepareille.

Le 4 juillet, après un dîné très-copieux et des rires immodérés, il y eut un nouvel accident. Une grande quantité de matières fécales s'était encore épanchée dans le kyste et causait de vives douleurs; mais cet épanchement se vida le lendemain par la fistule, et donna issue à des substances alimentaires non digérées et mêlées à du sang. Une selle copieuse rétablit un calme parfait.

Plus tard, la malade se fit elle-même les injections nécessaires. Au mois d'août, l'écoulement par la plaie était déjà beaucoup tari, et le liquide avait pris un aspect purulent. Il cessa vers le mois de février 1829. Depuis ce temps, la cicatrice a été consolidée, et le 1er janvier 1835 la femme était encore très-bien portante.

Cette opération offre plusieurs particularités intéressantes, mais elle n'est pas la seule qui ait fourni l'occasion de voir des portions d'intestins dans les selles. On conserve au musée de Strasbourg une anse intestinale entière et très-longue rendue par une femme dans une passion iliaque. Cette personne ne mourut que long-temps après cet accident, pour avoir mangé des cerises avec les noyaux et les queues. L'ancienne cicatrice s'est rompue, les matières se sont épanchées dans le bas-ventre. A l'autopsie on a pu constater quelle était la portion d'intestin qui avait été sphacélée.

9° M. Boniface Muller a fait insérer une description jointe à une planche lithographiée, d'un nouvel appareil pour faire la taille latéralisée. Cet appareil n'est qu'une modification de celui de Guérin et de Klein. Il est composé d'un cathéter à deux branches comme celui de Guérin, mais au lieu d'être continues, ces branches sont articulées avec des mortaises à coulisse et des vis à pression. Cette disposition permet d'appliquer chaque pièce de l'instrument séparément et de l'adapter plus commodément à des organes de dimension variable. Le troisquart canuelé avec lequel Guérin perçait le périnée est remplacée par une simple tige mousse à son extrémité, mais canelée aussi. Elle ne doit être que posée sur le raphé sans entamer les tissus sous-jacens.

Le lithotome dont se sert M. Muller est semblable au long couteau de M. Dubois pour la taille. Il en diffère par une vive arête en dos d'âne qui règne tout le long du dos de la lame et du manche, et se loge pendant l'opération dans la canelure de la tige sous-périnéale, et, après la division du périnée, dans la canelure du cathéter placé dans l'urètre.

Cet appareil n'a sur celui de Guérin que l'avantage d'une application plus facile. Il offre tous les inconvéniens des instrumens qui divisent la prostate et le col de la vessie de dehors en dedans.

10° Le même auteur a fourni aussi un article sur des expériences faites avec la kréosote pour vérifier ses propriétés hémostatiques. De concert avec M. le médecin légiste Reiter, il ouvrit à des chiens les artères de différentes régions. Chaque fois l'application d'un bourdonnet de charpie trempée dans de la kréosote suspendit l'hémorrhagie et les animaux ont promptement guéri. M. Muller n'a pas obtenu des effets aussi satisfaisans avec l'aqua Binelli qu'avec la kréosote. Il pense que celle-ci agit en coagulant l'albumine du sang d'une manière toute particulière. Les lèvres d'une plaie et les muscles touchés avec la kréosote deviennent visqueux, grisâtres et faciles à déchirer. Le sang en contact avec cette substance s'épaissit instantanément et devient semblable à du cambouis.

En injectant de la kréosote ou simplement de l'eau kréosotée dans les veines d'un certain calibre, telle que la jugulaire, le piston se trouve bientôt arrêté, et il devient impossible de pousser l'injection plus loin. Il se forme un caillot d'une certaine longueur qui empêche la matière étrangère de passer dans le torrent de la circulation.

Un des chiens avait une verrue à la lèvre inférieure. Cette verrue disparut par l'action de lécher la plaie kréosotée. Le pourtour de la verrue fut excorié par la même cause.

Les lotions d'eau kréosotée suspendent instantanément les hémorrhagies capillaires ou parenchymateuses. M. Muller eût recours avec succès à ce moyen chez un octogénaire pour une hémorrhagie des gencives, qui avait résisté à tous les moyens connus. Il arrêta de même des écoulemens de sang inquiétans, suites d'applications de sangsues.

Si j'avais connu en 1830 l'efficacité de la kréosote, j'aurais peut-être pu arrêter une hémorrhagie survenue à la suite d'une application de sangsues sur la poitrine d'une fille de 20 ans, affectée de pleurésie aiguë. Les deux premiers jours de la maladie, je fis chaque fois de fortes saignées du bras qui suspendirent momentanément le point de côté. Le troisième jour, j'appliquai dix sangsues; elles soulagèrent d'abord, mais les petites plaies coulèrent ensuite si abondamment pendant trois jours que la malade s'affaiblit, épuoua de nouvelles dyspnées par extinction de forces et mourut. L'amadou, la colophane, la compression, un mastic de glu, la suture entortillée autour d'une épingle (comme le font les vétérinaires pour la saignée de la jugulaire), la cautérisation avec le nitrate d'argent, le fer chaud, l'acide muriatique, rien ne put arrêter cette hémorrhagie mortelle.

Quelle ressource n'aurait-on pas dans la kréosote si sa vertu hémostatique et l'innocuité de son injection dans les veines se confirmait? Dans des cas désespérés d'anévrismes, ne serait-il pas permis d'injecter ce remède dans le sac dilaté, plutôt que d'avoir recours à la ligature d'après la méthode de Brasdor?

11° Enfin nous trouvons encore dans cette brochure un cas particulier d'angine de poitrine ou d'asthme nerveux chez une femme de 50 ans, très-grasse, et dont la dyspnée avait résisté à tous les antispasmodiques connus. A l'autopsie on trouva dans le médiastin antérieur un stéatome volumineux qui comprimait la trachée-artère et la bifurcation des bronches. Dans les poumons il y avait des encéphaloïdes de différentes dimensions. Ni l'auscultation, ni la percussion n'avaient rien indiqué d'anormal pendant la vie de la malade. M. OEtinger qui rapporte cette observation, remarque avec raison que, dans l'état actuel de nos connaissances, la nature de cette lésion organique ne peut pas encore être diagnostiquée sur les malades. F.-J. D.

VARIÉTÉS.

— Nous avons eu occasion d'examiner les têtes des deux suppliciés Lacenaire et Avril, exécutés dans la journée du 12, et voici ce que nous avons constaté. La figure d'Avril n'a d'autre expression que celle d'une stupide férocité. Son crâne nous a paru présenter les particularités suivantes: le front déprimé, fortement incliné en arrière, du reste assez découvert; une saillie assez prononcée commence au niveau de l'apophyse orbitaire externe du coronal, se porte en arrière, s'élargit et prend au-dessus du conduit auditif un développement considérable. Il nous a été impossible d'examiner les parties postérieures, déjà recouvertes de plâtre. En somme, c'est un crâne-*type* de voleur et d'assassin. Les phrénologistes ne manqueront pas de s'emparer de cette circonstance; mais la tête de Lacenaire est là pour leur donner un nouveau démenti. En effet, Lacenaire, dont la froide cruauté, dont l'impassibilité au milieu des circonstances les plus effrayantes vient d'épouvanter la France entière, Lacenaire est, *phrénologiquement*, un saint homme muni de toutes les qualités d'un homme bon, doux, sensible, religieux, ayant en horreur l'injustice, le vol, et à cent mille lieues de l'assassinat. Voilà au moins ce que la phrénologie nous apprendrait si les faits n'étaient là. C'est ainsi qu'il y a un développement marqué de toutes les parties antérieures et supérieures du crâne, aplatissement remarquable des parties latérales et surtout de celles où correspondent, dit-on, le *vol* et le *meurtre*. Les organes de la *bonté*, et surtout de la *théosophie*, sont remarquables par leur développement.

— *La Némésis médicale*, recueil de satires, par un Phocéen.

La 15e livraison de ce piquant recueil vient de paraître; le Phocéen n'a rien perdu de sa verve et de sa causticité. Nous reviendrons sur cette publication.

La *Némésis médicale* contiendra en tout 24 satires de 300 vers environ chacune, dont 15 ont déjà paru et dont les autres paraîtront à des époques rapprochées.

Le bureau est rue de Condé, n° 24; on souscrit chez M. Paul, galeries de l'Odéon, n° 12, et chez tous les libraires.

Prix des 24 livraisons: pour Paris, 10 fr.; pour les départemens, 11 fr. 60 c. franc de port.

— La première épreuve du concours de clinique externe n'est pas encore terminée. MM. Blandin, Guerbois, Lepelletier et Sédillot ont faits leurs leçons.

Le Rédacteur en chef, Jules Guérin.

N° 4. (TOME IV. — 1836.) SAMEDI 23 JANVIER 1836.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La Gazette médicale de Paris (*Gazette de santé* et *Clinique des hôpitaux* réunies) paraît tous les samedis de chaque semaine; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et équivaut à 6 feuilles in-8°. Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois. Pour l'Étranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Poissonnière*, n° 5, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

CHIRURGIE PRATIQUE.

Souvenirs cliniques de l'hôpital Saint-Louis, par J. F. Malgaigne, professeur-agrégé, chirurgien du bureau central des hôpitaux, chirurgien par intérim à cet hôpital en 1835.

I. De la théorie et du traitement des plaies de tête.

C'est une coutume assez générale en Angleterre, en Allemagne, en Italie, que les chirurgiens qui se sont trouvés un certain temps à la tête d'un service d'hôpital livrent au public un compte-rendu de leur clinique durant cet espace, des observations les plus importantes qu'ils ont recueillies, et des essais thérapeutiques qu'ils ont eu occasion de tenter. Chargé, durant les mois de septembre et octobre 1835, du service chirurgical de M. Gerdy à l'hôpital Saint-Louis, j'ai voulu imiter cet exemple en triant soigneusement les faits qui m'ont paru apporter réellement avec eux quelque leçon.

Le premier article sera consacré tout entier à la théorie et à la thérapeutique des plaies de tête. Il pourrait sembler d'abord peu à propos de parler de théorie dans un travail purement clinique; mais ici la théorie est jointe d'une manière si intime à la pratique, que la première a toujours réglé l'autre, et qu'il a fallu la changer d'abord avant de modifier le traitement.

La théorie la plus généralement admise, création brillante du génie de J.-L. Petit, rattache à trois causes principales les phénomènes des plaies de tête les plus graves. Si le malade a perdu connaissance sur le coup, commotion; si le coma persiste plusieurs heures, ou, en l'absence de toute commotion, si des accidens se déclarent quelques heures après la blessure, on dit qu'il y a compression exercée par un épanchement sanguin; plus tard enfin l'inflammation peut prendre place, mais le moment de son apparition n'est nullement fixé, et il varie d'un à plusieurs jours. Je ne dis rien des épanchemens purulens ni des corps étrangers, dont je ne veux point traiter ici.

Le traitement est parfaitement conforme à la théorie. Combattez la commotion d'abord; dès que l'épanchement survient un peu considérable, donnez issue au sang par le trépan; l'inflammation arrivée, tâchez de la dompter à son tour.

Voilà qui va bien; mais du simple exposé théorique qui précède, il résulte d'abord que, dans beaucoup de cas, le diagnostic demeure et doit demeurer excessivement obscur. Qu'un blessé tombe dans le coma, et y demeure vingt-quatre heures, aucun signe certain n'indique si la commotion seule continue, ou si l épanchement s'y est joint. Si les symptômes persistent plusieurs jours, impossible de déterminer ceux qui appartiennent à l'épanchement et ceux que revendique l'inflammation cérébrale. Bien plus, dans la période la plus grave des plaies de tête, dans celle qu'il faut rapidement saisir entre la commotion qui finit et l'inflammation qui menace, lorsque le trépan est indispensable,

Feuilleton.

PRATIQUE MÉDICALE DES MUSULMANS. (1)

ÉTUDES REQUISES. — EXERCICE DE LA MÉDECINE; ESPRIT QUI Y PRÉSIDE. OPÉRATIONS; PRÉCAUTIONS A PRENDRE. — ANECDOTES.

Si le climat de Constantinople est si beau, la diète du Musulman si régulière, son abnégation de tous les faux besoins si complète, sa propreté si étonnante, quel besoin, dira-t-on, a-t-il des secours de la médecine? il ne devrait mourir que de vieillesse. Il n'en est rien cependant; au contraire, la mortalité est beaucoup plus grande parmi la nation dominante que parmi les raïa. Bientôt les gouvernés seront plus nombreux que les gouvernans. Autrement pourquoi cette multitude de médecins musulmans, grecs, arméniens et juifs? Pourquoi tant de médecins francs prospèrent-ils à Constantinople?

Je crois avoir expliqué dans les chapitres précédens la plupart des causes de la mortalité qui atteint les Musulmans; ce que je crois utile maintenant d'examiner, c'est la pratique médicale et chirurgicale des Turcs envers leurs co-religionaires; leur conduite envers les malades, et l'esprit qui y préside.

Mahomet crut probablement que les lois de l'hygiène qu'il avait prescrites devaient exempter le vrai-croyant de toute maladie; car le Koran, qui règle tant et de si grands intérêts, ne s'occupe point de pathologie. Les Musulmans qui désirent se livrer à la médecine sont donc obligés de chercher l'instruction médicale ailleurs, et ils ont recours aux livres arabes; c'est là qu'ils puisent leurs théories; leur diagnostic est peu éclairé; pour le pronostic, ils s'en rapportent à la volonté de Dieu. Le traitement est incertain; les purgatifs, les émolliens, les potions toniques, les électuaires font la base de leur thérapeutique.

Le nombre des médecins musulmans ne m'a pas paru en rapport avec la population turque de Constantinople. Dans les maisons où j'ai été appelé, j'ai presque toujours trouvé pour médecin ordinaire un raïa, apothicaire et médecin tout à la fois. La cause en est que les raïa, ayant besoin de la protection d'un effendi pour éviter les avanies auxquelles ils se trouvent quelquefois exposés, sont aux petits soins envers eux et très-faciles sur le règlement de leurs mémoires. J'ai donc vu peu de médecins musulmans; mais j'en ai connu deux, l'hèkim-bachi, médecin en chef du Serail, qui m'appelait quelquefois en consultation, et un autre qui demeu-

(1) Nous empruntons l'article qu'on va lire à un ouvrage de M. A. Brayer, ayant pour titre: *Neuf années à Constantinople, observations sur la topographie de cette capitale, l'hygiène et les mœurs de ses habitans, la peste et sa non contagion, etc.* Paris, 1836. Nous rendrons prochainement compte de cette publication, intéressante sous plus d'un rapport.

aucun chirurgien n'est capable de dire avec certitude où il faut l'appliquer. Et cependant on pousse le jeune praticien à agir ; on lui crie de se hâter, au hasard, peu importe ; et l'on frémit de lire dans l'ouvrage du chirurgien qui passait pour le plus prudent de son époque, ces effrayantes paroles : « Cette incertitude doit sans doute rendre le chirurgien très-circonspect ; *mais elle ne doit point, nous le répétons, lui inspirer une pusillanimité funeste ; et ce n'est pas là le cas de cet axiôme* : Dans le doute, abstiens-toi. » BOYER, *Traité des maladies chirurgicales*.

Or, à côté de cette théorie et de cette pratique si périlleuses, il s'en élève une autre qui la combat à la fois et dans ses applications et dans ses principes, qui nie l'influence accordée à l'épanchement, et proscrit conséquemment le trépan comme inutile et nuisible. Cette doctrine nouvelle, due à l'expérience de mon excellent maître M. Gama, chirurgien en chef du Val-de-Grâce, peut se résumer assez bien en quelques mots. Après le premier moment de stupeur dû à la commotion, ce sont les lésions de la substance cérébrale même qui entretiennent les symptômes ; et si elles ne sont point mortelles par elles-mêmes, c'est l'inflammation seule qui peut leur donner de la gravité, et c'est l'inflammation seule qu'il faut combattre. On sait aussi que M. Gama dirige un traitement qui lui est propre contre cette inflammation.

Je me trouvais dans les circonstances les plus heureuses peut-être pour soumettre au contrôle de l'observation cette question si importante. M. le professeur Gerdy, dont je prenais le service, est un des plus habiles et des plus dévoués partisans de l'ancienne doctrine ; pour moi, ma conviction était depuis long-temps acquise à la nouvelle. Il ne fallait que des faits pour terme de comparaison : il en vint. Voici d'abord le premier cas où j'ouvris la discussion, en face d'une autopsie, avec les internes du service qui suivaient l'opinion de M. Gerdy. Le malade ayant été apporté à l'hôpital à une heure où j'étais absent, M. Gerdy voulut bien lui donner ses soins ; mais j'assistai à l'autopsie

FRACTURE ÉNORME DU CRANE AVEC ENFONCEMENT DES OS ; ACCIDENS ATTRIBUÉS A LA COMPRESSION ; TRÉPANATION ; MORT. — ÉPANCHEMENT DE SANG CONSIDÉRABLE ; FORTE CONTUSION DU CERVEAU. (1)

OBS. I. — Auguste Clérat, jeune enfant de dix ans, jouait avec un autre enfant près d'une fenêtre, le 12 septembre 1835, quand par imprudence il se laissa tomber sur le pavé de la hauteur d'un deuxième étage. Il resta dix minutes environ sans connaissance ; après quoi, revenu à lui, il se mit à crier et à s'agiter sans toutefois proférer aucune parole. Apporté à Saint-Louis sur le midi, il présentait l'état suivant :

Face pâle ; cris continuels ; agitation des plus grandes qu'on est porté à attribuer à l'indocilité du malade plus encore qu'à la gravité de sa maladie ; crachats striés de sang, qui firent d'abord croire à une déchirure des poumons par une fracture de côtes qu'on chercha en vain à constater. Ce qui frappa surtout l'attention, ce fut une fracture de la clavicule droite avec saillie de la pointe du fragment externe en avant ; la peau très-fine laissait percer la teinte brunâtre du tissu cellulaire sous-jacent infiltré de sang. Comme il n'existait aucune altération apparente au crâne, on s'inquiéta peu d'en faire l'examen ; M. Gerdy lui-même qui eut occasion de voir le blessé tandis que le chirurgien de garde lui posait l'appareil des fractures de la clavicule, ne soupçonna rien du côté de la tête.

Jusque sur les quatre heures, le jeune malade continua de crier et de s'agiter en tous sens. De quatre à cinq heures cette agitation diminua peu à peu, et il tomba dans le coma. L'interne de garde appelé, soupçonna, d'après ce nouvel incident, quelque lésion du crâne ; et en effet, en palpant les tégumens, il crut sentir une dépression évidente au côté droit. M. Gerdy fut mandé sur les neuf heures ; et jugeant aussitôt que le coma était déterminé, soit par l'enfoncement des os du crâne, soit par un épanchement, ou par ces deux causes à la fois ; il fit une incision au niveau du point déprimé, c'est-à-dire vers l'angle de réunion du temporal avec le sphénoïde et le pariétal ; cette incision longue de quatre pouces fut prolongée en dehors sur le muscle temporal jusque près de l'apophyse zygomatique. Une incision transversale coupa presque perpendiculairement la précédente. On put alors se faire une idée du délabrement des parois osseuses du crâne. Trois larges fragmens formés, l'un aux dépens du temporal, l'autre aux dépens du temporal et du pariétal, le troisième aux dépens de l'occipital et d'une petite portion du pariétal, étaient enfoncés de deux à trois lignes. Les tégumens furent disséqués au-devant de ces fragmens et renversés sur eux-mêmes. Les deux premiers fragmens furent enlevés avec facilité, et laissèrent à découvert toute la portion moyenne de l'hémisphère droit. Les symptômes de compression ne diminuèrent pas. La dure-mère fut alors incisée dans toute l'étendue mise à découvert ; aussitôt le cerveau fit hernie à travers cette incision, de manière à se mettre à peu près de niveau avec la face externe des parois osseuses et à paraître étranglé au pourtour de l'ouverture. M. Gerdy pensant que les symptômes persistans du coma pouvaient bien être déterminés par le troisième fragment, qu'il n'avait pu ni enlever ni même soulever, faute de point d'appui, appliqua une couronne de trépan sur le pariétal de manière qu'un des points de sa circonférence vînt tomber sur le sillon de la fracture. Il fut alors facile de relever le fragment enfoncé au moyen d'un élévatoire ; mais le coma, loin de diminuer, devint plus intense ; et nous vîmes ce malheureux enfant succomber sous nos yeux quelques secondes plus tard.

NÉCROPSIE 33 HEURES APRÈS LA MORT.

Le cerveau était affaissé de deux à trois lignes au niveau des points où il avait été mis à nu. A droite la fracture se prolongeait jusqu'au milieu du rocher ; à gauche le pariétal était fendu dans toute sa largeur jusqu'à sa réunion avec le temporal. Au-dessous de la dure-mère, à gauche, existait un épanchement de sang étendu en nappe sur la partie moyenne de l'hémisphère cérébral ; un autre épanchement, plus considérable encore, tapissait toute la base du crâne du même côté. Les lobes moyen et antérieur de l'hémisphère gauche présentaient à leur partie inférieure, dans une épaisseur de trois à quatre lignes, une espèce de détritus noirâtre formé par du sang mêlé à la pulpe cérébrale ; une contusion analogue se remarquait au bord externe du cervelet du même côté.

Les poumons étaient sains. Il n'existait pas de fracture de côte.

La clavicule était cassée vers son tiers interne ; les deux fragmens offraient des aspérités et des espèces d'engrenures qui leur permettaient de s'adapter exactement. M. Malgaigne constata que la position nécessaire pour obtenir le rapprochement parfait consistait à maintenir le coude du côté affecté élevé et rapproché du sternum ; on eût pu de la sorte obtenir une réunion exacte, sans aucune saillie ni difformité. M. Malgaigne s'assura en même temps, par une expérience directe, qu'avec le coussin de Desault on déterminait la saillie des fragmens en avant.

Si, dans cette autopsie, on s'était arrêté après avoir constaté l'épanchement de sang, comme cela est nombre de fois arrivé sous l'empire de l'ancienne théorie, le fait se serait expliqué d'une manière merveilleuse. La commotion d'abord, bientôt disparue ; puis des accidens entretenus par la compression des fragmens osseux, accrus par l'épanchement, et enfin terminés par la mort. Mais, d'une part, cet épanchement en nappe était fort médiocre ; et après la grande trépanation faite du côté opposé, on peut hardiment avancer que le cerveau se trouvait au moins aussi à l'aise qu'à l'état normal. Faut-il d'ailleurs rappeler,

(1) Recueillie par M. Droin, interne. — La plupart des observations qui feront partie de ce travail ont été rédigées par M. Droin, et présentées par lui au concours des internes des hôpitaux, où il a obtenu la médaille d'argent, premier prix des internes de seconde classe. Je dois, en mon particulier, des remercîmens à ce jeune et laborieux observateur, et pour le zèle qu'il a mis à me seconder, et pour l'obligeance avec laquelle il m'a communiqué ses observations et ses remarques.

---

rait à Scutari. Celui-ci était propriétaire d'une petite pharmacie dans ce faubourg ; il l'avait louée à un apothicaire grec, mais il y passait plusieurs heures par jour pour y donner ses consultations. Mes affaires m'appelant fréquemment, surtout en été, de ce côté-là, j'eus occasion de faire sa connaissance. Des services réciproques amenèrent bientôt entre nous autant d'intimité qu'il peut en exister entre un Musulman et un Franc ; ces rapports durèrent plusieurs années, en sorte que j'eus le temps d'observer sa pratique médicale

Qui a vu un médecin musulman les a vus tous ; le Koran leur imprime, comme à tout vrai-croyant, un cachet particulier ; l'habillement majestueux, une grande propreté, une démarche lente et gracieuse, des manières agréables, une conversation peu verbeuse, de fréquens appels à la Divinité, une entière confiance dans la Providence pour la guérison des malades, et la persuation que l'homme n'est qu'un instrument aveugle entre ses mains ; voilà leurs traits distinctifs.

Leurs études sont très-bornées. Ils sont tenus, non à des examens en règle, mais à justifier qu'ils connaissent la propriété des médicamens les plus usités, et qu'ils ont fait, auprès d'un médecin turc, un apprentissage de quelques années et la pratique de la petite chirurgie ; approuvés ensuite par l'hékim-bachi, ils entrent en exercice.

S. E. était un homme de 35 à 40 ans, d'une figure douce et agréable : sa mise, sans être recherchée, était propre et décente. Il était exact à remplir ses devoirs religieux ; il parlait peu, mais ses questions et ses réponses étaient justes ; il avait reçu une bonne éducation ; il aimait à s'instruire ; il me tenait au courant des maladies qu'il lui arrivait de traiter, et me demandait mon opinion. Quand, d'après sa description, je ne pouvais m'en faire une idée exacte, il me priait de l'accompagner chez ses malades. En revenant je rectifiais, quand cela était nécessaire, son diagnostic et son traitement ; il voyait presque toujours de la faiblesse quand le pouls était petit et fréquent ; je lui enseignai à ne plus la craindre autant. Je lui fis tenir à une diète rigoureuse et prolongée plusieurs de ses malades ainsi faibles, et il était tout surpris de leur parfaite guérison et de leur courte convalescence. Je lui enseignai à peu près la doctrine physiologique ; c'est, je crois, le seul médecin musulman qui en ait quelque connaissance.

Il serait trop long de dire les cas nombreux que nous traitâmes ainsi chez les Musulmans (les raïa et les Francs ont très-rarement recours à un médecin turc) ; mais ce qui m'étonnait le plus, c'était sa manière d'exercer sa profession.

Je passais souvent des heures entières dans sa pharmacie pour attendre des malades qui m'y avaient donné rendez-vous, ou des médecins avec lesquels je devais consulter. Tantôt c'était un harem nombreux sortant du bain, qui venait encombrer la boutique, et dont les individus, tous bien portans en apparence, suppliaient le médecin de leur tâter le pouls et de leur dire s'ils n'étaient pas malades ; une esclave noire qui lui était adressée pour qu'il lui pratiquât une saignée, lui appliquât un vésicatoire ou lui ouvrît un cautère ; une femme hypocondriaque qui se croyait sous une influence magique ; une mère qui désirait savoir si sa fille qui l'accompagnait était enceinte, et dans ce cas si c'était d'un garçon ou d'une fille. Tantôt c'était un portefaix qui s'était foulé un nerf, un batelier atteint d'un lombago, un tailleur avec un furoncle, un effendi avec une gastrite ou gastro-entérite chronique ; chacun venait l'entretenir de ses souffrances. Il écoutait tout le monde avec une rare patience, et répondait en peu de mots. Il commençait, suivant l'usage, par tâter le pouls, faisait ensuite deux ou trois questions, et en déduisait son diagnostic. Son air grave et son turban d'effendi imposaient au harem et le délivraient de ses importunités. Il pratiquait la saignée très-adroitement, en-

ici les belles expériences de M. Serres sur l'innocuité des injections lentes d'un liquide chaud dans le crâne? La compression brusque du cerveau n'a même d'effets bien redoutables que quand elle est portée à un très-haut degré, et peut-être mieux encore quand elle se complique de contusion de l'organe. J'ai rapporté dans la GAZETTE MÉDICALE (1832, p. 595) le cas d'un homme qui portait à la région pariétale un enfoncement des os, suite d'un coup de pied de cheval, d'environ deux pouces de largeur sur un pouce et demi de hauteur, et assez profond pour qu'on eût pu y mettre une cuiller ordinaire. Il n'y eut ni coma, ni paralysie, et le sujet guérit sans aucune trépanation. Abernethy, Dupuytren et d'autres ont cité des faits tout semblables.

Il faut cependant bien chercher une fois en quoi ces faits diffèrent des autres, et pourquoi la compression, si nuisible ailleurs, dit-on, s'est trouvée là si innocente. Notre première observation rend parfaitement compte de cette différence; et qui oserait tenir compte d'une compression aussi légère, à côté de cette triple contusion du cerveau et du cervelet? Or, dans les cas de mort, vous ne verrez peut-être jamais manquer cette contusion cérébrale.

Un mot encore sur l'emploi du trépan dans ce cas. D'après ce qui vient d'être dit, il s'adressait à une cause morbide presque imaginaire et ne pouvait donc être d'une grande utilité. Mais supposez son utilité reconnue, l'erreur où est tombé un chirurgien habile sur le siége de l'épanchement ne devrait-elle pas encore faire hésiter l'opérateur? Et cette erreur n'est pas une exception, c'est une règle; elle est inévitable, et quand un chirurgien est tombé sur un épanchement, ce n'a jamais été que par hasard. Enfin, supposez encore que des indices qui ont manqué eussent conduit le trépan sur l'hémisphère gauche, le sang en nappe et coagulé n'aurait pu être extrait; à plus forte raison, le sang épanché à la base du crâne.

Les mêmes incertitudes, les mêmes obstacles, les mêmes argumens se représentent dans l'observation suivante, dont le sujet n'a point passé sous mes yeux, et qui m'a été communiquée par M. Droin.

PLAIE DE TÊTE AVEC DOUBLE FRACTURE DU CRANE; ACCIDENS ATTRIBUÉS A LA COMPRESSION; TRÉPANATION; MORT. — ÉPANCHEMENT CONSIDÉRABLE SUR L'HÉMISPHÈRE DROIT; CONTUSIONS DU MÊME HÉMISPHÈRE.

OBS. II.—Marnier, âgé de 30 ans, d'une vigoureuse constitution, traversait le boulevard en courant, le 7 décembre 1835, quand une voiture à deux chevaux lancée au grand trot l'atteignit, le culbuta, et l'envoya tomber sans connaissance à quelques pas de là sur le pavé. On le transporta sur-le champ sur un brancard à l'hôpital Saint Louis, où l'interne de garde constata les phénomènes suivans.

Perte complète de connaissance; perte complète du sentiment et du mouvement; résolution générale. Pâleur de la face avec serrement des dents, mais sans frottement; les paupières sont fermées, les yeux portés en haut, les pupilles largement dilatées et immobiles. Le pouls, faible et lent, donne 55 pulsations par minute. On reconnaît des traces d'épistaxis; du sang s'écoule encore de l'oreille droite. Au côté gauche et postérieur de la tête existe une plaie d'un pouce environ de longueur, pénétrant jusqu'au périoste. On prescrivit deux sinapismes aux jambes et 30 sangsues aux apophyses mastoïdes.

Sur les neuf heures, les symptômes restant tout aussi fâcheux, M. Gerdy fut appelé. Ce professeur, jugeant que les accidens pouvaient être aussi bien le résultat de la commotion que de la compression, essaya d'abord les révulsifs; les mains et les avant-bras du malade furent plongés dans de l'eau presqu'à la température de l'ébullition, en même temps qu'on établissait deux vésicatoires instantanés à la surface antérieure de la tête et à la nuque, au moyen de l'ammoniaque; et un flacon rempli du même liquide fut passé à diverses reprises sous les narines. Le résultat de cette médication fut d'accélérer la respiration qui devint plus haute; elle se faisait auparavant sans élévation des côtes. Le malade poussa aussi quelques plaintes inarticulées, mais qui cessèrent bientôt. Les artères radiales, qui battaient d'une manière très-sensible avant que les avant-bras fussent plongés dans l'eau chaude, cessèrent dès lors leurs battemens, qui ne revinrent plus.

La persistance de ces symptômes convainquit M. Gerdy que la cause en devait être attribuée à la compression du cerveau par un épanchement. En conséquence, il agrandit d'abord la plaie extérieure, puis enleva le péricrâne avec la rugine. On découvrit alors, sur l'angle postérieur du pariétal gauche, une fracture oblique en dehors, se bifurquant en haut en forme d'Y, pour donner naissance à deux petites fissures de 4 à 5 lignes de long seulement, en bas, la fracture se dirigeait du côté du rocher en se perdant sous les tégumens. Quand la surface osseuse eut été complètement mise à nu au niveau de la fracture, une couronne de trépan y fut appliquée à quelques lignes au-dessous de la bifurcation signalée; à peine s'écoula-t-il par l'ouverture quelques gouttes de sang. On constata cependant avec un stylet recourbé que la dure-mère était detachée dans le pourtour de la couronne. Cette membrane fut elle-même divisée et laissa à nu la substance cérébrale soulevée par les battemens artériels. Les symptômes restèrent complètement les mêmes pendant toute la durée de l'opération, et après qu'elle fut achevée. Il était dix heures quand nous quittâmes le malade, et à dix heures et demie il n'était plus.

NÉCROPSIE FAITE TRENTE-QUATRE HEURES APRÈS LA MORT, EN PRÉSENCE DE M. GERDY.

L'enlèvement de la calotte osseuse du crâne ne donna lieu à aucun écoulement de sang; mais la teinte brunâtre foncée de la dure-mère qui recouvrait l'hémisphère droit nous fit d'abord soupçonner toute la gravité du désordre. A l'incision de cette membrane, il s'échappa une énorme quantité de sang coagulé répandu sur toute la surface externe de l'hémisphère; M. Gerdy l'évalua à 4 onces au moins. L'encéphale enlevé, on reconnut que la fracture du côté gauche du crâne se prolongeait sur le temporal, à quelque distance en arrière du rocher, jusqu'au golfe de la veine jugulaire. A droite, il existait un décollement de la dure-mère au-devant du rocher, et une fracture de la partie antérieure de cet os occupant toute sa longueur. La face antérieure du rocher offrait une teinte brune due au sang épanché dans toutes les cellules, enfoncemens et cavités de l'oreille, ainsi qu'il nous fut facile de le constater par la division complète de l'appareil auditif.

Examiné à son tour, le cerveau offrit d'abord un aplatissement remarquable des circonvolutions cérébrales, plus marqué encore du côté opposé à l'épanchement qu'au niveau de celui-ci. Presque toute la partie externe de l'hémisphère droit présentait une teinte bleuâtre due à l'imbibition du sang. Sur toute la surface interne du lobe moyen, et à une profondeur de 3 lignes environ, la substance cérébrale présentait un détritus noirâtre par son mélange avec le sang; en détachant la pie-mère, on emportait de longs lambeaux de la pulpe cérébrale altérée. Un désordre analogue existait à la partie inférieure du lobe antérieur; mais s'étendait à plus d'un demi-pouce de profondeur dans la substance de ce lobe. Enfin, une attrition semblable, mais du volume d'une aveline seulement, occupait le côté externe du lobe postérieur du côté gauche, dans un point correspondant à la fracture.

Les autres viscères étaient dans un parfait état d'intégrité.

Je ne saurais faire mieux que de rapporter textuellement ici les réflexions dont M. Droin a fait suivre cette histoire.

« Les partisans du trépan, dit-il, ne manqueraient pas d'interpréter ce fait en leur faveur. La première pensée de M. Gerdy, en observant l'énorme épanchement de sang qui comprimait l'hémisphère droit, fut le regret de n'avoir point soupçonné une fracture du rocher à droite d'après l'écoulement qui avait eu lieu par l'oreille, et de n'avoir pas en conséquence appliqué de couronne de trépan sur le pariétal droit; il se promettait déjà de profiter de cette leçon pour l'avenir, quand les graves lésions de l'encéphale lui furent révélées et durent probable-

---

voyait les femmes hypocondriaques *se faire lire* par les émirs; il interrogeait avec sang-froid la mère sur les symptômes éprouvés par sa fille, et était fort réservé dans son diagnostic; il ordonnait un bain à celui qui avait un nerf foulé, un lombago; il faisait appliquer un carré d'emplâtre diachylon sur le furoncle, et recommandait la patience et la diète à l'effendi; à tous il promettait, *inch'allah* (1), une prompte guérison, et tous ces malades se retiraient satisfaits.

Si les visiteurs abondaient, la recette était on ne peut plus mesquine; les trois quarts s'en allaient sans rien payer et sans acheter de médicamens; S. E. n'y faisait pas la moindre attention. Le carré de diachylon se payait un et quelquefois deux paras. L'esclave noire, pour avoir été saignée du pied, mit sur le comptoir six paras que lui avait donnés sa maîtresse. Je lui témoignai ma surprise d'une aussi mesquine rétribution; il ne me répondit rien. Ayant pour principe de ne rien demander, quelle que fût la somme qu'on lui donnât, il était toujours satisfait. Il exerçait sa profession comme un sacerdoce. Être utile à l'humanité était son but principal, d'ailleurs les préceptes du Koran lui en imposaient le devoir. « L'empire appartient aux miséricordieux. Celui qui sauve la vie à un homme, » sera récompensé comme s'il l'avait sauvée à tout le genre humain. » Cet espoir était probablement sa plus grande récompense.

Comment un médecin turc peut-il vivre du produit d'une clientelle si chétive, d'autant plus que le riche Musulman, le regardant comme un frère, est peu généreux envers lui? Voici comment. Parmi les personnages plus ou moins distingués auxquels il a donné ses soins assidus, il s'en trouve un, tôt ou tard, qui, nommé à quelque poste avantageux, reconnaît ses anciens services en lui donnant ou lui faisant obtenir un tahin. S. E. en avait un, peut-être deux. Avec ce tahin, le loyer de sa pharmacie, le bénéfice sur ses médicamens, le produit de ses consultations et de quelques opérations de petite chirurgie, et grâce surtout à l'absence de tout faux besoin, il vivait honorablement avec son harem. Mais je doute qu'il lui fût possible de mettre quelque chose de côté pour ses vieux jours. Il s'abandonnait sur ce point à la Providence. Jamais il ne se permettait de faire la moindre réflexion désobligeante sur la conduite d'un autre Musulman, même quand il devait la juger répréhensible. Il m'avait fait appeler en consultation chez un vieil effendi atteint d'une maladie très-grave. Le malade jouissait d'une honnête aisance. Vu l'éloignement de sa demeure et les frais de bateau, les deux premières visites avaient été payées passablement; la troisième et la quatrième ne le furent plus du tout. Cependant le malade allait mieux. Je crus devoir en dire un mot à S. E., et le priai de donner à entendre à l'effendi que les frais de bateau des quatre visites avaient presque absorbé la valeur des deux premières, qu'il ne me restait presque rien pour mes courses, et que tout mon travail méritait sa récompense. Il garda le silence. Il désapprouvait intérieurement la conduite de son supérieur; mais il ne se croyait pas permis de la blâmer devant un étranger. Il ne lui en parla pas : peut-être y vit-il quelque dispensation de la Providence ou quelque but de la fatalité.

J'eus également l'occasion de me trouver avec le djerrah-bachi ou chirurgien en chef du sérail. J'avais cru devoir prescrire des scarifications à un riche Musulman. Au lieu de faire venir son barbier, il avait fait appeler cet important per-

(1) S'il plaît à Dieu.

ment modifier sa manière de voir. N'est-il pas évident, en effet, que l'altération du cerveau est plus que suffisante pour expliquer tous les phénomènes morbides observés, et si l'on doit s'étonner de quelque chose, n'est-ee pas que la vie ait pu se maintenir plusieurs heures avec des désordres tels que nous en avons trouvés? D'ailleurs, si la compression avait eu quelque influence sur le développement des symptômes, ceux-ci n'eussent-ils pas dû croître en intensité à mesure que l'épanchement devenait plus considérable? Or, loin qu'il en fût ainsi, les symptômes se présentèrent à peu près constamment dans le même état pendant les six heures que vécut le malade après sa blessure.

» Il est évident pour moi que tous les accidens étaient dus à la contusion du cerveau; et si l'on a confondu si long-temps les phénomènes immédiats de la contusion avec ceux attribués à la compression, c'est sans doute parce qu'on répète dans presque tous les livres que les symptômes dus à la contusion se développent seulement à l'époque de l'inflammation. Ceci peut être vrai pour les contusions légères; et encore n'est-il pas probable qu'une contusion, même peu grave, d'un organe aussi délicat que le cerveau, ne se révèle pas sur-le-champ par quelque trouble dans l'accomplissement des fonctions de ce viscère, trouble qui doit nécessairement augmenter avec l'afflux du sang vers le point affecté. Et lorsqu'enfin la congestion sanguine, prodrôme nécessaire de toute inflammation, est dégénérée en cette dernière lésion, on voit commencer les désordres propres à l'encéphalite. Mais si la mort arrive avant cette époque, et qu'on trouve du sang épanché, on ne manque pas d'attribuer à cette dernière circonstance la terminaison fatale. J'ai moi-même long-temps partagé cette opinion; mais les discussions que j'eus à ce sujet avec M. Malgaigne jetèrent d'abord dans mon esprit quelques doutes, qu'une observation plus attentive des faits finit par transformer en conviction; de telle sorte que je tiens aujourd'hui pour constant que, si l'accumulation d'un liquide à la surface ou dans l'intérieur du cerveau peut donner lieu par elle-même à des symptômes de compression, ce ne doit être que dans quelques circonstances exceptionnelles; et, dans la plupart des cas, ces symptômes sont le résultat de la contusion de la pulpe cérébrale.

» Je sais bien qu'on m'objectera qu'il suffit d'ouvrir les *Mémoires de l'Académie de chirurgie*, on de parcourir le premier venu de nos recueils périodiques médicaux, pour y rencontrer des cas d'opérations de trépan suivies d'un succès complet. Mais j'observerai que je n'ai jamais prétendu que l'opération du trépan, grave par elle-même, fût toujours mortelle; ce serait une erreur grossière. Je ne prétends pas davantage que la contusion du cerveau soit une cause constante de mort, et qu'elle ne puisse guérir, même avec la complication grave d'une trépanation. Ce que je demande, c'est qu'on examine si, dans tous les cas où l'on rencontre à l'autopsie un épanchement de sang qui a coïncidé avec des symptômes de compression, on ne trouve pas en même temps des traces évidentes de contusion du cerveau, qui rendent tout aussi bien compte des phénomènes morbides observés sur le vivant. N'est-il pas plus logique, en effet, de penser que les lésions qui altèrent la trame, le tissu d'un organe, doivent être plus graves que celles qui se bornent à en déterminer la compression? »

On trouvera dans le cas suivant une confirmation complète des idées déjà émises : un épanchement méconnu, allié à une contusion du cerveau fort grave, non point cependant assez pour produire la mort par elle-même; et l'inflammation venant s'y joindre et révélée à la fois par les symptômes sur le vivant et par l'autopsie.

DOUBLE FRACTURE DU CRANE; COMMOTION; ACCIDENS CÉRÉBRAUX GRAVES; MORT LE QUINZIÈME JOUR. — ÉPANCHEMENS DE SANG; RAMOLLISSEMENT DE LA SUBSTANCE CÉRÉBRALE (1).

OBS. III. — Le 24 juillet au soir, trois ouvriers soupaient à la Villette, près du mur d'une maison; l'entablement s'écroula sur eux; l'un fut tué sur-le-champ, le second gravement blessé au coude; le dernier, âgé de 32 ans et de la constitution la plus robuste, fut atteint à la tête et tomba sur le coup sans connaissance. On l'amena immédiatement à l'hôpital Saint-Louis, où nous observâmes les symptômes suivans :

Etat comateux presque complet, la face pâle, le pouls lent (46 pulsations); la prostration paraissait extrême; cependant, ayant prié le malade de nous serrer la main, il le fit avec une force qui nous ôta tout soupçon de paralysie du côté des membres supérieurs. Peu de temps après son arrivée, il lâcha involontairement les urines et les matières fécales. (Prescription : 40 sangsues sous les mâchoires; sinapismes aux jambes.)

Le lendemain le malade est toujours assoupi; il répond cependant juste à nos questions; mais ce n'est qu'en le pressant qu'on en obtient quelques mots; encore garde-t-il les yeux fermés. (Saignée, eau de veau émétisée, diète.)

26 juillet. Le malade paraît mieux; il nous rend parfaitement compte de son état; il accuse de vives douleurs dans tout le corps, excepté à la tête; il se plaint de difficultés dans la déglutition des boissons, et de gêne dans la respiration. On reconnait alors que la sensibilité est complétement perdue dans les extrémités inférieures jusqu'aux lombes. Je m'assure qu'une épingle enfoncée sur divers points du contour du bassin n'est pas sentie. Cependant, sur notre invitation, il parvient à fléchir un peu les deux jambes et les cuisses. Je n'ai rien dit d'une petite écorchure très-superficielle du crâne, qui parut assez légère pour ne pas nécessiter de pansement. Les pupilles sont dilatées et les crachats rouillés. (Diète, tisane émétisée.)

27. Selles et urines involontaires, comme du reste pendant tout le cours de la maladie. Il répond juste à nos questions, mais en sommeillant. La respiration est toujours gênée; les crachats sont plus rouillés que la veille.

28. Etat pire. Son mat dans tout le côté droit du thorax, excepté en haut; crépitation à la base du poumon gauche; respiration fort gênée. Tout en continuant de répondre à nos questions, il n'en cause pas moins avec des êtres imaginaires; il veut se lever : ses jambes refusent de le servir; état demi-comateux; les yeux toujours fermés. (Bouillons.)

29. Pendant la nuit l'agitation a été telle qu'il a fallu lui mettre la camisole de force. Le matin, il est plus tranquille. La paralysie persiste. (50 sangsues sur la colonne vertébrale; bouillons.)

31. Le malade accuse de la céphalalgie; le trouble des idées continue. (Tisane pectorale; bouillons.)

Jusqu'au 3 août, même état à peu près, si ce n'est que la gêne de la respiration s'accroît de plus en plus; les souffrances éprouvées par le malade quand on le remue, ne nous permettent pas de l'ausculter. L'appétit est toujours nul.

4 août. Cinq selles ou dévoiement dans les 24 heures.

Le 5, il éprouve pour la première fois deux frissons prolongés, l'un à midi, l'autre à dix heures du soir. Le 6, autre frisson suivi d'une sueur visqueuse. Le 7, nouveau frisson; langue chargée d'un enduit blanchâtre; appétit nul. Le malade parle seul en sommeillant; il répond néanmoins à nos questions, et tente encore plusieurs fois de se lever. Dans la nuit il est pris d'un délire intense, chante, crie, trouble toute la salle. Le 8, à la visite du matin, coma profond, respiration très-fréquente (46 inspirations par minute); pouls également très-fréquent (138 pulsations), et d'une petitesse extrême. Le malade succomba quelques instans plus tard.

(1) M. Droin.

---

sonnage. J'étais à côté du lit du malade quand il arriva; son extérieur était le même que celui de S. E.; même propreté, même réserve. Il alla se placer de l'autre côté du lit du malade sans me regarder. Un médecin franc est toujours pour les praticiens musulmans un objet de jalousie. Le patient, un peu triste quelques momens auparavant, reprit courage en voyant un de ses frères. Ici commença entre eux une conversation sur la santé de plusieurs personnes de leur connaissance mutuelle. Le mot *inch'allah* revenait à chaque instant; à lui seul il faisait la moitié de leurs discours. Enfin le malade s'informa s'il croyait que les scarifications prescrites lui feraient du bien. Le chirurgien le croyait ainsi, *inch'allah!* Puis il tira de son sein un scarificateur allemand, et lui fit, sur les jambes et les cuisses, trente ou quarante applications de son instrument avec beaucoup d'adresse et de légèreté. Le patient ne donna pas le moindre signe de douleur. Après quelques phrases de consolation, l'opérateur s'en alla sans m'avoir adressé un mot.

A côté de ces médecins et chirurgiens distingués on en trouve quelques autres qui, barbiers renforcés, font la petite chirurgie et pratiquent la circoncision. Dans les saignées, ils ont encore l'attention d'ouvrir telle ou telle veine du bras, suivant la maladie qu'éprouve l'individu. Il y a la veine du cœur, la veine du foie, celle de la matrice, etc. Leur ventouse est encore une corne de taureau excavée et percée à son extrémité supérieure. Ils la fixent, et c'est par ce trou qu'ils aspirent l'air qu'elle renferme. Dans les blessures profondes faites avec un yataghan (poignard turc) ou autre instrument tranchant, ils remplissent la plaie d'étoupe enduite d'un onguent détersif, et renouvellent le pansement chaque jour, jusqu'à ce que la cicatrisation en soit opérée. Les Persans jouissent à Constantinople d'une grande réputation pour le traitement des luxations et des fractures; ils sont souvent appelés par les Pérotes de préférence aux médecins francs. Les Albanais jouissent de la même réputation pour le traitement des hernies.

En général, l'exercice de la chirurgie est très-limité parmi les Musulmans; leur genre de vie les expose rarement aux accidens qui la rendent nécessaire. Ils préfèrent presque toujours la mort à une opération grave; aussi ne rencontre-t-on presque jamais de Turcs ayant un bras ou une jambe de moins.

Dans les premiers mois de mon séjour à Constantinople, je fus appelé chez un effendi pour une maladie peu grave. Je m'en allais, lorsqu'il me dit qu'un de ses premiers serviteurs avait depuis long-temps mal à un bras, et me pria de le voir. C'était une carie des os de l'articulation huméro-cubitale, à la suite d'une tuméfaction chronique de ces parties. Plusieurs fistules donnaient lieu à l'écoulement d'une suppuration abondante et fétide. L'état de marasme était très-avancé; l'amputation seule pouvait sauver cet individu. Je lui donnai à entendre que, plutôt que de souffrir long-temps encore, il vaudrait peut-être mieux faire le sacrifice de ce membre inutile. — « Comment? » Ni lui ni ses camarades ne comprenaient ce que je voulais dire, je dus m'expliquer plus clairement. Quand ils apprirent qu'il s'agissait de l'amputation, ils se mirent à sourire dédaigneusement. « Quoi! couper le bras à un homme pour le guérir d'une plaie? Il guérira bien tout seul, *inch'allah!* » Tous firent chorus. Cependant un des serviteurs était allé dire à l'effendi que le médecin franc conseillait l'amputation du bras comme le seul moyen de guérison. L'effendi, étonné d'une proposition aussi extraordinaire, me fit prier de rentrer. « Quoi! tu n'as pas d'autre secret pour guérir un bras malade que de le couper! » J'expliquai alors au Musulman l'état de

NÉCROPSIE 25 HEURES APRÈS LA MORT.

Les tégumens du crâne, bien que sains à l'extérieur, recouvraient une certaine quantité de sang épanché en nappe. Les deux temporaux étaient fracturés dans toute leur longueur, et cette fracture s'étendait de chaque côté jusqu'au rocher; l'écartement des fragmens était d'un quart de ligne à peu près.

Au-dessous de la fracture, et sur la partie moyenne de chaque hémisphère, la dure-mère supportait une masse sanguine en caillot, épaisse de 4 à 5 lignes, et de 2 pouces environ de diamètre en tous sens, paraissant communiquer avec le sang épanché sous les tégumens. Il existait un ramollissement jaune de la superficie de l'hémisphère gauche vis-à-vis la fracture; ce ramollissement pouvait avoir de 3 à 4 lignes de profondeur, sur un pouce de superficie. A droite, le ramollissement était très-circonscrit et ne dépassait pas la grosseur d'une petite fève.

Le poumon droit était hépatisé dans ses deux tiers inférieurs; il contenait quatre foyers purulens de la grosseur d'une aveline. Le lobe inférieur du poumon gauche était engorgé et contenait dix à douze petits foyers purulens disséminés dans toute son étendue. Les autres organes n'offraient rien de remarquable. La moelle épinière était parfaitement saine.

S'il fallait dire quelle fut ici la cause de la mort, on pourrait, d'après l'autopsie, accuser à la fois et l'altération pulmonaire et le ramollissement cérébral; mais je ne pense pas qu'aucun partisan de la compression voulût faire jouer à l'épanchement de sang quelque rôle dans cette fâcheuse issue; au bout de quinze jours, le cerveau y eût été accoutumé. Toutefois, comme par le fait l'épanchement était assez considérable pour n'être pas repris de sitôt par la résorption, c'eût été le cas dans l'ancienne pratique, si l'on avait soupçonné sa présence, de chercher à l'extraire par deux trépanations. Maintenant pense-t-on que cette double opération eût prévenu l'inflammation cérébrale, et que même elle ne l'eût pas augmentée? Qu'aurait-ce été enfin si le chirurgien, cherchant son épanchement au hasard, eût troué en quatre ou cinq endroits les parois osseuses du crâne?

Les symptômes ont offert quelque chose de particulier; je veux parler de cette paraplégie presque uniquement bornée à la perte du sentiment. L'attention du chirurgien se porta naturellement sur la moelle épinière; l'autopsie n'y trouva cependant rien d'anormal. Était-ce une commotion sans lésion appréciable? Cela paraît fort douteux, si l'on réfléchit à la nature de la violence extérieure, et si l'on songe d'ailleurs que dans les vues physiologiques modernes, cette commotion aurait dû se borner aux faisceaux médullaires postérieurs. Il ne faut pas croire que dans les lésions des centres nerveux la pathologie donne toujours raison aux théories physiologiques; je ne parle pas de la phrénologie, qui n'a jamais peut-être reçu de plus forts démentis que de l'histoire des plaies superficielles de l'encéphale.

Je laisse de côté les abcès métastatiques développés dans les deux poumons, bien qu'il n'existât ailleurs aucun foyer de matière purulente. On pourrait alléguer que les veines du diploé n'ont point été explorées, et qu'il s'y forme quelquefois du pus dans des circonstances analogues; mais cette discussion m'éloignerait de mon sujet.

La compression par épanchement ainsi mise hors de cause, il n'est plus question pour nous de trépan; c'est à l'inflammation que nous nous attaquons dès le principe, et je ne connais pas de moyen plus énergique que les sangsues permanentes proposées par M. Gama tant que le pouls se soutient et autorise à les continuer. Lorsque cette condition n'existe plus, j'ai substitué aux émissions sanguines un moyen non moins énergique peut-être, l'émétique à doses rasoriennes, que j'avais vu employer avec succès par M. Coutanceau au Val-de-Grâce, dans un cas très-grave de délire aigu et furieux, et que M. Frank de Montpellier a récemment préconisé contre diverses lésions chirurgicales, et spécialement contre les plaies de tête. On va voir dans les observations suivantes quels succès inespérés la thérapeutique peut retirer de ces moyens; je prendrai les faits dans l'ordre où ils se sont présentés à ma clinique.

COMMOTION CÉRÉBRALE TRÈS-FORTE; ACCIDENS GRAVES; GUÉRISON PAR LES SANGSUES PERMANENTES ET L'ÉMÉTIQUE A HAUTE DOSE (1).

OBS IV. — Lemoine (Prosper), couvreur, âgé de 27 ans, d'une bonne constitution, tomba, le 10 septembre, de la hauteur d'un troisième étage sur le pavé; la chute porta sur la tête et sur le bras droit. Resté sur la place sans connaissance, il fut saigné immédiatement par un médecin du voisinage, et apporté à l'hôpital Saint-Louis avec les mêmes symptômes, coma profond, respiration difficile, la face pâle, les yeux fermés. L'interne de garde prescrivit 40 sangsues aux apophyses mastoïdes.

Le 11, à la visite, le malade est assoupi, il délire, ce qui ne l'empêche pas de répondre juste à certaines questions. Le pouls est fort et assez fréquent (82 pulsations); la face est très-rouge. M. Malgaigne prescrit dix sangsues de deux en deux heures aux régions temporales (Diète absolue; tisane d'orge édulcorée.)

Le 12, même état, mêmes prescriptions. On s'aperçoit que le coude gauche est considérablement gonflé; on le recouvre d'un large cataplasme émollient.

Le 13, l'agitation est moindre, le délire moins bruyant, la face moins colorée, le pouls à 96 et toujours fort. On continue les sangsues en même nombre; un bouillon.

Le 14, l'agitation et le délire alternent avec la somnolence et quelques momens lucides.

Le 15, la prostration est plus grande que les jours précédens; le malade reste couché sur le dos il a des selles involontaires; cependant le pouls conserve de la force et de la fréquence. On abaisse les sangsues à dix toutes les trois heures; bouillons.

Le 16, la prostration augmente; la face est pâle; les selles et les urines s'échappent involontairement; le délire n'existe plus, mais il a fait place à un peu de somnolence; le pouls conserve cependant toujours de la force. Sur les 6 heures je revis le malade, la prostration était extrême; la somnolence différait peu du coma. Je fis appliquer deux sinapismes aux jambes et deux grands vésicatoires aux cuisses.

Le 17 au matin, le coma a presque disparu; les yeux sont plus animés; le délire paraît cesser. Le pouls donne 112 pulsations. (Dix grains d'émétique dans une infusion de tilleul.)

Le 18, il n'y a eu ni selles ni vomissemens, mais seulement quelques nausées; le délire et la somnolence ont complètement disparu; le malade demande avec instance des alimens: on lui accorde des potages, ce qui n'empêche pas de continuer la potion émétisée à dix grains.

Le 19, la somnolence et le délire reparaissent, à un moindre degré cependant que précédemment (Six sangsues toutes les quatre heures.)

Le 20, même état à peu près; même prescription, plus un potage.

Le 21, il ne reste qu'un peu de lenteur dans les réponses.

Le 22, léger état de somnolence (Vésicatoire à la nuque.) Le pouls conserve de la force et de la fréquence (106 pulsations.)

Du 23 au 30, le malade reprend chaque jour des forces; la somnolence se dissipe graduellement; le 30, l'appétit étant très-vif, on accorde la demi-portion d'alimens.

Le 6 octobre, l'intelligence est revenue à l'état normal; la vue seulement conserve de la faiblesse; les éblouissemens sont fréquens. Tout entier à l'affection cérébrale, on avait négligé d'examiner le bras gauche; on reconnut alors une fracture du radius, et l'on constata en même temps la paralysie complète des mouvemens de tout le membre. M. Malgaigne fit appliquer à la face externe et supérieure du bras, sur le derme dénudé, de la strychnine à doses successivement

(1) Recueillie par M. Droin.

santé de l'individu, et la certitude d'une mort prochaine si l'amputation n'avait pas lieu promptement; je l'assurai que dans le pays des Francs on n'hésitait pas à perdre un bras ou une cuisse, même quelquefois les deux bras et les deux cuisses, pour conserver le reste; qu'après l'amputation, son serviteur pourrait encore vivre plusieurs années. Il sourit, et, d'un geste familier aux Musulmans, il donna à entendre: « Dieu est grand! La vie est-elle un bien si désirable que l'on doive se laisser ainsi mutiler pour la conserver? »

Si j'avais été moins novice dans le pays, je me serais bien gardé de proposer un semblable moyen de guérison. Les vieux médecins ne commettent jamais une pareille bévue avec les Musulmans; ils prescrivent la propreté, un cataplasme, et promettent, *inch'allah*, la guérison. La mort arrive; mais ils savent bien que le vrai-croyant ne leur fera aucun reproche. Il se gardera bien de penser qu'une opération eût pu ajouter quelques jours de plus à l'existence d'un individu.

Il se trouve cependant quelquefois des Musulmans qui, moins résignés que les autres, croient devoir se soumettre à une incision, à l'enlèvement d'une loupe, à l'ouverture d'un abcès et autres opérations semblables; mais alors il est rare qu'ils s'adressent à un médecin franc. Les grands et les riches ont recours au djerrah-bachi ou à un chirurgien raïa. Dans ces cas, l'un et l'autre doivent prendre leurs précautions pour qu'en cas d'accident il ne leur soit fait aucune avanie. Il est nécessaire qu'ils se fassent donner par-devant le *méhkémé* (tribunal) une déclaration que le malade a demandé à être opéré, et que, s'il vient à mourir des suites, l'opérateur ne doit pas être poursuivi par sa famille. Il est encore d'usage d'insérer dans la déclaration le prix convenu pour l'opération, d'en payer la moitié d'avance et l'autre moitié après la parfaite guérison. Ce fut pour ne pas s'être conformé à cet usage qu'un barbier arménien de ma connaissance fut poursuivi par la femme d'un Musulman en dédommagement de la mort arrivée à son mari à la suite de l'ouverture d'un bubon pestilentiel, et dut payer une assez forte somme pour le *prix du sang*.

— La deuxième épreuve du concours a commencé mardi. M. Sanson a fait leçon le premier; il a été suivi le lendemain par M. Guerbois.

— Une lettre d'Ancône du 26 décembre, annonce qu'à cette époque le choléra avait disparu; dans tous les états pontificaux on ne constatait plus aucun cas de cette terrible maladie, qui avait aussi cessé ses ravages à Venise, à Raguse, etc. Cependant les bâtimens venant de ces points sont encore soumis à une quarantaine rigoureuse; les marchandises qu'ils ont à bord sont déposées au lazaret pendant quatorze jours, ce qui apporte un préjudice notable au commerce. D'un autre côté, il n'est pas encore question de dissoudre les cordons sanitaires établis sur les frontières des états, et qui viennent jusqu'à peu de distance de Ferrare. Les étrangers n'arrivent qu'avec peine jusqu'à Ancône; les habitans de cette ville assurent que jamais on n'avait vu tant de rigueur exercée aux frontières.

croissantes, depuis un quart de grain jusqu'à un grain et demi. Sous l'influence de cette médication, le bras recouvra rapidement la liberté de ses mouvemens. Un appareil avait été mis sur la fracture du radius. Le 14 octobre, le malade demanda et obtint sa sortie.

Quinze jours plus tard nous eûmes occasion de le revoir; il lui restait encore une faiblesse assez marquée de la vue; les pupilles étaient fort dilatées.

Cette observation peut donner lieu à de nombreuses réflexions. Il est difficile de rencontrer une plaie de tête accompagnée de symptômes plus graves; plusieurs fois, malgré tous nos soins, le malade parut près d'expirer. Le coup avait porté sur la tempe gauche, près de l'angle orbitaire externe; il y avait là une contusion énorme; la paupière était noire de sang; la conjonctive également ecchymosée, et probablement l'œil lui-même avait eu sa part de la commotion. Le contrecoup s'était fait sentir dans la région directement opposée; en effet, bien que la peau fût saine en ce point, le malade y portait souvent la main et se plaignait d'y sentir de la douleur quand on l'interrogeait et qu'il pouvait répondre. Y avait-il quelque fracture? Comme il n'y avait pas d'enfoncement manifeste, je me mis peu en peine de m'en assurer. Uniquement occupé de prévenir et de combattre l'inflammation, on a vu avec quelle énergie je la combattis; le malade, saigné immédiatement après l'accident, n'eut pas moins de cinq sangsues dans les six premiers jours. M. Gama reconnaît, à un certain frémissement du pouls, qu'il reste encore quelque menace d'inflammation cérébrale; mais ce signe qui lui est propre, il n'a pu ni le décrire dans son livre, ni le transmettre à ses élèves. Pour moi, je me contente d'observer les symptômes cérébraux et la force du pouls; et tant que tout se soutient dans le même état, je continue les émissions sanguines. Si le pouls faiblit ou si le cerveau se dégage, je diminue la quantité des émissions; le cerveau paraissant complètement dégagé, si le pouls continuait à vibrer avec force et fréquence sous le doigt, j'itérais du sang encore. Avec ces données générales, on peut marcher hardiment, surtout si, après les premiers jours, lorsque l'estomac est sain et que l'appétit se prononce, on donne quelques légers alimens. C'est surtout dans les plaies de tête que l'abstinence complète et prolongée peut devenir une source de graves accidens; aussi ai-je pris soin de faire donner des bouillons à mon malade dès le quatrième jour.

Toutefois, il est une circonstance qui se présente assez souvent, surtout dans les cas les plus graves, et où le traitement de M. Gama semble offrir une lacune. Le pouls peut baisser, la prostration devenir telle que toute nouvelle émission de sang serait imprudente, et cependant la maladie marche toujours. Les révulsifs n'ont qu'un effet temporaire; se résignera-t-on alors à une expectation douteuse? Les chances sont trop défavorables pour en laisser ainsi la solution au hasard. Le tartre stibié à doses rasoriennes me paraît alors l'agent le plus énergique et en même temps le moins dangereux que l'on puisse opposer à l'inflammation cérébrale; que l'on explique son action comme on le voudra, révulsif, contro-stimulant ou antiphlogistique, peu importe; ce qui est sûr, c'est qu'il modifie avantageusement les symptômes, permet au pouls de se relever, et n'exerce sur les voies digestives aucune fâcheuse influence.

Quelle lésion existait dans ce cas dans la boîte crânienne? La double contusion du cerveau, au lieu frappé et au lieu du contrecoup, me paraît à peu près hors de doute; et l'ecchymose extérieure laisse présumer qu'il y avait aussi quelque épanchement à l'intérieur. La durée de l'assoupissement en eût été un signe certain pour J.-L. Petit et son école; pense-t-on de bonne foi que le trépan eût apporté grand bien au malade? La contusion cérébrale était tellement forte qu'elle a laissé après elle ces deux conséquences qui ne manquent pas de gravité, la paralysie du bras gauche et la perte de la vue; nous avons pu enlever la première; il est difficile de dire jusques à quand l'autre persistera.

COMMOTION CÉRÉBRALE TRÈS-INTENSE; PLAIE CONTUSE DE L'AVANT-BRAS. TRAITEMENT PAR LES SANGSUES PERMANENTES; AMÉLIORATION DES ACCIDENS CÉRÉBRAUX; GANGRÈNE DU BRAS; MORT. — DÉCHIRURE DU CENTRE OVALE DE L'HÉMISPHÈRE GAUCHE (1).

Obs. V. — Garnier, maçon, âgé de 24 ans, d'une constitution vigoureuse, était au sommet d'une échelle élevée à la hauteur d'un deuxième, quand celle-ci vint se rompre; il fut précipité à terre ayant l'épaule surmontée d'une auge pleine de mortier. Sa tête alla frapper sur un des bouts de l'échelle, et le bras sur l'angle d'une pierre. Il perdit connaissance. Un médecin du voisinage lui pratiqua sur-le-champ une saignée qui n'amena aucun résultat. Il nous fut ensuite apporté à Saint-Louis dans l'état suivant.

La face est pâle; la respiration bruyante et stertoreuse; l'expiration se fait en deux temps par la paralysie du muscle buccinateur, ce qu'on appelle *fumer sa pipe*. Une bave écumeuse inonde ses lèvres. A l'avant-bras droit existe une énorme plaie contuse siégeant à un pouce au-dessus du coude, et affectant toute l'épaisseur des parties molles en dehors et en avant. C'était au moment de la visite (8 heures du matin); M. Malgaigne, tout en prescrivant une potion éthérée, pensa comme nous que le blessé touchait à sa fin, et fit tirer ses rideaux pour que ses voisins n'eussent pas le triste spectacle de son agonie. Sur le midi, un infirmier vint m'informer qu'il vivait encore, et même qu'il commençait à remuer les paupières. Je fis en conséquence appliquer sur-le-champ deux grands vésicatoires aux cuisses et deux sinapismes aux jambes pour aider la réaction. A peine ces moyens commencèrent-ils à agir, que le malade fut en proie à une vive agitation des extrémités inférieures. Sur les deux heures sa connaissance lui était revenue; il avait recouvré l'usage de la parole, mais ses réponses étaient lentes et embarrassées.

Le lendemain, 21 septembre, l'état général est à peu près le même. M. Malgaigne prescrit une application de dix sangsues de deux en deux heures sur la tête; diète, tisane d'orge édulcorée.

Le 22 et le 23, même prescription. L'intelligence est revenue complètement, et nous fondons quelque espoir de sauver le malade. Le pouls, toujours lent, varie entre 56 et 64 pulsations par minute. La plaie du bras offre une couleur grisâtre de mauvais aspect; les parties voisines sont tuméfiées et sensibles à la pression.

Le 24. Le malade a été extrêmement agité pendant toute la nuit; il a été en proie à un délire violent qui dure encore à l'instant de la visite, mais avec moins d'intensité. Comme le pouls est toujours fort, M. Malgaigne fait continuer l'application de dix sangsues de deux en deux heures; il prescrit de plus une bouteille d'eau de Sedlitz pour évacuer les intestins, les selles étant supprimées depuis l'accident.

Le 25. Le délire continue; en même temps l'inflammation s'empare de tout le bras droit, et remonte vers le tronc. (Six sangsues toutes les trois heures; quarante sangsues sur le bras affecté, plus 10 grains d'émétique dans une potion.)

Le 26. Il a été impossible de faire prendre au malade plus de deux cuillerées de la potion émétisée. L'agitation et le délire continuent. Il a essayé plusieurs fois de se précipiter hors de son lit. Le bras est presque en totalité gangrené. Des gaz s'y sont déjà développés, et filtrent dans le tissu cellulaire de l'aisselle et du thorax. Le pouls se relève. (On revient aux applications de sangsues de deux en deux heures.). Sur les 4 heures du matin (27 septembre) la respiration commence à s'embarrasser; le coma succède presque tout à coup au délire le plus bruyant; à 5 heures, mort.

NÉCROPSIE FAITE 27 HEURES APRÈS LA MORT.

Le crâne, examiné avec soin, n'offre aucune lésion; les méninges sont parfaitement saines dans toute leur étendue, ainsi que la superficie du cerveau; mais arrivés au centre de l'hémisphère gauche, nous trouvons une poche remplie d'une sérosité rougeâtre, pouvant avoir 2 pouces de long sur 1 pouce de large. Cette poche est formée tout à la fois aux dépens du ventricule latéral gauche et du centre ovale du même côté. Le poli qui existe ordinairement sur les parois ventriculaires, et qu'on attribue assez généralement à un prolongement de l'arachnoïde, n'existe plus. Les parois de la nouvelle cavité qui lui sont substituées, sont ramollies dans l'épaisseur d'une ligne et demie à 2 lignes, et offrent des débris de la substance cérébrale flottant sous l'eau à la manière de petites loupes. Le tissu encéphalique n'est nullement injecté autour de cette excavation morbide.

Du côté du bras affecté nous n'observons que ce que nous avions vu sur le vivant, savoir la gangrène du bras et l'infiltration des gaz dans le tissu cellulaire du thorax et de l'aisselle.

A considérer l'état des fonctions cérébrales lorsque la gangrène du bras vint si malheureusement se surajouter aux autres symptômes, il est probable que sans cette complication on aurait réussi à sauver le malade. Durant quatre jours, nous avons maintenu en bon état un homme atteint d'une déchirure centrale d'un des hémisphères cérébraux; et à l'autopsie, après deux jours de recrudescence inflammatoire, la désorganisation était plus limitée qu'on ne s'y serait attendu même pour une déchirure du tissu cellulaire. C'est d'ailleurs un cas fort remarquable des effets de la commotion sans contusion directe du cerveau; et il eût été curieux de connaître exactement les circonstances de la chute, pour expliquer le mécanisme d'une semblable lésion.

C'est la seconde fois que nous voyons un médecin, appelé près d'un individu dans un pareil état de stupeur, pratiquer immédiatement une saignée générale. M. Gama et d'autres se sont élevés avec raison contre cette dangereuse pratique, qui peut ôter au sujet le peu de vie qui lui reste encore. Tant que la stupeur dure, et que le pouls est resserré, faible, à peine sensible, il est indiqué avant tout de réveiller l'énergie vitale par des excitans divers; plus tard on aura le temps de tirer du sang. Quel but veut-on atteindre ici par la saignée? Boyer pensait qu'elle empêcherait l'épanchement de se faire; idée de théorie pure et qui ne supporte pas l'examen. Elle est donc complètement sans but, sans utilité même probable; mais de plus, à part le grave danger immédiat qui peut s'en suivre, elle a ceci de mauvais qu'elle affaiblit sans aucun fruit le blessé, et diminue les ressources du traitement. Ne mérité-elle que ce reproche, on devrait encore la proscrire.

PLAIE DE TÊTE AVEC COMMOTION CÉRÉBRALE; ACCIDENS GRAVES; TRAITEMENT PAR LES SANGSUES PERMANENTES ET L'ÉMÉTIQUE A HAUTE DOSE; GUÉRISON. (1)

Obs. VI. — Aublin, couvreur, âgé de 28 ans, d'une forte constitution, tomba

(1) Recueillie par M. Droin.

(1) Recueillie par M. Droin.

sur le pavé de la hauteur d'un deuxième étage, et resta sans connaissance. Au bout d'un quart d'heure à peu près il commença à revenir à lui. Transporté à Saint-Louis sur-le-champ, il me fut présenté dans l'état qui suit.

Face décolorée; paupières fermées; pupilles dilatées; réponses lentes et erronées. Le malade ne peut déclarer ni son âge ni son état. Il existe une plaie aux tégumens du crâne, dans une étendue de 2 pouces. Les deux os de l'avant-bras sont fracturés vis-à-vis le bord supérieur du carré pronateur. Je prescris un lavement purgatif, et une potion avec l'eau distillée de menthe et quelques gouttes d'éther. Sur les dix heures du soir, c'est-à-dire huit heures après l'accident, la face est colorée, le pouls fort et fréquent; l'intelligence, sans être revenue à l'état normal, est moins troublée. Je fais pratiquer une saignée du bras droit.

Le 8 octobre, à la visite du matin, le malade est plongé dans un état demi-comateux, avec trouble des facultés intellectuelles. M. Malgaigne prescrit une application de dix sangsues toutes les trois heures. (Tisane d'orge édulcorée; diète.)

Le 9, le 10 et le 11 octobre, même precsription. Sous l'influence de cette évacuation sanguine permanente, le délire a totalement disparu, mais la somnolence continue. (Bouillons.)

Le 12, le malade accuse de la céphalalgie et des bourdonnemens continuels dans l'oreille gauche; il s'en était déjà plaint la veille. Il demeure presque toujours assoupi. Teinte ictérique commençante. (Potages.)

Le 13, la céphalalgie persiste. La petite plaie de la tête était presque réunie; mais on aperçut au-devant de la région temporale gauche une tumeur fluctuante dont M. Malgaigne voulut attendre le ramollissement complet pour en pratiquer l'ouverture. La teinte ictérique de la face se prononce davantage. (Potion avec dix grains d'émétique.)

Le lendemain, le malade n'a ni selles ni vomissemens. On continue chaque jour, jusqu'au 17, la potion émétisée. Le 18, il y a eu trois selles liquides. On suspend l'émétique.

Le 20, le malade ne se plaint plus que d'une légère céphalalgie du côté gauche, et de la surdité qui persiste du même côté.; la petite tumeur fluctuante de ce côté a disparu. M. Malgaigne prescrit un petit vésicatoire derrière l'oreille.

Le 26 octobre, M. le professeur Gerdy, qui a repris son service, fait appliquer un large vésicatoire à la nuque, dans le double but de combattre l'hémicrânie et la surdité.

Le 3 novembre, la céphalalgie a disparu, mais la surdité de l'oreille gauche persiste; la face conserve toujours une teinte jaune qui ne se dissipe que très-lentement.

Pendant tout le reste du mois de novembre on entretient le vésicatoire de la nuque sans résultat pour la surdité. Vers le 15, le malade se plaint pour la première fois d'une faiblesse dans la vue, qui existait, à ce qu'il nous dit, depuis son entrée à l'hôpital. On observe aussi que les pupilles sont fort dilatées; mais elles sont régulières et se contractent bien; de près, cet homme voit les objets distinctement; à une certaine distance, il les voit doubles en regardant des deux yeux; et simples s'il ferme un œil.

Le 2 décembre, M. Gerdy fit appliquer de la pommade ammoniacale sur le sommet de la tête. Malgré ce moyen, les organes de l'ouïe et de la vision n'ont pas recouvré la plénitude de leurs fonctions, ce qui n'empêche pas aujourd'hui (12 décembre) le malade de se promener dans les salles, et de manger avec appétit la portion d'alimens. La face est encore un peu jaune.

Ce serait sans doute revenir trop de fois sur la même idée, que de faire remarquer combien la marche des symptômes aurait donné de probabilités pour l'existence d'un épanchement, et de raisons pour appliquer le trépan. Pour nous, sans nier la possibilité de l'épanchement, nous avons vu là surtout une contusion des plus graves, et dont les suites mêmes ont encore été plus fâcheuses que dans le cas de Lemoine, puisque la surdité s'est montrée rebelle.

Je discontinuai d'assez bonne heure les émissions sanguines; ce ne fut point, cette fois, à raison de la dépression du pouls; mais la teinte ictérique de la face me fit craindre une complication pareille à celle que l'on a vue arriver dans la troisième observation; des abcès métastatiques sans foyer purulent primitif du moins appréciable. Ces faits, qui se multiplient, contrarient quelque peu la doctrine des résorptions purulentes; mais déjà Dupuytren avait fait voir qu'elle ne rendait pas compte de tout. Sans doute qu'ici le défaut d'autopsie ne nous permet pas de conclure; et cependant, si des abcès n'étaient point encore formés, n'y avait-il pas au moins des indices d'une disposition prochaine à leur développement? Les partisans de M. Richerand allégueront qu'il pouvait y avoir rupture du foie; mais cet organe interrogé ne rendait aucune douleur; et comment la teinte ictérique se serait-elle développée si tard? Je ne tiens nul compte de la doctrine des gastro-hépatites; le traitement mis en usage est sans doute une réponse suffisante. Seulement il me paraît important de faire remarquer combien serait vaine encore dans ce cas l'opinion qui attribue au tartre stibié à hautes doses une action révulsive, à moins qu'on ne veuille admettre une révulsion sans douleur, sans afflux de sang, sans surcroît de sécrétion. Le fait suivant, terminé par l'autopsie, achèvera la preuve de l'innocuité de l'émétique sur la muqueuse gastrique, en même temps qu'il nous donnera occasion de soulever une question secondaire du traitement des plaies de tête, question qui n'est pas néanmoins sans importance, ainsi que le montrera l'issue de ce cas.

PLAIE DE TÊTE; FRACTURE DU CRANE MÉCONNUE; RÉUNION DES TÉGUMENS PAR SUTURE; ÉRYSIPÈLE; DÉCOLLEMENT DE LA PEAU; RÉSORPTION DU PUS; MORT LE VINGT-UNIÈME JOUR (1).

OBS. VII. — Un maçon, âgé de 22 ans, bien constitué, tomba le 25 septembre d'un échafaudage élevé à la hauteur d'un deuxième étage. La chute eut lieu sur la tête et la face. Il n'y eut point perte de connaissance et le blessé se rendit lui-même à Saint-Louis, appuyé sur le bras d'un de ses camarades.

Les traits n'étaient altérés que par une plaie oblique située sur le côté gauche du nez. Sur la région pariétale existait une plaie avec un lambeau triangulaire, mâchée, contuse et accompagnée de la dénudation du crâne. L'interne de garde réunit la plaie du nez par un point de suture entortillée, et celle du crâne par trois points de suture enchevillée. Une saignée du bras fut ensuite pratiquée.

Le 26 septembre, il existait un léger assoupissement qui ne fixa pas l'attention. (Diète; tisane d'orge édulcorée.)

Le 27, état de demi-veille continuelle; pouls fort et fréquent. (Une saignée; diète.)

Le 28, le malade ne suit plus le cours de ses idées. On enlève les points de suture; la plaie du nez est parfaitement cicatrisée. La plaie de tête est aussi fermée, mais il se forme au-dessous d'elle un clapier purulent qui force M. Malgaigne à déchirer les adhérences qui unissaient déjà d'une manière assez intime les lèvres de cette solution de continuité. Une rougeur érysipélateuse commence à apparaître sur le front. (Saignée du bras; le sang est couenneux.) Sur les huit heures du soir, l'érysipèle remontait déjà fort avant sur le cuir chevelu en même temps qu'il envahissait les paupières. Je prescrivis sur les tégumens du crâne, préalablement rasés, une application de 60 sangsues, et à leur chute un cataplasme émollient.

Le 29, au matin, les moyens précédens n'ont pas empêché l'érysipèle de s'étendre presque à toute la face et au reste du cuir chevelu. Le malade a été toute la nuit en délire. Le matin il répond juste à nos questions. Le décollement du crâne s'étendant de plus en plus, M. Malgaigne pratique une longue incision pour donner un plus libre écoulement au pus. (6 sangsues sur la tête toutes les deux heures; bouillon.)

Le 30, le malade a encore eu un peu de délire pendant la nuit. Il est paisible à l'instant de la visite; la rougeur érysipélateuse a fait place à un empâtement très-prononcé aux tégumens du crâne.

Le 1er octobre, point de délire; la plaie du crâne donne un pus bien lié et abondant. (Six sangsues de quatre en quatre heures; bouillon, tisane d'orge.) Le pouls est à 104 pulsations par minute.

Le 2, le mieux continue; point de délire. Il n'y a pas eu de selles depuis trois jours. (Bouteille d'eau de Sedlitz.)

Le 3, même état à peu près; une selle liquide; le pouls donne 118 pulsations. Le décollement des tégumens du crâne augmente de jour en jour; la face commence à prendre une teinte ictérique.

Jusqu'au 9 octobre, il ne se passe rien de particulier; le décollement de la tête s'était étendu à la moitié environ des tégumens de la calotte osseuse. Ce jour-là le malade fut pris pour la première fois de frissons irréguliers suivis de chaleur. En même temps la sécrétion du pus diminua; il devint grisâtre et mal lié. De nouvelles incisions furent pratiquées pour faciliter son écoulement. (Douze grains d'émétique dans une potion.)

Le 10 et le 11, nouveaux frissons; l'ictère augmente; (douze grains d'émétique chaque jour.) La première dose a déterminé trois selles liquides et point de vomissemens.

Le 12, le malade se plaint de douleurs dans l'articulation huméro-cubitale droite, ce qui porte M. Malgaigne à penser qu'un épanchement purulent s'y développe. Il présume aussi que l'ictère est dû à des foyers métastatiques du foie, et fait en conséquence appliquer un large vésicatoire sur l'hypocondre droit. (10 grains d'émétique.)

Le 13, au matin, le malade dit se trouver très-bien; mais nous ne partageons pas son opinion. La face prend une teinte de plus en plus jaune; les frissons se renouvellent à plusieurs reprises chaque jour. Point de selles ni de vomissemens (12 grains d'émétique.) Le pouls très-petit et très-fréquent donne 130 pulsations.

Le 14, le malade est dans un état assez avancé de prostration; il répond cependant avec assurance qu'il va fort bien; le pouls est à 142 pulsations par minute. (Douze grains d'émétique.)

Le 15, la vessie est distendue par l'urine; on l'évacue par la sonde. La prostration est des plus complètes, mais sans délire. Le malade nous dit encore d'une voix assez claire qu'il ne souffre nulle part. (15 grains d'émétique.) Mort sur les neuf heures du soir.

NÉCROPSIE FAITE 32 HEURES APRÈS LA MORT.

Les tégumens du crâne sont décollés dans presque toute l'étendue des os pariétaux et de la moitié supérieure de l'occipital. Le périoste n'est enlevé qu'au niveau de la plaie et dans la même étendue qu'à l'époque de l'accident. Cette portion du crâne mise à nu est le siége d'une fracture en étoile, très-visible en dedans où elle se présente sous forme de stries brunes, divergentes, qui ne se prolongent pas au-delà d'un pouce. Vis à vis les points où les tégumens étaient détachés du périoste, celui-ci était rouge, comme fongueux, vascularisé au plus haut degré; en l'enlevant on trouve au-dessous le tissu de l'os d'un rouge intense, criblé de trous volumineux pour le passage des vaisseaux dilatés (M. le professeur Gerdy conserve cette pièce). La dure-mère présente une teinte brunâtre vis à vis la fracture, point où elle est décollée, tandis qu'elle est fortement adhérente dans le voisinage.

Les méninges et le cerveau n'offrent aucune altération non plus que les poumons.

Le foie, presque doublé de volume, contient une énorme quantité de pus rassemblé en foyers de dimensions très-considérables; autour de ces foyers le foie avait une teinte brune ardoisée; dans certains points cette teinte existait seule.

(1) Recueillie par M. Droin.

L'articulation huméro-cubitale droite est pleine de pus; les cartilages, amincis sur plusieurs points, sont soulevés par le tissu cellulaire sous-jacent très-vascularisé.

La muqueuse de l'estomac est pâle et saine, d'une consistance même assez remarquable.

Le tube digestif n'offre aucune altération.

La lésion cérébrale était ici fort légère, puisqu'il n'y avait pas même eu perte de connaissance, ce qui explique, sans la justifier peut-être, le peu d'attention que j'y fis d'abord. Un interne avait réuni la plaie par suture, chose au moins inutile, mais que je ne croyais pas devoir amener de tels accidens. Nous vînmes à bout de l'inflammation du cerveau qui survint; mais la résorption du pus fit échouer tous nos efforts.

M. Gama a fait un précepte de réunir toutes les plaies de tête, et l'expérience que j'ai acquise sous sa direction au Val-de-Grâce et depuis, m'a fait adopter cette règle dans presque tous les cas. Il est cependant ici, comme en toutes choses, certains cas exceptionnels. J'ai recueilli, il y a longues années, l'observation d'un enfant chez lequel le moindre choc déterminait une forte ecchymose. Il fut frappé sur la bosse pariétale gauche, dans un point où il n'existe aucun vaisseau digne d'être noté, et cependant une hémorrhagie que la compression seule parvint à arrêter, se fit en ce point sous les tégumens, et décolla la presque totalité des tégumens du crâne. Notre maçon offrait-il une idiosyncrasie analogue, ou bien la suture fut-elle la cause d'une inflammation assez intense pour se déterminer en un si vaste abcès? On peut choisir entre ces deux conjectures; mais la réunion simple me paraît ici hors de cause. Jamais au Val-de-Grâce, dans le service de M. Gama, jamais non plus dans ma propre pratique, je n'ai vu la réunion par les bandelettes agglutinatives amener un si déplorable résultat.

A Saint-Louis même, il m'arriva un blessé portant aux tégumens du crâne trois larges plaies contuses, dont l'une avait mis un quart de l'os frontal tout-à-fait à découvert; je fis réunir par les bandelettes, à la manière de M. Gama; je prescrivis les sangsues permanentes durant quatre jours, et les trois plaies se réunirent sans donner lieu au moindre accident. J'ajouterai même ici une remarque assez importante, et que j'emprunte d'ailleurs au travail de M. Droin. Ce malade avait une fracture double de la jambe gauche communiquant par deux plaies avec l'air extérieur; or, au bout de deux mois les plaies étaient dégénérées en trajets fistuleux aboutissant aux fragmens nécrosés, et tout faisait présager une terminaison heureuse; tandis que trois autres individus, dit M. Droin, atteints de fractures de jambe avec plaies, sans autre complication, sont entrés dans le service pendant l'année 1835, et tous trois sont morts avant le vingt-cinquième jour avec des symptômes de résorption purulente. Est-ce réellement aux émissions sanguines permanentes qu'est dû cet autre résultat plus favorable? Un fait seul est peu de chose; mais il met sur la voie d'en rassembler d'autres; et pour ma part, je regarde comme douées d'une grande efficacité antiphlogistique ces trois méthodes si voisines; les sangsues permanentes dans les plaies de tête, les saignées multipliées dans les plaies de poitrine, et les saignées coup sur coup de M. Bouillaud dans diverses affections médicales.

Ce travail peut se résumer dans les conclusions suivantes :

1° Les épanchemens sanguins traumatiques dans l'intérieur du crâne sont pour très-peu de chose dans la production des accidens cérébraux;

2° Le trépan est donc toujours à peu près inutile; toujours il ajoute aux dangers de la lésion primitive ceux de l'opération; il n'offre même jamais qu'une chance fort incertaine de remplir son but; donc dans les cas d'épanchement simple il doit être toujours rejeté;

3° Les causes des accidens consécutifs aux plaies de tête sont la commotion, la contusion avec ou sans déchirure du cerveau, et enfin l'inflammation; et c'est contre celle-ci que tous les efforts doivent être dirigés après les premières heures;

4° Les sangsues permanentes sont alors l'agent le plus efficace; et quand les forces baissent, elles sont remplacées avec avantage par l'émétique à doses rasoriennes;

5° Enfin la réunion des plaies de tête peut être érigée en règle générale; mais la suture est au moins inutile.

TRAVAUX ACADEMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 18 JANVIER.

Le ministre de l'instruction publique adresse ampliation de l'ordonnance royale qui approuve l'élection de M. Elie de Beaumont comme membre de l'Académie des sciences, section de minéralogie et de géologie.

FIÈVRES INTERMITTENTES DES PAYS TROPICAUX.

On lit l'extrait d'une lettre de M. Adam de Bauve à M. Bory de Saint-Vincent. Ce voyageur revenu d'une longue excursion dans l'intérieur de la Guyane, souffrait d'une fièvre intermittente qui avait résisté aux fébrifuges ordinairement employés, et notamment au sulfate de quinine: un médecin naturaliste, le docteur Warburg, l'a guéri au moyen d'une préparation dont il ne fait pas connaître la composition, et qu'il désigne sous le nom de *fever drops* (gouttes contre la fièvre). Les succès obtenus au moyen de ce remède, tant dans les hôpitaux de la Guyane anglaise que dans plusieurs des Antilles et jusqu'aux États-Unis d'Amérique, semblent ne pas laisser de doutes sur son efficacité. L'inspecteur des hôpitaux anglais a adressé à son gouvernement un rapport à ce sujet, et il ne doute pas qu'une récompense ne soit accordée à M. Warburg pour les soins désintéressés qu'il a donnés aux fiévreux, qui ont presque tous guéri dans quelques jours, lorsqu'on les a remis à sa direction. M. de Bauve pensant que le gouvernement français serait également disposé à récompenser l'auteur si l'efficacité en était bien démontrée, adresse douze flacons de *fever drops*, en priant qu'ils soient remis à l'Académie des sciences, afin que leur action sur l'homme malade puisse être dûment constatée.

MM. Double, Peltier et Robiquet sont chargés de faire des expériences à ce sujet.

PHYSIQUE MOLÉCULAIRE.

M. Baudrimont, qui avait présenté, il y a quelques mois, un mémoire sur la constitution des fils métalliques (mémoire sur lequel il n'a pu être fait de rapport, l'auteur l'ayant fait imprimer), communique aujourd'hui un résumé des résultats auxquels il est arrivé en poursuivant ses recherches. Ces résultats sont :

1° Qu'il est possible de déterminer, avec assez de précision, les lois selon lesquelles les molécules agissent les unes sur les autres en les considérant sous le rapport de la cohésion;

2° Que ces lois sont variables pour les différentes substances, même lorsqu'elles sont de même ordre, comme les corps réputés simples;

3° Qu'il est possible de déterminer la limite de l'action moléculaire;

4° Qu'il est des substances dont la densité, prise dans un liquide, diminue à mesure qu'on les divise;

5° Que cela a lieu lorsque ces substances ne se mouillent pas;

6° Qu'il est possible de déterminer la distance qui existe entre un corps et un liquide qui ne le mouille pas lorsqu'ils sont mis en rapport.

SUR LES DIVERSES VARIÉTÉS D'ORANGS-OUTANGS.

M. de Blainville présente un crâne d'orangs-outangs récemment acquis par le muséum d'histoire naturelle, et donne de vive voix quelques détails sur les tentatives faites depuis une trentaine d'années pour distinguer les grandes espèces de singes sans queue et sans callosités ischiatiques.

Dans un de leurs premiers travaux, MM. Geoffroy et Cuvier avaient, comme on sait, essayé d'appliquer à l'arrangement méthodique des singes le principe imaginé par Camper pour la classification des races humaines, le degré d'ouverture de l'angle facial. En examinant sous ce point de vue les têtes osseuses de grands singes provenant de l'Inde, on avait été conduit à distinguer deux espèces d'orang-outang, l'une plus petite, mais douce, d'une conformation plus voisine de celle de l'homme, l'orang roux, celui auquel Buffon avait définitivement donné le nom de jocko, nom par lequel il désignait d'abord une espèce africaine, le chimpanzé; et un autre plus grand, plus fort, d'aspect féroce, et qu'on désigna par le nom de pongo, nom que lui avait imposé Wurmb, à qui on en devait la connaissance. Non-seulement on considérait l'orang roux et le pongo comme espèces distinctes, mais en se conformant au caractère pour base de la classification, il fallait les ranger dans deux genres différens.

Cependant, en 1818, M. Cuvier ayant reçu de M. Wallich le crâne d'un individu plus avancé en âge que celui sur lequel on avait établi les caractères de l'orang roux, remarqua que les formes de ce crâne se rapprochaient déjà beaucoup de celles du pongo, il fut par là conduit à penser que les différences si prononcées qu'on voyait entre les deux têtes extrêmes étaient uniquement produites par l'âge, que toutes les trois appartenaient à une même espèce, et qu'en un mot le pongo n'était que l'orang adulte. Quelques naturalistes continuèrent toutefois à admettre l'existence de deux espèces.

D'autres naturalistes continuèrent à croire que la tête adulte appartenait à une autre espèce : ils montrèrent en effet qu'entre l'un des crânes et les deux autres, il existait des différences qui ne semblaient guère dépendre uniquement de l'âge ou du sexe, reconnaissant d'ailleurs qu'il était bien difficile de prouver la justesse de cette opinion tant qu'on n'avait à comparer que des individus à différens degrés de développement.

Dans ce dernier temps le musée a acquis une grande et belle tête adulte d'un orang de Sumatra, et le squelette d'un jeune; la tête, qui est au moins égale pour la grandeur à celle qu'on avait du pongo, et appartenant à un individu aussi complètement développé, présente, comme on peut le voir, plusieurs traits qui la distinguent de l'autre; cela se voit surtout dans la conformation des orbites.

Voilà donc deux espèces long-temps confondues qui se distinguent nettement par des caractères tirés du système osseux. Mais comment se distinguent-ils à l'extérieur? c'est ce qu'on ne savait pas encore. Dans un voyage que M. de Blainville a fait à Leyde, il a vu quatre ou cinq grands individus qui ont bien tous les caractères de l'orang proprement dit, et qui sont remarquables par des appendices cutanés des joues; ces appendices existent seulement chez le mâle, et font de cet animal, qu'on avait dépeint long-temps comme si voisin par tout son aspect de l'homme, un des plus hideux singes qui se puissent voir.

L'orang disséqué par Camper, ceux de Vosmar et de M. F. Cuvier, étaient tous des individus femelles, et ainsi rien ne prouve qu'ils n'appartinssent pas à cette espèce; mais d'autres raisons portent à croire que, mettant à part le pongo, il y a encore deux espèces distinctes qu'on a jusqu'à présent réunies sous le nom d'*orang* proprement dit.

D'abord on doit remarquer que le crâne donné par Wallich provient d'un individu du continent de l'Inde. Le pongo et l'orang sont des îles de la Sonde. Enfin l'orang-outang de Sumatra, d'Abel, se distingue de celui de Wallich, comme il se distingue du pongo, par la proportion du pouce et des autres doigts; ces deux derniers ayant les doigts très-courts et le pouce très-long, l'autre les doigts longs et le pouce moins développé. S'il a de plus, comme le dit le voyageur, 6 à 7 pieds de haut, cela le sépare encore des deux autres, qui sont d'un tiers plus petits.

Tout porte donc à admettre qu'il existe dans l'Inde (sur le continent et dans les îles de Sumatra et Bornéo) trois grandes espèces de singes sans queue et sans callosités ischiatiques. Il ne paraît pas qu'aucune de ces espèces ait, par sa conformation, autant de tendance à marcher debout que la grande espèce africaine, le *chimpanzé*, espèce chez laquelle d'ailleurs l'adulte ne présente, dans la disposition de son crâne et dans l'ouverture de l'angle facial, rien qui rappelle la tête humaine.

M. Geoffroy fait remarquer que depuis long-temps il a été conduit à abandonner le principe sur lequel il avait cru d'abord pouvoir s'appuyer pour la classification des singes, et que dans les cours du muséum il a eu soin, à différentes reprises, de montrer que ce principe, fondé sur la considération de l'angle facial, ne saurait conduire à une distribution naturelle des espèces.

THÉORIE DE LA RÉDUCTION DES MINERAIS DE FER PAR LE CHARBON.

M. Leplay, ingénieur des mines, présente un mémoire ayant pour titre : *Essai sur la théorie du traitement du fer dans les hauts-fourneaux, et exposé de plusieurs principes nouveaux qu'on en déduit sur le mode d'action du carbone considéré comme réactif réducteur et carburant.*

Les industriels qui se livrent au traitement des minerais de fer dans les hauts-fourneaux, et les savans qui se sont occupés à un autre point de vue de cette importante industrie, savent combien la théorie en était peu avancée jusqu'ici, et combien la science était impuissante à expliquer les phénomènes, si complexes en apparence, qui s'y manifestent. Le principal obstacle à tout progrès dans cette branche des théories industrielles, résultait de ce que jusqu'ici les chimistes n'avaient pu trouver la cause en vertu de laquelle un fragment d'oxide de fer, quelque gros et quelque compact qu'il soit, en contact avec le charbon par un petit nombre de points de sa surface extérieure, et chauffé enfin à une température élevée, se trouve successivement réduit, puis transformé en carbure de fer. Cette modification s'effectue d'ailleurs jusqu'au centre du fragment, sans que celui-ci change de forme et par suite sans que le charbon y puisse avoir mécaniquement aucun accès. On désigne sous le nom de *cémentation* ce mode de préparation du carbure de fer; mais tous les chimistes avouaient que ce mot n'entraînait avec lui aucune explication.

L'inconvénient de cette lacune dans les sciences chimiques se faisait vivement sentir dans une fabrication dont le produit, la fonte de fer, se préparait précisément sous cette influence inconnue; et toute tentative de théorie sur le haut-fourneau comprenait essentiellement les deux propositions suivantes : 1° la fonte se produit par cémentation; 2° la cause de la cémentation est inconnue. Il n'est point étonnant après cela qu'une théorie aussi imparfaite ait toujours été devancée par la pratique, et que dernièrement la science doutât encore lorsque l'utilité de l'emploi du vent chaud, sous certaines conditions, était déjà positivement constatée par les praticiens.

La découverte essentielle qu'annonce M. Leplay est d'avoir fait connaître la cause du phénomène de la cémentation, et d'avoir prouvé qu'on avait complètement méconnu jusqu'ici le véritable mode d'action du carbone considéré comme réactif réducteur et carburant; que ce corps n'agit jamais qu'indirectement dans la réduction des oxides et dans la carburation des métaux; que dans tous ces phénomènes, sans exception, il ne sert jamais qu'à préparer le gaz *oxide de carbone*, lequel est l'agent exclusif de la réduction et de la carburation; qu'en un mot, beaucoup de faits chimiques et métallurgiques n'étaient restés obscurs jusqu'ici que parce qu'on n'y avait jamais remarqué la présence, nécessaire cependant, de l'oxide de carbone.

De ce point de vue tout nouveau, un haut-fourneau à fer n'est qu'une grande machine ayant pour objet de mettre en œuvre de la chaleur et de l'oxide de carbone, et qui fonctionne d'autant mieux qu'elle transmet plus efficacement au minerai l'action de ces deux agens. M. Leplay déduit de ce principe l'expression la plus générale des perfectionnemens à introduire dans cet appareil, et prouve que les méthodes perfectionnées employées depuis peu, et particulièrement celles qui se rattachent au mode de projection de l'air, ne sont que des moyens encore incomplets d'atteindre le but qu'indique la nouvelle théorie.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

FIN DE LA SÉANCE DU 12 JANVIER 1836.

NOUVELLES INDUCTIONS PHILOSOPHIQUES APPLIQUÉES A L'ÉTUDE DE L'IDIOTISME ET DE LA DÉMENCE; par M. Dubois d'Amiens. — M. Adelon, rapporteur.

Ce mémoire est le complément de celui que l'auteur a lu auparavant sur *l'instinct et les déterminations instinctives dans l'espèce humaine*. Dans ce premier travail, il distinguait les manifestations extérieures de la vie en *automatiques*, c'est-à-dire sans acte intellectuel préalable, sans but déterminé ou intentionel; *instinctives*, c'est-à-dire spontanées, brusques, et dont le caractère invariable consiste dans un but de conservation soit de l'individu, soit de l'espèce; et enfin *intellectuelles*, c'est-à-dire consenties, graduées, modifiées par la nature des idées. Ces dernières sont l'œuvre du cerveau; l'instinct appartient au système ganglionaire; les actes automatiques à toute partie animale pourvue de fibres contractiles. En déduisant des corollaires pathologiques de ces vues de physiologie, M. Dubois arrive à ce fait général, que l'idiotisme et la démence nous offrent le tableau de désordres relatifs à la fois, mais dans des proportions variées, à l'intelligence, à l'instinct et à l'automatisme.

1° L'idiotisme paraît consister, du moins en général, dans la privation congénitale du principe des déterminations raisonnées, ou dans l'arrêt de développement de ce principe lors de la première époque de la vie. Son histoire symptomatique n'a donc pas encore été bien conçue; on s'est borné à dire que les idiots étaient plus ou moins privés d'entendement, et l'on n'a pas pu trouver la ligne de démarcation qui sépare l'idiotisme de l'imbécillité. M. Dubois distingue trois variétés d'idiots : 1° Ceux qui n'ont ni déterminations raisonnées ni instinct, et n'offrent qu'un pur automatisme; 2° ceux qui sont réduits aux déterminations instinctives sans aucune trace de déterminations raisonnées; 3° enfin ceux qui ont encore quelques déterminations raisonnées et volontaires, et qu'on range d'ordinaire dans la catégorie des imbéciles. Les premiers vivent peu, d'une vie vraiment végétative; les seconds ne dépassent guère 30 ans; les derniers sont ceux qui atteignent l'âge le plus avancé.

Comme il n'y a pas de déterminations raisonnées sans organes encéphaliques, il faut donc que dans l'idiotisme il y ait arrêt de développement de ces organes.

Sur 109 idiots observés à la Salpêtrière par un des médecins de cette maison, il n'y en avait que 14 qui eussent une conformation assez régulière du crâne, et ces quatorze appartenaient à la troisième classe de M. Dubois. Le front alors est seul vicieusement conformé; il est aplati, fuyant à partir de la racine du nez; tandis que les parties postérieures sont volumineuses. Les idiots de la seconde classe ont la tête généralement rétrécie dans tous ses diamètres. On sait d'ailleurs qu'à part cette conformation extérieure, l'épaisseur des os du crâne, l'hydrocéphale, les lésions de tissu du cerveau peuvent rendre raison de son inactivité.

Cette classification des idiots n'est pas sans importance en médecine légale; en effet, si ceux des deux premières classes doivent être nécessairement interdits, il n'en est pas de même des autres, qui, selon le degré de leur intelligence, peuvent n'avoir besoin tout au plus que d'un conseil judiciaire.

De même en thérapeutique. Les deux premières classes ne peuvent être aucunement améliorées; c'est pour les autres seulement qu'on peut faire quelque chose, en dirigeant leur éducation, corrigeant leurs inclinations mauvaises, et cultivant surtout leurs penchans utiles.

2° La démence, contre l'assertion de Georget, n'est jamais un état primitif; elle vient toujours à la suite d'autres affections, et principalement de la manie et des monomanies. On peut dire que c'est une idiotisme acquis. En effet, on y rencontre les mêmes degrés que dans l'idiotisme congénital; seulement les variétés doivent être rangées en sens inverse; ainsi le premier degré répond à la troisième classe, et ainsi des autres. Mais l'encéphale n'est pas lésé ici seulement comme organe intellectuel; il l'est encore comme organe nerveux; de là des paralysies, qui, chose remarquable, portent d'abord et dans tous les cas sur tous les muscles qui servent à la vie intellectuelle, tandis que ceux de la vie animale, par exemple ceux de la mastication, restent dans leur plénitude d'action.

De ces données dérivent des inductions thérapeutiques. Il y a plutôt possibilité de prévenir la démence que de la guérir; mais lorsqu'enfin elle est déclarée, de même que dans l'idiotisme il faut tout faire pour étendre les déterminations raisonnées des imbéciles primitifs, de même dans la démence il faut tout faire pour empêcher les malades de tomber dans la même dégradation de l'intelligence. Voilà l'indication : mais quel est le moyen de la remplir? M. Dubois pense que, dans l'état actuel de nos connaissances, il est à peu près impossible de le trouver.

M. Adelon fait sur ce travail un rapport très-favorable; les conclusions sont :

1° Le renvoi au comité de publication.

2° L'inscription de l'auteur au nombre des candidats aux places qui pourront vaquer.

Une discussion peu importante s'élève à l'occasion de ce rapport. M. Dupuis dit qu'il a enlevé les ganglions du grand sympathique chez des animaux, et qu'il n'a rien vu de changé dans l'instinct; il s'ensuivrait que le siége admis par M. Dubois n'est pas exact. On dira que ce siége est dans le ganglion semi-lunaire, où déjà Bichat avait placé un autre sens; mais, comme l'a dit M. Adelon, pour l'admettre il faudrait qu'on y eût trouvé des altérations remarquables, et cela n'est pas.

M. Capuron rapporte en peu de mots ce qu'il a observé chez des enfans sur lesquels manquaient le cerveau, le cervelet, le mésocéphale, etc. M. Bouillaud partage l'opinion de M. Dupuis, et croit qu'on devrait dire, non point l'instinct et l'intelligence, mais les instincts et les intelligences, et qu'on n'apprendra quelque chose sur ce sujet que par l'anatomie et les expériences physiologiques.

Le rapport et ses conclusions sont adoptés.

SÉANCE DU 19 JANVIER.—*Présidence de M. Louyer-Villermay.*

Après la lecture de la correspondance, M. Virey demande la parole sur le rapport fait par M. Adelon dans la dernière séance; il se plaint que le rapporteur ait oublié de mentionner les travaux antérieurs. Depuis plus de quinze ans, dit-il, on a à plusieurs reprises agité cette matière; j'ai publié, pour ma part, deux volumes in-8° où j'ai nettement exprimé l'idée que le siége de l'instinct était dans le système nerveux ganglionaire. La même idée se retrouve dans l'article du *Dictionnaire des sciences médicales*. J'appuyais mon opinion non-seulement sur la comparaison des animaux inférieurs avec l'homme, mais sur l'étude des acéphales qui n'ont pas de cerveau et qui ont cependant un instinct. Je devais penser que tous ces faits étaient notoires; et en parlant d'un travail qui repose uniquement sur les mêmes idées, M. le rapporteur aurait dû, ce me semble, ajouter qu'elles avaient été émises par d'autres.

M. Emery. Ces réflexions eussent été mieux à leur place dans la dernière séance. (M. Virey : Je n'y étais pas.) C'est un malheur; mais on ne saurait revenir ainsi sur une discussion terminée, et après un vote de l'Académie.

— M. Bochoux demande la parole pour une proposition. M. Cruveilhier, récemment nommé membre titulaire de l'Académie, avant d'être professeur à la Faculté de Paris, l'était à celle de Montpellier; cette circonstance ne rappelle-t-elle pas qu'un autre professeur de la même école, non moins célèbre, M. Lallemand, nommé autrefois membre associé de l'Académie, fut dépouillé de ce titre par un ministre qui ne voulut pas ratifier la nomination? (Une voix : M. de Corbière!) Je demande qu'on avise à réparer cet acte d'arbitraire, ou, comme on voudra, de bon plaisir ministériel. (Voix nombreuses : Appuyé.)

Cette proposition est renvoyée au conseil d'administration.

LÉSION ACCIDENTELLE REMARQUABLE DE L'ARTÈRE HUMÉRALE. — NOUVEAU MODE DE PRÉPARATION DES PIÈCES D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

M. J. Cloquet rend compte du fait suivant. Un individu eut le bras pris entre les deux roues d'une mécanique; l'humérus fut broyé; les muscles du bras déchirés; et quand le blessé fut amené à l'hôpital, le pouls avait complétement disparu dans l'artère radiale et dans la cubitale. Il était évident que l'artère humérale n'avait point été ouverte, puisqu'il n'y avait pas eu d'hémorrhagie; d'une autre part, elle avait donc subi une altération particulière, puisqu'elle n'était plus perméable au sang. La gangrène du membre ainsi privé de circulation étant facile à prévoir, on pratiqua l'amputation; mais le membre fut soigneusement disséqué après. Voici ce que l'autopsie a démontré.

L'artère humérale avait été froissée et fortement comprimée; la tunique externe ou celluleuse était cependant demeurée intacte; mais les tuniques internes broyées et dilacérées, étaient réduites dans ce point en lambeaux qui flottaient dans la cavité artérielle, et avaient ainsi opposé au cours du sang un obstacle mécanique. Des caillots s'étaient formés sur ces lambeaux et avaient oblitéré l'artère; ainsi qu'on dit qu'il arrive dans la ligature temporaire, lorsqu'on se contente de couper les tuniques internes avec un lien, et qu'on retire celui-ci après un ou deux jours.

Il s'agissait de conserver cette pièce intéressante, et cependant d'en mettre bien les circonstances à la portée de tous. M. Cloquet a imaginé un mode de préparation qu'il a tout lieu de croire nouveau et qui consiste en ceci. Il a fait dessiner et colorier l'artère avant de l'ouvrir; puis il l'a fait également dessiner après l'ouverture. Ces deux dessins ont été mis dans le même bocal que l'artère elle-même; et enfin on y a joint encore une description exacte des dessins. Ceux-ci, coloriés avec des couleurs solides et à la gomme, échappent à l'action de l'alcool; la description, écrite à l'encre de Chine, n'y résiste pas moins; en sorte que l'observateur a sous les yeux à la fois et dans le même bocal, la pièce naturelle, les deux dessins et la description. (Marques générales d'approbation.)

COMPOSITION DU PROCHAIN FASCICULE.

M. Bousquet, au nom du comité de publication, propose de composer le prochain fascicule de la manière suivante.

Pour la partie historique, le discours prononcé sur la tombe de M. Bourdois de la Motte par M. Pariset.

Pour les mémoires, 1° Un travail de M. Stoltz sur une opération césarienne pratiquée avec succès pour la mère et pour l'enfant;
2° Un rapport de M. Martin-Solon sur la kréosote;
3° Un mémoire sur la détermination du siége et du diagnostic différentiel des luxations scapulo-humérales, par M. Malgaigne;
4° Un mémoire sur l'analyse du manioc amer (voir le résumé de ce mémoire dans notre dernier numéro);
5° Une note de M. Leroy d'Étiolle sur la lithotritie chez les enfans.

Adopté.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LE TRAITEMENT DES MALADIES AIGUES PAR LES SAIGNÉES COUP SUR COUP, à propos d'un rapport de M. Capuron.

On se souvient que cette discussion prit naissance à l'occasion d'un rapport de M. Capuron sur un compte-rendu des travaux de la maison d'accouchement de Metz, par M. Morlanne. Dans ce rapport, M. Capuron avait avancé que, d'après les méthodes nouvelles, dans les maladies aiguës la guérison était la règle générale et la mort l'exception. M. Moreau releva l'assertion comme singulièrement paradoxale. La discussion engagée, M. Capuron soutint son dire et s'appuya sur les succès obtenus, au moyen des saignées répétées coup sur coup, par M. Bouillaud; et plusieurs séances avaient déjà été consacrées à ces débats, quand la nécessité de nommer son bureau et ses commissaires pour 1836 obligea l'Académie de les suspendre.

Dans la dernière séance de décembre, la discussion avait été reprise, mais en présence de peu de membres et d'une manière peu animée. M. Capuron avait ainsi modifié sa proposition primitive : « Par la nouvelle méthode, on guérit le plus grand nombre des maladies aiguës. » Mais lassé de ce moyen terme, et répondant à M. Guéneau de Mussy, qui alléguait que la mort arrivait régulièrement et nécessairement une fois sur trois, ou cinq, ou huit, ne pouvait être appelée une exception, M. Capuron s'était écrié que les morts ne seraient pas morts s'ils avaient été convenablement traités.

MM. Marc, Rochoux, Castel, Bouillaud, Collineau, Dupuy, Maingault, Gérardin avaient pris la parole, mais plutôt sur la forme que sur le fond de la discussion; elle n'avait donc point été épuisée; et dans la dernière séance, on a vu déjà M. Capuron réclamer son droit, et la continuation de la discussion élevée à propos de son rapport. Aujourd'hui il redemande de nouveau la parole, et l'ayant obtenue, il va fièrement s'asseoir à la tribune des rapporteurs, d'où il récapitule l'état des choses et le point où les débats ont été laissés. Il cherche à démontrer combien la question est importante. « En Languedoc, dit-il, un propriétaire avait six bœufs; un autre en avait douze. Une épidémie survient et frappe les dix-huit bœufs. Le petit propriétaire appelle un médecin partisan des nouvelles doctrines, qui lui sauve ses six bœufs. Le gros propriétaire préfère d'abord un médecin d'une autre opinion, un vieux médecin. (Rires et murmures.) Celui-ci traite les six premiers bœufs atteints et les tue tous. Le propriétaire alarmé recourut bien vite au médecin physiologiste, qui lui conserva ses six derniers bœufs. N'est-il pas probable qu'appelé à temps, il aurait pu sauver toute l'étable? » M. Capuron cite plusieurs membres de l'Académie qui depuis le commencement de cette discussion ont essayé cette nouvelle méthode avec succès, M. Emery, M. Andral, M. Chomel, et termine en demandant la formation d'une commission d'enquête, composée de cinq ou sept membres, pour assister aux expériences qui se répètent tous les jours à la clinique de M. Bouillaud.

M. Cornac pense que cette question ne peut avoir de solution définitive, et qu'il convient de clore une discussion déjà trop prolongée.

M. Villeneuve. Il y a cependant quelque chose à ajouter. M. Capuron pense qu'on peut et qu'on doit sauver en général tous les sujets atteints d'affections aiguës près desquels on est appelé à temps. M. Capuron est un accoucheur renommé; je lui poserai un cas trop fréquent dans la pratique des accouchemens. Une femme arrive à terme avec un bassin étroit et un enfant mal placé; tous les efforts d'expulsion sont inutiles; il faut faire la version; de là des craintes de métrite ou de métro-péritonite; l'accoucheur surveille donc exactement sa malade; mais malgré ses soins la métro-péritonite se déclare. Certes jamais médecin ne fut appelé plus promptement; il est arrivé avant la maladie même. Or, je le demande à M. Capuron, si dans ces cas, par quelque méthode que ce soit, il est toujours sûr de réussir?

M. Capuron. Une hypothèse n'est pas un argument logique. J'ai dit que dans les maladies aiguës la mort est une exception; j'admets donc la mort comme possible (Ah! ah!), mais dans des cas purement exceptionnels; or, les cas invoqués par M. Villeneuve sont des cas exceptionnels. (Rire général.)

M. Moreau. Il importe de se rappeler, messieurs, que la phrase échappée à M. le rapporteur, et que j'ai cru devoir relever, avait été justement émise à l'occasion des femmes mortes en couches. On s'est beaucoup écarté de ce point de départ en portant la discussion sur la pneumonie, la fièvre typhoïde, toutes choses dont le rapport ne disait mot. Je reviens à la question primitive. Or, M. Capuron, qui n'est pas physiologiste à demi, reprochait à M. Morlanne de n'avoir pas spécifié la nature de l'affection à laquelle avaient succombé ses malades. L'autopsie n'avait point été faite; néanmoins M. Morlanne ne méritait pas ces reproches; il avait décrit les symptômes. M. le rapporteur s'est emparé de ces symptômes; il y avait eu un frisson d'abord, puis de la fièvre, des vomissemens; le ventre s'était ballonné. Donc, a dit M. le rapporteur, c'était une *gastro-entérite*! Je lui en demande bien pardon; mais quiconque s'est livré à l'observation des maladies de femmes en couches reconnaîtra, dans cet ensemble de phénomènes, la marche brusque et foudroyante d'une métro-péritonite puerpérale; et dans ce cas, l'autopsie ne montre d'inflammation ni dans l'estomac, ni dans le tube intestinal; on trouve alors des infiltrations de pus dans le tissu cellulaire qui touche à la face postérieure de la matrice, et dans les lymphatiques de cet organe. Je dis les lymphatiques, messieurs, et non les veines; c'est par exception que le pus se trouve dans les veines, et Dance a eu tort d'en faire une règle générale. Mais la réplétion des lymphatiques par le pus est une chose presque constante, que nous constatons tous les jours à la Maternité M. Gérardin et moi; et nous avons suivi ce pus jusque dans le canal thoracique. Eh bien! quand une femme récemment accouchée présente les symptômes décrits par M. Morlanne, et surtout si l'affection est épidémique, il n'y a aucun espoir, tout est perdu; aucun traitement ne saurait sauver les malades. Était-ce donc là le cas de dire que la mort est une exception?

M. Capuron. M. Moreau sait parfaitement bien qu'une femme en couches est susceptible de prendre toutes les maladies; et le tableau très-incomplet qu'a tracé M. Morlanne se rapporte aussi bien à une gastro-entérite qu'à une métro-péritonite. (La clôture! Aux voix les conclusions du rapport!)

M. Bouillaud. Ma conscience me force à prendre encore une fois la parole. Les faits que nous avons allégués ont paru assez étonnans pour soulever le doute; ils sont donc au moins assez importans pour qu'on cherche à les vérifier. C'est un devoir de vérifier de pareils faits, messieurs, surtout quand il s'agit de thérapeutique. Or, depuis le début de la discussion, qu'est-il arrivé? Quelques-uns de nos collègues ont cherché à vérifier; voici ce qu'ils ont trouvé. M. Chomel, on le sait, est un des praticiens qui ont le plus insisté sur l'inutilité des émissions sanguines dans le rhumatisme articulaire aigu; eh bien! je viens de lire dans un journal une observation de rhumatisme articulaire traité par lui selon ma méthode et avec un plein succès. M. Emery n'a pas moins bien réussi à l'hôpital Saint-Louis. Vérifiez, messieurs, et si vous échouez, c'est alors que vous serez puissans pour nous combattre. Je demande, avec M. Capuron, qu'il soit nommé une commission.

M. Émery. Puisque mon nom vient d'être cité, je vais dire en effet ce que j'ai vu. Depuis que cette discussion a été interrompue, j'ai reçu dans mon service à Saint-Louis, huit sujets affectés de rhumatisme articulaire aigu. J'ai voulu tenter la méthode de M. Bouillaud; j'ai fait à tous trois saignées le premier jour, une le matin, une à midi, une le soir. Chez deux d'entre eux la fièvre était tombée le lendemain; chez les autres, elle persistait. Je réitérai les saignées. Le sang tiré était chez tous recouvert d'une couenne épaisse, qui dans un cas n'avait pas moins de douze lignes d'épaisseur. Chez un seul j'ai constaté la coïncidence de la péricardite. La moyenne du temps exigé pour la guérison a été de seize jours; et très-souvent j'ai vu de ces affections résister deux mois entiers. Il faut rendre hommage à la vérité quand elle est manifeste. De ces huit malades deux seulement sont encore dans mes salles; l'un guéri après huit jours de traitement, est rentré quatre jours après pour une récidive; j'ai prescrit le même nombre de saignées, et il est également en voie de guérison.

M. Piorry. La question agitée est très-importante à la fois et très-complexe; et tout d'abord elle se scinde en ces deux autres questions : La saignée portée très-loin est-elle dangereuse, et dans quels cas? La saignée portée très-loin est-elle utile dans certaines maladies?

Je me suis longuement occupé de la première question en 1824 et 1825; j'ai fait à la fois des observations sur l'homme et des expériences sur les animaux vivans. Sur l'homme, dans une pleurésie que je traitais de concert avec M. Lisfranc, nous fîmes jusqu'à douze saignées sans inconvénient. Sur les animaux, je leur ôtais en une seule fois une quantité de sang équivalant au quarantième, au trentième et jusqu'au vingt-quatrième du poids total du corps; et ces essais ont été répétés sur une cinquantaine de chiens sans fâcheux résultats. J'ai vu porter très-loin les émissions sanguins sur des individus sains, affectés de lésions accidentelles, de fractures et de plaies de tête; dans les hémoptysies, j'ai vu perdre par l'expectoration et par les saignées une quantité de sang très-considérable. Depuis lors, j'ai moi-même été médecin d'hôpital, et j'ai répété cette pratique; à la Salpêtrière, par exemple, il m'est arrivé de tirer trois livres de sang à la fois, à une vieille femme atteinte d'une pneumonie hypostatique. Mais pour m'aventurer jusque-là, j'avais soin d'abord de m'appuyer sur des faits anatomiques et d'explorer tous les viscères. Dans tous les cas, messieurs, pourvu que l'individu

fût sain d'ailleurs, je n'ai vu survenir ni hydropisies, ni débilité longue à dissiper ; la débilité survient si on laisse le malade à la diète ; mais si on accorde des alimens en même temps qu'on tire du sang, la convalescence est très-prompte.

Quand donc les saignées copieuses sont-elles dangereuses? Quand il y a déjà anémie; quand le cœur est petit, le foie petit; le pouls faible; alors il y aurait une extrême imprudence à tirer beaucoup de sang.

Maintenant les saignées copieuses sont-elles réellement utiles? Oui, certes ; il est impossible d'en douter; et je ne conçois pas qu'on ait nié leur utilité dans la pneumonie. (M. Louis. Et qui l'a jamais niée?) S'il faut des chiffres pour forcer la conviction, en voici ; je ne les aime pas vos chiffres, à moins qu'ils ne portent sur un sujet simple, sur une unité pathologique. Dans les pneumonies et les arthrites aiguës, je compte mes observations par centaines ; toujours du soulagement suit la première saignée; à l'examen, on trouve qu'elle a fait décroître le foie en volume; répétées coup sur coup, elles ne sont pas moins efficaces, et souvent elles rendent sonore un poumon ou une partie de poumon qui ne rendait qu'un son mat auparavant. J'ai publié sur l'arthrite aiguë un mémoire dans la première livraison du *Journal des connaissances médico-chirurgicales*; ainsi traitée par de larges saignées, elle se guérit en quarante-huit ou soixante heures. Depuis ce mémoire j'en ai vu plus de soixante et plus de quatre-vingts cas; presque constamment la guérison est arrivée, c'est-à-dire tous les symptômes ont disparu après 24, 36, 48 heures; le terme le plus long a été de huit jours. On voit donc que la moyenne du temps exigé pour la guérison a été de trois à quatre jours; tandis que si je prends les tableaux dressés anciennement par M. Chomel, je trouve que sa moyenne était de 45 jours. Il est vrai que je n'ai pas observé la péricardite aussi constamment que M. Bouillaud; il est vrai de dire aussi que mon traitement diffère un peu du sien. Je ne me borne pas à des saignées; je donne en même temps des boissons à haute dose; pour une livre de sang, trois livres de tisane; pour trois livres de sang, six livres de boisson; l'un remplace l'autre. (Sourires sur plusieurs bancs.) Je vois quelques personnes sourire à mes paroles ; que signifient donc ces sourires? Je ne dis rien qu'on ne puisse constater à ma clinique à l'Hôtel-Dieu. J'ai eu quelques exceptions sans doute ; une femme est morte, mais elle avait en même temps une carie de l'articulation tibio-tarsienne; et la saignée ne guérit pas les caries. En me résumant donc, sur des individus sains d'ailleurs et vigoureux, la saignée portée très-loin n'est pas nuisible; la saignée portée très-loin est souvent utile en thérapeutique; aussi la question agitée me paraît très-importante ; et j'appuie la demande d'une commission.

M. Honoré. Je demande la parole pour un fait personnel. Il m'est arrivé de sourire... (Assez! assez!) Messieurs, laissez-moi achever; je ne dirai rien qui ne soit très-académique. J'ai souri en effet à quelques paroles de M. Piorry; ce n'était nullement de dédain, mais il y a long-temps, messieurs, que j'ai reconnu par expérience que les hôpitaux sont peu propres à fournir des résultats positifs. La population des hôpitaux est extrêmement mobile; les malades nous échappent souvent avant une guérison assurée et reviennent ensuite avec des récidives. Par exemple, depuis quelque temps M. Piorry a un service à l'Hôtel-Dieu qui comprend une partie de mes salles, et voici ce qui nous arrive à tous deux. Quand il y a peu de malades, on nous les laisse tout le temps désirable, et nous pouvons les observer; mais quand les salles sont pleines, on se hâte de faire de la place pour les nouveaux arrivans. On renvoie donc des malades qu'on juge guéris, et qui sont obligés de rentrer quelques jours après pour cause de récidive. C'est ainsi que des malades sortis de mon service sont rentrés dans celui de M. Piorry, et que des malades renvoyés guéris par M. Piorry sont rentrés dans le mien. (Rire général. M. Piorry se lève vivement et demande la parole.) Cela veut dire simplement qu'on juge trop souvent guéris des malades qui auraient eu besoin peut-être de trois semaines ou un mois encore pour revenir à une entière santé.

M. Piorry. Quand un malade entre dans mes salles, on prend son observation, et quand tous les symptômes morbides auraient disparu dès les premiers jours, je le garde au moins quinze jours pour assurer sa convalescence. Or, si un érysipélateux guéri en huit jours, sorti huit jours après, revient un peu plus tard avec un nouvel érysipèle, dira-t-on qu'il n'était pas guéri du premier? Si M. Honoré a vu de mes malades rentrer dans ses salles, j'en ai vu bien d'autres rentrer dans mon service après avoir été traités par M. Honoré! (Le bruit et les rires coupent la parole à l'orateur.)

M. Cornac rappelle que les saignées copieuses et coup sur coup ont été souvent employées autrefois. On les trouve recommandées dans les écrits de Portal, qui fit sentir qu'on les négligeait trop; dans Cullen, dans le traité de Pommier sur la goutte. Ainsi le moyen n'est pas neuf: il n'y a de nouveau que les cas auxquels on l'applique. On dit que M. Andral les emploie aujourd'hui avec succès dans ces mêmes cas; M. Andral a cité dans le premier volume de sa clinique des observations de fièvres typhoïdes dans lesquelles de larges saignées n'ont empêché ni des épistaxis de survenir, ni la maladie de suivre sa marche, ni enfin la mort d'arriver. Du reste, cette discussion n'a déjà que trop duré, et il conviendrait de voter les conclusions du rapport.

M. Louis. Ce qui rend la solution de cette question impossible, c'est qu'elle embrasse des faits trop compliqués. Certes, je partage pleinement l'avis de ceux qui pensent que la statistique seule peut juger les problèmes de thérapeutique; mais cette statistique est difficile à faire; elle exige qu'on tienne compte d'une multitude de circonstances, telles que le sexe, l'âge, le tempérament, le degré de force des malades; l'époque de l'année où ils ont été observés; leur âge surtout. Or, c'est ce qui n'est pas toujours possible; et c'est là sans doute la cause qui n'a pas permis aux chiffres cités par M. Bouillaud d'emporter la conviction générale. Ainsi, M. Bouillaud a réuni des cas de pneumonie pris dans les services de MM. Gueneau de Mussy, Chomel, etc., et il a trouvé que la mortalité avait été de 1 sur 3, tandis que lui-même n'avait perdu qu'un malade sur 7 ou 8. Eh bien, je l'avouerai, cette comparaison n'est pas concluante même pour moi. Il aurait fallu préciser la saison, l'âge des malades, etc.; donner surtout la preuve de la certitude du diagnostic. (M. Bouillaud, avec chaleur : Je demande la parole.) Je ne mets assurément en doute ici ni les lumières, ni la bonne foi de M. Bouillaud; mais enfin Laënnec s'est bien trompé lui-même dans quelques cas de maladies de poitrine, ce qui est arrivé à Laënnec peut arriver à tout autre. De même, si l'on compare entre eux des malades de 20 ans et de 40, il est hors de doute que cette différence d'âge influera sur les résultats. Enfin, une autre source d'erreur vient de ce qu'on prend comme des cas ordinaires des cas choisis exprès pour d'autres vues; évidemment les calculs fondés sur de telles bases seront erronés. Ainsi, j'ai été cité dans cette discussion comme ayant perdu telle proportion de pneumoniques; les chiffres ont été pris dans une brochure de M. Flandin, où sont en effet rapportées un assez grand nombre d'observations puisées à ma clinique. Mais on n'a pas pris garde que dans tous ces cas le traitement a consisté dans les saignées unies aux émétiques; c'était donc un choix des cas les plus graves, car jamais je n'administre l'émétique dans les pneumonies qui n'offrent pas une haute gravité.

J'ai publié depuis un ouvrage où j'ai rapporté sans omission tous les faits de pneumonies que j'ai traitées à l'hôpital durant un certain temps; il y en a vingt et quelques-unes. J'ai dit en quelle saison elles m'étaient venues, l'hiver; j'ai cité l'âge des malades et toutes les circonstances essentielles; sur le total, je n'en ai non plus perdu qu'un septième ou un huitième. Cependant, bien que j'aie fait des saignées très-copieuses, je ne les ai pas trop réitérées. En résumé, nous manquons quant à présent d'un nombre suffisant de faits assez circonstanciés; le problème ne saurait donc être décidé, bien qu'il soit bon peut-être de revenir de temps à autre sur de semblables questions dans une Académie. On demande une commission; je m'y oppose; il est impossible qu'une commission fasse un pareil travail; où trouverait-on six hommes pour suivre durant une année entière un ou plusieurs hôpitaux? Et il ne faudrait pas moins pour amasser assez de faits et pour oser conclure; car quelques succès étonnans obtenus sur quelques malades ne sauraient jamais prouver rien.

Enfin, quand on veut poser des termes de comparaison pour le traitement, il faut aussi connaître la marche naturelle des maladies. Le terme moyen d'un rhumatisme articulaire aigu, abandonné à lui-même, est de dix-huit à vingt jours, et non de quarante-cinq. On a cité de nombreux cas de guérison de pleurésie; le merveilleux tombe, quand on sait que la pleurésie, survenant chez des sujets sains et sans autre complication, guérit toujours, même sans traitement; à l'appui de ce que j'avance, je pourrais apporter 140 observations. J'entends ici par sujets sains ceux qui n'ont pas plus de 60 ans; à 80 ans, par exemple, je ne regarde pas un individu comme sain, et alors seulement la pleurésie peut tuer. Il en est de même des érysipèles de la face; j'en ai recueilli plus de cent observations; ils guérissent toujours d'eux-mêmes quand ils surviennent chez des sujets sains d'ailleurs. Je le répète, il faut connaître la marche naturelle des maladies avant de se hasarder à juger la thérapeutique.

M. Bouillaud. J'attache une trop haute importance aux opinions de M. Louis, pour laisser ce qu'il vient de dire sans réponse. Quoi! c'est à moi qui depuis tant d'années fais mon métier d'observer, qu'il reproche de n'avoir pas tenu compte de l'âge, des saisons, de tous ces lieux communs de la statistique? Non-seulement j'ai tenu compte de toutes ces choses, mais j'ai suivi exactement les règles posées par M. Louis lui-même dans son beau mémoire sur la saignée dans les pneumonies, mémoire où il est arrivé cependant à des résultats faux, parce qu'il a voulu généraliser des observations toutes spéciales. Ainsi cette première objection *non valet*.

Mais M. Louis vient de donner une bien grande force à la cause de M. Capuron. Il nous a dit que la pleurésie simple ne tuait jamais; donc voilà une maladie aiguë où la mort est l'exception. Et si on peut arriver à un résultat semblable pour d'autres maladies, par une méthode de traitement rationnelle, donc M. Capuron aura bien plus raison encore. Enfin, je suis convaincu que si M. Louis suivait notre traitement, il serait convaincu de son efficacité. J'ai eu de ses élèves à ma clinique; j'en ai eu de M. Chomel; ils ont été convaincus par les faits. J'insiste sur la nomination d'une commission, parce que c'est le meilleur moyen d'en finir; ce sont des faits à vérifier, voilà tout; il ne faut pas plus de deux mois pour cela; et à qui appartient la mission de vérifier, si ce n'est aux Académies?

Un dernier mot qui m'est presque purement personnel. Un de nos collègues a dit qu'il avait employé cette méthode long-temps avant moi. Je le nie. Bien plus, je lui porte le défi de montrer cette méthode formulée dans aucun de ses ouvrages; il n'en a parlé nulle part; et jusqu'à présent ma méthode reste mienne et n'appartient pas à M. Piorry. (M. Piorry. Je demande la parole!—On rit)

M. Louis explique qu'il a voulu dire simplement que, dans une improvisation, M. Bouillaud n'avait pas pu indiquer toutes les circonstances propres à porter la conviction dans l'esprit de ses auditeurs; et que d'ailleurs les faits empruntés aux autres méthodes et pris pour terme de comparaison, manquent aussi de ces circonstances.

M. Piorry. Il y a long-temps que j'ai écrit et formulé que des émissions sanguines très-copieuses n'étaient point nuisibles et étaient fort utiles dans certains cas.

M. Maingault prend la parole et fait un long résumé de la discussion, que le bruit des conversations particulières nous empêche d'entendre.

La discussion est renvoyée à une autre séance.

—M. Gimelle montre à l'Académie une pièce d'anatomie pathologique qui se rapporte à l'observation suivante.

Observation de rupture de l'aorte lombaire par suite d'ossification et d'anévrisme de ce vaisseau, par M. Gimelle.

M. le comte de J..., âgé de 64 ans, d'une petite taille, mais fortement constitué, n'avait éprouvé d'autre maladie qu'une gastrite qui avait duré long-temps, mais dont il était complètement guéri depuis plusieurs années. Il n'avait pas eu d'affection syphilitique, et ne s'était jamais plaint de douleurs, ni d'engourdissement, ni d'œdématie dans les membres inférieurs. Son embonpoint était considérable et il avait une activité peu commune.

Sans jamais commettre d'excès il aimait les plaisirs de la table. Tout dénotait en lui la force et la santé.

Dans les premiers jours de janvier 1827, M. de J... fut pris d'un embarras gastrique léger qui ne causa même pas de fièvre. Un peu d'empâtement de la langue, la suppression pendant quelques jours des évacuations alvines, le dégoût des alimens, des borborygmes, un peu de hoquet de temps à autre furent les seuls symptômes qui se manifestèrent. Le ventre ne présentait à la pression ni au palper aucune douleur; il était souple et mou dans toute son étendue. L'exploration

renouvelée plusieurs fois ne fit reconnaître aucune altération dans les viscères de cette cavité. Le jeudi, 14 février, les symptômes sus-mentionnés paraissaient être à leur terme ; le malade prit avec plaisir deux potages et plusieurs bouillons dans la journée.

A quatre heures et demie du soir, M. de J.., éprouva une douleur très-violente dans la région lombaire gauche au-dessus de la crète de l'os des îles, mais elle fut de courte durée. Arrivé une demi-heure après, je trouvai le malade calme, sans fièvre et dans un état naturel. Il me dit que la douleur qu'il avait ressentie était comparable à plusieurs coups de couteau qu'il aurait reçus dans cette partie, que cette douleur s'était communiquée à la cuisse gauche, principalement à sa partie supérieure interne et au testicule de ce côté où il éprouvait encore de l'engourdissement.

Je palpai l'abdomen dans la région indiquée avec le plus grand soin ; la pression ne détermina aucune douleur et je ne reconnus aucune lésion dans les organes correspondans; les mouvemens de la cuisse étaient redevenus faciles et le testicule n'était plus le siége d'aucune douleur. Le malade exécutait sans peine les mouvemens les plus étendus. Je pensai que ces accidens étaient l'effet d'une colique néphrétique; je prescrivis l'application de 25 sangsues et des cataplasmes émolliens.

A dix heures du soir, après cette émission sanguine, M. de J... était dans un état de calme parfait, lorsque subitement les douleurs se renouvelèrent avec une grande intensité; il poussa des cris aigus, se plaignit que ses entrailles se déchiraient. Un grand engourdissement se manifesta dans le membre abdominal gauche, et peu de minutes après M. de J... avait cessé de vivre.

AUTOPSIE FAITE TRENTE-DEUX HEURES APRÈS LA MORT, PAR MM. LES DOCTEURS GIMELLE, L. LACAZE, ROZIER ET CONSTANT DUBOS.

Le bas-ventre ouvert, nous aperçûmes une tumeur sanguine de couleur noire, qui s'étendait depuis le diaphragme jusqu'à l'arcade crurale du côté gauche, soulevait fortement le péritoine, le colon descendant, et formait une saillie de 5 ou 6 pouces d'épaisseur, à partir de la colonne vertébrale jusqu'au niveau de la crête iliaque. Le rein baignait dans ces caillots. Après avoir séparé le péritoine et les intestins de cette tumeur, nous l'ouvrîmes selon sa longueur, et abstersion faite des caillots sanguins, nous trouvâmes à sa partie moyenne droite une ouverture par laquelle le doigt indicateur pénétrait facilement dans une cavité remplie d'aspérités osseuses. Nous reconnûmes alors que l'aorte lombaire était le siége de cette cavité ; que ses parois présentaient des plaques osseuses à partir de la naissance des artères rénales jusqu'aux iliaques primitives; que la partie moyenne de cet espace était le siége d'un anévrisme dont les parois, présentant également des ossifications, s'étaient rompues et avaient donné lieu à l'hémorrhagie, qui avait causé la mort immédiatement. La portion de l'aorte qui était au dessous de la tumeur anévrismale présentait des ossifications épaisses et étendues. L'éperon qui sépare les deux iliaques était ossifié; l'iliaque gauche présentait à son origine une dilatation anévrismale de l'étendue d'un pouce et qui était manifestement produite aux dépens des trois tuniques Les deux iliaques sont le siége d'ossifications et d'ulcérations très-étendues. On trouve aussi une plaque osseuse dans l'artère hypogastrique droite. Les ossifications existaient dans la membrane musculeuse.

Le cœur était sain; la partie supérieure de l'aorte ne présentait non plus aucune altération de texture

Les autres viscères de la poitrine et du bas-ventre ne présentaient aucune altération pathologique.

— Il est cinq heures; M. le président annonce que dans la séance prochaine il sera procédé à la nomination d'une commission pour examiner les titres des candidats à la place devenue vacante dans l'Académie par la mort de MM. Dupuytren, Burdin et Gratezeau La séance est levée.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

HISTOIRE DE DEUX AMPUTATIONS DU COL DE L'UTÉRUS, faites avec succès par J.-J. CAZENAVE, médecin à Bordeaux.

OBS. I. — Madame Renatau, de Cadillac-sur-Garonne, 48 ans, tempérament sanguin-nerveux, marchande de comestibles, fut abondamment réglée dès l'âge de 15 ans, eut quatre enfans à des intervalles éloignés, accoucha toujours très-heureusement et n'éprouva, jusqu'à l'âge de 46 ans, que de simples indispositions. A cette époque, les règles furent plus abondantes, irrégulières, et disparurent sans retour en moins de quatre mois. Dès lors survinrent alternativement de la céphalalgie, de l'oppression et de la toux. Un peu plus tard, l'épigastre devint douloureux, sensible au toucher; un sentiment d'ardeur et de chaleur insolite au col de l'utérus coïncida avec l'œdème du bas des jambes et des pieds. Plus tard encore (47 ans), la malade ressentit de la pesanteur dans les lombes, une douleur aiguë aux aînes et au col utérin. Ce fut alors que la teinte faciale s'altéra et passa rapidement au jaune-paille La peau était sèche, rugueuse, comme furfuracée ; l'embonpoint diminuait à vue d'œil, et la fermeté habituelle des chairs s'était changée en une mollesse et en une flaccidité extrêmes.

La malade éprouva une chute de matrice pendant l'un de ses nombreux voyages à Bordeaux De retour chez elle, la sage-femme du lieu la visita, et déclara, en effet, qu'elle avait reconnu un prolapsus utérin Ces deux dames vinrent chez moi (j'ai habité Cadillac jusqu'en juillet 1830), et m'en rapportant complétement à la matrone, je conseillai l'application du pessaire elytroïde du professeur Jules Cloquet, que je prêtai

Je n'entendis plus parler de madame Benatau, et ne la revis qu'en juillet 1827, époque à laquelle j'appris qu'elle n'avait pu supporter le pessaire qu'une quinzaine de jours, et que depuis, les douleurs locales et sa mauvaise santé étaient toujours allées en croissant L'exploration attentive du col de l'utérus (mais par le toucher seulement me fit reconnaître l'existence d'un squirrhe déjà fort dur, bosselé et douloureux ; un écoulement assez considérable de matières roussâtres, fétides et parfois sanguinolentes était la conséquence de cette dégénérescence. Je proposai l'opération; mais on ne voulut pas en entendre parler. Dans ces circonstances, je dus conseiller quelques applications de sangsues sur le col même, des injections émollientes et légèrement opiacées, des bains de siége, des demi-bains, des demi-lavemens de la même nature que les injections, un régime approprié, la position horizontale et le repos le plus absolu. La malade suivit d'abord fort exactement ces prescriptions; mais, comme elle en éprouva un soulagement très-marqué, on ne put point les lui faire continuer.

Le chirurgien ordinaire de madame Renatau me fit appeler, en avril 1828, pour l'aider à la sonder, parce qu'il n'avait jamais pu parvenir à faire pénétrer la sonde jusqu'au-delà d'un pouce et demi dans l'urètre J'essayai moi-même sans plus de succès. Introduisant alors le doigt médius dans le vagin, j'y découvris une tumeur conoïde, dont le sommet répondait au quart postérieur de ce canal, et la base au col de l'utérus Je déprimai cette tumeur sur le rectum, qu'on avait vidé à l'aide d'un lavement; la pression mécanique exercée sur l'urètre cessa, et le chirurgien put aussitôt faire pénétrer la sonde dans la vessie. Depuis cette époque (2 avril 1828) jusqu'au 7 juillet de la même année, la malade ne passa jamais quarante-huit heures sans avoir une rétention d'urine tenant à la même cause.

Le 4 juillet enfin, les douleurs étaient devenues intolérables; la malade s'affaiblissait chaque jour et ne pouvait plus sortir de son lit. L'exploration des parties, faite avec le *speculum uteri*, me démontra l'existence d'une proéminence squirrheuse partant du col, et s'avançant vers la vulve, flanquée en haut et à gauche par de larges ulcérations cancéreuses. Le vagin n'était pour rien dans ces désorganisations. Des explorations variées et faites à travers le rectum et à travers l'hypogastre, me portèrent à penser que le corps de l'utérus n'était pas encore malade.

L'opération fut fixée au 8 juillet 1828. Mes honorables confrères MM. Moreau père, de Cadillac, Brumont et Ducos-Tursan, de Podensac, Cazentre, de Bions, et Ramade, de Cantois, voulurent bien m'assister.

Le spéculum ayant été introduit jusqu'au col de l'utérus et embrassant la dégénérescence *squirrho-cancéreuse* dont j'ai parlé, je la saisis aussi haut que faire se pouvait avec de longues pinces de Museux, et j'entraînai les parties hors de la vulve sans être obligé de faire de trop fortes tractions Je réséquai alors tous les tissus dégénérés avec un bistouri boutonné et courbe sur le plat La malade perdit à peine 5 onces de sang

Immédiatement après l'opération, et avant que l'utérus fût tout-à-fait remonté, je replaçai le speculum, j'abstergeai le sang qui masquait les parties, et je m'assurai que j'avais bien enlevé tout ce qui était malade

Le repos, les injections émollientes faites avec beaucoup de prudence et de douceur, les demi-bains, une diète sévère et quelques autres soins suffirent pour obtenir une guérison parfaite dans l'espace de quarante jours, guérison qui ne s'est pas démentie pendant quatre années, à l'expiration desquelles la malade est morte d'une pneumonie chronique

OBS. II. — Madame S.., âgée de 26 ans, d'une constitution lymphatico-bilieuse, accouchée depuis quinze mois et primipare, vint me consulter dans les premiers jours du mois de mars 1831 pour ce qu'elle croyait n'être qu'une perte blanche, et quelques douleurs, tantôt fortes et tantôt à peine sensibles dans l'aine droite. Pendant qu'elle répondait à mes questions, je remarquai le jaune-paille très-prononcé, la bouffissure de tout le visage et des paupières, et crus pouvoir en inférer qu'il existait quelque lésion organique de l'utérus ou de son col La malade m'apprit qu'elle avait consulté plusieurs confrères; que deux lui avaient prescrit des remèdes pour la *perte blanche*, et qu'un troisième, après l'avoir touchée, lui avait nettement déclaré qu'elle s'y était prise trop tard, et que sa maladie était incurable

Dès ma première visite, je m'assurai et par le toucher, et à l'aide du spéculum, que le col de l'utérus était bien évidemment squirrheux, légèrement ulcéré, et que son excision seule pouvait sauver madame S.., dont la mère était morte d'un cancer de matrice. Je proposai l'opération et une consultation avant d'y procéder.

On a reproché à plusieurs praticiens allemands et français d'avoir enlevé de simples hypertrophies très-curables du col de l'utérus, avec ou sans érosion, qu'ils avaient prises pour des squirrhes ulcérés ou non ulcérés. On sait que M Lisfranc lui même, que j'ai vu souvent opérer avec une merveilleuse dextérité, a quelquefois été accusé de ce méfait chirurgical. Dans ma position de débutant à Bordeaux, tout-à-fait ignoré, je ne voulus point me hasarder à faire une opération aussi majeure, et qu'on n'avait pas encore tentée dans cette ville, sans m'entourer de confrères sur les talens et sur la haute prudence desquels je pusse compter La Société royale de médecine de Bordeaux, à laquelle je m'adressai, voulut bien nommer trois de ses membres pour statuer avec moi sur l'opportunité de l'opération MM. les docteurs Dupont le père, Dupuch-Lapointe et Burguet furent choisis Ces trois médecins s'assurèrent de l'état des choses avec le plus grand soin et opinèrent pour l'opération, que nous renvoyâmes jusqu'après l'époque menstruelle.

Nous nous réunîmes le 29 mars 1831 pour opérer. Je crus préalablement devoir communiquer mon mode de faire à mes confrères, et les prévins que j'opérerais sur place ou en amenant le col de l'utérus au-dehors de la vulve, selon que j'éprouverais ou que je n'éprouverais pas de difficultés pour faire les tractions. J'ai vu nombre de fois à Paris, que les tiraillemens auxquels les tissus qui circonscrivent l'utérus sont exposés dans l'abaissement forcé deviennent fort souvent les causes d'une métro-péritonite mortelle Ce point-là arrêté, je mis un cautère au feu par précaution, j'introduisis le spéculum dans le canal vulvo-utérin aussi haut que je le pus, le confiai à M. Dupuch-Lapointe, portai rapidement la pince de Museux et une érigne double sur le squirrhe, que j'accrochai et que j'amenai petit à petit par des tractions continues et faites sans secousses, dirigées d'abord selon l'axe du détroit supérieur du bassin, puis selon l'axe du détroit inférieur Les fortes douleurs et les cris perçans de la malade m'obligèrent à ne tirer le col utérin que jusqu'à l'anneau vaginal; j'éprouvai d'ailleurs une telle résistance, qu'il m'eût été impossible de l'amener tout-à-fait en dehors de la vulve. Je confiai alors la pince et l'érigne double à M. Dupont. Le changement de main et la forte rétraction des tissus qui avaient cédé aux tractions, firent que la por

tion squirrheuse remonta inégalement d'environ 2 pouces dans le vagin. Il n'était plus temps de régulariser tout cela, et je ne devais pas recommencer les préliminaires si douloureux de l'opération; aussi portai-je rapidement l'instrument falciforme, que j'avais fait construire exprès pour cette amputation, par-delà les tissus dégénérés, que j'excisai assez vite, quoique la manœuvre fût si difficile dans le vagin que je devais ménager. L'hémorrhagie, qui fut considérable d'abord, cessa presque entièrement vingt minutes après l'opération. J'introduisis le doigt indicateur dans le vagin immédiatement après l'ablation, et reconnus qu'il restait à gauche une très-petite portion squirrheuse frangée que je tentai vainement de saisir à travers des flots de sang.

La malade étant nettoyée, remise dans son lit, la tête haute, les cuisses fléchies sur l'abdomen et les jambes sur les cuisses, à l'aide d'un traversin passé sous les jarrets; je fis appliquer des fomentations émollientes sur l'abdomen, qui était très douloureux, et donnai quelques instans après deux cuillerées à bouche d'une potion calmante.

L'inspection de la pièce d'anatomie pathologique nous démontra bien évidemment une dégénérescence squirrheuse très avancée, ulcérée à gauche, et au centre de laquelle nous trouvâmes une petite excavation, ulcérée aussi, n'ayant aucune communication avec l'extérieur. L'ouverture du col, quoique squirrheuse, n'était point oblitérée, puisqu'elle avait permis l'écoulement des règles jusqu'alors.

L'hémorrhagie reparut deux heures après l'opération; mais la crainte fondée d'une péritonite me décida à la laisser persister jusqu'à la syncope. Le sang coulait abondamment, se coagulait sur les bords de la vulve, au-devant du méat urinaire, et s'opposait à l'émission des urines, que je n'obtins plusieurs fois qu'en détruisant les caillots et en recommandant à la malade de faire quelques efforts d'expulsion. L'hémorrhagie reprit une nouvelle intensité après s'être amendée; les syncopes devinrent effrayantes, reparurent toutes les dix minutes sept heures durant, et alternèrent avec des vomissemens; soif inextinguible. (Eau froide pour boisson; aspersions d'eau à la glace sur le visage; affusions froides sur tout l'abdomen et à la partie interne des cuisses; tamponnement du vagin avec la charpie imprégnée d'eau fortement vinaigrée.)

Nuit du 29 au 30 assez bonne; sommeil de trois heures; point de fièvre; difficulté d'uriner causée par la présence des tampons dans le vagin. Quelques efforts d'expulsion surmontent trois fois cette difficulté. (Eau froide sucrée; fomentations émollientes sur l'abdomen.)

Le 30, onze heures du matin, forte fièvre, céphalalgie, soif; légères douleurs hypogastriques. (Même prescription.)

Le 31, météorisme de l'abdomen sans douleur appréciable; fièvre, céphalalgie et rougeur de la face. La sortie des tampons du vagin est suivie de l'écoulement d'une matière purulo-sanguinolente infecte. (Injections émollientes dans le vagin; fomentations froides et continues sur l'abdomen; arrosage de l'appartement avec l'eau chlorurée.)

Le 1er avril, apyrexie; légères douleurs à l'hypogastre; météorisme de l'abdomen à peine sensible; sentiment de bien-être; faim; perte purulo-sanguinolente. (Même boisson; mêmes injections; continuation des fomentations émollientes, mais tièdes; lait coupé une fois.)

Le 2, état parfait; la malade reprend ses forces et le teint s'améliore. (Lait coupé, deux fois.)

La malade passe fort bien les trois jours suivans, et demande instamment à manger. (Demi-bain tous les jours; bouillons de volaille coupés. Je permets un fort léger vermicelle au bouillon de volaille coupé, et un peu d'eau rougie le 5 avril. On fait une pâte compacte avec ce vermicelle, et je n'arrive malheureusement que lorsque la malade en avale les deux dernières cuillerées.)

Le 6, fièvre prenant en froid, et augmentée par une impression morale; soif très-vive; épigastre douloureux et tendu. (Diète absolue; application de douze sangsues à l'épigastre; fomentations émollientes sur l'abdomen; eau d'orge froide, édulcorée pour boisson.)

Le 7, la fièvre a disparu, mais reprend en froid à huit heures du soir. Prostration. (Demi-bain; diète sévère.)

Le 8, épigastre tendu, douloureux et météorisé; langue saburrale, pointue et rouge sur les bords; fièvre. (Application de douze sangsues à l'épigastre, et continuation des autres moyens.)

Le 9, épigastre moins douloureux; presque pas de fièvre; sternalgie et un peu d'oppression. (Application de dix sangsues sur la région sternale; infusion de fleurs de tussilage édulcorée; lait coupé.)

Le 10 et 11, peu de fièvre, d'oppression et de toux; légère sternalgie. (Vésicatoire à une jambe; injections vaginales émollientes et très-légèrement chlorurées; lait coupé; même infusion.)

Le 12, plus de toux, plus d'oppression, plus de fièvre; malaise, mélancolie et pleurs; douleurs vagues et légères à l'hypogastre et aux hypochondres. (Bouillon coupé; injections vaginales chlorurées; fomentations émollientes sur l'abdomen.)

Le 13, fièvre débutant par un frisson intense et prolongé; malaise; coliques. (Demi-bain qui fatigue beaucoup la malade; diète absolue.)

Le 14, apyrexie complète et sentiment de bien-être. (Lait-de-poule.)

Le 15, fièvre en froid comme le 13.

Le 16, apyrexie. (Deux pilules composées chacune de trois grains de sulfate de quinine; chocolat à l'eau.)

Le 17, apyrexie et sentiment de bien-être. (Mêmes pilules et même alimentation.)

Les 18 et 19, point de fièvre; le bien être est complet, et la malade demeure trois heures sur son fauteuil. (Alimentation graduellement augmentée.)

Du 22 au 30, colite sans coliques, sans ténesme et sans épreintes, qui cède à l'usage d'une décoction de riz gommée, et aux quarts de lavemens laudanisés.

Six cautérisations faites à des intervalles divers, avec le nitrate acide de mercure, suffirent pour détruire la portion squirrheuse et frangée qu'une excision inégale ne m'avait pas permis d'enlever.

La vue et le toucher prouvaient, un mois après l'opération, que tout ce qui était malade avait été excisé ou détruit par les cautérisations, et que la plaie était parfaitement cicatrisée.

Les deux faits que je viens de rapporter offrent, ce me semble, plus d'une sorte d'intérêt. La santé de la première malade était fort mauvaise, le squirrhe était ulcéré, le cancer était patent, à toucher au doigt, et cependant la guérison fût rapide, soutenue (quatre ans), et ne se serait probablement pas démentie si la malade n'avait succombé à une pneumonie chronique.

La seconde malade, beaucoup plus jeune, se trouvait dans des conditions à peu près pareilles, plus un antécédent de famille toujours très-fâcheux. Sa mère était morte d'un cancer du corps et du col de l'utérus. Eh bien! malgré une hémorrhagie qui mit ses jours en danger; malgré un écart de régime qui amena des complications dont on a pu apprécier la léthalité, surtout en cas pareil, malgré une fièvre intermittente enfin qui concourut à entraver le rétablissement, malgré tout cela, madame S... jouit maintenant (quatre ans et demi après l'opération) de la meilleure santé. Madame veuve Frégé, sage-femme, qui assista à l'opération, qui ne quitta presque pas madame S... durant toutes les suites de cette opération, et qui a conservé des rapports d'intimité avec elle, m'en parle toutes les fois que je la rencontre, et me félicite d'un succès sur lequel personne ne comptait.

Ces deux faits et une foule d'autres tout aussi concluans, devront, si je ne me trompe, engager les médecins à pratiquer la résection du col de l'utérus, mais seulement quand elle sera bien indiquée. Retrancher un col utérin hypertrophié, qu'on peut sûrement ramener à l'état normal en usant de moyens fort simples et sans compromettre la vie des malades, serait un acte d'ignorance ou d'insigne mauvaise foi auquel je répugne de croire, et dont aucun médecin ne voudrait encourir la sévère responsabilité.

OBSERVATION D'UNE GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE; GESTATION DES NEUF MOIS COMPLÈTE; MORT DE L'ENFANT; GUÉRISON DE LA FEMME, LE PRODUIT DE LA CONCEPTION ÉTANT RESTÉ DANS L'ABDOMEN.

Rosalie Capon, âgée de 44 ans, d'un tempérament lymphatico-bilieux, réglée à 14 ans, n'ayant jusque-là éprouvé aucune maladie particulière, se maria à 24 ans et eut successivement, dans l'espace de deux ans et demi, deux enfans et une perte. De ces deux enfans, le premier vécut trois mois et le second quatorze. Restée veuve pendant deux ans, elle se remaria au sieur De la Chambre, et fut près de treize ans et demi sans nouvelle apparence d'enfans.

Vers la fin de novembre 1827, ayant éprouvé huit jours de retard dans le flux périodique, elle ressentit des douleurs lombaires et abdominales jusqu'alors inconnues. Soupçonnant un commencement de grossesse, elle fit demander la dame Carbonnier, élève de la Maternité. Celle-ci crut devoir pratiquer une saignée, et prescrivit la diète et des bains de siége. Les douleurs du ventre persistèrent; il y eut accablement général et impossibilité de sortir du lit pendant six semaines environ. Pendant cet intervalle, les règles reparurent; elles coulèrent abondamment à plusieurs reprises, et ne cessèrent que vers le mois de janvier suivant 1828.

Plus tard, la sage-femme toucha de nouveau, sentit le ballottement, et déclara positivement que la femme était enceinte. La santé de la malade resta chancelante; elle éprouvait des douleurs de reins très-fréquentes qui la fatiguaient beaucoup.

Vers le mois de juin, le ventre avait pris l'ampleur qu'il a ordinairement à sept mois de gestation. L'utérus (on ne soupçonnait pas alors une grossesse extra-utérine) semblait être développé régulièrement. Les mouvemens de l'enfant se percevaient à l'extérieur; alors nouvelle apparition des règles pendant quinze jours.

Le développement du ventre et des mouvemens de l'enfant allèrent progressivement en augmentant jusque vers le 10 septembre, où sans cause connue les mouvemens, après avoir été beaucoup plus violens que de coutume, cessèrent tout-à-coup. La dame Carbonnier appelée pour la troisième fois, laissant des doutes sur la vie de l'enfant, annonça un accouchement certain sous peu de jours. Le col de la matrice était raccourci, souple et disposé à une grande dilatation prochaine. Peu après la fièvre survint, les reins se tuméfièrent et fournirent un lait abondant.

Le 29 septembre, je fus appelé près la malade et la trouvai dans l'état suivant.

Traits tirés; facies d'autant plus décomposé qu'un abcès scrophuleux occupe une partie de la joue droite; fièvre continue; soif; prostration générale; abdomen légèrement douloureux et flasque. La tumeur formée par la présence de l'enfant remonte encore au-dessus de l'ombilic. On croit pouvoir distinguer à travers les parois abdominales la tête du fœtus vers la fosse iliaque, les genoux à droite et en haut,

les fesses et le dos étant tournés en bas transversalement au détroit supérieur. Le toucher fait sentir un col assez long, mais souple et permettant facilement l'introduction du doigt dans son orifice, ainsi qu'on le rencontre souvent quelques jours avant l'accouchement. L'utérus est tellement relevé qu'on ne peut l'atteindre; on ne sent pas le ballottement et on ne peut distinguer quelle partie du corps se présente. Au reste, l'enfant n'a donné aucun signe de vie depuis long-temps. Les seins sont mous et contiennent encore beaucoup de lait. La malade éprouve un mouvement de déplacement chaque fois qu'elle se couche sur l'un ou l'autre des côtés.

Le 15 octobre, la santé s'améliore; l'abcès scrophuleux disparaît sous l'influence des moyens les plus simples; la malade se lève et prend quelques alimens légers.

Vers la fin d'octobre, la malade va beaucoup mieux; le toucher, loin de faire croire à un accouchement prochain, semble, par l'état du col, annoncer un travail fini. Le lait est perdu; les forces se relèvent; le ventre affaissé a encore diminué de volume. L'état de la malade reste le même jusqu'au mois de février 1829, époque à laquelle la menstruation reparaît régulièrement et continue jusqu'à ce jour.

Aujourd'hui, 26 mars 1835, Rosalie Capon jouit d'une assez bonne santé et n'éprouve d'autres incommodités que celles inséparables de la présence dans le bas-ventre d'un corps étranger toujours volumineux; on sent parfaitement, à travers les parois abdominales, la tumeur mobile et inégalement bosselée formée par le fœtus, sans qu'on puisse préciser les organes. Le toucher fait reconnaître, vers la fosse iliaque droite, une tumeur irrégulièrement arrondie, dure et parsemée de rugosités sinueuses, qui paraît pouvoir être attribuée à la partie postérieure du thorax déformé. Le col utérin est dans l'état normal, et l'organe lui-même, placé en arrière et à gauche de cette tumeur, a conservé son état physiologique.

On pourrait ici longuement discourir sur l'espèce de grossesse extra-utérine : est-elle de la trompe ou de l'ovaire droit? ou bien est-elle abdominale? Cette dernière opinion me paraît plus probable. L'autopsie seule pourrait décider positivement, et le sujet de l'observation ne semble pas devoir en fournir de sitôt l'occasion.

RÉCLAMATION DE M. SALVATORE DE RENZI, rédacteur du journal Il Filiatre Sebezio, à Naples.

Monsieur et très-honoré confrère,

J'ai lu avec un véritable regret la lettre que M. Martinengo vous a écrite le 5 novembre dernier, sur la statistique des opérations de taille pratiquées à Naples au printemps de 1835, que vous avez extraite de mon journal *il Filiatre sebezio*. Il a avancé que le résultat par moi publié *n'est pas l'expression de la vérité*. A part le peu de délicatesse d'une proposition émise pour donner un démenti à qui tient son honneur plus cher que sa vie, et qui n'a pas intérêt à soutenir le faux, la même proposition, d'ailleurs, est l'effet du manque d'exactitude de ses observations. J'ai donné, comme je fais dans toutes les saisons, la statistique des opérés de la pierre dans l'hôpital des Incurables et dans celui de Loreto, et non pas des opérations faites dans la clinique chirurgicale, qui appartient à la Faculté et n'a rien de commun avec les hôpitaux, desquels cette clinique est séparée par la localité, l'administration et les systèmes d'opération. Or, M. Martinengo a confondu les opérations des hôpitaux avec les opérations de la clinique. A l'appui de ce que je viens d'exposer, voici des preuves.

1° Dans l'hôpital des Incurables on a un cabinet tout exprès, destiné à l'opération de la taille, et qui est dirigé par une commission choisie parmi les chirurgiens de l'hôpital. C'est là qu'ont été faites les dix opérations dont j'ai parlé, dont cinq ont été faites le 9 mai, et cinq le 17 du même mois.

2° La clinique chirurgicale est placée vis-à-vis de l'hôpital, mais séparée de l'administration. On y fait des opérations pour l'instruction des élèves; et dans le printemps on y a fait cinq opérations qui n'ont pas été comprises dans ma statistique. La raison pour laquelle je ne comprends pas dans la statistique les opérations qui se font quelquefois dans la clinique, c'est que le directeur, M. de Horatiis, ne suit pas la méthode générale pratiquée à Naples, mais il opère avec la méthode de Scarpa modifiée par lui, et quelquefois il essaie d'autres méthodes pour instruire les élèves. Or, dans le printemps de 1835, à la clinique chirurgicale, on a perdu 3 opérés sur 5, y compris deux sujets auxquels la pierre ne fut pas extraite.

Enfin, monsieur, à l'appui de la vérité je vous envoie une liste nominale des dix individus opérés dans l'hôpital des Incurables, et des quatre opérés dans l'hôpital de Lorette, et j'aurais pu y réunir aussi un certificat de l'administration pour attester la vérité, si je n'eusse craint de manquer à ma dignité personnelle en descendant à de semblables moyens de justification.

SALVATORE DE RENZI,
Médecin en chef de l'hôpital de Lorette, et de celui des Incurables.

Naples, 1er décembre 1835.

Nous devons ajouter à cette lettre que dans l'article même du *Filiatre*, dont nous avons extrait le nôtre, M. de Renzi annonçait expressément qu'il ne s'occupait point des opérations faites à la clinique. Il nous a paru d'ailleurs complètement inutile de reproduire la liste détaillée des opérés, qu'il avait jointe à sa lettre; et si l'amour de la vérité nous défendait de rejeter la lettre de M. Martinengo, la juste réputation dont jouit notre excellent confrère M. de Renzi, ne permettait pas de douter que les contradictions apparentes des deux témoignages ne fussent dues à un simple malentendu.

Nous continuerons donc, comme par le passé, à mettre sous les yeux de nos lecteurs les résultats des opérations de taille publiquement pratiquées à Naples dans ces deux hôpitaux; et nous allons donner ici le détail des opérations faites dans la saison d'automne, et relevées également par M. de Renzi dans son journal.

STATISTIQUE DES OPÉRATIONS DE LITHOTOMIE FAITES DANS LES HÔPITAUX DES INCURABLES ET DE LORETTE A NAPLES, dans l'automne de 1835; par le docteur SALVATORE DE RENZI.

Vingt-deux calculeux se sont présentés à l'hôpital des incurables; mais vingt seulement ont été opérés, les deux autres n'étant point dans des conditions assez favorables. Ils étaient répartis, selon les âges, dans les trois catégories suivantes : 14 de 3 à 15 ans; 4 de 16 à 40 ans; 2 avaient plus de 41 ans. L'opération, faite par la méthode ordinaire, ne rencontra d'obstacles sur aucun. Un seul, âgé de 21 ans, eut une hémorrhagie primitive qui nécessita le tamponnement pendant vingt heures. Le malade est en voie de guérison. Chez cinq autres l'hémorrhagie se montra également, mais si légère qu'on l'arrêta sans avoir recours à des moyens énergiques. Quatre opérés eurent une affection vermineuse qu'il fallut traiter à part.

La moyenne du temps exigé pour la guérison fut de dix-huit jours; chez un enfant la cicatrice était faite le neuvième jour; chez cinq opérés elle demanda plus d'un mois. Sur les vingt opérés il n'y eut que deux morts; le premier, enfant de douze ans, emporté en deux jours par une cystite aiguë que rien ne put arrêter; elle existait avant l'opération, mais à un faible degré. Le second, âgé de cinquante ans, succomba le quatorzième jour à une fièvre gastrique qui prit, au bout de huit jours, la forme nerveuse; le onzième jour il y eut des signes de métastase dans l'abdomen, et un gonflement des parotides. A l'autopsie on trouva du pus ramassé en abondance entre la vessie et le pubis, et une autre collection de sanie dans la fosse iliaque droite. Les intestins adhéraient entre eux et avec le péritoine.

A l'hôpital de Lorette il y eut 4 opérés, 1 au-dessous de 15 ans, et 3 au-dessus de 40. L'un de ceux-ci, homme de 42 ans, eut une fièvre gastrique qui se compliqua ensuite de symptômes nerveux; et le dixième jour il se fit par la verge une hémorrhagie de près de 4 livres de sang. La mort arriva le quatorzième jour. L'autopsie ne fut point faite.

BIBLIOGRAPHIE.

AN EXPOSITION OF THE NATURE AND PREVENTION OF CONTINUED FEVER; by Henry M'CORMAC, M.-D. — Exposition de la nature, du traitement et des moyens de prévenir la fièvre typhoïde; par le docteur M'CORMAC. — 1 vol. in-8° de 200 pages. Londres, 1835.

Les médecins irlandais ont eu, plus que ceux d'aucune autre contrée de l'Europe, l'occasion d'observer les fièvres continues; et nous devons dire à leur éloge qu'ils ont fait tourner au profit de la science les calamités dont leur patrie a été si long temps frappée, avec autant d'ardeur que de bonne foi. Les travaux des docteurs Graves, Stokes, marsch, Cheyne et autres sont aujourd'hui connus de tous les hommes qui suivent les progrès de la science. Le caractère de tous ces travaux,

c'est l'utilité pratique : on y trouve peu de ces discussions théoriques sur la nature des fièvres, dont les pathologistes français ne sont point avares ; mais en revanche, les ouvrages de médecine irlandais contiennent de bonnes recherches sur l'histoire des fièvres continues, et spécialement sur leurs causes. L'ouvrage du docteur M'Cormac offre en même temps un résumé de ces divers travaux, et le résultat des observations particulières de l'auteur. « Je n'ai point voulu, dit-il, augmenter le nombre des théories et des hypothèses qui ont déjà été avancées sur la fièvre ; j'ai regardé comme bien plus important d'ajouter à la masse des faits, car quand ils ont été bien observés, il est rare qu'ils ne se classent pas facilement dans l'ordre qui leur convient. »

Les faits recueillis par le docteur M'Cormac sont d'autant plus importans qu'ils l'ont été sous toutes les latitudes, dans les climats les plus différens. Il paraît avoir observé la fièvre typhoïde chez le nègre africain, chez les Indiens de l'Amérique, et chez le paysan irlandais qui, d'après l'auteur lui-même, est encore plus mal logé que les premiers. Eh bien ! malgré tant de différences sous le rapport des races, du climat, des habitudes de tout genre, la fièvre typhoïde paraît offrir, dans des circonstances aussi différentes, les mêmes caractères qu'elle présente dans nos climats. Il y a pourtant quelques légères nuances, mais peu importantes et sans proportion avec les causes auxquelles on pourrait les attribuer, ou dépendant nécessairement de quelque circonstance spéciale. Ainsi le docteur M'Cormac nous apprend que, bien qu'il ait cherché souvent chez les nègres affectés de fièvre typhoïde, les pétéchies, il n'a jamais pu chez eux en trouver la moindre trace ; et cependant il dit les avoir observées très-fréquemment chez les sujets des races blanches.

Pour donner une idée de la manière dont l'auteur a traité son sujet, nous allons citer le passage suivant. « Les efforts que l'on a faits pour localiser la fièvre, sont l'une des principales causes de l'obscurité qui règne encore dans l'étude de la fièvre ; et l'insuccès qui a suivi chaque tentative n'a point empêché de nouveaux efforts pour arriver au même but.

» La fièvre n'est point une maladie locale. La fièvre idiopathique (pour la distinguer de celle qui accompagne l'inflammation), peut déterminer une inflammation locale, mais n'est pas nécessairement liée avec elle... Il est possible que le point de départ de la fièvre soit dans un organe, mais jusqu'ici on n'a pu le démontrer et encore moins que ce point de départ consiste dans l'inflammation d'un organe donné. L'impression d'un poison sur le sang ou le système nerveux pourrait, il est vrai, amener subitement la série des phénomènes morbides que nous appelons la fièvre ; mais on ne peut, dans l'état actuel de la science, dire que la fièvre est une maladie locale, une inflammation .... Quelquefois nous sommes plus profonds que la nature, et certainement nous voulons pour la fièvre créer une simplicité d'action qui ne paraît pas exister, lorsque nous voulons expliquer ses phénomènes complexes par un seul état pathologique. Nos connaissances dans la pathologie de la fièvre sont encore bien peu avancées et probablement la plupart de ses phénomènes échapperont toujours, ainsi que les mystères de la vie, à toute la sagacité des recherches de l'homme. »

L'auteur croit avec tous les médecins irlandais qui se sont occupés de la fièvre typhoïde, qu'elle est éminemment contagieuse ; et l'on reconnaîtra que les occasions ne leur ont pas manqué pour suivre les traces de ce mode de développement des causes morbides, quand on saura que dans l'anné 1817 seulement 80 mille Irlandais ont succombé victimes de ces fièvres de mauvais caractères que l'auteur désigne sous le nom de fièvre typhoïde, et qui, si nous nous rapportons aux nombreuses descriptions, que ceux qui les ont observées en ont données, offrent tous les caractères que les pathologistes français le plus reçens ont donnés à la fièvre typhpboïde.

Quant au caractère anatomique nous trouvons peu de choses à cet égard dans le travail de M. M'Cormac ; il cite seulement ce qu'en ont dit les médecins français, et partage l'opinion de ses compatriotes, qui ne prétendent plus aujourd'hui, comme il y a quelques années, que l'on ne trouve pas la lésion des follicules intestinaux en Angleterre à la suite de la fièvre typhoïde, mais qu'elle y est moins fréquente qu'en France. Nous regrettons bien surtout de ne pas trouver des documens positifs sur le caractère anatomique de la fièvre typhoïde que l'auteur dit avoir observée dans des climats éloignés du nôtre.

L'ouvrage du docteur M'Cormac qui possède les avantages qu'offrent la plupart des ouvrages publiés par les compatriotes de l'auteur, participe aussi à leurs défauts. On dirait un long discours sans aucune de ces divisions qui reposent l'esprit et facilitent les recherches. Le journaliste chargé de rendre compte de cet ouvrage ne pourrait être accusé de s'en être rapporté uniquement à la lecture de la table ; il n'y en a point ; il ne peut y en avoir ; car il n'y a ni chapitres, ni divisions d'aucune espèce ; le titre fièvre typhoïde règne seul et constamment le même en tête des pages pendant tout le cours de l'ouvrage. Aussi avons-nous été obligé de le lire entièrement depuis le commencement jusqu'à la fin ; et nous devons le dire nous l'avons parcouru avec plaisir et profit, car l'auteur possède beaucoup d'érudition et l'emploie à propos.

CONCOURS

POUR LA CHAIRE DE CLINIQUE EXTERNE.

PREMIÈRE ÉPREUVE. — *Leçons cliniques.*

La première épreuve de ce concours est finie ; les huit compétiteurs sont entrés dans la lice tour à tour ; et à part quelques hésitations dues à l'émotion, à l'inhabitude de semblables épreuves, tous ont tenu ce que promettaient leurs antécédens. Tous ont eu leur part dans les sympathies de l'auditoire ; des applaudissemens à toute outrance, soit comme honneur, soit comme encouragement.

Il semble dès lors que le compte-rendu de ces leçons soit une tâche à la fois facile et brillante pour l'écrivain, un mémoire attachant et instructif pour le lecteur. Il n'en est cependant pas ainsi ; et cette différence entre les résultats attendus et les résultats réels vaut bien la peine qu'on en recherche la cause. Certes, on aurait tort de s'en prendre aux concurrens, qui ont souvent tiré d'un sujet ingrat des ressources que nous n'osions espérer ; peut-être cela tient-il à la nature de l'épreuve elle-même.

Que demande-t-on avant tout à un professeur de clinique ? Suffit-il, pour occuper une des premières chaires de l'école de Paris, de savoir interroger un malade, parcourir tous ses organes, traduire aux yeux des élèves les symptômes les plus apparens, donner un nom à la maladie et y appliquer un remède ? Mais c'est ce qu'on exige de tout praticien ; et à ce compte, tout médecin ou chirurgien ayant un service d'hôpital pourrait se croire apte à remplir la chaire de clinique. Ou bien, la clinique n'étant après tout que la pathologie appliquée, faut-il que le professeur, après avoir fait l'histoire d'un malade, soit en mesure de discuter toutes les circonstances de cette maladie présente, les causes, les symptômes, la marche, le diagnostic, en rappelant, selon que l'occasion s'en présente, les opinions, les doctrines, les discussions des anciens, les découvertes et les manières de voir des modernes ? Sans doute alors le but réel de la clinique serait bien mieux rempli ; sans doute alors chaque malade deviendrait un chapitre vivant de pathologie, que les élèves apprendraient à déchiffrer. Est-ce là tout enfin ; et l'homme auquel on va donner une si haute position, des malades à son choix et à ses désirs, des élèves nombreux pour l'aider dans ses recherches, un auditoire empressé pour réveiller son ardeur et satisfaire son ambition de gloire ; cet homme ne devra-t-il rien faire pour la science, et se bornant à enregistrer les progrès des autres, ne sera-t-il qu'un froid répétiteur ? Mais en pathologie et en thérapeutique, à qui appartient et la vérification des opinions douteuses et le pouvoir de remplir les lacunes de la science, si ce n'est à la chaire de clinique ? Nous l'avouons, il manquera quelque chose à notre avis au professeur de clinique qui ne réunira pas ces trois genres de mérite très-divers ; et l'on a droit d'exiger qu'au premier et au plus facile de tous, il joigne au moins l'un des deux autres. Le grand chirurgien dont on se dispute la place, Dupuytren, possédait admirablement cette faculté de montrer, dans les faits en apparence les plus vulgaires, des rapports nouveaux, d'en faire jaillir des découvertes ; et peut-être à ce titre n'a-t-il pas eu d'égal dans ce difficile professorat. Mais quoiqu'il lût beaucoup, je ne sais pour quelle raison il aimait peu à parler des travaux des autres ; il laissait de ce côté quelque chose à désirer dans ses belles improvisations cliniques ; et qui doute de ce que nous eussions tous gagné à entendre les idées d'A. Cooper, de Græfe, de Dieffenbach, pour ne rien dire de nos compatriotes, discutées et vérifiées au lit des malades par Dupuytren ?

Jusqu'à présent, à part quelques exceptions rares, c'est sur ses traces que nos chirurgiens ont voulu marcher. Ils laissent volontiers l'étude pour la pratique, mais du moins, dans leur clientelle civile ou dans leurs services d'hôpitaux, ont-ils essayé de produire et d'appliquer quelques idées à eux, d'apporter leur part de matériaux au grand édifice de la science. La manière dont les épreuves du concours sont disposées annonce également qu'on leur demande compte à la fois de deux choses, et de l'habitude d'observer et de traiter les malades, et des clartés nouvelles qu'ils ont répandues sur leur art, et qui forment leurs titres antérieurs. Mais il y a ici une inégalité très-grande, si l'on ne compte pour titres antérieurs que les écrits ; car Dupuytren, lors de son entrée à l'école, était fort léger de ce bagage ; et il y aurait une bien autre injustice encore à compter comme titres les années de pratique et de cours cliniques dans les hôpitaux, car ce serait jeter à l'ancienneté ce qui doit être le prix du mérite, d'après les promesses du concours. Il fallait un autre moyen de donner à ces athlètes en présence l'occasion de montrer leurs forces ; on leur a donc fait faire une double épreuve de leçons cliniques. Mais il n'y a rien de si mesquin que les ressources qu'on leur offre pour ces leçons.

Les juges du concours se réunissent dans un hôpital ; ils marquent deux malades dans une salle ; puis on tire au sort le candidat auquel ces malades vont échoir. Or, si dans son service même on eût fait cette condition à M. Dupuytren, nous sommes convaincus que le sort eût fort bien pu lui donner deux malades sur lesquels il eût fait une leçon très-maigre. Mais il faut qu'un professeur connaisse tout ! Nullement ; cette loi n'est bonne tout au plus que pour les élèves. A eux seuls il appartient de connaître toutes choses également bien, parce qu'ils n'ont pas encore eu le temps d'en connaître bien aucune. La science est trop vaste pour être contenue tout entière dans une seule tête, quelque large qu'on la suppose ; et c'est probablement pour que la clinique chirurgicale fût bien professée dans toutes ses parties, qu'on en a créé quatre chaires au lieu d'une. Chaque chirurgien, chaque professeur a ses études et son domaine à part ; M. Sanson, la taille et l'ophthalmologie ; M. Blandin, la rhinoplastie et les résections des métacarpiens ; M. Jobert, les sutures des intestins ; M. A. Bérard, l'emploi des affusions,

et un peu, sans offenser M. Roux, la staphyloraphie. Ce n'est point sans doute ici un résumé de tous leurs titres; c'est un exemple des matières où ils peuvent parler d'abondance et apprendre quelque chose à l'auditoire attentif; et celui aux leçons de qui la foule accourra le plus sera certainement celui qui lui en apprendra davantage.

Nous voudrions que dans un concours d'une si haute importance, il y eut au moins une des épreuves cliniques où on livrât tout un service au choix des candidats, avec cette condition de se borner à faire l'histoire de deux malades. Si dans un service entier, un homme ne trouve pas deux maladies sur lesquelles il sache quelque chose de plus que ses confrères, ou bien il est trop jeune et il a besoin d'apprendre; ou bien il est incapable d'apprendre jamais. Le jour où les candidats d'un concours de clinique seront appelés à remplir une épreuve de ce genre, nous croyons fermement que l'on comptera dans l'auditoire autant de médecins que d'élèves; et les juges eux-mêmes seront moins disposés à sommeiller, ce qui, malgré toute leur bonne volonté, leur arrive quelquefois encore; ce jour-là il y aura profit pour nous et pour nos lecteurs à sténographier les leçons tout entières.

Pour le présent, ayant devant les yeux des notes pour huit leçons, et huit autres leçons toutes semblables qui nous menacent ensuite, nous n'osons vraiment pas en donner davantage qu'un sommaire. Tout le talent des orateurs ne parvient qu'à dissimuler en partie la stérilité du sujet; et l'auditoire, rempli au comble durant toute la durée de la première épreuve, a commencé à se dégarnir beaucoup au commencement de la seconde.

Le hasard a d'abord favorisé l'auditoire en donnant à M. Sanson une malade atteinte d'une ophthalmie. Aussi, dans cette partie de sa leçon, le candidat a parlé de verve; causes, symptômes, diagnostic, traitement, il a tout discuté en homme maître de son sujet. En cherchant à préciser la nature de l'ophthalmie, il a passé en revue les principales variétés admises par les ophthalmologistes allemands; et comme la malade ne présentait pas un ensemble de symptômes aussi tranché que ceux qu'ils assignent à chaque variété, il en a conclu que l'ophthalmie était mixte. Il semblait donc que M. Sanson tombât d'accord de la réalité de ces descriptions puisqu'il les prenait pour types; il est revenu sur cette question plus tard, laissant entendre qu'elles lui paraissaient fort douteuses; mais obligé par le temps, a-t-il dit, d'en appeler aux souvenirs de ceux qui suivent son cours et qui savent bien quelle est son opinion. C'était ici ou jamais peut-être l'occasion de la professer et de la faire prévaloir; et nous avons vivement regretté pour notre part cette prétérition. La malade porte en même temps une ulcération de la cornée transparente; M. Sanson établit à cet égard une distinction importante pour la pratique. Si l'ulcération existe avec ramollissement ou boursoufflement de ses bords, il faut la cautériser avec le nitrate d'argent; si elle est nette et à bords durs, la cautérisation serait contraire.

La seconde malade offre une luxation spontanée en haut et en arrière du fémur. M. Sanson l'attribue à la carie, sans autre distinction; pense que la guérison aura lieu par ankylose, et est aussi bref sur le traitement. Des questions à l'ordre du jour actuel, savoir : si la prétendue carie est une ulcération ou une affection tuberculeuse; si la tête fémorale est luxée réellement ou seulement rongée; si la réduction a pu être quelquefois tentée avec succès, pas un mot; nous avons noté cependant quelques idées ingénieuses, propres à M. Sanson, sur les causes de l'allongement apparent du membre; comme elles ont été récemment publiées dans un travail de M. Boinet, inséré dans la GAZETTE MÉDICALE, nous y renverrons nos lecteurs.

M. Jobert avait à parler d'une exostose du tibia survenue chez un sujet scrophuleux, et d'un engorgement du testicule. Il a fait sur ses deux malades une leçon solide et essentiellement pratique; mais une fâcheuse circonstance a pu contribuer à mettre dans son débit un peu de trouble; à son arrivée à la tribune, les nombreux élèves qui ont profité de ses leçons ont sans doute voulu lui donner une preuve de reconnaissance en applaudissant; une autre partie de l'auditoire a réclamé; et c'est dans ces circonstances qu'il a pris la parole. Toutefois un beau dédommagement l'attendait à la fin de sa leçon, qui a été suivie d'unanimes applaudissemens.

M. Blandin est tombé d'abord sur un érysipèle phlegmoneux de la jambe. Les causes, la nature, les symptômes, il a tout exposé et discuté d'une manière qui a dû paraître neuve à la plus grande partie de l'auditoire. Adoptant les recherches anatomiques et les idées de M. Ribes, M. Blandin pense que les érysipèles en général au lieu de siéger dans les radicules veineuses, occupent les radicules lymphatiques. Dès lors c'est en suivant le trajet de ces vaisseaux qu'ils s'agrandissent; et il est remarquable, par exemple, que ceux des membres s'étendent presque constamment vers le tronc, précédés par un sentiment de douleur et une véritable irritation des troncs qui charrient la lymphe. De ces vues pathologiques découlent des corollaires thérapeutiques; ainsi durant toute l'année dernière, M. Blandin a appliqué aux érysipèles des membres la méthode suivante : Au lieu de mettre des sangsues sur l'érysipèle même ou indifféremment à l'entour, il les place entre l'érysipèle et le cœur, pour arrêter ou prévenir l'inflammation des lymphatiques supérieurs, et limiter ainsi le mal. Des fomentations émollientes sur la peau enflammée, des incisions lorsque le pus est disséminé dans les mailles du tissu cellulaire, complètent à peu près le traitement.

L'autre malade porte au genou une tumeur blanche qui paraît avoir son siége exclusif dans les parties molles; nous laissons de côté les symptômes et le traitement pour lequel M. Blandin se fie beaucoup aux sangsues en petit nombre et à la compression. Mais faut-il fléchir ou étendre le membre? question importante et jusqu'ici assez mal résolue. Ceux qui veulent l'étendre redoutent l'ankylose et désirent procurer au malade les avantages d'un membre droit et assez long pour la marche. M. Blandin déclare que cette crainte est mal fondée; depuis long-temps il cherche à constater la réalité de ces ankyloses dans les tumeurs blanches; il n'en a pas encore rencontré un seul cas. En conséquence il préfère la position demi-fléchie, qui relâche à la fois et les muscles et les ligamens. On a pu reconnaître dans cette leçon l'esprit investigateur, l'indépendance et même, s'il nous permet de le dire, quelquefois la témérité d'opinions du chirurgien de Beaujon. M. Blandin sait à merveille presser les faits pour en tirer des conclusions souvent nouvelles, qu'il incline ensuite à généraliser; mais cette tendance qui peut mener à des assertions trop exclusives, a au moins le mérite d'appeler l'attention et la discussion sur des questions qu'on croyait résolues. Ainsi nous ne pensons pas que l'ankylose soit une conséquence si rare des tumeurs blanches qu'on aurait pu l'inférer de la leçon de M. Blandin; mais nous croyons parfaitement avec lui qu'on en a une crainte exagérée, et qu'elle manque dans le plus grand nombre des cas.

M. Guerbois a fait, sur deux affections d'une nature fort obscure et d'un diagnostic très-difficile, une leçon où l'on a reconnu le praticien expérimenté. Il n'a pas toujours obtenu de son auditoire l'attention, et, nous dirons plus, le respect qu'il avait droit d'attendre. D'où vient cette absence de sympathie entre ce candidat honorable et une assez grande partie de son auditoire? nous croyons que la cause principale est celle-ci. M. Guerbois, depuis long-temps au moins, ne s'est pas assez mis en communication avec les élèves; il n'a point fait de cours publics: il n'a rien publié, gardant ainsi pour lui seul tous les fruits de sa longue expérience. Nous lui ferons d'autant plus volontiers ce reproche, que nous croyons savoir de bonne source que M. Guerbois a senti lui-même la nécessité de le repousser, et qu'il a sous presse en ce moment un volume de chirurgie.

M. Lepelletier avait un malade atteint d'un phlegmon diffus, avec fistule et nécrose de la partie inférieure du bras et engorgement de l'articulation du coude; et un autre entré à l'hôpital pour une contusion violente au pied, suivie d'inflammation, d'engorgement des ganglions de l'aine, et peut-être d'une phlébite qui a aujourd'hui disparu. Le candidat a tracé avec vigueur et sagacité l'histoire de ses deux malades, exposé avec une clarté et une facilité d'élocution parfaites tout ce que les causes, les signes et le traitement offrent de digne d'être noté; et sa leçon a été vivement et justement applaudie.

M. Sédillot avait affaire en premier lieu à un cancer présumé du rectum chez une femme de 60 ans. Nous disons présumé, car le candidat a laissé quelque doute sur la nature réelle de l'affection. Bien que les limites du mal puissent être atteintes, il pense que l'âge de la malade est une contr'indication à l'opération, et se borne à conseiller l'emploi des mèches et des bougies. Le second malade, par suite d'une contusion primitive à la jambe, offre aujourd'hui une nécrose et une fracture. M. Sédillot présume, sans oser l'affirmer, que la fracture a été primitive. La nécrose est très-étendue, et l'amputation serait indiquée s'il n'existait des indices d'une résorption générale purulente. Si d'ailleurs l'amputation était praticable, il faudrait la faire à la jambe, au-dessus du lieu ordinaire d'élection.

M. Laugier a eu à traiter une fracture du col du fémur et une orchite de cause vénérienne, sujets rabâchés s'il en fut jamais. Il s'en est cependant tiré avec bonheur, bien qu'il ait quitté la tribune quelques minutes avant l'heure.

Enfin est venu M. A. Bérard, le plus jeune et non le moins redouté des concurrens. De petits bruits bien injurieux, répandus dès long-temps sur ce candidat, lui avaient préparé de la part de l'auditoire un accueil plus qu'indifférent; quelques sifflets, à la vérité promptement étouffés, avaient même parcouru la salle. On eût dit que M. Bérard s'y attendait; du moins, rien dans son geste ni dans sa parole n'a trahi ses émotions. La première partie de sa leçon a roulé sur un abcès de la partie supérieure et latérale du cou, vers l'angle de la mâchoire. Il a parfaitement traité ce sujet, à part peut-être une assertion que nous ne saurions admettre, savoir que l'engorgement qui accompagne ces abcès, se dissipe en deux ou trois jours. Notre expérience est ici bien contraire à celle de M. Bérard, car nous n'avons vu dans aucune autre région peut-être des engorgemens à la suite d'abcès aussi longs à se dissiper. Le second malade avait, près du sternum, trois tumeurs fluctuantes, dont l'apparition avait offert des phénomènes variés. M. Bérard a diagnostiqué hardiment une carie du sternum, un abcès ouvert dans la plèvre et constituant un empyème; et il a tracé l'histoire de ces lésions d'une manière aussi brillante et aussi complète que l'on pouvait le désirer. L'auditoire, malgré ses préventions, a été juste; et M. Bérard, reçu avec des sifflets, a été reconduit avec d'unanimes applaudissemens.

Telle a été la première épreuve, brillante pour quelques-uns, satisfaisante pour tous; et sans que la différence ait été si marquée, du moins entre les grands lutteurs, que les amis de chacun ne puissent au besoin élever leur candidat au niveau ou même au-dessus des autres. Garrottés dans les liens de cette étroite et mesquine épreuve, tous ont rempli en hommes de talent le rôle qui leur était imposé; et comme disait l'amiral Nelson après une bataille : *Chacun a fait son devoir.*

— *De la Médecine opératoire*, par Sabatier; dernière édition faite sous les yeux de M. Dupuytren, par MM. Sanson et Bégin. 1832. — La concurrence en matière de librairie a du moins cela d'utile pour les consommateurs, qu'elle abaisse toujours un peu les prix même des meilleurs ouvrages. La réputation du livre de Sabatier est faite; celle des notes qu'y ont ajoutées MM. Sanson et Bégin, ne l'est pas moins. Mais ce qui ajoutait surtout du prix à cet ouvrage, c'était le nom et la coopération de Dupuytren. La mort de ce grand chirurgien fait désormais de cette dernière édition un livre complet qui ne saurait plus recevoir d'additions, du moins sous le patronage de son nom. Ce sera donc une bonne nouvelle pour le public médical, d'apprendre que le libraire BÉCHET, propriétaire de l'édition et des additions de M. Dupuytren, vient d'en abaisser le prix à 18 francs. 4 vol. in-8° avec le portrait de Sabatier. A la librairie de Béchet, place de l'École-de-Médecine.

— M. le docteur Bleynie, de Limoges, vient d'être nommé professeur d'accouchemens à l'école secondaire de cette ville, à la suite d'un concours, où cet habile praticien a fait preuve de science et de talent.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

PARIS. — ÉVERAT, IMPRIMEUR, RUE DU CADRAN, N° 16.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La Gazette médicale de Paris (*Gazette de santé* et *Clinique des hôpitaux* réunies) paraît tous les samedis de chaque semaine; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et équivaut à 6 feuilles in-8°. Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois. Pour l'Étranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Poissonnière*, n° 5, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

MÉMOIRE SUR UN ENTOZOAIRE MICROSCOPIQUE QUI ATTAQUE LES MUSCLES DU CORPS HUMAIN; par Richard Owen, conservateur adjoint du muséum du collége des chirurgiens à Londres. Extrait des transactions de la Société zoologique de Londres, vol. 1, 4e partie; par M. Cuvier fils, D.-M. P. (1)

De tous les entozoaires qui attaquent le corps humain, on n'en connaissait encore aucun qui fût d'une taille aussi petite ou qui se présentât en nombre aussi prodigieux que l'espèce dont il s'agit ici.

On apporta dans les salles de dissection le corps d'un Italien âgé de 50 ans, mort à l'hôpital Saint-Barthélemy; et un élève distingué, M. Paget, remarqua l'état particulier des muscles, qui semblaient semés de petits points blanchâtres. Déjà la même observation avait été faite à plusieurs reprises par M. Wormald, démonstrateur d'anatomie sur des sujets disséqués à l'hôpital Saint-Barthélemy. Il lui avait semblé rencontrer du sable sous son scalpel, et cette sensation, jointe à ce que ses instrumens étaient promptement émoussés, lui avait fait attribuer l'aspect particulier des muscles à un dépôt de petites molécules terreuses. J'exprimai le désir d'examiner ce fait, et l'on me procura bientôt, sur le sujet dont j'ai parlé plus haut, d'amples matériaux pour des recherches microscopiques.

Avec un pouvoir grossissant d'un pouce de foyer, on voit que les points blancs observés dans le muscle sont des kystes de forme elliptique, avec des extrémités effilées et plus opaques que le corps ou la partie moyenne du kyste, laquelle est, d'ordinaire, assez transparente pour laisser voir dans son intérieur un petit ver roulé en spirale. En séparant les trousseaux de fibres, on reconnaît que les kystes adhèrent au tissu cellulaire ambiant par toute leur surface externe, d'une manière un peu lâche par leur partie dilatée, et plus solidement par leurs extrémités allongées, jusqu'à rendre en général assez difficile de les détacher. Placés sur le micromètre, les kystes mesurent 1/50 de pouce dans leur plus grand diamètre, et 1/100 de pouce dans leur plus petit. Quelques-uns sont un peu plus grands, d'autres plus petits, jusqu'à moitié des dimensions ci-dessus. Ils sont disposés en lignes simples, parallèles aux fibres musculaires, à des distances l'une de l'autre qui varient d'une demi-ligne à une ligne. Quelquefois on rencontre deux kystes, l'un

(1) Nous avions déjà donné, dans l'une de nos Revues anglaises de l'an dernier, quelques détails sur la découverte de M. Owen; mais il était important peut-être pour les pathologistes de recueillir toutes les données acquises jusqu'ici sur ce nouveau parasite du corps humain.

Feuilleton.

UN MOT DE PHRÉNOLOGIE A PROPOS DE LACENAIRE ET D'AVRIL.

Les phrénologistes, et nous entendons par là ceux pour qui les spéculations de Gall et Spurzheim ne sont pas un simple objet d'étude et de recherches, mais un article de foi scientifique, ne tarderont pas sans doute à mettre au jour leurs commentaires sur les têtes de ces deux scélérats. Quelques-uns même se sont déjà prononcés, et n'ont eu, comme de coutume, qu'à se louer du résultat de leurs observations. Cette conclusion ne nous étonne point. L'histoire de toutes les sciences occultes et mystérieuses dans l'antiquité et dans le moyen âge, nous fait parfaitement comprendre comment des centaines de doctes personnages et même des gens d'esprit peuvent être la dupe d'une mystification scientifique, quelque grosse qu'elle soit. Or, la phrénologie est une des sciences occultes de notre siècle, qui en a plusieurs autres encore, car aucune époque n'en a manqué. La phrénologie figure à côte de la vraie philosophie et de la vraie physiologie, comme l'homœopathie à côte de la véritable médecine; c'est une science à part qui a des formules, des règles, une organisation spéciales; il faut pour la connaître et la pratiquer subir certaines initiations, rompre toute communication avec le *vulgum pecus* scientifique, et adopter de confiance un credo particulier. Ses partisans ne sont pas des philosophes, ni des physiologistes; ce sont des *phrénologues*, de même que les sectaires d'Hahnemann ne sont pas simplement des médecins, mais des homœopathes; ce qui est bien différent. Les uns et les autres vivent isolés, au milieu de la république savante, comme les francs-maçons au sein de la société générale. Personne ne sait au juste ce que ces gens font, ni ce qu'ils savent, ni ce qu'ils veulent, ni ce qu'ils peuvent. La foule les admire d'autant plus qu'elle les comprend moins; les vrais savans les dédaignent, les habiles s'en moquent. Ils ont d'ordinaire la vogue d'une mode nouvelle et durent à peu près autant. Les analogies déduites de l'histoire générale de l'esprit humain nous autorisent donc de reste à considérer la phrénologie comme une de ces sciences dites occultes, qui, il y a quelques siècles, occupaient les meilleurs esprits. Les formes et le langage seuls ont changé; le fonds est resté le même.

Nous ne pouvons en conséquence nous étonner ni que le système phrénologique ait des croyans, malgré son absurdité intrinsèque, ni que les phrénologistes continuent à proclamer leur infaillibilité, malgré les faits écrasans qui la démentent. Tout cela est parfaitement dans l'ordre. Dieu merci, nous sommes en fonds de patience et de tolérance à cet égard. Nous sommes trop accoutumés à leur manière de traiter les faits, pour douter qu'ils ne tirent un parti admirable des nouveaux crânes que le glaive de la justice leur a dévolus. Quand ils ont prétendu,

grand, l'autre plus petit, attachés par l'une de leurs extrémités, et l'on en voit aussi chevauchant un peu l'un sur l'autre. Si l'on fait sécher une portion mince de muscle, et qu'on la mette dans du beurre du Canada, entre une lame de verre et une lame de talc, les kystes deviennent plus transparens, et permettent de voir plus complétement le petit verre roulé qu'ils contiennent sous la lentille d'un foyer d'un demi pouce; le ver paraît renfermé dans un espace circonscrit, d'une forme elliptique plus régulière que celle du kyste extérieur, comme si celui-ci contenait une poche plus petite. Le ver n'occupe pas plus d'un tiers de cette dernière cavité. On a trouvé dans un petit nombre de ces kystes deux vers distincts, et le docteur Farre, qui s'est beaucoup occupé de ce sujet, m'a montré le dessin de l'un de ces kystes qui contenait trois vers distincts tous à peu près d'égale taille.

Les kystes varient de forme aussi bien que de taille; on les trouve plus ou moins allongés; leurs extrémités s'étendent plus ou moins loin; dans quelques cas il n'existe qu'une de ces extrémités; quelquefois on observe que l'une d'elles est dilatée et transparente, comme si une partie du grand kyste allait s'en détacher par une sorte de production gemmipare; et ces petits kystes terminaux se présentent à différens degrés de grosseur, comme s'ils se trouvaient à des degrés différens de développement. Cependant je ne crois pas qu'il soit nécessaire, pour expliquer le fait, d'admettre dans les kystes adhérens une vitalité qui leur soit propre.

Outre la taille et la forme, les kystes diffèrent encore dans leur structure; en général ils sont composés de lames condensées de tissu cellulaire; mais quelques-uns sont durcis par le dépôt de quelques sels terreux, de manière à résister au scalpel et à produire, quand on les brise entre les doigts, la sensation d'une substance sablonneuse.

Pour extraire le ver du kyste, ce que la petitesse de son volume rend assez difficile, j'ai trouvé préférable d'agir sur une portion de muscle qu'on plonge pour peu de temps dans l'alcool. Après avoir séparé le kyste des trousseaux de fibres qui l'enveloppent, l'avoir mouillé d'un peu d'eau et placé sur une lame de verre, j'ai en général réussi à en faire sortir le ver et le liquide dans lequel il flotte, en pressant un peu sur le kyste après en avoir coupé une extrémité ou l'avoir ouvert avec la pointe d'une aiguille.

Le petit ver est le plus souvent roulé en une spirale de deux tours ou trois tours et demi. Quand on le redresse, il a de 1/25 à 1/30 de pouce en longueur, et de 1/700 à 1/800 de pouce de diamètre. Il faut donc, pour l'examiner, un très-fort grossissement. Il est cylindrique et filiforme, avec chacune de ses extrémités obtuses; celles-ci sont d'inégale grandeur. L'animal va en diminuant vers l'une dans le cinquième environ de sa longueur, mais il conserve son diamètre ordinaire jusqu'au bout de l'extrémité opposée. Ce n'est qu'à cette plus grande extrémité qu'il m'a été possible de distinguer quelque trace d'un orifice. Mais ces traces se sont retrouvées si constamment dans un grand nombre d'individus, de quelque façon que j'aie varié la manière de les examiner, que je n'hésite point à attribuer à la grande extrémité, que je considère comme la tête, une grande bouche transverse et linéaire.

Un ver récemment extrait, vu au moyen d'un bon instrument, et avant qu'aucune évaporation ait pu altérer son enveloppe, présente une peau extérieure lisse et transparente, renfermant un parenchyme ou substance granulée et floconneuse; et après avoir attentivement examiné tout ce qui, dans certains cas, avait pu présenter l'apparence d'une organisation plus compliquée, je crois que la seule structure que l'on puisse avec certitude attribuer à ce petit entozoaire, est la structure simple que je viens de décrire. Son tissu n'est pas résistant, mais il est très-fragile et offre, quand il est déroulé, quelque tendance à reprendre jusqu'à un certain point sa première forme.

Il est curieux de suivre le grand nombre d'apparences trompeuses qui se succèdent à mesure que le ver se dessèche par l'évaporation. L'une des plus constantes est une suite de petites rides transverses, surtout dans les concavités des replis, et qui donnent au ver l'aspect d'un animal finement annelé, mais dont on ne trouve aucune trace dans les individus frais, étudiés avec un instrument suffisant. Un autre phénomène, dont il est plus difficile de se rendre compte, est l'apparition d'une et quelquefois de deux lignes longitudinales sur une étendue plus ou moins grande du corps; mais ces lignes ne se voient point sur des vers qu'on examine dans les circonstances où il n'y a pas de cause d'erreur. A mesure que l'évaporation se continue, les tégumens se froncent de manière à faire croire que le corps renferme de petits tubes tortueux; c'est là un fort bel effet microscopique, mais on en reconnaît facilement la cause et l'illusion qui en résulte.

On ne pouvait ici trouver, dans la coloration des alimens, le moyen de déterminer la forme des organes digestifs. Rien n'indiquait la structure polygastrique, et rien ne portait à la supposer; car elle n'existe pas dans les infusoires entozoïdes qui ressemblent le plus à l'espèce parasite qui nous occupe. Rien n'indiquait non plus la présence d'un canal alimentaire flottant dans une cavité viscérale et distincte de l'enveloppe du corps, comme dans les entozoaires nematoïdes les plus élevés; je n'ai vu aucune trace d'un orifice ou anus à la plus petite extrémité. Il m'a été également impossible de découvrir, à l'une ou l'autre extrémité, quelque *spiculum* ou crochet saillant; ni rien qui pût faire croire que l'animal avait été détaché d'un kyste. La transparence naturelle de cette espèce est telle, qu'on ne saurait douter qu'elle manque et des tubes ovariques et séminaux, et des autres caractères qu'offre la structure compliquée des *filaria*, des *ascaris* et en général des entozoaires nematoïdes.

Après cette description, l'auteur se livre à l'examen de la place qu'il conviendrait de donner à cette nouvelle espèce dans les classifications. Mais comme des observations subséquentes semblent devoir modifier quelques-unes de ses idées sur son organisation, il serait peu utile de reproduire cette partie de son mémoire. Il donne à l'animal le nom et les caractères suivans.

GENUS TRICHINA.

Animal pellucidum, filiforme, teres, posticè attenuatum; os lineare; anus nullus; tubus intestinalis genitaliaque inconspicui. (In vesicâ externâ, cellulosâ, elasticâ, plerumque solitarium.)

TRICHINA SPIRALIS.

Trich. minutissima, spiraliter rarò flexuosè inurva; capite obtuso; collo nullo; caudâ attenuatâ obtusâ. (Vesicâ externâ ellipticâ, extremitatibus plerumque attenuatis, elongatis.) Hab. in hominis musculis (præter involuntarios), per totum corpus diffusa, creberrima.

---

en dépit de nos mesures et de nos raisonnemens qui nous paraissaient et nous paraissent encore sans réplique, que la tête de Napoléon déposait en faveur des déterminations crânioscopiques, ils ont prouvé qu'ils étaient capables de tout en matière d'interprétation. Pourquoi donc se mettraient-ils moins à l'aise avec deux ignobles coquins qu'avec un grand homme?

D'après les phrénologues, le crâne de Lacenaire est ce qu'il doit être; celui d'Avril ne pouvait être que ce qu'il est; bref, ils sont parfaitement contens de l'un et de l'autre. Que les têtes de ces deux hommes soient ce qu'elles devaient être, c'est là une vérité incontestable; et quand les phrénologistes ne le diraient pas, nous n'en serions pas moins sûrs; mais qu'elles soient favorables au système, c'est ce qu'eux seuls peuvent soutenir. Le fait est que si ces deux têtes eussent été modelées tout exprès pour dérouter la phrénologie, elles ne rempliraient pas mieux cet office. Nous n'avons certes pas l'intention de développer longuement notre opinion. Quand il s'agissait de Napoléon, on pouvait, en faveur du sujet de l'observation, perdre son temps à démontrer des choses claires comme le jour; mais il nous répugnerait d'entrer trop avant dans la vie de ces deux misérables, dont on n'a déjà que trop parlé. Nous nous bornerons donc, pour le moment, à opposer assertion à assertion. Tous ceux qui se donneront la peine d'examiner les faits pendant un quart d'heure avec de bons yeux et une disposition d'esprit impartiale, se convaincront qu'ils démentent de tous points la doctrine. Il nous suffira, pour leur faciliter cet examen, de faire quelques rapprochemens entre les deux têtes, et de leur signaler en peu de mots les traits distinctifs de l'une et de l'autre.

Mais avant de commencer cette très-ennuyeuse analyse, il n'est pas hors de propos peut-être d'éclaircir une question préjudicielle que les phrénologistes ont mise, dit-on, en avant, et dont ils font grand bruit; mais qui, loin de nous embarrasser, comme ils s'en flattent, est toute à notre avantage. L'avant-dernier numéro de la GAZETTE MÉDICALE contenait une courte note dans laquelle il était dit, en quelques lignes, que les têtes d'Avril et de Lacenaire étaient configurées au rebours des prévisions phrénologiques, et entre autres singularités, on signalait sur le frontal de Lacenaire les facultés de la bienveillance et de la théosophie. Là-dessus grande rumeur et grande joie. On a pris la tête de l'un pour celle de l'autre, s'écrie-t-on; on a donné à Lacenaire le bien d'Avril et réciproquement; on n'a qu'à presque tout remettre en place, et les objections tombent d'elles-mêmes. A cela nous répondons deux choses: 1° que la confusion des deux têtes n'a pas eu lieu, et que tout ce qui a été accordé à Lacenaire lui appartient légitimement; 2° que si Avril est pourvu des mêmes facultés bienveillantes et religieuses que son complice, et il est juste d'avouer qu'il y a peu de têtes de saints, en y comprenant même celle de saint Bruno, qui offrent un si beau développement de ces organes d'élite, l'objection n'en est que plus forte; car en ce cas, quelque nom qu'on inscrive au-dessous des têtes, chacune se trouvera en désaccord avec le moral connu et bien prouvé des deux personnages. Ainsi, en laissant aux phrénologistes eux-mêmes le choix des noms, ils n'en seraient pas plus avancés.

Quoique nous n'ayons jamais vu ni l'un ni l'autre de ces misérables pendant leur vie, nous sommes cependant certains de ne pouvoir pas les confondre. Lacenaire, d'après les récits imprimés et publiés de gens qui l'ont fréquemment visité après sa condamnation, avait les yeux petits, le nez un peu recourbé, une moustache noire et des favoris de même couleur; Avril ne portait ni favoris ni moustache. Les premiers plâtres sortis du moule, pris sur la tête de Lacenaire immédiatement après la décapitation, ont conservé sur la lèvre supérieure et le

Les notes suivantes, recueillies sur le sujet qui a présenté ce singulier parasite, ont été communiquées à l'auteur par le docteur Roupell, médecin de l'hôpital Saint-Barthélemy.

« Paolo Bianchi, Italien, âgé de 50 ans, ayant le teint pâle, les cheveux et les yeux noirs, entra dans mon service le 4 décembre 1834. Il était alors amaigri et faible, sa démarche était incertaine, et son regard éteint. Il avait de l'œdème aux jambes; son urine contenait de l'albumine; elle était claire et laissait à l'évaporation un résidu comme de la thériaque. Le malade avait des douleurs dans le dos. Son appétit était dérangé, et son foie s'étendait au-delà de ses limites naturelles. Il toussait, mais sans qu'il y eût rien de pénible dans la respiration ou dans l'expectoration. L'auscultation fit reconnaître de la pectoriloquie au sommet des poumons; il y avait du dévoiement. Le traitement général coosista à relever les forces au moyen des toniques et des sédatifs, et d'un régime nourrissant sans être excitant; on appliqua des sangsues aux reins; pendant quelque temps le malade sembla mieux; son œdème disparut, et il reprit assez de forces pour pouvoir se lever et s'habiller. Mais l'appétit se perdit tout à coup; la diarrhée augmenta; l'abdomen devint tendu et douloureux; les selles furent rendues involontairement et contenaient du sang, et le malade mourut le 29 janvier 1835 dans un état de faiblesse et d'amaigrissement extrêmes. On n'avait observé aucune éruption sur la peau, et la faiblesse musculaire n'avait pas paru plus grande que celle qui accompagne d'ordinaire les lésions auxquelles le malade a succombé.

«On en fit l'autopsie 36 heures après la mort. On trouva des excavations tuberculeuses au sommet des deux poumons, et des tubercules disséminés dans les autres lobes; les reins présentaient à un haut degré l'altération décrite par le docteur Bright. Le foie était volumineux et gras; la membrane muqueuse des petits intestins était ulcérée dans un grande étendue. »

Environ quinze jours après l'ouverture de ce sujet, on en apporta dans les salles de dissection un autre atteint de la même affection. Je dois à M. Paget, qui avait le premier observé les parasites sur l'individu italien, les renseignements suivans :

Le second cadavre était celui d'une pauvre femme irlandaise, qui avait été pendant six semaines dans le service de M. Lawrence. Elle était morte dans un état d'émaciation extrême, produite par un large ulcère situé au-dessous du genou, et qui avait dénudé une grande partie de la tête du tibia. Elle avait eu par moment une diarrhée violente et des vomissemens réitérés.

Pour ce qui est du siége des trichina, on les rencontre dans tous les muscles volontaires, et dans ceux qu'on a nommés demi-volontaires ou respiratoires, comme le diaphragme. M. Wormald les a découverts dans les petits muscles du tympan; il y en avait jusqu'à 25 dans le *tensor tympani*. Je n'en ai trouvé aucun dans la tunique musculeuse des intestins, non plus que dans le *detrusor urinæ* ou dans la substance du cœur.

M. Owen dit avoir retrouvé dans cette nouvelle espèce cette persistance de l'irritabilité que Rudolphi et d'autres ont déjà observée dans beaucoup d'entozoaires, et qui résiste, soit à la mort du corps où ils sont logés, soit à l'action d'un froid intense et d'une chaleur très-élevée.

M. Owen développe ensuite les raisons qui l'empêchent de considérer les *trichina spiralis* comme un cysticerque, ainsi que paraît l'avoir fait le premier, M. Hilton, démonstrateur d'anatomie à l'hôpital de Guy. (*Medical Gazette*, for february, 1833, p. 605.)

Il s'appuie sur la structure et le mode d'adhérence des kystes, et sur l'absence de tout lien organique entre la poche et le ver qu'elle contient.

Aucune douleur et aucun symptôme n'ont conduit, dans les deux cas ci-dessus rapportés, les médecins à soupçonner l'état du système musculaire que l'autopsie a fait connaître; et il est vraisemblable que, dans les cas de ce genre, le malade lui-même n'a point conscience de la présence de ces parasites.

Ce mémoire était écrit au mois de février 1834. Au mois de novembre dernier, on a rencontré dans les salles de dissection de l'hôpital St-Barthélemy un nouvel exemple de la présence, dans le système nerveux musculaire, de ce singulier parasite. Le nombre, dit M. Owen, en est encore plus considérable, si cela est possible, que dans les deux cas déjà rapportés, chacun des muscles volontaires étant farci de ces petits kystes blancs où le ver est renfermé. Ces kystes diffèrent de ceux que j'ai examinés jusqu'ici; en ce qu'ils sont plus opaques et plus crétacés, de façon que le simple examen extérieur ne laisse rien soupçonner de la présence du ver à l'intérieur. Les cas où deux vers se rencontrent dans un kyste sont plus communs sur ce sujet que sur les précédens. Les trichina m'ont paru plus vivaces que je n'en avais encore vu, et toujours ils m'ont présenté un point opaque ou foncé, à environ un cinquième de la longueur totale, en partant de la tête. En brisant en deux les individus récemment extraits, j'ai remarqué sur plusieurs une rétraction de la peau extérieure, qui laissait saillir la substance qu'elle enveloppe.

Le docteur Farre, qui a remarqué les mêmes phénomènes sur plusieurs trichina de ce même sujet, pense que cette substance saillante est le canal alimentaire. Je n'en ai pas encore pu reconnaître la structure tuberculeuse.

Dans un cas, le point foncé faisait partie de cette substance saillante. Serait-ce l'ovaire? S'il était établi que les trichinæ ont un canal alimentaire distinct du tégument externe, ils se placeraient dans l'échelle plus haut que je ne l'avais pensé, et formeraient un genre dans la famille des *cœlelminthæ*. Cependant je n'ai encore, dans aucun cas, vu de trace d'un orifice excréteur ou anal.

M. Owen a joint à son mémoire une planche qui représente l'état particulier des muscles attaqués, les différentes formes du kyste et celles du ver qui y est contenu.

Dans une lettre particulière de la fin de décembre, M. Owen annonce qu'il a déjà rencontré les trichina dans quatorze cas, différens sous le rapport de la maladie, de l'âge, du sexe et du tempérament des sujets qui en étaient attaqués. L'un était Italien, et tous les autres Anglais. Le seul phénomène constamment lié à la présence de ces parasites, est une grande prostration. M. Owen exprime l'espoir que ses observations seront bientôt confirmées par les pathologistes français; et il n'y a pas à en douter, à moins que le développement de ces animaux ne tînt, ce que rien ne semble encore indiquer, à des circonstances locales.

---

long des joues un assez grand nombre de poils. Son identité est suffisamment démontrée par toutes ces circonstances, et nous pouvons procéder à notre examen en toute sûreté de conscience, sans crainte de calomnier ou de flatter l'un ou l'autre de ces deux hommes célèbres.

Le moral de ces deux êtres est suffisamment établi. Toute l'histoire de leur vie déroulée dans les débats du procès, leurs discours et leurs écrits, les notices publiées sur leur compte, nous les ont fait complètement connaître. Lacenaire surtout a été étudié et analysé avec une curiosité toute particulière. On n'a pas voulu laisser perdre à la postérité une seule de ses paroles, un seul de ses gestes, une seule de ses pensées.

Lacenaire était assassin et voleur de profession; il a déclaré avoir participé à sept assassinats suivis de vols, et commis une trentaine de faux en écriture. Il professe l'athéisme et en général la philosophie du marquis de Sades, qu'il met en pratique. Il affirme qu'il n'éprouve ni regrets, ni remords, et qu'il recommencerait sa carrière de meurtres et de rapines si on brisait ses fers. Libre de choisir une vie selon son goût, il choisirait celle d'assassin et de brigand, car il est misanthrope par système, et d'ailleurs ce qu'on appelle le crime sied mieux à un homme de sa trempe que cette hypocrisie qu'on appelle la vertu. Il s'énorgueillit de ses vices et de ses forfaits. Il prétend que *tuer sans remords* est sur cette terre le souverain bien si vainement cherché par les philosophes. Il parle avec exaltation de la guillotine, qu'il appelle sa fiancée; il la chante en vers et en prose, et puis, quand il la voit face à face, il prouve qu'il n'était qu'un misérable comédien. Dominé par les appétits les plus brutaux, il se vautre dans les orgies et dans la crapule. Ses goûts sont tous de la dernière bassesse; le beau, le bien, lui sont antipathiques en toutes choses, même dans les plus indifférentes. S'il fume, il préfère le tabac le plus grossier; il n'aime que les femmes laides et les prostituées. Compromis dans une affaire de mort, il dénonce ses complices sous prétexte de représailles, et ne pouvant les tuer de sa main, il veut avoir la joie de les voir mourir sous celle du bourreau. Parmi les qualités dont il se vante, il met en première ligne l'instinct de la vengeance, qu'il décore du nom d'énergie et de courage, et flétrit le pardon comme une lâcheté. La lâcheté pour lui est le seul vice moral qu'il veuille bien honorer de ses mépris; mais il classe parmi les lâches tous ceux qui ne tuent ni ne volent, prétendant que s'ils s'en abstiennent, c'est par crainte des supplices et non par vertu. Il passe les derniers jours de sa captivité à boire et à s'enivrer, à faire des vers et à expliquer sa philosophie à ses visiteurs. Il n'a jamais aimé personne, pas même sa mère; pas une seule femme; il n'a pas eu un seul ami. Cette espèce de monstre moral ne manque pourtant pas d'intelligence, d'esprit, de sens et de talent. Il fait des vers passables, comme il le dit lui-même; il parle avec facilité et une certaine élégance; il possède quelque instruction classique; son esprit est fin, logique et ferme. Raisonneur habile, il manie ses atroces sophismes avec adresse et une abondance de formes qui impose; sa conversation est abondante, animée, caustique. Dans son procès, il a déployé beaucoup de tenue, de sang-froid, une mémoire sûre, une présence d'esprit rare. Son esprit, en un mot, était assez élevé pour faire regretter qu'il l'ait mis au service de passions si abominables. Du reste, la nouveauté d'un véritable brigand bel-esprit, poète et philosophe, et tel enfin qu'on n'en voit guère que sur les théâtres et dans les romans, a pu ajouter beaucoup à l'impression produite par Lacenaire. Dans le monde, il serait resté peut-être un homme ordinaire; à Bicêtre, à Poissy et sur le banc des assises, il a dû être remarqué.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX FRANÇAIS.

I. ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE.

Les cahiers de novembre et décembre contiennent les articles originaux suivans : 1° *mémoire théorique et pratique sur les luxations dites spontanées ou consécutives et en particulier sur celle du fémur*, par M. Lesauvage de Caen ; 2° la fin de la notice de M. Devergie *sur la méthode simple dans le traitement de la syphilis*, 3° la fin d'un travail de M. Marc d'Epine, intitulé : *recherches sur quelques-unes des causes qui hâtent ou retardent la puberté*; 4° la fin d'un *mémoire sur la péricardite*, par M. Hache; 5° la fin des *recherches cliniques pour servir à l'histoire des maladies des vieillards*, par MM. Hourmann et Dechambre ; 6° *recherches sur les mouvemens du cœur*, par M. Beau, interne ; 7° la fin des *leçons cliniques* de M. Gerdy *sur l'amputation de la mâchoire inférieure* ; 8° *observation d'invagination d'une vaste portion de l'intestin grêle et du gros intestin compliquée d'ascite*, suivie de réflexions, par M. Gouzée; 9° *mémoire sur les fistules des conduits du lait*, par M. Bonnet; 10° *examen du gaz contenu dans la cavité pleurale d'un sujet atteint de pneumo-hydrothorax*, par M. Martin Solon.

MÉMOIRE THÉORIQUE ET PRATIQUE SUR LES LUXATIONS DITES SPONTANÉES OU CONSÉCUTIVES, ET EN PARTICULIER SUR CELLE DU FÉMUR, par le docteur LESAUVAGE, de Caen.

M. Lesauvage se propose d'établir daos ce mémoire : 1° que les luxations spontanées ou consécutives sont un résultat de l'hydropisie articulaire; 2° que sous le rapport de cette cause, il ne peut y avoir d'exception pour l'articulation coxo-fémorale; conséquemment que la théorie moderne sur le mode de développement des luxations consécutives de cette articulation est complétement dénuée de preuves, et que son influence sur la pratique a eu pour dernier résultat de rendre cette maladie très-souvent mortelle. C'est une thèse hardie à soutenir, et qui mérite bien qu'on pèse avec quelque attention les preuves rapportées à l'appui.

Les trois faits exposés par l'auteur ont trait à diverses articulations. Le premier est un exemple d'hydropisie de l'articulation radio-carpienne, qui tenait les surfaces articulaires éloignées et très-mobiles. Le carpe avait éprouvé un déplacement tel que son côté interne était passé au-devant du cubitus. Sous l'influence des antiphlogistiques, le liquide fut complétement résorbé ; mais les surfaces conservèrent leur vicieuse direction malgré l'emploi de moyens mécaniques variés. Or, cette opiniâtreté du déplacement n'indique-t-elle donc pas un obstacle dont la simple hydarthrose ne peut rendre compte ? Si dans une articulation très-distendue par un liquide, rien n'est plus facile que de luxer les os, rien aussi n'est plus aisé que de les réduire; et ce fait a pour nous une signification toute autre que celle que M. Lesauvage veut lui donner. La seconde luxation, prétendue luxation de l'humérus par hydarthrose; la troisième, luxation par hydarthrose de l'articulation du genou, ne sont pas moins équivoques, et n'ont pour nous, dans la question agitée, aucune valeur réelle.

Les quatre faits suivans se rapportent aux luxations coxo-fémorales. Le premier présente ce phénomène, si singulier et jusqu'à présent si mal expliqué, de l'élongation du membre dans la coxalgie, élongation qui allait à près d'un pouce et qui disparut tout à coup, spontanément, laissant le membre dans sa forme naturelle. La malade vint mourir à l'hôpital deux ans après d'un cancer de l'utérus, et l'autopsie ne fit voir aucune différence entre l'articulation saine et celle qui avait été malade. Chez deux autres sujets, une élongation pareille du membre, quoique moins prononcée, accompagnée de la saillie en dehors du grand trochanter, céda également à un traitement antiphlogistique et revulsif. Jusque-là, il n'y a rien ni de bien nouveau ni de bien concluant en faveur de l'opinion de M. Lesauvage; mais la septième observation mérite une sérieuse attention.

OBS. — Un homme de 30 ans, lymphatique, entra à l'hôpital de Caen le 25 avril 1833. Il se plaignait d'une douleur répandue dans tout le membre inférieur gauche, mais plus vive au genou, où existait un peu de gonflement. Toutefois, l'élongation du membre témoignait de l'existence d'une coxalgie. Les antiphlogistiques, les vésicatoires, les moxas, furent vainement employés; et dans les premiers jours de juillet, le fémur se luxa sans accroissement des douleurs au moment même; le déplacement était à la vérité peu considérable. L'indocilité du malade et les mouvemens qu'il ne cessait d'exécuter, appelèrent à plusieurs reprises un surcroît d'irritation qu'on fit enfin disparaître ; et le malade put marcher avec des béquilles, ne se plaignant plus que de son genou dont l'engorgement surchronique durait toujours. Depuis long-temps on ne faisait plus attention à lui, lorsque, le 29 mars 1835, il succomba à une péritonite.

A l'autopsie, on trouva dans le tissu cellulaire, à la partie postérieure de l'articulation, une tumeur du volume d'un gros œuf, qui communiquait à l'intérieur de la cavité par une étroite ouverture; elle contenait un fluide séro-muqueux et quelques concrétions albumineuses. Un fluide semblable occupait la cavité articulaire, qui était médiocrement distendue ; les matières concrètes y étaient plus abondantes, et elles formaient dans la cavité cotyloïde une masse informe que, par un examen bien superficiel, on aurait pu considérer comme provenant du cartilage avec lequel elle était seulement en contact. Ce dernier était érodé dans quelques points, et presque entièrement dénudé de la séreuse synoviale, qui n'était point altérée sur la capsule articulaire. La tête du fémur, appuyée au-dessus du rebord de la cavité, était à peu près dépouillée de son cartilage. Il était évident que sa destruction était produite par une sorte d'usure qui même avait atteint les couches superficielles de l'os, puisqu'il n'existait sur ce dernier aucun indice de tuméfaction ou d'ulcération, et qu'il n'y avait point de pus à l'intérieur de l'articulation.

M. Lesauvage conclut de ce fait: 1° que le fluide et les matières concrètes contenues dans l'articulation provenaient d'une exhalation déterminée par l'inflammation de la synoviale ; 2° la réaction du liquide avait amené la destruction de la séreuse étendue sur les cartilages; 3° la luxation n'avait pu être produite que par l'accumulation du fluide exhalé. De ces trois déductions, la première, qui admet une inflammation de la synoviale, est à peu près démentie par l'autopsie même ; la seconde est plus qu'hypothétique ; mais la troisième, qui est la plus importante, semble à l'abri de toute objection; seulement, ce n'est pas là une hydarthrose simple ; l'usure de la tête fémorale témoigne de la complication de cette autre affection, que Brodie appelle *ulcération des cartilages*, M. Malgaigne, *ulcération des os*, et que les pathologistes de Montpellier regardent comme une affection tuberculeuse du tissu osseux. Cette affection de l'os était-elle primitive ou consécutive? Il est difficile de le dire; toutefois, il faut bien reconnaître qu'elle avait fait très-peu de progrès, et que le déplacement du fémur était bien ici une véritable luxation.

Son complice Avril a les mêmes propensions au vol et à l'assassinat ; c'est aussi un brigand de profession. Il a passé sa vie dans les prisons, dans les orgies, dans les meurtres, et l'a terminée comme l'autre à l'échafaud. Son esprit est nul ou à peu près; il n'a ni instruction, ni capacité naturelle. Celui-ci ne philosophe pas; il ne fait pas de vers; il se contente de voler pour avoir de l'argent et de tuer pour empêcher que les volés ne parlent. Sa théorie ne va pas plus loin. Loin de faire parade de ses crimes, il cherche à se justifier ; attaqué il se défend de son mieux. Il admire et craint beaucoup *monsieur* Lacenaire, dont il reconnaît sans peine la supériorité; il n'affecte pas de l'amour pour la guillotine; il la redoute, au contraire, et fait tout ce qu'il peut pour l'éviter. C'est un voleur et un assassin vulgaire, connaissant son Code et agissant en conséquence. Il ne vise pas à l'effet, et l'opinion du public sur sa personne lui importe beaucoup moins que celle des jurés. Mais une fois condamné, tandis que cet autre insolent sophiste blasphème et fait des bravades, Avril prend son mal en patience et profite aussi bien qu'il peut des douceurs qu'on ne refuse point à des malheureux qui n'ont plus que quelques jours à vivre. Enfin, quand le moment fatal approche, Avril se repent, se résigne; il écoute les paroles de consolation et d'espérance qu'on lui adresse. Il s'avoue coupable; il reconnaît la justice de son châtiment, et il porte sa tête sur l'échafaud avec calme et naturel, tandis que son compagnon, l'acteur principal de cette affreuse tragédie, ne joue qu'à moitié le rôle qu'il s'était donné, et que, pour l'honneur de l'humanité outragée, il n'était pas en état de soutenir.

Pour récapituler en quelques mots les traits saillans de ces deux tableaux, nous trouvons dans Lacenaire des facultés d'intelligence et de raison assez élevées, un esprit cultivé et quelque talent littéraire joints à tous les penchans, à tous les instincts les plus pernicieux et les plus dégradans, et à une absence complète de tout sentiment moral, de toute qualité sociable et humaine. C'était l'âme de la bête unie à l'intelligence de l'homme.

Dans Avril il y a absence d'intelligence, d'esprit, de talens et d'éducation; il a toutes les mauvaises passions de l'autre, mais elles sont moins hideuses, parce qu'elles sont plus aveugles et plus fatales; il lui reste toutefois quelque chose d'humain. C'est l'homme rabaissé à la condition de la brute.

Voià les portraits moraux. Ils sont fort imparfaits sans doute, mais néanmoins assez d'accord avec l'opinion générale pour n'être pas dénués de ressemblance. Or, cette ressemblance approximative nous suffit. Voici maintenant les portraits physiques. Les phrénologistes en feront ce qu'ils pourront. Nous les livrons sans autres commentaires à ceux de nos lecteurs qui n'ont pas l'occasion de voir les originaux.

MESURES PRINCIPALES DU CRANE.	LACENAIRE.		AVRIL.	
Circonférence horizontale.	20 p.	9 lig.	22 p.	» lig.
Demi-circonférence longitudinale, (de la racine du nez à la partie inférieure de l'occipital, passant par le vertex),	12	8	14	9
Diamètre longitudinal (de la racine du nez à la crète occipitale),	7	1	7	7
Diamètre vertical (mesure très-incertaine),	5	9	4	5
Diamètre transversal,	5	11	5	10
Demi-circonférence transversale (d'un conduit auditif à l'autre passant par le vertex),	12	2	12	9
Angle frontal,	67 degrés.		71 degrés.	

Nous ne garantissons pas l'exactitude absolue de ces mesures; avec des

Pourquoi cette luxation se fait-elle le plus souvent en haut et en dehors? M. Lesauvage pense qu'il faut en accuser la moindre épaisseur de la capsule en ce point, chose qui ne sera pas admise par tous les anatomistes; et quand la luxation a lieu en has et en avant, l'auteur dit avoir toujours remarqué que c'était dans les seuls cas où les malades avaient conservé une rétraction de la cuisse en dehors, par suite de laquelle la tête du fémur, appuyant constamment sur le rebord opposé de la cavité, en déterminait la carie, qui facilitait son expulsion. De là des abcès consécutifs, et la léthalité inévitable que Boyer avait reconnue dans cette lésion.

Mais dans la luxation en haut et en dehors, suite d'hydarthrose, même lorsqu'il y a destruction de la séreuse et des cartilages, on peut attendre deux terminaisons favorables, l'ankylose et l'éburnation des surfaces articulaires. M. Lesauvage mentionne les cas d'éburnation de ce genre rencontrés par MM Dupuy, Cruveilhier et Lobstein, et cite trois cas observés par lui-même sur le vivant, où le cliquetis des articulations semblait accuser une transformation du même genre. Malheureusement, il n'est pas encore bien démontré que ce cliquetis articulaire, que nous avons fréquemment rencontré, surtout chez des rhumatiques, soit un signe incontestable d'éburnation. Malheureusement encore, sur les trois cas de M. Lesauvage, il y en a un où l'éburnation n'avait été précédée d'aucune affection articulaire; et dans un autre, où le craquement avait lieu dans l'articulation coxo-fémorale, il n'y avait jamais eu élongation sensible du membre, ce qui permet de douter qu'il y ait eu hydarthrose. Enfin, il n'est pas démontré par l'autopsie que, dans les luxations spontanées du fémur, les surfaces osseuses ulcérées puissent ainsi se recouvrir d'une couche éburnée.

Une autre objection a été prévue par M. Lesauvage; on a cru assez généralement que l'éburnation résultait d'une transformation de la synoviale et du cartilage articulaire. Il le nie et apporte en preuve l'examen de l'extrémité phalangienne de deux os du métacarpe. Des portions de cartilages déjà érodés recouvraient encore une partie des surfaces articulaires. Il fit macérer les pièces jusqu'à ramollissement complet des cartilages, et reconnut qu'ils ne contenaient pas un atome de la concrétion. Il se fait, dit-il, une exhalation de molécules calcaires sur la surface, qui se trouve à nu quand le cartilage a disparu; elle commence au-dessous avant sa disparition complète; la surface nouvelle, rugueuse d'abord, ne prend d'aspect poli, vitreux, éburné, que dans les points qui éprouvent des frottemens, et elle acquiert promptement une dureté considérable.

De sa théorie de la luxation, M. Lesauvage déduit la possibilité de la réduction; il paraît ignorer complétement et les succès qu'en a retirés M. Humbert de Morlaix, et les échecs qui ont suivi d'autres tentatives. Il pense aussi qu'il y aurait avantage à appliquer l'extension continue, pour soustraire les surfaces articulaires aux mouvemens et à la pression réciproque que l'action des muscles leur a fait sans doute éprouver. Des essais ont été faits également de cette extension, qui avait, dit-on, assez bien réussi en province, et qui dans un hôpital de Paris a bientôt forcé à y renoncer.

Tous les raisonnemens de M. Lesauvage sont fondés sur cette idée dominante de son mémoire, que l'hydarthrose est la cause de toutes les luxations spontanées. En cela il est allé évidemment trop loin; car si nous avons cité fort au long son observation d'autopsie, c'est que c'est le premier fait bien authentique de ce genre qui soit venu à notre connaissance; et qu'un bon nombre d'ouvertures de corps nous avaient porté à admettre sans réserve l'opinion de M. Larrey, qui rejette la luxation et n'a jamais rencontré que l'usure ou la carie des portions osseuses articulaires. La réalité des luxations du fémur par hydarthrose étant désormais hors de doute, il reste à faire des recherches spéciales et d'une haute importance pour parvenir à distinguer ces déplacemens de l'usure des os. On conçoit en effet que la réduction, ressource précieuse dans le premier cas, serait au moins chose inutile dans l'autre; et même avant la luxation produite, un moyen de la prévenir qui semblerait devoir être efficace, et dont M. Lesauvage ne parle pas, serait d'exercer une assez forte pression sur le trochanter pour repousser la tête fémorale au fond de la cavité articulaire.

Ce mémoire est terminé par une dernière observation concernant un phénomène qui, nous l'avouons, est resté pour nous incompréhensible. Une dame tombe sur la hanche droite; contusion, douleurs, raccourcissement du membre déjeté en dehors. M. Dominel soupçonna une fracture du col du fémur. Dix jours après, plus de déjettement en dehors, plus de raccourcissement, plus d'indices de fracture. Cependant la dame boitait, et l'auteur attribue cette claudication à la contraction spasmodique des adducteurs. Mais cette contraction ne saurait encore raccourcir le membre, et il est probable que l'on aura regardé comme appartenant à la cuisse elle-même un raccourcissement apparent, dû à quelque déviation occasionelle du bassin.

MÉMOIRE SUR LA PÉRICARDITE, par M. HACHE, interne des hôpitaux.

Nons ne noterons dans ce mémoire, qui est un excellent résumé de l'état actuel de nos connaissances sur la péricardite, que quelques faits relatifs à des questions qui sont maintenant à l'ordre du jour. M. Hache dit n'avoir observé que deux fois la complication rhumatismale, et encore, dans l'un des deux cas, les symptômes du rhumatisme ne se développèrent que pendant le cours de la péricardite. Ayant rapproché les faits rapportés par MM. Bouillaud, Andral, Stokes et Louis, il a trouvé que sur 77 cas la complication avait existé seize fois, proportion encore considérable, mais beaucoup moindre qu'on ne le croirait d'après l'assertion d'un auteur récent, qui pense que la péricardite existe chez la moitié au moins des individus affectés d'un rhumatisme articulaire aigu et très-violent. M. Hache croit encore que l'étiologie de cette affection est moins avancée qu'on ne l'a dit aussi récemment. Ainsi, sur 56 observations rapportées avec détail dans l'ouvrage de M. Bouillaud, les causes paraissent avoir été inconnues dans 22 cas. Dans les 14 faits qui restent, on a indiqué huit fois des causes *présumées*, et dans la sixième partie seulement il avait existé des causes manifestes, comme un refroidissement à une époque rapprochée du début.

RECHERCHES CLINIQUES POUR SERVIR A L'HISTOIRE DES MALADIES DES VIEILLARDS, FAITES A LA SALPÊTRIÈRE, par MM. HOURMANN et DECHAMBRE, interne des hôpitaux.

Nons n'avons bas besoin d'insister sur l'importance des recherches entreprises par MM. Hourmann et Dechambre, sur un sujet jusqu'ici

---

moyens plus parfaits que ceux qui ont été à notre disposition, on arriverait à des résultats plus précis peut-être, mais qui ne changeraient rien aux conclusions à tirer. Le rapport d'une tête à l'autre est d'ailleurs suffisamment juste.

Nous livrons l'évalnation de ces mesures, en tant qu'elles peuvent avoir une signification physiognomonique, à nos lecteurs. Nous nous contenterons de remarquer que la tête d'Avril est plus développée que celle de Lacenaire dans tous les diamètres, un seul excepté qui est le diamètre transversal, aux extrémités duquel sont attachés les instincts du carnage et de la rapine. Il est vrai que Lacenaire n'a guère sur Avril que l'avantage d'une ou deux lignes.

Il importe aussi de noter que l'angle frontal du stupide Avril est de quatre degrés environ plus ouvert que celui du savant et spirituel Lacenaire Or, on sait que l'angle frontal est un des moyens employés pour mesurer le développement du front, qui est, dit-on, le siége de la raison et de l'intelligence.

Passant maintenant aux déterminations phrénologiques de détail, voici ce que nous trouvons.

Dans *Lacenaire*, développement prononcé de la destructivité; organe de la ruse (sécrétivité) presque effacé; celui de la convoitivité (ou vol) manquant complétement; celui de la circonspection (prudence, etc.), à peu près nul; courage (combattivité), médiocre; penchans érotiques faibles. Quant aux facultés intellectuelles, on a vu déjà que le front était peu saillant et des plus ordinaires. En suivant la ligne médiane et allant de bas en haut, on trouve, vers la jonction des pariétaux et du coronal, la *bienveillance*, et un peu au-dessus la *théosophie* (disposition religieuse), cette dernière surtout fort visible; plus loin encore et plus haut, la fermeté, située entre les deux organes de la *justice* (sentiment du juste et du devoir, conscience morale), fort apparens.

Nous négligeons tout le reste : ceci nous suffit. Nous voulons constater seulement que Lacenaire, voleur, athée, sans pitié, sans remords, monstre d'immoralité par tempérament et par système, porte sur son crâne les signes distinctifs d'un homme violent, mais probe, d'un cœur passionné, mais bienveillant, d'un caractère ferme, mais juste et religieux. Les phrénologistes noteront les organes favorables au système, et ils en trouveront quelques-uns, entre autres l'*idéalité* et la *destructivité*. Mais la présence de ceux que nous citons, et l'absence de quelques-uns qui devraient y être, infirment de plein droit toutes leurs conclusions. Ici, en effet, les faits négatifs sont tout, et les autres rien.

Chez *Avril*, les penchans sanguinaires, ceux du vol et de la ruse sont inappréciables; en revanche, ceux de la bonté, de la théosophie, de la justice, sont d'une dimension peu commune, et à tel point qu'ils dominent tous les autres. Une tête pareille ferait honneur à un saint; elle était pourtant sur les épaules d'Avril. Le front petit, quoique plus saillant et plus haut que celui de Lacenaire. Nous omettons la foule des petits détails pour abréger.

Quant à la face de ces deux êtres, sans nous piquer d'être physionomistes, nous dirons que Lavater aurait trouvé sur celle de Lecenaire de l'impudence, de la finessé, de la sensualité, de la vivacité, le tout joint à quelque chose de bas et d'ignoble tout-à-fait spécifique. Avril a une figure de bon homme: ses traits respirent la douceur, le calme et les sentimens innocens déjà si bien tracés sur son crâne. Lacenaire avait bien raison de dire, en parlant d'un phrénologiste qui était allé le visiter : « Si ce docteur touchait la tête d'Avril sans le connaître, il le prendrait pour le plus honnête homme du monde, et cependant c'est un fieffé coquin. » Jamais les apparences n'ont été plus trompeuses. Lavater et Gall y auraient été pris également.

Nous en avons plus dit encore sur ce sujet que nous ne voulions. Nous espérons n'être pas forcés d'y revenir.

peu étudié. On ne peut traiter les maladies des veillards par les mêmes moyens ou de la même manière, que celles des jeunes geos et même des hommes adultes; chacun le sait, mais on ne connaît pas assez exactement les modifications apportées par l'âge dans la texture des organes pour établir des règles sûres, à l'aide desquelles on puisse se diriger dans l'étude de leurs maladies; le premier soin de l'observateur qui veut éclairer cette partie importante de la pratique doit donc être d'étudier d'abord les changemens que la vieillesse apporte dans la strucure des organes et ensuite dans le mécanisme de leurs fonctions avant de s'occuper des lésions qu'ils peuvent offrir. Telle est la marche qu'ont suivie les auteurs du mémoire que nous allons analyser. Les organes de la respiration ont d'abord appelé leur attention et ils ont étudié successivement dans deux articles, l'état anatomique de ces organes et leurs fonctions chez les vieillards. Nous allons chercher à faire connaître les principaux résultats auxquels ils sont arrivés, regrettant cependant que leurs travaux anatomiques ne puissent, à cause des détails indispensables, être reproduits ici comme nous le désirerions.

Le thorax, considéré d'abord dans son ensemble, éprouve avec l'âge des altérations graves dans ses divers diamètres et dont la plus commune est pour le diamètre horizontal un aplatissement latéral à la partie supérieure, de manière que le diamètre antéro-postérieur est sensiblement augmenté aux dépens du transversal; diverses causes tendent aussi en même temps à diminuer le diamètre longitudinal telles que la destruction des fibro cartilages et l'inclinaison de la colonne vertébrale en avant.

Le poumon éprouve en même temps que la cavité qui le contient des modifications importantes; elles ont spécialement fixé l'attention des auteurs, et sont rapportées par eux à trois types principaux dont nous ne pouvons donner les caractères et qui ne nous semblent être que des degrés différens de la même altération considérée à différentes époques de son développement. Mais un fait remarquable, c'est la simultanéité avec laquelle s'altèrent toutes les parties qui concourent à l'acte de la respiration chez le vieillard. Ainsi on voit le thorax s'accommoder incessamment dans son atrophie à l'atrophie des poumons et opérer son retrait en raison du retrait de ces organes.

Les changemens survenus dans l'état anatomique des organes de la respiration entraînent des changemens analogues dans les phénomènes de cette fonction. Ces changemens sont ou mécaniques ou chimiques; les premiers ont seuls occupé les auteurs dans la seconde partie de leur travail. Ici encore nous trouvons des catégories différentes qui ne représentent que des degrés variés de la même altération de la respiration.

La percussion et l'auscultation doivent nécessairement éprouver des modifications qu'il serait même facile d'établir à priori d'après l'étude de l'atrophie et de l'amincissement sénil de tous les organes qui participent à la respiration.

Le second mémoire se termine par un chapitre consacré à l'examen des rapports du pouls avec la respiration chez les vieillards. On avait cru jusqu'à ces dernières années que le pouls perdait progressivement de sa fréquence depuis l'enfance jusqu'à la vieillesse, quand MM. Leuret et Mitivié publièrent en 1832 des recherches sur ce sujet et dont les résultats étaient entièrement opposés à l'opinion généralement reçue; mais leur calcul n'ayant été établi que sur 71 individus, on pouvait penser que ce nombre était trop restreint. Les recherches faites par MM. Hourmann et Déchambre démontrent l'exactitude de celles des deux observateurs précédens. Chez les vieillards la respiration et le pouls vont en augmentant progressivement de fréquence, mais le second dans une proportion supérieure à celle de la première, ainsi que le démontre le résultat suivant obtenu sur 185 femmes dont on avait écarté les extrêmes de vitesse et de lenteur.

Moyenne d'âge.	74,38
Moyenne des pulsations.	76,42
Moyenne des respirations.	20,91

RECHERCHES SUR LES MOUVEMENS DU COEUR, par M. BEAU, interne à l'hôpital Necker.

L'auteur rapporte qu'après avoir comparé entre elles les différentes opinions sur le mécanisme des mouvemens du cœur et sur quelques-uns des phénomènes qui les accompagnent, il lui a été facile de reconnaître, qu'aucune d'elles ne pouvait soutenir un examen sérieux, et que la véritable explication avait échappé jusqu'à présent. C'est dans le but de la trouver qu'il s'est livré aux recherches expérimentales consignées dans ce mémoire et que nous allons chercher à faire connaître.

Il a commencé l'étude des mouvemens du cœur dans la grenouille, dont le cœur étant simple, presque transparent et continuant à battre plusieurs heures après la mort, offrait le plus de commodité pour cette étude. Nous ne suivrons pas l'auteur dans ces expériences, ni même dans l'énoncé de leur résultat, car il nous faudrait presque copier son long mémoire, mais nous dirons que chez la grenouille il a observé deux mouvemens, l'un qu'il nomme inférieur et qui se fait dans le ventricule, et l'autre qu'il appelle mouvement supérieur et qui a lieu dans l'oreillette et dure plus que le précédent. Chacun de ces mouvemens analysé se trouve composé de deux mouvemens particuliers, l'un de dilatation, et l'autre de contraction. Ce système est opposé à celui des auteurs, d'après lequel l'oreillette ne serait pour rien dans la production des bruits principaux qui auraient leur siége unique dans le ventricule. L'auteur examine le cœur des mammifères et des oiseaux qui est double; il obtint les mêmes résultats, en tenant compte cependant de la différence qui existe entre un cœur simple et un cœur double, c'est-à-dire que le mouvement supérieur du cœur double est l'effet unique de l'action des oreillettes; qu'il se fait par la dilation et se termine par la contraction de leurs cavités, et que l'inférieur comprend celui des ventricules, c'est-à-dire leur contraction et leur dilatation.

M. Beau cherche à se rendre compte, dans ce système, de l'impulsion du cœur contre les parois thoraciques, qui a tant occupé les physiologistes, et il le fait d'une manière très-ingénieuse. Ne pouvant rapporter toutes les preuves qu'il appelle à l'appui de son opinion, nous dirons seulement qu'il regarde l'allongement de la pointe du cœur en avant comme un mouvement purement passif résultant de la contraction simultanée des oreillettes et de la dilatation des ventricules.

Passant ensuite à l'étude des bruits du cœur, il trouve que le premier répond constamment à un soulèvement musculaire que l'on observe ordinairement à l'endroit où est son summum d'intensité, c'est-à-dire dans le cinquième espace intercostal. Quant au second, il pense qu'on a tort de croire qu'il en est entièrement privé, et il dit avoir observé plusieurs fois un soulèvement du deuxième ou troisième espace intercostal près du sternum, coïncidant parfaitement avec le deuxième bruit, qui y avait son summum d'intensité. Si nous réfléchissons, dit-il, que chacun des deux bruits coïncide parfaitement avec chacun des deux soulèvemens, et qu'ils ne font positivement qu'un ensemble, on en conclura que le bruit inférieur est, avec le soulèvement inférieur, l'effet simultané de la dilatation ventriculaire, et que le bruit supérieur est également, avec le soulèvement supérieur, l'effet simultané de la dilatation auriculaire.

L'auteur, examinant ensuite quelques conséquences pathologiques que l'on pourrait tirer de ses recherches, pense que l'intensité du choc doit toujours prouver l'intensité de la contraction auriculaire. Toutes les fois donc que, dans une *affection organique du cœur*, on voit la cage thoracique fortement ébranlée par les battemens de la pointe, on doit conclure qu'il y a contracture violente des oreillettes dépendant d'une hypertrophie de leurs parois, et, par contre, quand il n'y a que de faibles battemens de la pointe du cœur, les oreillettes ne sont point hypertrophiées, ou ne le sont que très-légèrement. Il cite quelques faits empruntés à l'ouvrage de M. Bouillaud sur les maladies du cœur, et qui viennent à l'appui de ces deux propositions.

INVAGINATION INTESTINALE D'UNE VASTE PORTION DE L'INTESTIN GRÊLE ET DU GROS INTESTIN, COMPLIQUÉE D'ASCITE; suivie de quelques réflexions sur ce genre d'affection, par le docteur GOUZÉE, médecin principal de l'hôpital militaire d'Angers, etc.

Les exemples d'invagination intestinale, susceptibles d'entraîner à leur suite des accidens graves, sont peu communs. Cependant la science en possède déjà un assez grand nombre pour que nous soyons dispensés de reproduire celui dont M. Gouzée rapporte ici l'histoire, d'autant plus qu'il ne diffère des cas les plus ordinaires que par des circonstances qu'il nous sera facile d'indiquer sommairement. La première, c'est qu'il y avait, en même temps que l'invagination, une ascite qui empêchait l'exploration des organes contenus dans l'abdomen; la seconde, c'est la persistance de la défécation pendant tout le cours de la maladie, et qui aurait suffi seule pour écarter toute idée d'étranglement interne, puisqu'il était évident que la continuité du tube digestif n'éprouvait aucun obstacle; « et quand on eût reconnu positivement la cause organique des accidens, dit l'auteur, quels moyens lui opposer? » Il semble donner ici la préférence à celui employé par le docteur Bonioti, et qui consiste à faire par le rectum des injections forcées à l'aide d'une pompe à jet continu, et à faire avaler en même temps du mercure coulant. Le malade chez lequel le docteur Booati employa ce moyen ne tarda pas à éprouver une détente violente et fut sauvé. Mais ce moyen réussirait-il également dans d'autres cas? C'est ce que nous ignorons. Cependant il est bon de l'avoir présent à la mémoire, afin

de l'employer dans les cas où l'on ne sait le plus souvent à quoi l'on doit avoir recours.

EXAMEN DU GAZ CONTENU DANS LA CAVITÉ PLEURALE D'UN SUJET ATTEINT DE PNEUMO-HYDROTHORAX, par M. MARTIN-SOLON, médecin de l'hôpital Beaujon.

On s'est jusqu'ici peu occupé de l'analyse des gaz contenus dans la plèvre des sujets affectés de pneumo-thorax; on croit trop généralement qu'il a la même composition que l'air atmosphérique mélangé des gaz produits par la décomposition du pus. M. Martin-Solon ne signale sur cette question que les recherches de John Davy. Quant au fait qu'il rapporte lui-même, il est loin d'avoir toute l'importance qu'on désirerait, puisque l'analyse du gaz contenu dans la plèvre du sujet n'a point été faite avec toute l'exactitude qui est aujourd'hui indispensable dans les sciences chimiques; il croit que ce gaz contenait plus de 16 p. 0/0 d'acide carbonique. Il se demande pourquoi un changement aussi considérable serait survenu dans ce gaz, puisque les séreuses n'exhalent pas de fluides aériformes, et l'attribue aux fausses membranes qui recouvraient la séreuse, et qui se rapprochent sous quelques rapports, et spécialement sous ce point de vue, des membranes muqueuses. Il conclut en outre de la connaissance de ce fait que le pneumo-thorax est aussi nuisible aux malades par les qualités de la collection gazeuse que par son volume.

MÉMOIRE SUR LES FISTULES DES CONDUITS DU LAIT, par M. BONNET, chirurgien en chef (désigné) de l'Hôtel-Dieu de Lyon.

Les mamelles n'ayant qu'une sécrétion essentiellement temporaire, les fistules lactées ne sauraient avoir lieu que quand cette sécrétion est en activité, quand la femme allaite; et il suit de là aussi que le moyen le plus simple pour tarir l'écoulement du liquide et oblitérer la fistule, est de cesser la lactation. Cette ressource extrême réussit en effet à M. Bonnet dans un cas de fistule lactée, où la nature du liquide avait été parfaitement reconnue à l'analyse chimique. L'ouverture d'un petit abcès dans la mamelle lui avait donné naissance; la cautérisation avec le nitrate d'argent et le nitrate de mercure n'avait pas réussi; six jours après la cessation de l'allaitement, la guérison était complète. Mais dans un second cas, bien que la malade eût cessé d'allaiter aussitôt que l'inflammation s'était emparée de ses mamelles, à l'ouverture des abcès succédèrent des fistules lactées; les cataplasmes et les purgatifs furent employés dans le début; les douches et la compression plus tard. La malade guérit après trois semaines de traitement. La compression et les douches ont-elles eu réellement quelque efficacité, ou la guérison n'est-elle pas due naturellement à la cessation de la sécrétion, qui seulement a plus long-temps continué dans ce second cas que dans le premier? question qui peut sembler douteuse, et que M. Bonnet n'a pas jugé à propos d'aborder.

Quand l'allaitement continue par la mamelle saine, l'écoulement du lait augmente dans la mamelle malade, et le diagnostic est facile. Mais comme la plupart des femmes cessent d'allaiter dès qu'elles ont un abcès au sein, ce phénomène n'ayant plus lieu, le peu de lait qui se sécrète est alors masqué par le pus dont la proportion augmente. Il faut alors, pour éviter toute erreur, recueillir goutte à goutte le liquide fistuleux dans un verre, et chercher à y constater les caractères du lait: la formation de la crème à sa surface; plus tard l'acidité, l'odeur butyreuse, etc.

Cette petite affection paraît assez fréquente; toutefois, M. Bonnet ne l'a trouvée mentionnée dans aucun auteur; Gardien seul lui a consacré quelques lignes. M. Récamier ayant très-bien aperçu le danger de l'ouverture des conduits galactophores, et considérant que ceux-ci ont la même direction que les rayons d'un cercle, conseillait d'ouvrir toujours les abcès qui les environnent dans le sens de lignes étendues en rayons du centre à la circonférence de la mamelle. Le précepte est bon à suivre, bien qu'il ne donne pas de sécurité complète contre l'ouverture de ces conduits.

M. Bonnet pense que les conduits lactés peuvent offrir des dilatations qui seraient comme un premier degré de la fistule; mais le fait est à démontrer; et d'autre part, il cite une observation de Volpi de Pavie, d'un épanchement considérable de lait dans la mamelle même. Il y aurait donc trois degrés ou trois variétés de la maladie: simple tumeur, fistule interne et fistule externe.

Le traitement doit donc consister dans le sevrage et les antilaiteux, les purgatifs au premier rang; et si la femme continue à allaiter de l'autre mamelle, M. Bonnet conseille là compression et la cautérisation.

II. REVUE MÉDICALE FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE.

Les deux cahiers de novembre et décembre contiennent: 1° la fin d'un article intitulé: *Les principes de la méthode naturelle appliqués à la classification des maladies de la peau*, par M. Martins; 2° *observations de fièvres pernicieuses larvées*, par E. de Morineau; 3° la fin d'un article de M. Prus sur un *cas d'anévrisme partiel du cœur, suivi de considérations générales sur cette maladie*; 4° la fin d'un travail de MM. Labonnardière père et fils, ayant pour titre: *Observations sur quelques moyens de combattre la tendance au râle dans les catarrhes pulmonaires et dans les pneumonies*; 5° *observations sur le choléra intermittent et sur la méningite intermittente*, par M. Lemoine; 6° *sur l'origine de la maladie vénérienne*, par M. Gibert. L'auteur se range entièrement de l'opinion d'Astruc; nous aurons prochainement occasion de revenir sur cette question et d'exposer les objections qui nous font regarder cette opinion comme inadmissible. 7° *Théorie du choléra*, par M. Converchel; 8° *observation d'accouchement contre nature, suivi de chute et de renversement de l'utérus*, par le docteur Dufour; 9° *observation d'une résection de l'articulation scapulo-humérale*, par J.-N. Roux.

LES PRINCIPES DE LA MÉTHODE NATURELLE APPLIQUÉS A LA CLASSIFICATION DES MALADIES DE LA PEAU; par Ch. MARTINS, D.-M. P.

L'auteur commence par examiner si les principes de la méthode naturelle adoptés en zoologie et en botanique, peuvent être appliqués aux maladies de la peau, ce qu'il démontre en prouvant que ces maladies réunissent toutes les conditions qui rendent une classification possible, et à cet effet il établit un long parallèle entre les maladies de la peau chez l'homme et les exanthèmes des plantes, duquel il conclut que les principes de la méthode naturelle peuvent s'adapter aux maladies de la peau aussi bien qu'aux plantes. Ensuite il fait l'application de ces principes à la classification de M. Alibert et à celle Willan, qui aujourd'hui se partagent le monde médical.

Nous ne suivrons pas l'auteur dans le jugement qu'il porte sur la classification du professeur de l'hôpital Saint-Louis, et qui réellement mérite à peine le titre de méthode naturelle, puisque les caractères des genres et des groupes ne sont pas pris parmi les phénomènes les plus importans des maladies. Il trouve la classification de Willan, telle qu'elle a été modifiée par M. Biett, non-seulement plus simple, mais encore plus naturelle que toutes celles qui ont été présentés jusqu'ici, et il donne quelques considérations générales sur cette classification, qui ne manquent pas d'intérêt, mais que leur longueur ne nous permet pas de reproduire ici.

OBSERVATION D'UN CAS D'ANÉVRISME PARTIEL DU COEUR, suivie de considérations sur les causes; le siége, le mode de formation, les symptômes et le traitement de cette maladie; par M. PRUS, médecin de Bicêtre.

L'observation rapportée ici est précédée de quelques recherches historiques sur les cas d'anévrisme partiel recueillis jusqu'ici, et qui montent à 18 ou 20; c'est aussi sur ces faits que sont basées les considérations générales que présente l'auteur sur les causes, le siége, le mode de formation, les symptômes et le traitement de cette affection; mais les déductions générales qu'il a pu tirer de ces faits offrent trop peu d'intérêt pour que nous les reproduisions ici; aussi nous allons nous contenter d'analyser rapidement l'observation qui lui est propre.

OBS. — Herpé, âgé de 70 ans, d'une haute stature, d'une forte constitution, ayant exercé la profession de fondeur de métaux, reçu le 5 février dans le service de M. Prus, présenta à la première visite l'état suivant: Face injectée et légèrement bouffie; lèvres bleuâtres: difficulté extrême de respirer; menaces fréquentes de suffocation. L'auscultation et la percussion n'offrent rien de très-remarquable. L'impulsion du cœur n'est pas très-forte et n'est accompagnée d'aucun bruit anormal. Les battemens du cœur, d'une étendue ordinaire, sont très-tumultueux, irréguliers; le pouls présente le même désordre.

Après une saignée et quelques jours de repos, on remarqua, en auscultant le malade, que les deux tiers supérieurs du ventricule gauche déterminaient une impulsion assez forte, tandis que rien de semblable n'avait lieu à l'endroit où la pointe du cœur devait venir battre. L'œdème, qui avait apparu sur les extrémités inférieures, gagna le tronc, la face: et le malade mourut le 27 février.

Autopsie. Les deux poumons offrent des traces d'emphysème interlobulaire et d'œdème qui est considérable sur quelques points.

Le cœur est beaucoup plus volumineux que dans l'état normal; le ventricule gauche dépasse de beaucoup le droit, et présente une bosselure placée au milieu de la face antérieure du cœur, commençant à quinze lignes au-dessous de l'origine de l'artère pulmonaire, et se prolongeant en bas dans une étendue de plus de deux pouces. Sa largeur est d'environ un pouce et demi. A l'intérieur on voit trois

cavités anévrismales bien circonscrites, dont la plus grande pouvait contenir une grosse noix. La membrane interne du cœur les recouvre à l'intérieur, et sans discontinuité. Le sac anévrismal, considéré dans sa totalité, présente le signe d'un ovoïde irrégulier, dont la grosse extrémité répond à la cloison interventriculaire, tandis que sa petite extrémité soulève la pointe de ce ventricule. La couche musculaire du ventricule diminue sensiblement d'épaisseur et de consistance à mesure qu'on s'approche du sommet de la clavicule anévrismale, et est remplacée dans cet endroit par une couche très-mince de tissu cellulaire qui réunit la membrane interne avec la lame interne du péricarde; et sur ce point seulement les deux feuillets du péricarde sont réunis par de nombreuses adhérences.

OBSERVATIONS SUR QUELQUES MOYENS DE COMBATTRE LA TENDANCE AU RALE DANS LES CATARRHES PULMONAIRES ET DANS LA PNEUMONIE; par MM. LABONARDIÈRE père et fils, docteurs-médecins à Crémien.

Tous les médecins ont observé avec quelle funeste rapidité se terminent souvent des catarrhes ou des pneumonies légères dont le début n'avait inspiré aucune crainte, et spécialement chez les sujets âgés, très-nerveux et profondément débilités; et tous les praticiens savent aussi combien encore cette rapidité est accélérée sous l'influence du régime débilitant qui est tant en vogue aujourd'hui. C'est à signaler l'erreur à laquelle alors les médecins sont trop souvent exposés, que tendent les efforts des auteurs de ce mémoire, qui contient d'excellentes règles et dont les observations décèlent un habile praticien. Nous regrettons que les opinions des auteurs ne soient point formulées d'une manière assez précise pour que nous puissions en offrir ici l'analyse.

OBSERVATION D'ACCOUCHEMENT CONTRE NATURE, SUIVI DE CHUTE TOTALE ET DE RENVERSEMENT DE MATRICE AVEC DÉCHIREMENT, AU TERME DE LA GROSSESSE; par C.-L. DUFOUR, D.-M. à Montargis.

Cette observation date de près de quarante ans; envoyée en 1809 à la Société de médecine de Paris, elle donna lieu à une discussion entre l'auteur et la Société; on élevait des difficultés auxquelles M. Dufour a eu en vue de répondre par la rédaction actuelle. Le fait est un des plus curieux et des plus rares que possèdent les annales des accouchemens.

OBS. — La femme Lequatre eut à l'âge de 35 ans, à la suite d'un premier accouchement, un abaissement de matrice qu'une deuxième couche augmenta. Deux ans après ce second accouchement, elle eut, à six mois d'intervalle, deux rétentions d'urine pour lesquelles M. Dufour la sonda. Le col utérin était saillant hors de la vulve; sa muqueuse externe paraissait d'une consistance plus ferme et approchant de celle de l'épiderme; d'ailleurs la femme ne souffrait pas et refusa de porter un pessaire. Elle devint enceinte de nouveau quelques mois après, à l'âge de 43 ans, son mari en ayant près de 60.

L'élévation de la matrice s'opéra à la manière accoutumée, sans que le col y participât beaucoup, ayant toujours paru entre les nymphes. Le 22 mars 1797, la gestation parvenue à son terme, les premières douleurs survinrent; les eaux s'écoulèrent dans la nuit; la tête franchit les détroits et bientôt dépassa la vulve, toujours enveloppée de la matrice dont l'orifice offrait à peine la largeur d'un petit écu. Le 23, à onze heures du matin, M. Dufour appelé trouva la matrice descendue jusqu'aux genoux et s'invaginant à travers son col d'une manière évidente à chaque douleur. La fièvre était forte. Une saignée rendit les douleurs plus rares. L'accoucheur voulut en profiter pour dilater le col; mais en vain; il essaya alors de réduire la matrice, et y parvint; mais les douleurs réveillées la chassèrent de nouveau hors du vagin. Une nouvelle saignée fut faite.

Cependant la matrice prenait déjà une couleur rouge foncée dans toute son étendue; deux taches livides latérales répondant au contact des cuisses, et une autre en arrière au point où l'utérus touchait le drap, presageaient la gangrène; les eaux étaient écoulées depuis vingt heures. M. Dufour fit appeler M. Raige, père de M. Raige-Delorme, et tous deux furent d'avis de briser le crâne et de désarticuler les membres. La division et l'extraction de la tête fut donc faite avec beaucoup d'angoisses et de soins, et ne demanda pas moins de trois heures; et l'on se préparait à agir de même sur le tronc, quand une douleur expulsive violente, accompagnée d'un mouvement brusque de la malade, fit déchirer la matrice de l'angle de la commissure droite du museau de tanche à deux pouces et demi au-dessus, et chassa le tronc presque instantanément. La délivrance se fit très-bien, sans aucune hémorrhagie; et la matrice resta hors de la vulve de la grosseur d'un œuf d'autruche.

Douze heures après elle paraissait à peine s'être contractée; la déchirure était livide et gangréneuse. Les lochies coulaient en petite quantité, confondues d'ailleurs avec l'abondante suppuration de la plaie utérine. Au bout de quinze jours, l'escarre gangreneuse qui couvrait cette plaie tomba; les soins et le régime prescrits dissipèrent la fièvre; l'utérus reprit peu à peu le volume qu'il avait avant la grossesse, et au bout de deux mois la rupture était parfaitement cicatrisée. A cette époque les règles reparurent, et leur périodicité continua encore trois ans. Leur cessation n'offrit rien de particulier. Treize ans plus tard, la femme portait encore sans incommodité sa chute complète de matrice; l'organe avait hors de la vulve le volume d'un œuf de poule; la cicatrice était solide et enfoncée de l'étendue de 9 à 10 lignes; et la sensibilité n'était pas plus exquise que celle de l'épiderme des cuisses, avec lequel l'utérus était en contact.

« J'appelle l'attention des physiologistes, ajoute M. Dufour, sur une particularité qu'on n'est pas à même de voir souvent, et qu'on remarquait aisément à chaque douleur expulsive qui tendait à invaginer la matrice; c'est la ligne de séparation bien distincte qui sépare l'enveloppe externe de l'utérus, formée d'une expansion du péritoine, d'avec la membrane propre qui tapisse cet organe intérieurement; ce point de séparation, disposé en bande circulaire, était formé d'un tissu spongieux rouge, frangé, large de deux lignes en quelques endroits et de trois dans d'autres, et bordait le prolongement du péritoine au museau de tanche. » Nous avouons que nous ne sommes pas bien sûrs de la véritable interprétation qu'il faut donner à ce passage; c'est pourquoi nous avons transcrit les propres paroles de l'auteur.

OBSERVATION D'UNE RÉSECTION DE L'ARTICULATION SCAPULO-HUMÉRALE, par J.-N. ROUX, D.-M. à Brignolles.

Il s'agit d'un nouveau et remarquable succès obtenu par la résection de la tête humérale, au niveau du col chirurgical, chez un sujet atteint d'un coup de fusil chargé à plomb, et qui, pansé d'abord simplement jusqu'au 31e jour, menaçait de tomber dans le marasme. M. Roux suivit le procédé de Moreau, qui consiste à faire aux dépens du deltoïde un lambeau quadrilatère adhérent par son côté supérieur; mais pour la section de l'os, il se servit d'une scie à lame très-étroite et très-fine au moyen de laquelle il fit une section courbe, « qui une fois terminée présenta une surface arrondie capable de s'adapter à la cavité glénoïde, et de remplacer la tête de l'humérus réséquée dans toutes ses fonctions. » Dès le cinquième jour la fièvre qui minait le malade avait disparu, et il put sortir le 20e jour.

Deux mois et demi environ après l'opération, voici dans quel état se trouvait l'articulation réséquée. L'épaule présentait une saillie considérable de l'acromion et de l'apophyse coracoïde; au-dessous on remarquait une dépression sensible, comme dans la luxation de l'humérus en bas et en dedans. Le lambeau parfaitement adapté ne présentait qu'une cicatrice étroite et ferme, ayant la forme décrite plus haut. Le bras était aussi gros et aussi fort que celui du côté opposé, il fut mesuré au-dessous de l'épaule et vers le milieu. Sa longueur ne présentait qu'un raccourcissement de six à huit lignes. Les tendons des muscles qui forment le creux de l'aisselle, étaient un peu tendus et raides. Les mouvemens d'élévation du bras, par côté, étaient difficiles. En avant le malade les exécutait facilement; le bras pouvait atteindre à la position horizontale; en arrière la main s'élevait jusque entre les deux omoplates. Si le malade saisissait un bâton avec les deux mains, il pouvait les lever ensemble au-dessus de la tête; ce qui lui permettait depuis quelque temps de bêcher et de se livrer à divers autres travaux des champs. Il s'habillait seul et promptement; la main depuis fort long-temps portait facilement les alimens à la bouche. L'embonpoint était très-satisfaisant.

III. BULLETIN DE THÉRAPEUTIQUE.

NOTE SUR LES PRÉPARATIONS ET L'EFFICACITÉ DU SIROP DE LAITUE, par MM. MARTIN-SOLON et SOUBEIRAN.

Le codex prescrit de préparer l'eau de laitue avec la laitue pommée, c'est-à-dire avec une plante étiolée, et qui doit nécessairement être privée des sues les plus actifs. Dans leurs expériences, MM. Martin-Solon et Soubeiran se sont servis de la laitue prête à fleurir, dans laquelle les sucs propres et amers sont aussi développés que possible; mais comme cette eau a l'inconvénient de ne pas se garder, M. Chevallier a pensé avec raison que, si on la convertissait en sirop au moment de sa préparation, on pourrait facilement s'en servir toute l'année. Voici la formule de ce sirop :

Prenez : Eau distillée de laitue, une pinte.
Sucre blanc, deux parties.

Faites dissoudre le sucre à une douce chaleur, dans un bain-marie couvert.

On a prescrit ce sirop à onze malades; il a en général amené du calme et produit du sommeil, et n'a jamais, à la dose d'une once ou une once et demie, occasioné de malaise.

Un jeune homme de 18 ans, pléthorique et atteint de céphalalgie sans fièvre, ne dormait pas encore après d'abondantes évacuations sanguines; il prit du sirop de laitue et obtint plusieurs heures de sommeil; le sirop fut supprimé à l'insu du malade, il ne dormit pas; le sirop lui rendit le sommeil.

Un malade affecté de pleurésie avec épanchement ne dormait pas avec une pilule de cynoglosse; le sirop de laitue à la dose d'une once lui procura du sommeil. Plusieurs autres faits analogues sont rapportés, ainsi que quatre dans lesquels le sirop de laitue n'a produit aucun effet satisfaisant.

Voici les conclusions que les auteurs tirent de leurs expériences :

1° Le sirop de laitue procure du sommeil sans déterminer de céphalalgie, et n'agit pas sensiblement sur la circulation ni sur l'appareil digestif.

Il a procuré le sommeil à un malade pléthorique atteint de douleurs de tête, et à une femme hémiplégique déjà saignée et tourmentée d'insomnie et de céphalalgie. Les préparations opiacées auraient peut-être augmenté les accidens dans les deux cas.

2° Les effets du sirop de laitue, donné à des sujets atteints de maladies chroniques, ont été presque aussi marqués que ceux du sirop diacode et des pilules de cynoglosse.

Une once de sirop de laitue a paru équivaloir pour les effets à une demi-once de sirop diacode.

NOTE SUR UN NOUVEAU PURGATIF.

L'un des plus graves inconvéniens des purgatifs, c'est la répugnance qu'ils causent aux malades à cause de la saveur désagréable qu'ils offrent le plus souvent. Il est une foule de cas dans la pratique où l'on désirerait avoir un purgatif énergique et dont le goût n'inspirât aucune répugnance aux enfans, aux femmes et aux malades pusillanimes dont l'état réclame l'emploi de cette médication, et qui cependant ne veulent point prendre de préparations amères ou salées, ou dont l'estomac ne pourrait les supporter. L'auteur de cette note anonyme dit que, sous ce rapport, il ne peut trop recommander la formule médicale qui a été récemment publiée par un journal de médecine italien, et qu'il assure avoir expérimentée chez un grand nombre de malades.

Prenez : feuilles de séné,	4 gros,
Eau de fontaine,	1 tasse.

Faites infuser pendant toute la nuit dans un vase couvert, passez et préparez avec cette eau une tasse de café ordinaire.

Le goût du café ainsi préparé, ajoute l'auteur, ne diffère pas du goût du café ordinaire et son effet est constant. On l'emploie avec succès contre les constipations ordinaires.

Un moyen dont la préparation est si simple, le mode d'administration si facile, la saveur si agréable, paraît devoir être employé avec avantage chez les femmes et les enfans. M. Baudelocque l'a prescrit à plusieurs femmes en couche et à quelques nourrices, et l'effet qu'il en attendait a été constamment lieu. Il y faisait ajouter une certaine quantité de lait.

Le même praticien a expérimenté aussi cette médication chez un grand nombre de petits malades à l'hôpital des enfans. Cinquante à soixante d'entre eux en ont fait usage dans l'espace d'environ trois semaines. On administrait à chacun le café au lait préparé ainsi que nous venons de le dire, vers sept heures du matin, et deux ou trois heures après, l'effet commençait à avoir lieu. Le nombre de selles a été de deux à dix dans les vingt-quatre heures. Les petits malades qui n'étaient point soumis à un régime sévère (division des dartres), ont pu prendre leurs repas habituels, dont le premier quatre heures après l'ingestion du purgatif, sans le moindre trouble dans leur digestion. Les selles ont cessé d'être liquides chez tous les malades après vingt-quatre heures. Dans aucun cas il n'y a eu d'accidens du côté des voies digestives. La dose la plus convenable a paru être celle de deux gros de feuilles de séné et de part égale de café pour une tasse ordinaire à laquelle on ajoute un tiers de lait. On pourrait au besoin faire prendre ce café aux malades sans les prévenir et sans qu'ils pussent avoir le moindre soupçon.

DE L'EMPLOI DU SULFATE D'ALUMINE DANS LE TRAITEMENT DES FIÈVRES TYPHOÏDES, par M. FUSTER.

C'est dans le service de M. le professeur Fouquier que les essais sur ce traitement ont été tentés. M. Fouquier lui attribue, outre l'action astringente, une action antiseptique qu'on n'avait pas encore constatée, et une sorte d'action spécifique qui s'approprie directement à la cause, quelle qu'elle soit, des fièvres typhoïdes ou du typhus. Si les effets qu'attribue M. Fuster à ce médicament étaient réels, il mériterait certainement d'occuper la première place parmi ceux que l'on emploie dans le traitement de la fièvre typhoïde; malgré les doutes que nous conservons à cet égard, nous exprimons le désir que les expériences soient continuées et faites, s'il est possible, sur une plus grande échelle. Sur une douzaine de malades que M. Fuster dit avoir suivis avec soin, il n'a vu qu'une seule fois les doses considérables de ce remède, telles qu'on les administre pour l'ordinaire, donner lieu à des tranchées assez vives, qui ont obligé de renoncer temporairement à son activité.

Les effets les plus frappans de ce médicament consistent dans la diminution graduelle de la diarrhée, l'humectation de la langue et la renaissance des forces prostrées. Le sulfate d'alumine peut être employé avec avantage dans la période nerveuse et dans la période adynamique, mais non dans celle où se manifestent les accidens inflammatoires.

On administre le sel d'alumine dans une potion gommeuse, un julep ou un looch; M. Fouquier le fait prendre aussi quelquefois en pilules. Il commence ordinairement à l'administrer à la dose de 24 grains par jour, qu'il élève à un demi-gros au bout de trois ou quatre jours, et, après le même intervalle, à 1 gros.

IV. BULLETIN CLINIQUE.

PRÉSENCE DU SULFATE DE QUININE DANS L'URINE, DÉMONTRÉE PAR L'ANALYSE CHIMIQUE.

Ce fait, constaté à la clinique de M. Piorry, est d'un haut intérêt : il se rattache à des questions trop importantes pour que nous ne le fassions pas connaître avec tous les détails que nous trouvons dans le *Bulletin clinique*. M. Piorry ayant remarqué que l'urine était sensiblement amère vingt à vingt-cinq minutes après l'emploi du sulfate de quinine, pria M. Vallée d'analyser l'urine des malades auxquels ce sel était administré; et voici le résultat qu'il obtint.

« Après avoir réuni l'urine de plusieurs malades qui avaient pris une demi-heure avant, une assez forte dose de sulfate de quinine, nous l'avons acidulée avec de l'acide sulfurique, afin de faire un sulfate de quinine qui fût soluble dans un excès d'acide, et cela même dans une petite quantité de liquide; nous avons fait évaporer aux trois quarts, et filtrer après refroidissement. Les liqueurs ainsi filtrées ont été traitées avec de la chaux vive en poudre, de manière à décomposer le sulfate de quinine qui, très-peu soluble, s'est précipité avec le sulfate de chaux insoluble. Le précipité, recueilli sur un filtre et lavé, a été réduit en poudre pure traitée par l'alcool à 40° pour dissoudre la quinine. Après un jour de digestion et la filtration à froid, nous avons évaporé la liqueur alcoolique, et le résidu a été traité par l'eau acidulée avec l'acide sulfurique; puis, après décoloration et filtration à chaud, le sulfate de quinine s'est cristallisé par le refroidissement, et a présenté les caractères qu'on lui connaît. »

M. Piorry se propose de continuer ces expériences; et voici les questions dont il espère obtenir la solution. Toute la quantité du sulfate employé passe-t-elle dans l'urine? En combien de temps cela a-t-il lieu? Y a-t-il perte d'une certaine quantité de ce médicament? Le sulfate de quinine qui a ainsi parcouru la circulation, conserve-t-il ses propriétés fébrifuges? agit-il encore sur le volume de la rate, soit chez les mêmes malades, soit chez d'autres? Éprouve-t-il, en traversant les vaisseaux et les organes, quelques modifications dans ses élémens constituans?

HYPERTROPHIE DU FOIE (*hyperhépatrophie*) disparaissant sous l'influence d'un flux copieux d'urine survenu malgré une abstinence complète de boisson.

Le fait suivant, et quelques-unes des réflexions dont M. Piorry l'a accompagné, sont assez importans pour que nous croyions devoir en présenter ici l'analyse.

Obs. — Roux, âgé de 25 ans, d'une bonne constitution, mais assez peu coloré, reçut, lors des événemens de 1830, un coup violent sur la partie droite de l'épigastre, à la suite duquel il resta un mois et demi à l'hôtel-Dieu. Sa santé se rétablit, et il fut atteint de quelques hémorrhoïdes. Le 7 septembre 1835, il fut pris de douleurs dans le côté droit, n'ayant fait aucun écart de régime, sans fièvre et sans vomissemens ni dévoiement.

A l'époque de son entrée, le ventre était tendu, ballonné; le foie présentait 8 pouces et demi au-dessous de l'aisselle, 8 pouces à l'épigastre, 5 pouces sous le mamelon gauche, et dépassait à gauche de 6 pouces la ligne médiane. Tous les points correspondant à l'espace qu'occupait cet organe étaient douloureux. Il y avait une céphalalgie assez vive; tous les autres organes offraient à peu près l'état normal. Deux livres de sang avaient été tirées la veille.

Une saignée de trente-deux onces fut faite et ne se couvrit pas de couenne, mais fournit un caillot rétracté et une sérosité abondante. Un lavement purgatif, la diète et quelques boissons furent prescrits. Le lendemain, le foie était diminué d'un pouce dans tous les sens, et continua à décroître légèrement les jours suivans; mais bientôt les pieds se tuméfièrent, et on put constater la présence d'un peu de sérosité dans le ventre.

Le 16 septembre, on soumit le malade à l'abstinence complète des boissons, qu'il supporta avec persévérance. Il eut le surlendemain un écoulement de sang assez abondant par les hémorrhoïdes. L'état du malade s'améliora lentement; on continua l'abstinence des boissons; un flux énorme s'établit; sept fois l'urinoire fut rempli dans la nuit du 21, et toutes les cinq minutes le malade fut obligé de se lever pour rendre l'urine. Ce liquide parut clair comme de l'eau; alors il y avait quatre jours que le malade n'avait bu. Le foie se trouva réduit, le 23, aux dimensions suivantes : 5 pouces et demi sous l'aisselle, 5 pouces sous le mamelon

droit, 3 pouces à l'épigastre. Le malade, quoiqu'il ne hût pas, remplit trois urinoires d'un liquide très-limpide.

Le 24, la quantite d'urine etait diminuée d'un tiers; la respiration, jusqu'alors un peu gênee, cessa de l'être. Le foie reprit son état normal. On cessa l'abstinence des hoissons, et le 30 le malade sortit de l'hôpital.

Nous n'examinerons pas si la matité tronvée dans la région du foie et dépassant les limites qu'occupe habituellement cet organe, démontrent positivement une bypertrophie du foie, ni si le flux considérable qui l'a fait disparaître en aussi peu de temps, doit être rangé parmi les flux critiques. Ces questions se rattachent à d'autres questions qui sont loin d'être décidées; mais nous nous contenterons de rappeler que la science possède déjà un nombre de faits analogues assez considérable. M. Andral en a consigné plusieurs dans sa *Clinique médicale*; et la plupart des recueils périodiques en offrent quelques exemples.

V. JOURNAL DE CHIMIE MÉDICALE.

NOUVELLES RECHERCHES POUR SERVIR A L'HISTOIRE DE L'OPIUM ET DE SES PRINCIPES; par M. PELLETIER.

L'auteur offre dans ce travail l'histoire de deux nouvelles subtances qu'il a découvertes dans l'opium en le traitant par la chaux et l'ammoniaque.

PARAMORPHINE.

Cette substance est blanche, à peine soluble dans l'eau, soluble dans l'alcool et dans l'éther même à froid, de saveur âcre et styptique. Par l'évaporation spontanée elle se cristallise en aiguilles qui grimpent sur les parois du vase. Les acides faibles la dissolvent, et les alcalis la précipitent de ses dissolutions. Elle fond à 150°, ne se volatilise pas à une température plus élevée, mais se décompose en donnant des produits azotés. Elle diffère de la morphine, de la codéine, de la méconine et de la narcéine. La seule substance avec laquelle elle offre de la ressemblance, est la narcotine; mais les différences de saveur, de fusibilité, de solubilité dans l'alcool sont suffisantes pour les distinguer l'une de l'autre.

PSEUDO-MORPHINE.

Elle est presque insoluble dans l'eau, encore plus dans l'alcool absolu et dans l'éther. L'acide sulfurique concentré la brunit fortement et la dénature; l'acide nitrique la colore en rouge comme la morphine. La propriété la plus singulière de cette substance est celle qu'elle a de se colorer en bleu très-intense par le contact des sels de fer au maximum. L'affinité de cette matière pour l'oxide de fer est telle, que tandis qu'elle résiste à l'action dissolvante de l'acide sulfurique, et qu'elle ne se dissout qu'en très-petite quantité dans l'acide hydrochlorique, l'hydrochlorate de péroxide de fer la dissout en quantité notable. Soumise à l'action du fer, la pseudo-morphine ne se volatilise pas; elle n'entre même pas en fusion complète. Elle se décompose au moment où elle semble se ramollir. Distillée dans une corne de verre, elle donne peu d'huile, un peu d'eau légèrement acide et un charbon volumineux.

Voici l'analyse de ces substances comparativement à celle de la morphine, d'après M. Liébig.

	PARAMORPHINE.	PSEUDOMORPHINE.	MORPHINE.
Carhone.	71,310	52,74	72,340
Hydrogène.	6,290	5,81	6,366
Azote.	4,408	4,08	4,995
Oxigène.	17,992	37,37	16,299

Nous ne trouvons rien dans le travail de M. Pelletier sur la quantité proportionnelle dans laquelle ces substances se trouvent dans l'opium, sur la facilité avec laquelle on pourrait les en extraire, ni enfin sur leur action sur l'économie animale.

— Nous renverrons à la prochaine revue l'analyse de ces deux mois du *Journal hebdomadaire*. Ce journal a encore changé de direction; il a pour rédacteur en chef M. Amédée Latour, tandis que M. Forget, qui précédait M. Latour, soutient à Strasbourg, avec beaucoup de distinction, les épreuves du concours de clinique interne.

— La seconde épreuve du concours continue; elle sera probablement terminée cette semaine.

TRAVAUX ACADEMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 25 JANVIER.

M. Vallin, directeur de l'établissement orthopédique de Nantes, représente à l'Academie que les médecins de province pourront difficilement remplir les conditions du programme pour le prix qu'elle a proposé à ce sujet, et demande qu'au lieu d'être tenus de presenter à la commission académique, avant et après leur guérison, les sujets soumis aux traitemens orthopédiques, il leur suffise de les présenter à une commission prise parmi les médecins de la ville dans laquelle ils exercent, et désignee par l'Académie des sciences.

Cette demande sera soumise à la commission, qui en fera un rapport à l'Académie.

NOTICE SUR QUELQUES SINGES VOISINS DE L'HOMME; par M. GEOFFROY-SAINT-HILAIRE.

Pour arriver à la détermination rigoureuse d'une espèce, il faut, dit M. Geoffroy, être placé dans des circonstances particulières, et ce n'est qu'au milieu de riches collections qu'on peut faire les rapprochemens, les comparaisons nécessaires. Les voyageurs, au contraire, ne peuvent établir relativement à l'objet qui les frappe, que des traits généraux, superficiels et souvent inexacts de ressemblance ou de dissemblance; de là naissent de nombreuses erreurs qui se perpétuent dans la science, jusqu'à ce que l'attention venant à se fixer sur ce sujet; des recherches conduites avec plus de suite et de methode montrent que ce qu'on avait considére comme une espèce isolee n'est souvent que la réunion de plusieurs espèces voisines qui forment un petit groupe à part, une famille distincte.

C'est ce qui est arrive pour les singes voisins de l'homme. Buffon en admettait deux especes distinctes, et l'autorité de son nom a exercé long-temps une grande influence sur l'opinion des naturalistes. De nouveaux documens ont depuis force à s'en écarter; mais, dit M. Geoffroy, je n'avais pas attendu jusque-là pour me prononcer sur l'existence de deux groupes. Dès 1812, en effet, j'avais, dans le 19e volume des *Annales du muséum*, annoncé ces sous-genres troglodyte et orang (en latin *troglodytes* et *pythecus*).

Les troglodytes se distinguent des orangs aussi bien sous le rapport géographique que sous le rapport organique. Les premiers, à bras comparativement courts, se trouvent exclusivement en Afrique; les autres, à bras très-longs, sont propres aux Indes orientales.

Nous ne connaissons qu'une seule espèce de troglodyte, celle qui a été désignee dans le travail commun de MM. Cuvier et Geoffroy sous l'un de ses noms de pays, chimpanzé, celle dont Buffon a possedé, en 1740, un individu vivant. Buffon avait d'abord donné à ce singe le nom de jocko, d'après l'indication fournie par un voyageur qui parle de deux singes de la côte d'Angola, tous les deux très-voisins de l'homme, et dont le plus petit est ainsi appelé, tandis que le plus grand est nommé *pongo*.

Buffon, ayant plus tard reçu un autre singe sans queue et sans callosités ischiatiques, plus petit que celui qu'il avait d'abord possédé, crut avoir mal appliqué les deux noms. Il changea donc le nom qu'il avait donné au premier en celui de pongo, et réserva pour le dernier celui de jocko. Or, ce dernier n'était point un singe africain, mais un très-jeune orang venu des iles de la Sonde.

Un chimpanzé est aujourd'hui vivant au jardin zoologique de Londres; mais déjà le college des chirurgiens de Londres en possédait un individu conservé dans la liqueur, et c'est cette pièce qui a fourni à M. Owen les principaux materiaux d'un très-beau travail sur l'*ostéologie du chimpanzé et de l'orang-outang*.

« Les differences assez sensibles que j'ai remarquées entre différens crânes de chimpanzé, me portent, dit M. Geoffroy, à soupçonner l'existence de plusieurs espèces, et je pense que cette présomption ne tarderait pas à être convertie en certitude, si des voyageurs naturalistes pouvaient explorer la côte occidentale d'Afrique. »

L'espèce ou les espèces de singes à bras courts ou les chimpanzés, habitant exclusivement l'Afrique, ont ete designées par les auteurs sous les noms suivans: *Simia troglodytes*, Linnée, 12e edition; *jocko*, Buffon, tome 14; *pongo*, Buffon, septième volume des supplemens publié après la mort de l'auteur; *simia pygmæus*, Scheber; *simia satyrus*, Schreber. Tout cela, dit M. Geoffroy, était determiné dans notre travail de 1812. Pour les orangs, il y a plus à faire, parce que depuis ce même travail sont arrivés des documens qui obligent à modifier les premiers aperçus. Ainsi l'on a eu:

1° Le crâne envoyé de Calcutta à M. Cuvier, par M. Wallich, crâne qui était dans un état moyen de developpement.

2° La relation d'une capture faite à Sumatra en 1825, insérée dans le 15e volume des *Recherches asiatiques*. Il y est question, dit M. Geoffroy, d'une espèce nouvelle, *pongo Abelii*.

3° Les travaux de M. Temminck, à qui sa position près du gouvernement hollandais a permis de faire arriver des iles de la Sonde en Europe, plusieurs exemplaires des plus grands orangs que l'on connaisse. Une lettre de ce naturaliste, adressee à une des personnes attachees au muséum d'histoire naturelle, annonce qu'une de ces peaux est deja en route pour Paris.

M. de Blainville, dans une communication recente, s'est occupé, poursuit M. Geoffroy, de distinguer les diverses espèces d'orangs, et ainsi je puis me dispenser de traiter cette question. Toutefois, je ferai remarquer que le crâne de l'orang mort à Calcutta, crâne qui avait été envoyé en France, avait peut-être été apporte d'une des iles de la Sonde. Il se pourrait ainsi que les trois principales de ces iles, Borneo, Java et Sumatra, eussent chacune leur espèce distincte d'orang.

La fin de la note de M. Geoffroy est consacrée à des remarques sur les étranges changemens de formes qui surviennent par les progrès de l'âge dans la tête des orangs. Ces changemens sont tels, que lorsque l'arrivée à Paris de la collection des stathouders en 1798, eut fait voir aux naturalistes français, qui ne connaissaient encore que le très jeune orang, le squelette d'un adulte, ce dernier dut être considere comme le type d'un nouveau genre, que le peu de developpement de la boite

cérébrale, comparé à celui de la face, reléguait au dernier rang entre tous les singes de l'ancien continent. J'établis ce genre comme distinct, dit M. Geoffroy, et je devais le faire d'après toutes les règles des déterminations zoologiques. Il fallut que le crâne envoyé de Calcutte par M. Wallich vînt montrer une transition entre deux formes si différentes, pour qu'on arrivât à soupçonner la possibilité d'une si complète transformation; et ce nouveau jalon n'indiquait pas encore la route d'une manière assez claire pour que M. Cuvier n'éprouvât un vif mouvement de joie lorsqu'il conçut d'abord que les trois formes n'étaient que trois états de développement d'une même espèce. C'était un cas extrême, mais non pas le seul cas offert par les singes, de changemens dans la forme du crâne, changemens produits par l'âge et qui éloignent de plus en plus l'espèce de la forme humaine. Ces changemens long-temps méconnus avaient aussi donné lieu à des doubles emplois; ainsi on distinguait le mandril, *simia maïmon*, du choras, *smormon*, qui n'en est cependant que l'adulte.

Les proportions du crâne au reste de la tête subissent aussi chez d'autres vertébrés des altérations notables; le crocodile en offre un exemple, comme il se voit par les deux têtes placées sous les yeux de l'Académie. Chez l'adulte la tête est longue de vingt pouces, la boîte cérébrale de vingt lignes : : 1 : 12; chez un crocodile nouvellement éclos, la tête est longue de vingt-une lignes, la boîte cérébrale de 7 : : 1 : 3.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 25 janvier 1836.—*Présidence de M. Louyer-Willermay.*

— La correspondance comprend deux lettres de MM. Jobert et Lecanu, qui se mettent sur les rangs pour la place vacante à l'Académie.

— M. Bochoux revient sur la motion qu'il a faite tonchant M. Lallemaod, et se plaint que le procès-verbal n'ait pas fait mention du renvoi au conseil d'administration.

M. le Président répond que le procès-verbal sera rectifié; mais comme il a été constaté que M. Lallemand est correspondant de l'Académie, et qu'il n'y a pas d'autres titres pour les membres non résidans, la proposition ne pourra pas avoir de suite.

COMPOSITION DU TROISIÈME FASCICULE DU TOME V DES MÉMOIRES DE L'ACADÉMIE.

M. Bousquet expose que si le comité de publication a tellement rapproché l'annonce du deuxième et du troisième fascicules, c'est que le mois de décembre entièrement consacré aux élections, avait retardé la première proposition; et d'autre part le troisième fascicule devant contenir 15 planches, il est nécessaire pour les faire graver de s'y prendre assez long-temps d'avance. Ce fascicule se composera d'ailleurs entièrement d'un mémoire très-long de M. Breschet sur la structure de l'oreille.

M. Lodibert voudrait qu'on ajoutât au mémoire de M. Henry sur le manioc une planche qui représenterait la forme des grains de sa fécule vue au microscope.

M. Chevallier appuie cette proposition; la forme des grains de fécule est d'autant plus importante à bien connaître, que c'est ce moyen qui a fait découvrir récemment à l'Académie que l'iodostane, produit prétendu exotique, n'était qu'un mélange de fécules indigènes.

M. Delens. La forme des grains de fécule de manioc a été figurée par M. Raspail dans son ouvrage, avec celle de 20 à 25 antres fécules; toutefois comme M. Baspail n'était pas bien sûr de l'authenticité de sa fécule, il serait intéressant de vérifier sa description avec la fécule de M. Henry dont l'origine est incontestable.

M. Bousquet objecte que le libraire, obligé de donner huit planches, a déjà consenti à en publier treize; on ne saurait lui en imposer une quatorzième.

M. Pelletier. Sans doute la planche demandée aurait son intérêt; mais elle acquerrait bien plus d'importance si l'on figurait en même temps la forme des autres fécules, soit indigènes, soit exotiques. Je possède plusieurs échantillons de fécules d'Amérique d'origine bien authentique; je les remettrai volontiers à nos collègues de la section de botanique qui savent se servir du microscope; il y a là le sujet d'un fort joli travail.

La composition du troisième fascicule est mise aux voix et adoptée.

SUITE ET FIN DE LA DISCUSSION SUR LES SAIGNÉES COUP SUR COUP DANS LE TRAITEMENT DES MALADIES AIGUES.

M. Bouillaud rectifie une assertion échappée à M. Louis dans la dernière séance. Il a dit, en citant pour autorité M. Chomel, que la durée moyenne du rhumatisme articulaire était de dix-huit jours. Or, en parcourant tout ce qui a été publié sur ce sujet, soit par M. Chomel, soit par ses élèves, on ne trouve cette mention de dix-huit jours que dans la thèse de ce professeur; encore il est probable qu'il y a là une faute d'impression; car on lit un peu plus loin que le rhumatisme a souvent une durée de six semaines. A part cet unique endroit, M. Chomel a toujours professé que le rhumatisme articulaire variait dans sa durée entre vingt-cinq et quarante jours en général, et même que sa durée moyenne était de trente-cinq à quarante jours.

M. Louis. Je n'avais parlé en effet que d'après la thèse de M. Chomel.

M. Villermé. Je pense aussi qu'il y a lieu de rectifier une assertion de M. Piorry, qui assure que la durée moyenne exigée par son traitement pour la guérison du rhumatisme articulaire est de trois à quatre jours. Qu'on ait obtenu une aussi prompte guérison sur un ou deux sujets, cela est possible; sur le plus grand nombre, cela ne l'est pas.

M. Honoré. Dans le cours de cette discussion, on a cité divers auteurs des siècles passés connus pour avoir beaucoup saigné, et M. Capuron a avancé qu'aucun d'eux n'avait saigné comme M. Bouillaud. Botal a été mentionné entre autres; j'ai saisi cette occasion de relire le petit traité que Botal a écrit en 1546 sous ce titre : *De curatione per sanguinis missionem.* Or, Botal passe d'abord successivement en revue toutes les contre-indications, jusqu'à l'anémie; et dans ce cas même il prescrit encore de copieuses saignées. Plus loin, il formule sa manière d'agir; ainsi, dans la fièvre ardente, l'angine, la pleurésie, la péripneumonie, il pratiquait d'abord une saignée de 2 livres et demie à 3 livres; six heures après, une seconde saignée d'une livre et demie; six heures après, une troisième de 3 livres à 3 livres et demie; et dans le chapitre suivant il examine les cas où il y a lieu de répéter la saignée le lendemain. Il cite à ce propos un auteur qui allait jusqu'à tirer d'un seul coup 5 livres de sang; mais il n'adopte point cette pratique, et voici la raison qu'il en donne : *Eo quòd maluerimus aliquo modo infrà subsistere quam superflue aliquid moliri.*

M. Capuron. Je n'ai qu'un mot à dire : voici comment saigne le professeur Bouilland : il ouvre une fois, deux fois la veine par la lancette; puis il applique des sangsues; après quoi, il revient à la lancette et alterne avec les sangsues. Il n'y a rien dans ce traitement que de raisonnable, tandis que Botal saignait d'une manière atroce; si bien que sa méthode fut déclarée par la Faculté de Paris dangereuse et *hérétique*. Il n'y a pas plus d'analogie entre les deux méthodes qu'entre la nuit et le jour.

M. Bouillaud. Ma méthode ne saurait être la même que celle de Botal; car celle-ci est tombée dans l'oubli, et j'affirme que la mienne subsistera. (Oh! oh!) Celle de Botal était atroce, et je ne conçois pas qu'on puisse aller si loin (1).

M. Castel. Les faits sont la base de toute science; mais pour être traduits en formules arithmétiques, comme on veut le faire de nos jours, il faudrait qu'ils fussent moins complexes que ceux que la médecine nous peut offrir. La puissance des chiffres n'est ici que relative, et elle a besoin d'auxiliaires; et jusqu'à présent, dans les Académies de médecine, le trésorier seul avait eu le privilège de faire preuve avec des chiffres. (Rire général et prolongé.) Et cependant, voici qu'on vient nous en offrir; un petit résumé arithmétique qui tiendrait dans le quart d'une page, on appelle cela de la statistique, et on le met au-dessus de tout ce qui a été écrit jusqu'à nos jours. Une telle méthode pourrait être bonne à la rigueur, s'il s'agissait d'une épidémie; parce qu'alors le génie épidémique neutralise presque absolument les causes prédisposantes, les diathèses individuelles, les circonstances accessoires et même les épiphénomènes de la maladie. (Marques d'approbation.) Et voyez cependant : par un contraste singulier, on rejette précisément les épidémies des cas où s'applique la statistique; on a pris grand soin de vous avertir qu'on n'entendait parler que des maladies intercurrentes. Quoi qu'il en soit, puisque nous en sommes réduits aux chiffres, cherchons du moins à les apprécier.

Dans la séance du 24 novembre, M. Bouilland a dit qu'il ne perdait qu'un malade sur 8; et quand j'eus la parole après lui, je fis voir que j'avais obtenu des résultats plus satisfaisans. Dans la séance suivante, il donna des chiffres plus précis; sur 102 pneumoniques, il n'en avait perdu que 12; encore 8 étaient dans un état désespéré et n'avaient pu être soumis à sa méthode; ce qui réduisait le nombre des morts à 4 sur 94, ou 1 sur 23. Je m'abstiens de tous commentaires; mais je serai plus explicite sur une autre assertion qui lui est échappée : « Ses malades, a-t-il dit, ont guéri terme moyen dans 4 à 5 jours. » Ceci est impossible, messieurs; il est impossible qu'une phlegmasie viscérale intense se juge aussi promptement; cela n'a pas même lieu pour les phlegmasies externes, le phlegmon par exemple. Cependant je n'ose encore trop me hasarder; M. Bouilland a des argumens auxquels il est difficile de répondre; et l'Académie n'est pas encore bien revenue de l'émotion qu'il lui a causée en s'écriant : *Qu'on me coupe la langue! qu'on me coupe la tête!* proposition qu'heureusement vous n'avez pas acceptée. (Rire général.)

On veut que vous nommiez une commission; mais quel rôle jouera-t-elle? Se bornera-t-elle à écrire sous la dictée, comme un copiste? ou bien si elle donne aussi son opinion au lit du malade, ne s'exposera-t-elle pas à ce que le médecin traitant lui dise : Je n'ai pas besoin de tuteurs! Et cependant elle ne pourra pas toujours se taire; il est fort possible que tel cas qu'on lui présentera comme une pneumonie, ne soit pour elle qu'un catarrhe; qu'elle ne voie qu'un simple embarras gastrique dans la prétendue fièvre typhoïde qu'on voudra lui faire enregistrer. Sa position deviendra donc très-difficile et contraire à la dignité de l'Académie. Elle serait d'ailleurs fort inutile; une méthode vraiment bonne et heureuse se soutient d'elle-même et n'a pas besoin des certificats d'une commission. Je dis plus; c'est qu'une enquête de ce genre serait humiliante à la fois et pour l'Académie et pour ceux qui la réclament; on ne fait d'enquête que quand il y a quelque chose à justifier.

Pour terminer, je demande que le travail sur lequel M. Capuron a fait son rapport soit déposé aux archives, et qu'on passe à l'ordre du jour sur les conclusions du rapport et sur toute la discussion. (Appuyé.)

M. Bouillaud. J'ai déjà déclaré que j'aimais peu à discuter avec M. Castel; nous suivons une ligne toute différente; il est impossible que nous nous rencontrions. M. Castel représente le passé (murmures); pour moi, je crois représenter un peu le nouveau... (Interruption. L'ordre du jour!)

---

(1) Nous croyons devoir faire observer que Botal, qui a été en effet beaucoup plus loin que M. Bouilland dans les saignées coup sur coup, trouvait aussi des praticiens qu'il accusait d'exagération en ce genre. Du reste, si nous avons dû conserver les énonciations de M. Honoré, parce qu'elles ont servi de motif aux épithètes dont la méthode de Botal a été décorée, il importe cependant de rétablir les faits. Botal pose en règle générale de ne pas tirer plus de cinq livres de sang par jour; encore il est probable qu'il ne s'agit ici que de livres médicinales, ou de 12 onces, ce qui réduit cette quantité à 60 onces dans les vingt-quatre heures. Dans les maladies dont il a été question, « il est rare, dit-il, autant qu'il est en moi et que j'ai un malade qui le permet, que je ne tire pas vers 2 livres ou 2 livres et demie de sang le matin; et si la maladie ne baisse pas, environ une livre et demie quatre ou six heures après. Chez les hommes forts, je vais quelquefois à 3 livres en une seule fois, et je fais une seconde saignée de 2 livres six ou huit heures après. » Il ne dédaignait d'ailleurs ni les ventouses scarifiées ni les sangsues; mais, chose assez remarquable, il préférait les ventouses scarifiées. On trouve dans cet opuscule trop oublié des recherches très-intéressantes, et, par exemple, Botal a été aussi plus loin que M. Piorry lui-même dans l'estimation de la proportion de sang qu'on peut extraire en une fois sans danger.

M. Double. L'ordre du jour est demandé et appuyé ; il faut le mettre aux voix. (Appuyé !)

M. Bouillaud demande à continuer pour un fait personnel. L'honorable membre relève les argumens et les sarcasmes de M. Castel, souticot l'utilité de la statistique, s'appuie de l'autorité de Laplace, et avance que les faits médicaux sont plus complexes que les faits d'économie politique. Il insiste aussi pour la nomination d'une commission ; ma conviction, dit-il, est que trois mois occupés à bien suivre une clinique suffisent pour fonder une opinion consciencieuse ; et si je persiste à réclamer une enquête, c'est pour que l'Académie ne croie pas qu'on est venu lancer devant elle des questions d'une solution douteuse dans le but d'obtenir du retentissement au dehors. (Très-bien!)

La clôture est de nouveau demandée; M. Piorry demande à parler contre ; mais comme il se rejette dans la discussion générale, M. le président lui ôte la parole. La clôture est mise aux voix et adoptée. M. Capuron relit les conclusions de son rapport, qui sont adoptées ; pour le reste, on passe à l'ordre du jour.

— L'ordre du jour est la formation d'une commission de onze membres, pris dans chacune des onze sections de l'Académie, et qui devront décider dans quelle section se fera la nomination d'un membre titulaire.

Durant le dépouillement du scrutin, M. le docteur Jolly a la parole pour donner lecture d'un mémoire ayant pour titre :

DE LA VOLONTÉ CONSIDÉRÉE COMME PUISSANCE MORALE ET COMME MOYEN THÉRAPEUTIQUE.

L'auteur a eu pour but de prouver par un assez grand nombre de faits que la volonté n'a pas seulement le pouvoir de maîtriser les actes musculaires qui ont lieu dans le cours habituel de la vie, mais qu'elle peut aussi, par son intervention sagement combinée, devenir, dans beaucoup de cas, l'une des plus précieuses ressources de la thérapeutique. Il montre, par deux séries de faits distincts, les uns négatifs, les autres positifs, que la volonté ne peut rien, absolument rien sur les sensations, ni sur les perceptions soit affectives, soit morales, soit intellectuelles; mais que son pouvoir est au contraire sans limites sur les actes extérieurs ou physiques qui s'accomplissent sous l'influence immédiate de ces sensations et de ces perceptions.

Après avoir établi la preuve de la puissance morale de la volonté comme loi de perfectibilité humaine qu'il appelle tantôt orthocinésie, tantôt orthonomie des organes, l'auteur passe successivement en revue les diverses maladies contre lesquelles il est permis d'opposer avec plus ou moins de succès l'intervention de la volonté. Telles sont principalement certaines déviations de la taille, le bégaiement, le strabisme, le mouvement latéral convulsif des yeux, la danse de St-Guy, l'épilepsie, le tétanos, le tremblement sénile, la coqueluche, l'asthme, la dysurie, la dysentérie, le vomissement, le mal de mer, la syncope, les épidémies, etc.

Les conclusions de ce mémoire sont les suivantes :

1° La volonté n'a aucune puissance directe et immédiate sur les sensations naturelles et accidentelles, non plus que sur les perceptions soit affectives, soit morales, soit intellectuelles; mais elle peut interrompre et changer le cours d'une sensation ou d'une perception actuelle, en lui substituant une autre sensation, une autre perception ou un mouvement quelconque.

2° La volonté exerce une puissance directe et pour ainsi dire illimitée sur l'action musculaire, soit dans l'état physiologique, soit dans l'état pathologique; mais son pouvoir est d'autant plus efficace qu'il s'exerce sur l'action musculaire de la vie volontaire ou de relation.

3° La volonté exerce également une puissance remarquable sur les actes musculaires soit physiologiques, soit pathologiques de la vie intérieure ou involontaire; mais elle demeure complétement inefficace sur les contractions instinctives qui ont pour cause l'appréhension de la douleur ; et de même que la contraction musculaire appartient tout entière au pouvoir de la volonté, de même aussi le relâchement musculaire est en partie soustrait à l'empire de cette faculté.

4° Enfin la volonté peut imprimer à la fibre motrice un tel degré d'excitation et de contraction, qu'elle ne laisse à la fibre sensitive aucune prise aux impressions même les plus énergiques.

Commissaires : MM. Esquirol et Virey.

— M. Jobert présente à l'Académie un homme qui avait eu l'aile et le bout du nez enlevés par les dents d'un adversaire avec lequel il se battait. Pour réparer la perte de substance, il prit un lambeau quadrilatère sur la joue du côté gauche, compris entre deux incisions parallèles ; la pointe en fut fixée sur les restes des parties molles du dos du nez, au moyen de plusieurs points de suture entrecoupée.

Pour empêcher que les efforts de la cicatrice ne détruisissent l'adhérence, il incisa la base du lambeau pour qu'il prêtât jusqu'à cicatrisation parfaite.

La cicatrisation obtenue, le chirurgien tailla une narine qui est devenue solide et qui est demeurée ouverte par le fait de la suppuration et du tissu inodulaire.

— La séance est levée à 5 heures. Le résultat du scrutin pour la commission des onze membres ne sera annoncé que mardi.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

NOTE SUR LA MARCHE SUIVIE, DANS LE TRAITEMENT DU CHOLÉRA-MORBUS D'ALGER, PAR M. LE DOCTEUR GUYON.

Dans la période algide, qui constitue, à vrai dire, la maladie elle-même, nous prescrivions des frictions sèches et des massemens sur différentes parties du corps, notamment des extrémités; puis, des applications sur celles-ci de sinapismes ; ils y étaient promenés, c'est-à-dire qu'on les transportait alternativement des avant-bras aux bras, comme des jambes aux cuisses, et *vice versa*. Pendant tout le temps que durait la période algide, nous administrions du thé chaud (1) et des potions éthérées (2), jusqu'à l'établissement de la réaction. Lorsque la soif était forte, nous donnions une limonade gommeuse; nous lui préférons une eau de riz gommée, si la diarrhée est abondante. Dans ce dernier cas, on administre des demi-lavemens avec l'amidon et l'opium. Des liniments opiacés sont opposés aux crampes, dont l'intensité, du reste, est loin d'être en rapport avec celle de la maladie ; c'est déjà ce que nous avions observé dans notre voyage dans le nord, en 1831.

Au début de l'épidémie, nous cherchions, dès l'invasion du mal, à obtenir un peu de sang, par la lancette, les sangsues ou les ventouses scarifiées; mais seulement dans le but de désemplir les gros vaisseaux, notamment le cœur, où tout le sang semble se retirer dans la période algide: nous attachions à cette médication, que nous avons préconisée à notre retour de Pologne, une assez grande confiance; mais elle est loin d'avoir conservé, dans notre esprit, la même importance, et nous n'y recourons plus maintenant que chez les individus pléthoriques. On sait, du reste, qu'il est impossible d'obtenir du sang pour peu que l'atteinte soit un peu profonde.

Nous avons répété, dans plusieurs cas particuliers, l'emploi de l'ipécacuanha, dans le but d'obtenir une secousse générale, une sorte de révulsion à la périphérie, selon les vues de quelques médecins allemands; nous avons eu à nous en louer sous ce rapport, ainsi que notre collègue, M. Stéphanopoli, médecin en chef de l'armée. Il résulte de nos nouvelles observations sur son administration dans le choléra:

1° Qu'il convient assez généralement dans la cholérine, ou premier degré du choléra ;

2° Que, dans le choléra proprement dit, il ne peut trouver son application que lors des prodrômes d'invasion;

3° Que, plus tard, on perd, par son administration, un temps qui serait plus utilement employé par une médication à la fois plus immédiate et plus active.

Dans quelques cas graves nous avons employé la cautérisation actuelle sur l'épigastre et le long de la colonne vertébrale: un seul malade a survécu.

La réaction une fois établie, nous cherchons à la soutenir à l'aide de potions confortantes (3), tout en tenant compte des appétences des malades. La boisson ordinaire est de l'eau de riz gommée, ou seulement de l'eau gommeuse. Lorsqu'une congestion tend à s'établir quelque part, nous la combattons par des applications de sangsues ou des ventouses scarifiées.

A Alger, comme dans l'Inde et dans le Nord, les déjections bilieuses sont d'un bon augure lorsqu'elles ne s'accompagnent pas d'une débilité trop grande. Un symptôme qui a pour nous la même valeur, est le hoquet, qui se présente souvent dans mon service (4). Les malades en sont parfois très-incommodés : nous l'avons vu résister à toutes les applications faites sur l'épigastre, telles que pommade stibiée, ventouses, sinapismes, cautérisation actuelle. Le seul moyen dont nous ayons eu à nous louer dans cette circonstance, est l'irritation du gros intestin par le moyen de demi-lavemens avec le chlorure de soude ou sel commun.

Les rechutes, qui se sont présentées si fréquemment dans quelques localités, sont rares à Alger : deux ou trois au plus se sont offertes dans mon service.

La convalescence, chez quelques malades, a été retardée par l'étendue ou la profondeur des plaies produites par les sinapismes.

Aucune affection gangréneuse, à part celle des parties rubéfiées pendant la période algide, n'a été observée dans mon service ni dans celui de mon collègue M. Stéphanopoli. Nous partageons, ce médecin et moi, les mêmes vues sur la nature et le traitement de la maladie : nos résultats dans la pratique ont été les mêmes.

Nous venons de répéter, comme nos confrères de Toulon, l'emploi de l'essence de lavande, préconisée par un médecin de Draguignan : le malade a succombé dans l'espace de 32 heures. C'était, à la vérité, un homme âgé et profondément atteint (5). Chez lui le pouls était complètement insensible, et à peine un léger frémissement se faisait sentir aux carotides.

(1) Nous avons dans quelques cas remplacé le thé par le café; mais nous n'avons pas cru en retirer les mêmes avantages. Déjà nous avions cru faire une observation semblable à Varsovie, à l'hôpital des cholériques.

(2) Un gros d'éther et 2 gros d'eau de menthe poivrée, sur 4 à 5 onces d'une potion gommeuse.

(3) Vin ordinaire, avec addition de sucre et de teinture de cannelle.

(4) Deux cholériques que j'ai dans ce moment en sont tous deux atteints, et tous deux aussi vont bien.

(5) Pozzo di Borgo (François), Corse, âgé de 70 ans, fut pris du choléra à

Nous avons dans ce moment à l'hôpital un homme qui sortira sous peu de jours, et dont tout le traitement s'est borné au traitement externe, c'est-à-dire à l'emploi des frictions et des sinapismes. Il a été impossible de lui faire prendre le moindre médicament pendant la période algide.

Un caporal du 63e, Henri Delet, se sentant pris du choléra, eut assez de force morale pour se déterminer à faire une longue course, afin de rétablir la circulation et d'exciter la sueur. Ce double but fut rempli, et le malade ne vint à l'hôpital que pour soigner sa convalescence.

Peu après, deux hommes du train des équipages entrèrent dans mon service, atteints du choléra à un assez haut degré. A l'aide de leurs camarades, qui les soutenaient en leur donnant le bras, on les fit marcher au pas accéléré dans une des galeries intérieures de l'hôpital. Après quoi, on les enveloppa dans des couvertures de laine, et on leur fit boire du thé chaud. C'était aussi ce qui avait été pratiqué pour le caporal. Tous deux se sont assez promptement rétablis.

Un autre malade, chez qui la réaction ne pouvait s'établir, demanda à prendre un peu d'exercice. On lui passa sa capote, et, soutenu par deux infirmiers, on le mit en marche dans la galerie dont nous venons de parler. Il en achevait le deuxième tour, lorsqu'il éprouva une syncope. La mort eut lieu le lendemain, et nous restâmes incertains si la syncope avait eu quelque part à cette terminaison de la maladie.

L'affection typhoïde s'est assez souvent présentée dans mon service. Nos pertes, par suite de cette affection, ont été plus fortes que par le choléra lui-même. Ceci, du reste, s'accorde avec ce qui a été observé ailleurs.

Une éruption consistant en des plaques rouges, irrégulières, peu élevées au-dessus du niveau de la peau, s'est montrée plusieurs fois durant la réaction typhoïde. Un seul malade a survécu. Chez un autre, les plaques sur la face s'étaient réunies de manière que cette partie présentait une surface entièrement rubéfiée, comme érysipélateuse.

Nous avons observé deux cas de parotide : l'un par suite de l'affection typhoïde, l'autre presqu'immédiatement après l'attaque cholérique. Dans ce dernier cas, la tumeur s'est terminée par résolution ; mais, dans l'autre, elle a suppuré très-abondamment, après s'être accompagnée, à son début, d'une éruption de petits boutons ne contenant que de la sérosité. Cette éruption existait sur le cou et la poitrine (1).

Notre traitement, dans l'affection typhoïde, se borne à combattre, par des sangsues et des ventouses scarifiées, les congestions locales, en même temps que nous cherchons à relever les forces lorsqu'elles nous paraissent en défaut.

OBSERVATION DE DILATATION CONSIDÉRABLE DES CAVITÉS DROITES DU COEUR ; recueillie sur M. le docteur PILLIEN, ancien directeur de la GAZETTE DE SANTÉ ; communiquée par M. le docteur BRESSOLES.

Monsieur,

J'ai l'honneur de vous transmettre le relevé de la maladie et de l'autopsie de M. Pillien, dont vous avez récemment appris la perte. Je vous prie, si vous l'en jugez digne, de lui accorder une place dans votre excellent journal.

Ce fut le 21 septembre dernier que, pour la première fois, je fus appelé à donner des soins à M. Pillien, qui, quoique se sentant depuis quelque-temps affecté, n'avait fait sur son état que de très-vagues confidences à mon confrère et ami M. le docteur Bonnet, dont d'ailleurs les avis sages et éclairés ne furent que très-imparfaitement suivis. De concert avec ce médecin, j'examinai le malade, et voici les symptômes qu'il offrit.

Face pâle, abattue; regard sombre; respiration gênée, fréquente et suspirieuse; suffocation passagère; battemens du cœur facilement appréciables à l'œil et à la main; pouls petit, dur, intermittent à la radiale droite; nul à à la radiale, à la cubitale, à la brachiale et à l'axillaire gauches ; décubitus pénible sur le côté droit; douleur sous l'omoplate gauche ; sommeil rare, et depuis quelques nuits interrompu par des rêvasseries effrayantes; tiraillement douloureux dans le trajet du nerf brachial droit ; œdématie des extrémités inférieures jusqu'aux malléoles.

La poitrine percutée rend à droite un son normal dans toute son étendue; à gauche et antérieurement la résonnance est moins bonne dans le tiers supérieur; elle s'obscurcit à mesure qu'on descend, et dans le tiers inférieur le son est tout-à-fait mat. Postérieurement, il est sourd dans toute la région inférieure. Dans toute l'étendue de la première cavité, le stéthoscope fait entendre la respiration puérile, et à deux pouces au-delà du sternum du même côté, un son clair et bruyant, dû aux contractions du cœur. Le même son est perçu vers la région inférieure du sternum, et les mouvemens de l'organe sont là tellement tumultueux, qu'on ne peut distinguer la contraction de l'oreillette de celle du ventricule. L'impulsion imprimée à la main dans cet endroit est à peine sensible. A gauche et antérieurement, on entend la respiration libre dans le tiers supérieur; elle devient voilée dans le tiers moyen, et tout-à-fait nulle dans le tiers inférieur. A la réunion de cette portion avec les deux précédentes, on distingue le râle muqueux dans une certaine étendue. Les battemens du cœur sont très-obscurs et à peine appréciables vers la partie sternale des 5e, 6e et 7e côtes, ce qui empêche encore ici de distinguer le jeu de l'oreillette de celui du ventricule; et néanmoins la main et l'instrument appliqués sur cette partie y reçoivent une très-forte impulsion.

Diagnostic. Dilatation avec amincissement des cavités droites du cœur; hypertrophie des cavités gauches; pneumonie commençante. Prescription. Large saignée du bras; diète lactée; infus. de till. orang.; repos au lit.) Le malade renvoie au lendemain l'exécution de cette ordonnance.

Le 22, dix-huit onces de sang ont été tirées au malade sans qu'il en ait paru affaibli.

Le 23, les accidens ont cédé en partie; le sommeil a été plus long et plus tranquille; le décubitus est également facile sur l'un et l'autre côtés; l'expression de la physionomie est meilleure; la respiration plus libre; les urines fournissent un dépôt assez abondant; les pulsations n'ont point reparu dans le membre gauche, elles sont toujours intermittentes à droite; on veut renouveler la saignée, le malade s'y oppose, et ne veut pas non plus qu'on explore de nouveau sa poitrine à cause de l'impression pénible que produisent sur lui ces sortes de recherches.

(Prescription. Infus. de digit. avec addition de sirop de pointes d'asperges, un demi-gros, trois tasses par jour; eau sucrée dans l'intervalle; 4 gros de calomel en deux doses; deux bouillons.) La douleur persistant du côté de l'omoplate, on applique un vésicatoire sur cette partie.

Le 24, selles bilieuses abondantes; urines copieuses et claires; diminution de l'œdème des extrémités; disparition de la douleur de l'épaule, mieux général. (Continuation des moyens précités; excepté le calomel, dont les quatre grains ont produit un effet très-actif, qui s'est fait ressentir vers la bouche.)

L'amélioration marche ainsi jusqu'au 3 octobre, sans que le malade ait exprimé un seul instant la moindre douleur, la moindre gêne du côté de la tête. Ce jour-là il éprouve, en se levant vers midi, quelques nausées, qui sont suivies de l'expulsion de quelques mucosités, et deux heures après il est frappé d'une attaque d'apoplexie qui le laisse dans l'état suivant : Pâleur excessive de la face; pouls nul dans les deux bras jusqu'aux sous-clavières; les carotides n'offrent pas des battemens bien violens; les yeux et la bouche sont fortement déviés à droite; cette dernière, entre-ouverte, laisse échapper la salive; les extrémités sont froides; il y a perte complète du sentiment et du mouvement de tout le côté gauche; l'intelligence est suspendue; les pupilles sont très-dilatées; le globe de l'œil immobile des deux côtés; les paupières gauches sont entre-ouvertes; la respiration est lente, stertoreuse; le cœur bat assez fort.

(Diagnostic. Hémorrhagie cérébrale. — Prescription. Immersion des extrémités supérieures et inférieures dans un bain très-chaud; sinapismes promenés sur ces dernières; évacuations sanguines générales; des bouteilles, remplies d'eau bouillante, sont maintenues autour des jambes et des cuisses, qu'on enveloppe de flanelle; boisson émétisée.) Sous l'influence de ces moyens les symptômes s'amendent, les fonctions intellectuelles reparaissent en partie; le refroidissement cesse, et beaucoup plus tôt du côté paralysé; la préhension des boissons est peu gênée; la langue est totalement libre, et la parole ne se ressent que de la paralysie de la joue; l'œil droit est moins dévié, il reprend ses mouvemens, le gauche reste immobile. La douleur a reparu dans le trajet

bord du *Brasier*, le 23, à dix heures du soir. Il fut transporté à l'hôpital Caratine le 24, à sept heures du matin; il y mourut dans la matinée du lendemain, à six heures. Six gros d'essence de lavande lui furent administrés dans les premières heures de son entrée : trois dans du thé et les trois autres dans un demi-lavement amylacé.

(1) J'ai observé aux Antilles une éruption en tout semblable, coïncidant aussi avec les parotides, qui se montrent fréquemment à la suite des fièvres rémittentes bilieuses, que quelques auteurs ont confondues et confondent encore mal à propos avec la fièvre jaune.

du nerf brachial; elle devient intolérable, et arrache quelques cris au malade. Des frictions faites à l'aide d'une flanelle imbibée d'un liniment oléo-camphré opiacé, les rendent supportables.

Ceci se passe dans les journées du 4 et du 5, pendant lesquelles on insiste sur les moyens employés.

Le 6, le malade repose depuis les quatre heures du matin jusqu'à six (car il a été un peu agité pendant la nuit); une chaleur halitueuse s'est développée sur tout le corps pendant ce sommeil; au réveil, il y a un vomissement de matières porracées en petite quantité; on remarque de la loquacité; vers les sept heures, une grande raideur se manifeste dans tout le côté paralysé, et la sensibilité est tellement exaltée dans tout le côté droit du corps, que le moindre attouchement y est insupportable au malade; plusieurs évacuations alvines ont eu lieu dans la journée, et la dernière a été d'une fétidité extrême.

Pendant la nuit la loquacité augmente, le malade se découvre continuellement et veut quitter son lit. La tête est chaude; l'étendue, le choc et le bruit des battemens du cœur, ont reparu comme dans le principe, et cependant les pulsations ne reparaissent pas dans les artères des membres supérieurs.

(Prescription. Saignée du pied, 10 sangsues sur chaque apophyse mastoïde, lavement avec addition de sulfate de soude, 1 once; vésicatoire sur la cuisse droite, compresses réfrigérantes souvent renouvelées sur la tête, eau d'orge avec addition de sirop de pointes d'asperges.)

Le 7, le malade est plus faible, la raideur des membres paralysés a disparu; le cœur a diminué ses contractions. (Vésicatoire sur la cuisse gauche, celui de la droite ayant mal pris; boisson ordinaire; lavement simple; continuation des réfrigérans sur la tête.)

La nuit est bonne.

Le 8, le malade réclame à toute instance un bain général accompagné de douches d'eau froide sur la tête; il ne cède à aucun des raisonnemens employés pour lui démontrer les inconvéniens de ce moyen, et à 10 heures on se voit obligé, pour calmer son impatience, de le plonger dans l'eau chaude jusqu'aux hanches, pendant que des douches sont administrées sur la tête à intervalles assez rapprochés, afin que la réaction ne puisse se développer. Le malade se trouve bien de l'immersion; il s'endort pendant qu'elle a lieu, et repose même quelques instans après sa sortie du bain; mais une heure après, malgré le soin pris d'entretenir la répercussion sur la tête à l'aide des compresses trempées dans l'eau froide et sans cesse renouvelées, l'excitation générale reparaît; la tête s'échauffe, la loquacité se développe, le cœur accélère ses battemens, et l'on se voit obligé de recourir à une nouvelle saignée du pied qui calme ces accidens et provoque le sommeil. Cet effet n'est néanmoins que momentané, et deux heures après l'agitation est des plus violentes; il y a des soubresauts dans le membre inférieur paralysé.

(15 sangsues derrière chaque oreille; sinapisme à chaque jambe; vésicatoire à la nuque, descendant sur les premières vertèbres dorsales; émulsion d'amandes; pansement des vésicatoires des cuisses, qui sont plus animés.) Le malade devient plus tranquille; il repose une partie de la nuit.

Le 9, l'amélioration est sensible; la bouche à peine déviée; l'intelligence plus nette; on s'aperçoit que la surdité dont le malade était atteint depuis quelques années, a disparu; l'œil gauche suit les mouvemens de l'œil droit, et distingue parfaitement les objets qu'on lui présente pendant que ce dernier est tenu fermé. On donne un bouillon, et peu de temps après l'avoir pris le malade s'entretient de son état et de ses amis; il veut même faire part de sa maladie à quelques-uns de ces derniers, et réclame pour cela les objets nécessaires. Lui-même il place ses lunettes, dispose son papier et trace d'une main assurée, et en suivant également des deux yeux ce qu'il écrit, deux lettres, l'une pour M. le docteur Andral père, l'autre pour M. le docteur Terreux, son neveu. (Pansement des divers vésicatoires; solution de gelée de groscilles.)

La nuit est d'abord troublée par quelque agitation. (On administre une émulsion d'amandes édulcorée avec le sirop de pointes d'asperges, et le malade s'endort vers les trois heures du matin.)

Le 10, le sommeil devient comateux; on a de la peine à retirer le malade de cet état, qui montre de la tendance à se reproduire. (6 sangsues derrière chaque oreille; nouveau sinapisme à la plante du pied droit; lavement purgatif.) Amélioration. La nuit est passable.

Le 11, il y a des alternatives de calme et d'agitation; la loquacité reparaît avec une légère réaction fébrile; le côté paralysé est couvert de sueur, l'autre n'a que de la chaleur; le malade demande que l'on tire fortement sa jambe gauche, qu'il craint voir sans cela se briser à chaque instant. Les pulsations du cœur sont toujours très-fortes; on applique de nouveau le stéthoscope, et l'on entend, dans la région des cavités gauches, un bruit de soufflet très-distinct et qui persiste sans interruption; ceci fait reconnaître un rétrécissement de l'un des orifices de ce côté, sans qu'il soit possible de s'assurer s'il appartient à l'aorte ou au trou auriculo-ventriculaire. (On anime le vésicatoire de la nuque; on donne un bain de pieds très-chaud, un lavement, et la solution de sirop de pointes d'asperges est continuée.)

Du 11 au 15, les symptômes de paralysie s'affaiblissent; par le pansement des vésicatoires du membre gauche, ou en pressant fortement sur la plante du pied du même côté, on obtient des contractions musculaires très-prononcées. L'état général se conserve passable; seulement, la parotide droite est prise d'une inflammation assez violente, que l'on combat avantageusement par l'application de simples cataplasmes.

Du 13 au 16, la maladie semble stationnaire, mais la paralysie a diminué encore, et du côté de la jambe, et du côté du bras; plusieurs fois les fonctions de l'entendement ont montré une activité et une justesse remarquables; la mémoire surtout paraissait n'avoir jamais été altérée. Le 16, sur les cinq heures du soir, un violent frisson s'empare du malade, que l'on a grand'peine à réchauffer pendant l'espace de deux heures; la chaleur se rétablit enfin, et une moiteur générale lui succède; mais les battemens du cœur deviennent très-forts, la respiration s'élève, les idées se perdent, la parole s'affaiblit, les traits s'affaissent, les yeux restent immobiles et cachés sous la paupière supérieure, et à une heure après minuit le malade s'éteint paisiblement.

AUTOPSIE TRENTE-DEUX HEURES APRÈS LA MORT.

Habitude extérieure. Amaigrissement peu marqué; lividité cadavérique à la région dorsale du tronc et aux fesses.

Crâne. Épaisseur ordinaire des os; sinus frontaux peu développés; injection et forte adhérence de la dure-mère avec l'intérieur de la boîte osseuse dans toute l'étendue du pariétal droit; sa face cérébrale porte dans le même espace la trace de la déchirure des fausses membranes développées entre elle et les autres enveloppes du cerveau; les sinus renferment peu de sang; l'arachnoïde, dans la même région, est luisante, opaque, et comme enduite d'une couche de gélatine; son union avec la pie-mère est telle qu'on ne peut l'en séparer. Cette dernière membrane elle-même, très-injectée, partage cet état morbide, et unit en cet endroit les diverses circonvolutions encéphaliques dans toute la profondeur de leurs anfractuosités.

Le cerveau, parfaitement symétrique, est volumineux; l'hémisphère gauche, entièrement sain, offre des circonvolutions minces et multiples et des anfractuosités nombreuses et très-profondes. En soulevant l'encéphale pour opérer la section des nerfs et celle de la tente du cervelet, le doigt pénètre dans son épaisseur, et de la sérosité, dans la proportion de deux cuillerées environ, s'échappe à travers l'ouverture pratiquée. Après avoir enlevé par une coupe horizontale une couche assez mince de substance cérébrale, on découvre une désorganisation complète de la masse encéphalique, comprenant toute l'étendue du lobe antérieur et du lobe moyen de l'organe, entièrement convertis en une matière pultacée semi-liquide. Le désordre est tel, qu'on ne trouve plus aucune trace de la cavité ventriculaire ni des organes qui s'y rencontrent. Plus de corps strié, de couche optique, de plexus choroïde, d'hippocampe; le septum médian seul est intact, et dans ce détritus on ne distingue que la nuance de la substance grise confondue avec la blanche. En entraînant, à l'aide d'un filet d'eau, la matière ramollie, on ne découvre aucun foyer sanguin, mais on arrive à l'ouverture que le doigt s'était accidentellement frayée, et par laquelle un liquide séreux s'était échappé, sans qu'on puisse préciser si cet amas de liquide s'était fait dans l'intérieur du ventricule ou en dehors de sa cavité.

Le reste de l'encéphale, le cervelet, le mésocéphale, la moelle épinière n'offrent rien de particulier.

Thorax. La poitrine est bien conformée; le poumon droit est sain, ainsi que son enveloppe; le gauche est dans toute son étendue adhérent à la plèvre, qui elle-même offre, entre son feuillet viscéral et son feuillet pariétal, des adhérences étendues et très-fortes. Le tissu pulmonaire est partout perméable, mais gorgé d'un liquide séro-sanguinolent, qu'on exprime facilement par la compression des divisions bronchiques incisées. On trouve très-peu de sérosité dans la cavité pleurale de ce côté. Le péricarde est, en quelques points peu étendus, adhérent au médiastin à gauche; il s'échappe peu de liquide de son intérieur. Le cœur est très-volumineux; sa forme est altérée par le développement des cavités droites, qui ont envahi une partie de la cavité droite du thorax, sans que le poumon paraisse en avoir souffert; l'oreillette droite recevrait facilement un gros œuf de poule; la fosse ovale est à peine marquée; l'orifice des veines caves, celui des veines cardiaques, n'offrent rien de particulier; le ventricule du même côté est largement

dilaté; ses parois offrent à peine une ligne et demie d'épaisseur; les colonnes charnues y sont peu prononcées, aplaties; la valvule auriculo-ventriculaire est rétrécie, son tissu converti en une substance calcaire qui se brise sous la pression; l'ouverture auriculo-ventriculaire est largement béante; la zone fibreuse qui l'entoure est convertie en la même substance que la valvule. L'oreillette gauche est sensiblement dilatée, mais beaucoup moins que la droite; rien du côté des veines pulmonaires; le ventricule correspondant a conservé sa capacité ordinaire; ses parois, y compris la cloison interventriculaire, sont hypertrophiées; elles offrent 7 lignes d'épaisseur à la partie moyenne de l'organe et 8 à la pointe et à la base; un épais et volumineux caillot occupe cette cavité; les colonnes charnues y sont très-nombreuses et très-prononcées; le tissu du cœur est rouge et ferme en cet endroit; la valvule bicuspide est atteinte de la même dégénérescence que la tricuspide; le cercle fibreux qui la circonscrit est également ossifié, proéminent; l'orifice auriculo-ventriculaire admet avec peine l'extrémité du petit doigt; aucune communication anormale n'existe entre les cavités gauches et les cavités droites; la crosse de l'aorte porte; vers l'origine du tronc brachio-céphalique, une plaque osseuse qui ne comprend pas toute l'épaisseur de son tissu et de peu d'étendue. L'aorte descendante renferme, vers sa partie supérieure, un caillot de 15 pouces de longueur. La brachiale du côté gauche offre également, vers la pointe du deltoïde, un caillot fibrineux adhérent, long d'un pouce et demi, sans nulle trace d'artérite; la radiale n'existe pas de ce côté, et la brachiale se divise seulement en deux branches, l'interosseuse et la cubitale. (Le temps ne nous a pas permis d'examiner quelles dispositions anastomotiques avaient suppléé à cette anomalie.) Un caillot de 3 pouces de long occupe aussi la partie moyenne de l'artère brachiale droite. Le système artériel est à peu près vide de sang; le système veineux n'en contient pas une quantité remarquable.

Abdomen. L'estomac présente quelques arborescences vers son grand cul-de-sac; le canal intestinal est intact; le foie est sain; la vésicule est remplie d'une bile noirâtre visqueuse semblable à du goudron; la rate n'est plus qu'un amas de noyaux et de plaques osséo-cartilagineux, où l'on retrouve à peine quelques traces de son tissu propre.

Le reste des organes de cette cavité n'a rien offert de notable.

M. Pillien était âgé de 65 ans, d'un tempérament lymphatico-nerveux, d'une petite stature et d'une complexion médiocre; son activité était très-grande et son irascibilité extraordinaire.

Bressoles, D.-M. P.

BIBLIOGRAPHIE.

Œuvres chirurgicales complètes de sir A. Cooper; traduites de l'anglais, avec des notes, par E. Chassaignac, prosecteur à la Faculté de médecine de Paris, vice-président de la Société anatomique, et G. Richelot, D.-M. P.

Voici un livre que les critiques de l'avant-dernier siècle auraient justement appelé un livre d'or, *liber aureus*. Il y a moins d'une année que nous opposions avec confiance notre Dupuytren à l'Astley Cooper des Anglais; mais déjà, plus heureuse que nous, la chirurgie anglaise possédait, dans divers ouvrages, la plupart des grandes idées de celui qu'elle reconnaît pour son chef, et Dupuytren est mort sans avoir élevé à sa gloire ce monument, que sir A. Cooper a pris soin d'édifier pour la sienne.

Les Œuvres de sir A. Cooper se composent de quatre traités principaux : 1° son *Traité des luxations et des fractures articulaires*, ouvrage souvent cité depuis quelque temps parmi nous; 2° son *Traité des hernies abdominales*, moins bien connu que le précédent, et qui l'égale cependant en importance; 3° un travail sur les maladies du testicule; 4° un autre sur les maladies des mamelles; et 5° enfin un grand nombre de mémoires et d'observations éparses dans les journaux. La collection complète de ses Œuvres ne pourrait donc pas se trouver, même à prix d'argent, en Angleterre; et les traducteurs ont fait voir, par un calcul très-simple, que les quatre premiers traités seuls, pris à Londres, ne coûteraient pas moins de 300 fr.; or, leur traduction ne coûtera pas 20 fr. à Paris. Il est vrai que les planches nous manqueront; mais la profession médicale élève peu de fortunes en France auxquelles conviennent ces grandes iconographies, et nous devons déjà nous applaudir de posséder le texte.

Les cinq premières livraisons publiées comprennent tout le *Traité des luxations et des fractures articulaires*, et le commencement de celui des hernies. Nous n'examinerons pour cette fois que le premier.

Les maladies des os, jusque là assez négligemment traitées par les auteurs, étaient devenues, grâce aux travaux de Duverney et de J.-L. Petit, une branche distincte et très-importante de la pathologie chirurgicale. Nombre d'efforts partiels, parmi lesquels il faut mettre au premier rang les mémoires de Desault, publiés par Bichat, avaient comblé de nombreuses lacunes laissées par les deux premiers écrivains; et plus tard enfin Boyer et Monteggia, traitant ce sujet avec une prédilection qui élève cette partie de leurs grands ouvrages bien au-dessus de tout le reste, paraissaient avoir fondé un monument auquel il ne resterait à ajouter que quelques faits de détail. Tous avaient à peu près oublié une section importante des lésions osseuses, les *fractures des articulations*, selon l'expression d'Astley Cooper; il s'empara de ce terrain demeuré inculte, et étudiant ensemble et les unes à côté des autres, les luxations et les fractures qui les simulent ou les compliquent, il a créé un livre neuf et qui ne ressemble à aucun de ceux qui l'avaient précédé.

Ce n'est pas là son seul mérite. A. Cooper sait beaucoup, mais bien moins par la lecture que par l'observation personnelle et ses relations avec ses confrères; en dehors de ce cercle on dirait que le reste de l'art lui est étranger. A peine trouverait-on dans son livre trois ou quatre citations d'auteurs anciens ou contemporains; ses maîtres, ses élèves, ses amis et lui-même, ce sont-là ses seules autorités. Avec un homme d'un génie moins supérieur, un ouvrage ainsi conçu aurait couru grand risque de n'être pas supportable; et il est facile de prévoir que le traité de sir A. Cooper n'est rien moins que complet; mais en revanche, il offre presque d'un bout à l'autre un cachet remarquable d'originalité; toutes les observations sont inédites; beaucoup de conclusions sont nouvelles; et pour ce que l'auteur a retenu des leçons qu'il suivait dans sa jeunesse, il le donne encore, non comme appuyé sur l'autorité d'autrui, mais comme vérifié et confirmé par son expérience.

Après cela, bien plus occupé du fond que de la forme, il néglige un peu et la série logique des faits et des idées, et la méthode générale que nous réclamons de tout écrivain dogmatique en France. La première partie de ce traité a paru d'abord divisée en deux mémoires, et a été traduite en français avec quelques autres travaux de l'auteur et de B. Travers; il commençait par les luxations et les fractures de la hanche; il ne s'est pas mis en peine de chercher un nouvel ordre. Ainsi, après les luxations et les fractures des articulations du membre inférieur, il passe à celles de la mâchoire et du membre supérieur; puis termine par celles des côtes et de la colonne épinière. De même, ayant recueilli dans l'intervalle d'une édition à l'autre de nouvelles observations, il les fait entrer de gré ou de force dans le chapitre auquel elles appartiennent, sans les y rattacher par une transition, par une réflexion, par une modification quelconque; et sa doctrine est si bien assise que jusqu'à présent aucun de ces faits surajoutés n'a contrarié les conséquences tirées à la fin du chapitre. N'allez pas même croire qu'il se donnera la peine d'arranger le récit qui lui est adressé par quelque confrère de province; il envoie à l'imprimerie la lettre comme il l'a reçue, portant en tête le nom du lieu et la date; puis les paroles d'envoi sacramentelles : *My dear sir, je vous envoie*, etc.; puis l'histoire courte ou longue, complète ou incomplète; et à la fin le *très-humble serviteur* et le nom du signataire en lettres capitales. Cette manière tant soit peu paresseuse, ce *sans-façon* britannique ne va guère avec nos habitudes françaises; aussi nous souvenons-nous d'avoir lu, il y a une dixaine d'années, un compte-rendu de la première partie de ce livre, où le critique parisien adressait au chirurgien anglais une verte semonce, et jugeant du fond par la forme, portait sur le tout un jugement infiniment peu flatteur.

Si nous nous sommes un peu étendu sur l'aspect général de cet ouvrage, c'est que l'on ne trouvera presque aucune trace de cette originalité dans la traduction de MM. Chassaignac et Richelot. Ils ont eu peur de montrer ainsi leur auteur dans son déshabillé; ils l'ont coquettement paré et arrangé à la française. Plus de lettres d'envois, plus de complimens respectueux; tout cela s'est transformé en ce titre sec et uniforme : *observation première*, *observation centième*; et c'est à peine s'ils ajoutent par qui elle a été communiquée. Ont-ils eu tort, ont-ils eu raison? Je pense que la plupart de leurs lecteurs leur en sauront gré; pour nous, un peu amateur d'éditions bien complètes et de textes fidèles, nous regrettons à vrai dire la physionomie primitive du livre. Nous serions toutefois disposés à céder sur ce point à l'avis de la majorité; mais les traducteurs ont pris d'autres licences beaucoup plus graves,

que nous allons énumérer toutes, afin de n'avoir plus après que des éloges à leur donner.

Le premier, et non le moins important de ces griefs, c'est qu'ils ont complètement bouleversé l'ordre général du traité, et qu'ils l'ont divisé en deux, sans raison qui nous paraisse suffisante. Ils ont intitulé le premier : *Des luxations*; le second : *Des fractures des articulations*. Ainsi, la belle et grande idée d'avoir rapproché ces deux ordres de lésions et pour compléter l'histoire des désordres de chaque article, et pour éclairer le diagnostic différentiel, cette idée se trouve presque perdue; les lecteurs de cette traduction en reconnaîtront à peine quelques traces, et quelques-uns pourront bien n'être que frappés d'une lacune volontaire, en cherchant pourquoi le *Traité des fractures* ne parle pas de celles du milieu des os.

Secondement, ils ont retranché toutes les descriptions d'anatomie normale qui commencent les chapitres d'A. Cooper. Le mal réel n'est pas bien grand, à la vérité; car en général ces descriptions ne sont qu'une pâle copie des traités classiques d'ostéologie descriptive; mais il en eût peu coûté pour laisser l'ouvrage complet, et le lecteur ne serait pas resté en doute si on ne lui a pas ôté quelques idées de réelle valeur.

Troisièmement, ils ont cru pouvoir aussi passer sous silence quelques petites mentions de faits pour lesquels l'auteur renvoyait à ses planches; mais ici commence le danger de se permettre des suppressions. En voici un exemple bien propre à justifier cette critique. A. Cooper, après avoir dit que la luxation des phalanges est plus fréquente entre la première et la seconde qu'entre la seconde et la troisième, ajoute :

« On peut voir cette luxation dans la planche; la seconde phalange est jetée en avant vers les gaînes des tendons, et la première en arrière. Je ne saurais dire si les ligamens avaient été déchirés; car la luxation était déjà ancienne, et les ligamens étaient réunis, si jamais ils avaient été rompus; le tendon extenseur était fortement tendu sur l'extrémité de la première phalange. »

Tout ce passage, qui est à notre avis le plus intéressant de l'article, manque dans la traduction. A la vérité, MM. Chassaignac et Richelot ne pouvaient renvoyer à des planches que leur prix élevé empêchait de joindre à leur travail; mais ils auraient pu encore y suppléer par de petites notes, qui auraient ajouté à ce qui manquait dans le texte pour la description complète de la planche. Il faut toutefois ajouter que ces omissions sont rares, et que celle-ci est la plus importante que nous ayons rencontrée.

Quatrièmement enfin, ils ont pensé devoir changer, pour la commodité des lecteurs français, certaines dénominations introduites par A. Cooper dans le langage chirurgical. Ils allèguent bien qu'ils ont voulu être mieux entendus du plus grand nombre; mais ici nous ne serons pas d'aussi bonne composition, et nous pensons que c'était l'intérêt du petit nombre qu'il fallait consulter. D'ailleurs, tous les chirurgiens, avec trois minutes de reflexion, auraient retrouvé la signification des termes; et au besoin il eût suffi d'indiquer la synonymie en note. Loin de là, l'altération des noms a passé dans le texte; là où A. Cooper a écrit *luxation du tibia en dedans*, on a mis *luxation du pied en dedans*; et il en résulte un effet singulier; c'est que, dans ce chapitre même, l'auteur mentionne une variété de la luxation du tibia en dedans, que les traducteurs sont obligés de rapporter à la luxation du pied en dehors. D'ailleurs, pour ce qui regarde ce point spécial, les dénominations nouvelles d'A. Cooper ne sont pas seulement des questions de mots; elles touchent en fait à la doctrine; elles doivent, à notre avis, remplacer toutes les autres, et par leur clarté, et par leur sens logique, ce qui double pour nous le danger qu'il y avait à les changer.

On me pardonnera de citer un autre exemple de ce péril que les modifications et les éclaircissemens font courir à la doctrine, attendu que je m'y suis trouvé intéressé moi-même. Sir A. Cooper, en décrivant sa luxation incomplète de l'humérus, dit que la tête humérale, au lieu d'être jetée sur le côté sternal de l'apophyse coracoïde, comme dans la luxation complète en avant, est placée *sur le côté scapulaire, on the scapular side*, de cette apophyse. J'avais entendu par là le côté externe, et j'avais été confirmé dans ma version par des explications de la bouche de sir A. Cooper lui-même; et attaquant ce point de doctrine, j'avais jugé ce déplacement anatomiquement impossible. MM. Chassaignac et Richelot ont jugé comme moi; mais voulant éviter ce reproche à leur auteur, et trouvant d'ailleurs, ainsi que je l'avais déjà fait remarquer, une contradiction manifeste entre la description générale et les observations particulières et même un dessin gravé, ils ont traduit *the scapular side* par *la face inférieure* de l'apophyse coracoïde. De là une longue discussion, chacun soutenant son dire; et nous avions tous oublié un passage qui juge définitivement la question, et que je citerai en me servant de leur traduction même, page 79 : « La quatrième espèce (des luxations scapulo-humérales) est incomplète; la partie antérieure du ligament capsulaire est déchirée; la tête de l'humérus repose *contre l'apophyse coracoïde, à la partie externe de cette éminence*. » Le texte anglais dit aussi bien nettement cette fois, *on its outer side*.

Malgré ces critiques, que nous ne pouvions passer sous silence, la traduction de MM. Chassaignac et Richelot nous a paru en général une œuvre de conscience et de savoir. Ils ont étudié leur texte avant de le traduire; aussi n'est-on pas exposé à rencontrer de ces grossiers contresens qui fourmillent dans le premier essai de traduction des Œuvres d'A. Cooper et B. Travers. De nombreuses notes mettent en regard des recherches d'A. Cooper les recherches ultérieures; en sorte que l'édition française sera sur beaucoup de points consultée avec plus de fruit que l'édition originale. Nous ne saurions sans doute donner une analyse complète d'un traité qui embrasse autant de faits divers; mais il ne sera pas sans intérêt de récapituler les principales idées produites dans l'histoire des luxations par A. Cooper.

Pour la réduction des luxations difficiles, il préfère le moufle à l'action des aides; et il y joint d'ailleurs, selon le besoin, la saignée, le bain chaud, le tartre stibié à doses nauséeuses. En général, il applique l'extension sur l'os luxé lui-même, contre le précepte de Boyer. Il insiste autant que le faisait Dupuytren sur l'utilité qu'il y a à distraire durant les extensions l'attention du malade. Quoiqu'il pose des limites aussi étroites que nos chirurgiens au temps durant lequel on peut tenter la réduction, il cite un cas de luxation de la cuisse, réduite par accident après cinq ans d'existence.

La luxation du fémur dans l'échancrure sciatique, niée ou fort mal décrite par les auteurs, a fourni un chapitre presque entièrement neuf à A. Cooper. Il démontre qu'au lieu d'être en arrière et en bas, la luxation est alors en arrière et un peu en haut; que le membre est donc raccourci au lieu d'être allongé; ainsi on est exposé à confondre cette luxation avec celle qui a lieu sur l'ilium, et cette méprise a été commise par des chirurgiens de mérite.

Il adopte l'opinion du docteur Hey touchant la luxation incomplète du fémur sur les cartilages semi-lunaires du tibia, lésion récemment encore révoquée en doute, mais dont nous avons publié une autopsie dans la GAZETTE MÉDICALE. Il a vu un cas de luxation de l'extrémité supérieure du péroné.

Les luxations de l'articulation tibio-tarsienne sont traitées d'une manière aussi neuve pour la théorie qu'importante pour la pratique. Par le rapprochement de près de trente observations, toutes inédites, il montre que l'amputation, dans les luxations compliquées de plaie, est une ressource extrême à laquelle on peut le plus souvent éviter de recourir. La réduction simple, ou la résection au besoin procurent une guérison stable et rarement suivie d'inconvéniens.

A. Cooper est le premier qui ait décrit une luxation incomplète de l'humérus, bien que d'après nous il se soit trompé sur son siége. Il a vu six cas de luxation de l'extrémité supérieure du radius en avant, regardée par Boyer comme si difficile; et un seul cas de luxation en avant, que nos auteurs français admettent presque seule. C'est dans ces sortes de questions surtout qu'on regrette que Sir A. Cooper ait fait si peu attention aux travaux des autres pour les discuter et les comparer à sa propre doctrine; il a laissé ce travail à faire, et nul assurément ne s'en acquittera avec autant d'autorité.

Il admet les luxations du poignet, mais comme une chose rare; et il n'en cite pas d'exemple. Pour la luxation carpo-métacarpienne du pouce, il n'a observé que celle où l'os métacarpien était porté en dedans; tandis que nos chirurgiens n'ont guère vu que celle en dehors.

Nous avons suivi jusqu'ici la traduction, et il resterait à parler des fractures articulaires; mais il faudrait citer presque tous les chapitres comme ayant ajouté quelque chose à ce que nous savons. On sait assez, par exemple, combien l'histoire de la fracture du col du fémur, si bien étudiée cependant en France, doit de nouveaux points de vue aux recherches d'A. Cooper.

En résumé, MM. Chassaignac et Richelot ont donc rendu un service éminent aux praticiens, en mettant à leur portée un livre si plein de choses; et leur travail doit occuper une place choisie dans la bibliothèque de tout chirurgien.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

PARIS. — ÉVERAT, IMPRIMEUR, RUE DU CADRAN, N° 16.

Gazette Médicale

DE PARIS.

LA GAZETTE MÉDICALE DE PARIS (*Gazette de santé* et *Clinique des hôpitaux* réunies) paraît tous les samedis de chaque semaine; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et équivant à 6 feuilles in-8°. Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois. Pour l'Étranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Poissonnière*, n° 5, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

THÉRAPEUTIQUE GÉNÉRALE.

DES SAIGNÉES RÉPÉTÉES DANS LE DÉBUT DES MALADIES AIGUES.

(Premier article.)

L'Académie de médecine vient de clore une trop longue discussion sur la question de savoir si les saignées copieuses répétées coup sur coup ne sont pas le moyen le plus efficace et le plus prompt pour couper court à toutes les maladies aiguës. C'est dans ces termes que les avantages des émissions sanguines ont été préconisés, en s'appuyant toutefois de l'autorité des résultats cliniques d'un professeur distingué à qui on a fait honneur de cette méthode. Il est superflu de remettre sous les yeux l'histoire d'une discussion exposée en détail dans nos comptes-rendus des séances de l'Académie. Il ne s'agit pour nous en ce moment que de la question même. Jusqu'à quel point la méthode dont on parle ici est une nouveauté? jusqu'à quel point cette méthode s'applique sans distinction à toutes les maladies aiguës intercurrentes? Tels sont les deux points que nous nous réservons d'examiner dans cet article. Disons d'abord avant d'aller plus loin en quoi consiste cette précieuse méthode.

Dès les premiers jours les malades sont saignés copieusement trois fois en 12 heures. On commence par une saignée du bras de trois à cinq palettes; on pratique ensuite à l'aide des ventouses une seconde saignée de trois palettes; enfin dans l'après-midi une saignée par les sangsues succède aux deux premières. Le lendemain on recommence à saigner comme le jour précédent et de la même manière. Nous généraliserons convenablement cette méthode de traitement en posant en principe qu'il faut faire coup sur coup des saignées copieuses. Nous avons déjà dit que ce mode de curation s'applique avec le même avantage à toutes les maladies aiguës intercurrentes. Sur ce nombre, M. le professeur Bouillaud, auteur de ce traitement, a fait mention de la pneumonie, du rhumatisme, de l'érysipèle et de l'angine. Toutefois, nous le répétons, ces exemples ne sont que des cas d'application de la méthode dont il est question; car il est bien entendu qu'elle a les mêmes succès contre toutes les maladies aiguës non épidémiques.

Quant à ces succès, ils sont si grands qu'aucune autre méthode n'en offre d'aussi brillans. En additionnant les chiffres des morts dans les pneumonies traitées différemment, on trouve à peu de choses près le tiers des malades; en les traitant par les saignées *à outrance*, suivant l'expression de M. Bouillaud, on n'a perdu qu'un pneumonique sur

Feuilleton.

A M. HUSSON, A PROPOS DE QUELQUES PASSAGES DE SON DERNIER DISCOURS A L'ACADÉMIE DANS L'AFFAIRE HOSSARD.

Monsieur et très-honoré confrère,

Vous ne serez pas surpris sans doute que je réponde publiquement à quelques allégations, contenues dans votre dernier discours à l'Académie de médecine, qui me concernent personnellement. Un homme de votre expérience ne dit probablement que ce qu'il veut dire, et doit mesurer la portée de ses paroles.

Je confesse volontiers que j'ai ressenti le coup que vous avez voulu me porter, et si cet aveu peut vous procurer quelque satisfaction, je ne vous la refuse pas. Je souhaiterais que ce qui me reste à vous dire vous satisfît également. Vous en jugerez.

Vous m'avez accusé publiquement, en présence de nos plus honorables et distingués confrères, gens d'honneur à l'estime desquels je tiens avant tout, et comme homme et comme médecin, de m'être jeté *à la traverse* des projets de M. Hossard par *jalousie de métier* et par *rivalité* d'industrie, motifs trop bas sans doute et trop intéressés, selon vous, pour donner crédit à mes communications à l'Académie. Ce sont là vos propres paroles, monsieur; paroles bien légères, bien imprudentes, qui mériteraient des réponses de plus d'un genre, et auxquelles pourtant je ne pourrai guère, que je sache, opposer que ces quelques lignes dans un journal.

Je suis bien aise de vous apprendre, monsieur, que je ne fais pas le même *métier* que M. Hossard. Médecin de la Faculté de Paris depuis dix ans, j'ai exercé jusqu'ici ma profession, sinon avec distinction, comme vous avez l'obligeance de le croire, du moins avec de la probité et de la conscience. Rédacteur en chef et directeur d'une publication qui, j'ose le dire, n'a pas été sans utilité pour la science, j'ai été honoré et de la confiance du public médical et de la coopération soutenue de mes confrères. Livré depuis plusieurs années à l'étude spéciale des difformités du système osseux, j'ai consacré tous mes soins à cette branche de la médecine, et j'ai été placé à la tête d'un établissement orthopédique qui jouissait déjà d'une réputation méritée et honorablement acquise. Voilà le métier que j'ai fait depuis dix ans.

Le métier de votre protégé est un peu différent. C'est un homme qui pratique la médecine sans titre légal, qui est en contravention flagrante avec la loi, et sous le coup d'une condamnation correctionnelle; qui, admis je ne sais pourquo

huit et demi, et même toute réduction faite des cas mortels dans lesquels la méthode proposée n'a pu être appliquée, on ne trouve, par une simple règle de proportion, qu'un mort sur vingt-trois et demi. Remarquons en outre que les pneumoniques ainsi traités, au lieu de rester malades des quatorze, vingt jours ou davantage, comme il arrive pour l'ordinaire, entrent généralement en convalescence du quatrième au cinquième jour.

Les succès sont encore plus saillans contre les autres maladies. Tous les érysipèles soumis à ce traitement ont été guéris. Sur quatre-vingt et quelques cas de rhumatismes articulaires, bien que plusieurs fussent compliqués de péricardite ou de pleurésie, aucun n'a succombé; et tandis que par les autres moyens cette affection traîne des semaines ou des mois entiers, les saignées pratiquées coup sur coup décident en sept ou huit jours des convalescences complètes. Les angines n'ont pas donné non plus un seul mort. Il y a plus: c'est que les angines légères, pour lesquelles on s'est borné à l'expectation, ont traîné en longueur ou se sont aggravées même, au lieu que les plus graves attaquées par les saignées ont guéri promptement et radicalement. Maintenant que nous avons dans les mains toutes les circonstances de cette méthode, jugeons ses prétentions à leur valeur réelle, sans chercher ailleurs que dans une juste appréciation de ces circonstances les bases de notre jugement.

Le premier fait à éclaircir, c'est la date précise de l'origine de cette méthode. Ce n'est pas une question oiseuse que l'époque de la naissance d'une opinion théorique, d'un précepte de pratique; en présence d'un procédé nouveau ou d'une application nouvelle, il n'y a rien de mieux à faire qu'à se retrancher dans un doute philosophique et à se taire, en attendant qu'une somme suffisante d'observations de faits nous excite à l'admettre ou à la repousser; mais si par hasard la découverte supposée a déjà subi l'épreuve de l'expérience, nous sommes dispensés de perdre notre temps à une vérification qu'on trouve toute faite; et nous prononçons avec confiance, sur la foi de ceux qui nous ont légué les fruits de leurs investigations, que la vue théorique ou le procédé pratique renouvelé est bon ou mauvais, ou que selon les cas il est utile ou dangereux. D'après ce principe confrontons la méthode de M. le professeur Bouillaud avec les méthodes thérapeutiques appliquées successivement contre les maladies dans lesquelles on assure aujourd'hui qu'on voit triompher les saignées à outrance. Il serait trop long de passer en revue toutes les espèces de maladies intercurrentes. Citons-en deux ou trois seulement, en ayant soin de les prendre parmi les plus remarquables. Nous nous en tiendrons pour le moment à la pleurésie et à la pneumonie, au rhumatisme articulaire et aux fièvres typhoïdes.

C'est avec un véritable regret que nous voyons des hommes tels que ceux qui se sont faits les champions de cette méthode de traitement, être si peu versés dans l'histoire pratique de notre art, qu'ils nous donnent avec confiance comme un mode de traitement tout nouveau une méthode de thérapeutique qu'on trouve écrite, pour ainsi dire, à chaque page dans les ouvrages d'une multitude de médecins des trois derniers siècles, parmi lesquels on compte les plus grandes notabilités médicales. Commençons par les ouvrage les plus près de nous, nous ferons abstraction de ceux qui ne datent que de ce siècle, et nous ne parlerons que des principaux; ils suffiront à justifier une opinion populaire très-mal reçue en tout temps par les novateurs, savoir, qu'il y a en médecine bien peu d'applications dont on ne trouve au moins des essais décisifs dans les annales de la science. Voici d'abord Huxham.

Dans la dissertation de ce médecin sur la pleurésie et la péripneumonie, il remarque que dans la péripneumonie il est absolument nécessaire de faire *promptement des saignées copieuses et répétées*. Dès le début, il exige une bonne saignée par une grande ouverture. Si cette première ne calme pas les symptômes, il faut la répéter au bout de huit, dix ou douze heures, et même plus tôt. Si celle-ci n'est pas encore suffisante, on y reviendra une troisième fois... En un mot, il prescrit de saigner jusqu'à ce que la respiration soit devenue plus libre et plus facile. Dans les pneumonies doubles, il recommande, pour plus de promptitude, de saigner en même temps des deux bras; et ailleurs il ajoute que, comme ces inflammations du poumon ou suffoquent rapidement les malades, ou se terminent par la suppuration, la gangrène ou le squirrhe, il faut faire le plus tôt possible des saignées abondantes et multipliées; et dans les cas où les saignées générales ne seraient pas praticables, il ordonne d'y suppléer par les ventouses scarifiées.

Sydenham donne la saignée comme sa plus grande espérance contre la pleurésie. Aussitôt qu'il est appelé auprès du malade, il fait tirer sur-le-champ du bras environ dix onces de sang. Si la douleur est violente, il réitère la saignée de la même manière. Il les répète le second, le troisième et le quatrième jours. Il affirme hardiment que la pleurésie se guérit aussi sûrement qu'une autre maladie si on la traite par la saignée réitérée, et qu'elle se guérit ainsi dans un temps très-court. Le traitement de la pneumonie était semblable à celui de la pleurésie; seulement, les saignées devaient être plus fréquentes et plus copieuses; puisque, d'après les idées de ce grand médecin, la pneumonie et la pleurésie étaient la même maladie, mais que seulement dans la pneumonie l'inflammation était plus grande. (Sydenham, chap. IV.)

De Haen, après Sydenham, a poussé encore plus loin cette méthode de traitement. En voici les preuves. Dans le premier chapitre de la neuvième partie de son *Ratio medendi*, il rapporte l'histoire d'une pleuro-pneumonique qui mourut le septième jour de sa maladie, quoiqu'elle eût été saignée six fois et qu'on ne lui eût pas extrait moins de cinq livres de sang. Dans la douzième partie, chapitre Ier, il rapporte une autre histoire de pleuro-pneumonie dans laquelle il avait pratiqué dès le début, et en moins de trois jours, cinq saignées abondantes, puisque par la troisième, la seule dont il énonce la quantité, il avait extrait 14 onces de sang. Cette nouvelle malade ne guérit que le soixante-onzième jour. Dans la quatorzième partie, chapitre Ier, on lit encore trois histoires de la même maladie non moins frappantes. Dans l'une, il fit faire coup sur coup quatre saignées d'une livre chacune; dans la seconde, il en fit faire neuf en trois jours, et il obtint 9 livres et demie de sang. Ajoutons que ce sujet avait déjà été saigné une première fois avant de se présenter à l'hôpital. Enfin dans la dernière, le malade, entré à l'hôpital au milieu du quatrième jour de sa maladie, perdit en trois jours de temps, par les saignées qu'on lui pratiqua, 9 livres et demie de sang. Nous dirons en outre que ce malade avait été déjà saigné deux fois hors de l'hôpital, dans les premiers jours de sa maladie.

Le rhumatisme aigu n'a pas été moins traité par les saignées réitérées que les pleurésies et les pneumonies. Contentons-nous d'un seul

---

démontrer ses prétendus talens devant l'Académie, allègue des faits qu'il sait être faux; convaincu de mensonge par une déclaration en forme, il s'autorise de l'acte qui le flétrit comme d'une approbation éclatante de l'Académie; accusé de nouveau pour ce fait, il falsifie ses *prospectus* pour se justifier; quand cette falsification est découverte, il secoue tranquillement la boue qu'il a ramassée sur son chemin, et revient impudemment demander à l'Académie de nouveaux certificats de charlatanisme. Tel est l'homme à la ceinture et tel est son métier.

Vous voyez donc que M. Hossard et moi ne poursuivons pas la même carrière et que votre rapprochement est à la fois une erreur et une offense. Si j'étais plus habile en personnalités et en récriminations je pourrais aussi, monsieur, chercher à expliquer votre conduite en cette affaire; et j'en aurais bien le droit puisque vous vous occupez de la mienne. Les motifs qui me font attaquer M. Hossard sont une querelle de métier selon vous, mais quels sont vos motifs à vous pour le défendre? Certainement vous feriez très-bien de nous les dire et de ne pas laisser faire cette recherche à l'imagination des gens. Veuillez considerer, s'il vous plait, que je ne suis pas seul à attaquer votre client; toute l'Académie en corps et chaque membre en particulier sont unanimes sur ce point. Vous avez pu dans la dernière séance vous assurer par vous-même des dispositions générales de l'honorable compagnie. M. Émery a rappelé avec indignation l'affaire des *prospectus*; M. Sanson a cru lui faire une grande concession en disant que cette fois il ne faisait qu'un demi-mensonge au lieu d'un mensonge tout entier comme l'an passé; ce n'est pas probablement pour le flatter que M. Dubois veut qu'on ajoute à son rapport, comme clause indispensable, que l'orthopédiste d'Angers a sciemment trompé la conscience de l'Académie; n'avez-vous pas entendu cent fois, dans le cours de cette année, les fréquentes épithètes dont MM. Double, Cornac, Lisfranc, Villeneuve, l'ont accablé? Vous même l'avez blâmé d'avoir menti à l'Académie; vous avez été jusqu'à dire qu'il avait eu tort. Il profitera peut-être de la leçon, et comprendra qu'il a manqué d'habileté si non d'impudence; et que pour réussir dans son genre d'industrie, il faut réunir ces deux choses.

Quoi qu'il en soit de la portée et du sens de votre blâme, toujours est-il que la personne de votre protégé est universellement appréciée comme elle le mérite dans le sein de l'Académie. Tous désavouent cet homme, tous le repoussent; il n'y a que vous, monsieur, pour l'excuser et le défendre. Tant mieux pour lui, sans doute, mais aussi tant pis pour vous! car, enfin d'où vient un si vif intérêt pour un personnage pareil. Je sais que vous n'êtes pas médecin-consultant d'un établissement orthopédique à Paris, comme l'illustre chirurgien que vous n'avez pas craint d'offenser par d'odieuses insinuations; mais on fait de l'orthopédie partout aujourd'hui, et pas seulement dans la capitale. Comment comprendre que vous ayez voulu immoler deux de vos confrères, dont l'un est une de nos célébrités, à un chevalier d'industrie médicale, et que, dans une question de véracité, vous préfériez *à priori* la sienne à la nôtre? Vous sentez combien on pourrait pousser loin ces questions. Je me contente de vous faire remarquer une dernière fois que mon acharnement a dû beaucoup moins étonner que votre sympathie; et, toutes choses égales d'ailleurs, ma position me paraît en cela préférable à la vôtre.

J'avouerai que j'ai mis quelque activité et quelque persistance dans mes recherches sur M. Hossard; mais j'en avais le droit; et n'eussé-je eu d'autre motif que celui de protéger les véritables établissemens orthopédiques contre les intrigues

témoignage. Nous l'emprunterons à la pratique d'un des plus grands médecins, ce qui est un garant que cette méthode a dû obtenir de nombreux suffrages. Baillou, dans un petit traité sur cette maladie, établit que le rhumatisme ne doit pas avoir un autre traitement que celui par les saignées promptes, abondantes et réitérées. *Largè et sæpè*, dit-il, *sanguis mitti debet*. Il gourmande les médecins qui reculent devant ce mode de traitement ou qui ne l'appliquent qu'avec trop de réserve. Rien, d'après la manière de voir de ce praticien, ne doit détourner de traiter ainsi le rhumatisme, *per luculentam et frequentem phlebotomiam*. Il cite, en preuve de l'excellence de cette méthode, une histoire fort curieuse. Un seigneur angevin, affecté d'un rhumatisme depuis six semaines, avait été saigné dix fois et avait fait tout aussi inutilement beaucoup d'autres remèdes. Il était presque dans un état désespéré, lorsqu'il se déclara spontanément une hémorrhagie si abondante, qu'on crut qu'il allait passer; et cependant il entra en convalescence aussitôt après cette perte de sang excessive. Arrivons aux fièvres dites typhoïdes.

On sait qu'on donne aujourd'hui le nom de fièvres typhoïdes à toutes les maladies un peu graves dans lesquelles les symptômes pyrétiques sont accompagnés de quelques-uns des phénomènes qu'on rencontre dans le véritable typhus. Ce n'est pas le cas de contester la légitimité de cette synonymie, dont le moindre inconvénient, à notre avis, est de confondre dans la même idée pathologique une multitude d'états morbides différens. Bornons-nous à faire remarquer que ce qu'on appelle de nos jours fièvre grave ou fièvre typhoïde confirmée, présente les plus grandes analogies avec ce que les médecins connaissaient jadis sous le nom de fièvre pestilentielle ou de fièvre maligne. Ce rapport établi, voyons si, dans l'ancienne pratique de ces fièvres, on ne trouve pas quelque rapprochement à faire avec le traitement des fièvres typhoïdes par les saignées copieuses répétées, qu'on vante comme une découverte de notre temps.

Rivière, dans une fièvre maligne appelée peste, qui régna à Montpellier en 1623, ne trouva pas de moyen plus efficace, après avoir vu périr la moitié de ses malades par les autres méthodes, que de recourir aux saignées réitérées, soit avec la lancette, soit avec les ventouses scarifiées. Quarante ans auparavant, Léonard Botal, conseiller et médecin du duc de Brabant, du roi et de la reine de France, avait déclaré, dans son livre *De venæ sectione*, chapitre VII, qu'il n'y avait, suivant son opinion, aucune espèce de peste dans laquelle la saignée ne fût le remède le plus puissant. Il ajoute que la saignée n'a manqué quelquefois ses bons effets que parce qu'elle a été employée ou *trop tard* ou en *trop petite quantité*. « Comment, s'écrie-t-il, est-il possible de juger de l'avantage ou du danger de cette pratique, quand on y recourt avec tant de timidité? Lorsque, dans une maladie qui ne guérit que par une soustraction de 4 livres de sang, on n'en tire qu'une seule livre, ce n'est pas par la saignée que périt le malade, mais c'est plutôt parce que la saignée n'a été ni assez copieuse ni assez prompte. » Botal conclut de ses raisonnemens que, pour provoquer une bonne crise comme pour en corriger une mauvaise, aussi bien que pour relever les forces, rien n'est plus utile que des saignées promptes, larges et répétées. Botal rapporte à l'appui de sa pratique un grand nombre d'observations de maladies de cette classe dans lesquelles il n'a obtenu la guérison de ses malades qu'au prix de l'effusion de plusieurs livres de sang. Botal n'était pas le seul de son temps à procéder au traitement de ces fièvres par d'abondantes saignées. Louis Septal, son contemporain, ne traitait pas autrement ses malades, comme on peut le voir dans la description d'une maladie pestilentielle qu'il observa à Milan en 1575 et 1576. Et même, si nous en croyons ce médecin, ses succès et ceux de quelques autres praticiens qui traitaient comme lui les Milanais par les émissions sanguines, furent tels, qu'ils entraînèrent la conviction de plusieurs confrères attachés jusque-là à la doctrine de Fracastor, absolument contraire à l'emploi de la saignée contre ces maladies. Il y a plus : si l'on prend la peine de compulser les documens historiques de la pratique médicale pendant la dernière portion du seizième siècle, on reconnaîtra que l'ensemble des praticiens était partagé en deux camps : l'un, fidèle aux erremens de l'ancienne école, était partisan déclaré des sudorifiques et des alexipharmaques, tandis que l'autre appliquait les idées de Botal, et procédait dans tous les cas par de fortes et de fréquentes saignées. Dans le siècle suivant, Sydenham se conforma au système de Botal mitigé dans le traitement de la vraie peste. Tout le monde sait que ce grand homme n'a trouvé, contre cette redoutable affection, aucune méthode supérieure aux saignées abondantes et réitérées. Enfin, dans le dix-huitième siècle, De Haen, que nous avons déjà nommé, se révolte à la pensée qu'on puisse attaquer d'une autre manière les fièvres pestilentielles. Il revient à plusieurs reprises, dans presque toutes les parties de sa Médecine pratique, sur la nécessité de ne leur opposer que des émissions sanguines aussi promptes que fréquentes et copieuses. Jusqu'ici nous n'avons guère signalé que des exemples de cette pratique dans des cas tout-à-fait particuliers. Il nous reste à montrer que, long-temps avant nous, on en avait fait un principe général de thérapeutique, ou qu'en un mot on en avait fait un véritable système.

Nous reproduirons ici une citation déjà rapportée dans la dernière séance de l'Académie de médecine par M. Honoré. Botal, il y a environ 300 ans, avait déjà réduit en méthode l'emploi des saignées copieuses et réitérées. Il cite nominativement, dans un écrit intitulé *de curatione per sanguinis missionem*, les circonstances dans lesquelles on serait tenté de croire qu'elle est contre-indiquée, et il démontre ou s'efforce de démontrer que la plupart de ces contre-indications ne sont qu'illusoires, et se transforment au contraire en indications positives de ces sortes de saignées. Quant à lui, dans presque toutes les maladies aiguës il pratiquait d'abord une saignée de deux ou trois livres; six heures après une seconde saignée d'une livre et demie; cependant il pose en règle de ne pas tirer au-delà de cinq livres de sang par jour. Botal suppléait aussi très-souvent à l'ouverture de la veine par les ventouses scarifiées. On sait aussi, d'après Botal même, qu'il y avait des médecins qui tiraient encore une plus grande quantité de sang que lui. Cette méthode est appelée avec raison atroce, et l'on a refusé pour cette cause de l'assimiler à la méthode proposée aujourd'hui. Mais en voici une autre tout aussi bien formulée qui s'ajuste, si nous ne sommes dans l'erreur, plus exactement avec celle-ci. Elle date d'une centaine d'années, et se trouve bien expressément consignée dans un ouvrage d'une haute portée pratique, que les bons médecins savent tous par cœur. Nous voulons parler du *ratio medendi* du prédécesseur de Stoll à la clinique de l'hôpital de Vienne ou de De Haën.

Cet illustre médecin s'occupe, dans le chapitre Ier de la 13e partie

---

des charlatans, j'aurais encore bien mérité de mes confrères et de la profession. Ma cause, dans ce cas, serait celle de tous les médecins bonorables qui dirigent des établissemens orthopédiques à Paris et en province. Ces médecins sont mes véritables rivaux, tandis que votre protégé ne peut rencontrer ses émules que sur les places publiques. Eux et moi ferons le même métier, qui consiste à soigner avec zèle et conscience les malades qui nous sont confiés; mais ni eux ni moi ne ferons le métier de M. Hossard, que vous devez bien connaître puisqu'il est honoré de votre intimité. Il y a rivalité entre eux et moi, c'est vrai; mais cette rivalité est avouable, c'est une émulation d'activité, de lumières, d'études, nécessaire dans l'exercice de toutes les professions, où le succès arrive naturellement au plus habile et au plus actif. Est-ce contre ces compétiteurs que j'ai dirigé une enquête? Suis-je allé dans leurs maisons examiner leurs malades? Les ai-je dénoncés à l'Académie? Vous savez bien que non, monsieur, et par conséquent vous auriez dû ne pas vous servir si imprudemment des mots de rivalité, de jalousie de métier et autres, dont aucun n'est applicable dans cette affaire.

Vous avez manqué à mon égard, monsieur, aux plus simples règles des convenances et de la justice. J'ai cherché à m'expliquer votre conduite, et je ne sais encore à quoi l'attribuer. La personne de votre protégé n'est pas si intéressante par elle-même, qu'elle puisse exciter tant de sympathie. Je ne veux pas, d'un autre côté, vous rendre blessure pour blessure, en vous supposant des motifs honteux. Que faut-il donc que je croie? serait-ce que, dans cette affaire, vous avez moins à cœur encore de défendre M. Hossard que de m'attaquer moi, et que faute d'une meilleure occasion de vous *mettre à ma traverse*, vous avez pris celle-ci. En fouillant dans le passé, j'ai dû me rappeler que nous nous étions rencontrés dans certaines circonstances où j'ai pu, dans un intérêt public il est vrai, faire adopter des mesures d'organisation médicale qui contrariaient vos vues personnelles et surtout vos projets : c'est là probablement la cause de votre colère, car *l'esprit humain est ainsi fait*, comme vous l'avez dit si philosophiquement.

Je vous laisse le choix entre toutes les explications. Injustement et grossièrement attaqué par vous, j'ai dû me défendre. Si j'ai mis quelque vivacité dans ma réponse, le public médical et mes confrères me le pardonneront. Quant à vous, monsieur, je désire que vous preniez tout ce que j'ai dit, et tel que je l'ai dit, comme la sincère expression des sentimens avec lesquels je suis

Votre très-humble et obéissant serviteur.

J. Guérin.

— *Cours permanent de lithotritie théorique et pratique*, par le docteur Labat, ex-chirurgien du vice-roi d'Egypte, rue de Grenelle-Saint-Germain, n° 59, les mardi, jeudi et samedi, de trois heures et demie jusqu'à cinq. MM. les élèves seront exercés au manuel des diverses opérations de la lithotritie.

Le neuvième cours commencera mardi prochain, 2 février. La première séance est publique.

de cet ouvrage, de tracer les règles pratiques du traitement des maladies aiguës. Il arrive ainsi à l'emploi de la saignée. Il met ce moyen au-dessus de tous les autres, qu'il regarde la plupart comme absolument inutiles tant qu'ils ne sont pas aidés par celui-ci. Il avance ensuite que, selon les cas, il pratique cette opération deux, trois, quatre, six, huit fois de suite et davantage, non-seulement dans les quatre premiers jours des maladies aiguës, mais après six, huit, dix, douze jours, et à toutes les époques de leur durée, tant qu'il reste des signes de crudité. Nous remarquerons qu'ici il n'est pas question de telle ou telle maladie particulière, mais de toutes les maladies aiguës sans exception, dans lesquelles il comprend même, ainsi qu'on l'a vu par les citations que nous avons déjà faites, les affections épidémiques aussi bien que les maladies intercurrentes. La quantité de sang qu'il tire par ses saignées peut être appréciée de la même manière d'après les histoires de malades qu'il a rapportées. On voit qu'elle est souvent de 14 onces, qu'elle est ordinairement d'une livre, qu'aucune n'est moindre de dix onces; et qu'en quelques jours il tire selon les circonstances depuis cinq ou six livres de sang jusqu'à dix livres et au-delà. Nous ne pensons pas que, tant pour le temps des maladies où ces saignées sont pratiquées, que pour la masse des émissions sanguines et pour la fréquence de leur répétition habituelle, on puisse exiger plus de conformité entre cette méthode et celle de M. le professeur Bouillaud. Il résulte des faits annoncés jusqu'ici, que cette méthode n'est pas nouvelle, et qu'elle remonte au moins à près de cent ans. Il nous reste à juger de la valeur de cette méthode telle qu'elle est à notre époque: nous remplirons cette tache dans un prochain et dernier article.

FUSTER.

CHIRURGIE PRATIQUE.

DE LA COMPRESSION MÉDIATE DES VEINES VARIQUEUSES AU-DESSUS DU LIEU MALADE; procédé de M. Breschet, modifié et appliqué par M. Sanson comme méthode générale au traitement des varices; par M. BOINET, interne à l'Hôtel-Dieu de Paris.

Tout le monde sait aujourd'hui, et de nombreux faits pathologique dispersés dans la science montrent d'une manière évidente que les veines même les plus volumineuses peuvent impunément s'oblitérer et devenir par conséquent tout-à-fait inutiles pour la circulation, sans qu'il en résulte le plus petit inconvénient, soit pour l'économie en général, soit pour la partie où siège la veine oblitérée. C'est en effet par l'oblitération seule qu'on parvient à une cure radicale des varices. Tant qu'on se borne à comprimer la varice, jamais elle ne guérit entièrement; elle n'est que palliée, car dès qu'on cesse le bandage compressif elle reparaît; cette oblitération, qu'on a cherché à obtenir par divers moyens qui doivent être rejetés, tels que la ligature, la méthode de Delpech, la section simple du corps de la veine, la section unie à la résection des extrémités divisées, et l'ablation d'une plus ou moins longue portion du tronc veineux, etc., n'a aucune influence sur la circulation, qui se rétablit par les veines profondes. L'anatomie pathologique a suffisamment prouvé cette proposition, ainsi que le démontrent les faits suivans.

Baillie rapporte l'observation d'une oblitération complète de la veine cave inférieure, depuis les veines rénales jusqu'au cœur; il ne s'en était suivi aucune oblitération des veines situées au-dessous; la circulation s'était rétablie par les veines lombaires et par les deux azigos.

Wilson a rencontré une oblitération encore plus étendue du même vaisseau; elle comprenait même les veines iliaques primitives externes et internes; la circulation avait été rétablie par les anastomoses qui existent entre les veines des parties postérieures et latérales du bassin, et les veines lombaires et rachidiennes. Les vaisseaux du membre inférieur étaient dans leur état naturel.

Cline avait vu un exemple d'oblitération de la fin de la veine cave inférieure; la circulation fut rétablie par les veines abdominales thoraciques et lombaires, qui étaient devenues variqueuses.

M. Cruveilhier rapporte un fait à peu près semblable. Haller, Hogdson, parlent aussi de ces cas d'oblitération de la veine cave inférieure, sans qu'il en soit résulté l'oblitération d'aucune autre veine. Hogdson a rencontré deux fois l'oblitération de la veine iliaque, sans que les veines du membre correspondant fussent oblitérées ou même dilatées.

M. Huguier a également rencontré en disséquant une oblitération complète du tiers supérieur de la veine crurale et de toute la longueur de l'iliaque externe; la circulation s'était rétablie à l'aide des anastomoses qui existent entre la saphène, les perforantes, la circonflexe interne, l'obturatrice, l'ischiatique et la fessière; la saphène interne n'en était pas moins perméable au sang, elle était même un peu plus volumineuse que celle du côté opposé, sans cependant être variqueuse.

Dans le tome I[er] du Dictionnaire en 25 volumes, on lit: « Quelques observations recueillies dans ces derniers temps ont donné à ces veines (les tégumenteuses) et à leurs anastomoses avec les branches de l'axillaire, une importance qui n'avait pas été soupçonnée; on les a vues énormément dilatées et flexueuses dans des cas où la veine cave inférieure était oblitérée; elles avaient alors concouru autant que l'azigos à ramener vers la veine cave supérieure le sang que l'inférieure avait cessé de transmettre à l'oreillette droite. Un fait de ce genre est rapporté dans l'Anatomie chirurgicale de M. Velpeau; un deuxième a été recueilli par M. Hourmann, à la clinique de M. Louis.

D'après tous ces faits que je trouve pour la plupart consignés dans la thèse de M. Huguier, d'après la disposition anatomique des vaisseaux et certaines anomalies de ces vaisseaux, M. Huguier conclut: 1° que la facilité avec laquelle peut s'établir une circulation collatérale, s'oppose à l'oblitération du vaisseau variqueux; 2° que l'arrêt du cours du sang dans un point du système veineux n'amène pas l'oblitération des veines placées au-dessous de ce point, mais produit assez fréquemment leur dilatation; 3° que, par conséquent, il est inutile de chercher à obtenir cette oblitération, puisqu'elle est insuffisante.

Ici notre manière de voir diffère tout-à-fait de celle de M. Huguier; et les faits qu'il rapporte pour démontrer l'insuffisance de l'oblitération des veines dans la phlébectasie, prouvent au contraire, selon nous, que, puisque l'oblitération d'un gros tronc veineux peut avoir lieu sans accident pour l'économie, la circulation se rétablissant facilement par les veines profondes, et d'autre part la guérison des veines variqueuses étant possible ainsi que le prouvent les faits rapportés par Hogdson et ceux que nous avons observés, on doit alors rechercher, et c'est ce qu'ont fait et font encore beaucoup de chirurgiens anciens et modernes, à obtenir l'oblitération des veines dans les varices. Si les résultats ont été souvent incomplets ou fâcheux, on ne doit en accuser que les moyens qui sont insuffisans et le plus souvent très-dangereux.

Pour parvenir à cette guérison complète, on a, dans tous les temps, proposé divers procédés. L'excision, la cautérisation, étaient employées du temps de Celse. J.-L. Petit, et après lui d'autres praticiens, ont de nouveau recommandé l'extirpation dans des cas particuliers, savoir, lorsque les veines variqueuses sont tortueuses et agglomérées. La ligature pratiquée du temps d'Ambroise Paré, de Dionis, a été renouvelée par les Anglais. On en trouve des exemples dans l'ouvrage de Hogdson: Béclard, Delpech l'employaient également.

Une autre méthode consiste à ouvrir le vaisseau dilaté, à le vider et à chercher l'adhérence de ses parois par la compression. Souvent des accidens inflammatoires violens ont traversé le traitement et mis la vie des malades en danger. Quelquefois des symptômes de suppuration se sont déclarés et ont amené la mort.

Quelques praticiens à la tête desquels on compte M. Richerand, conseillent l'incision du vaisseau variqueux dans toute son étendue, pour faire sortir les caillots qu'il contient, laissent pendant quelque temps un libre cours à l'hémorrhagie veineuse, pansent la plaie avec de la charpie, et laissent suppurer. De cette manière, disent-ils, on obtient une inflammation modérée et bornée aux points incisés; la suppuration s'établit, et cette plaie entretenue ouverte donne une libre issue au pus; la veine s'oblitère peu à peu sans accident, à mesure que la cicatrice se forme. Cette méthode n'est pas meilleure que l'excision ou la cautérisation, puisqu'elle est susceptible d'être suivie des mêmes accidens.

M. Brodie, reconnaissant les inconvéniens et les dangers d'une incision étendue de la peau qui recouvre la varice, propose de diviser complètement les vaisseaux variqueux, en conservant intacte la peau qui les recouvre, à l'exception d'une simple piqûre que nécessite l'introduction de l'instrument avec lequel on opère la section de la veine. Il est facile de prévoir que cette plaie intérieure, qui doit en effet se cicatriser plus facilement qu'une incision ordinaire de la peau, n'est pas exempte de dangers.

Delpech incisait la peau et mettait la veine à découvert dans l'étendue d'un pouce; ce vaisseau étant disséqué et soulevé, il glissait au-dessous un morceau d'amadou d'un demi-pouce de largeur sur deux de long; il l'assujétissait à l'aide de deux bandelettes agglutinatives; ensuite il passait, comme dans le cas de plaie simple, un plumasseau de charpie, etc. De cette manière, la veine était aplatie et ses parois exactement mises en contact. Delpech, comme on le voit, avait bien saisi l'indication, mais les moyens pour la remplir n'étaient pas assez

simples. Cette méthode avait l'avantage très-grand de procurer l'oblitération dans une étendue plus considérable qu'après la ligature.

Plus récemment, et tout nouvellement encore, plusieurs chirurgiens, frappés de la difficulté de guérir les varices, et surtout du danger qu'il y a à exposer une veine à l'air, même dans une petite étendue, ont cherché un moyen à l'aide duquel on pût éviter tous les accidens qui survenaient à la suite des autres méthodes. Dans ce but, MM. Lallemand, Davat et Velpeau ont proposé l'acupuncture, qu'ils ont employée de différentes manières. Cette méthode n'est pas non plus au-dessus de tout reproche; car si l'inflammation de la membrane interne des veines est une chose si grave à la suite d'une simple piqûre, elle doit rendre les chirurgiens moins confians dans les résultats d'une semblable opération. Dans le but d'obtenir une inflammation adhésive des parois des veines, le professeur de Montpellier enfonce des aiguilles dans la tumeur elle-même et les laisse séjourner jusqu'à ce que l'inflammation se soit développée; tandis que MM. Davat et Velpeau appliquent les aiguilles loin du lieu malade et au-dessus de la tumeur variqueuse; ou bien la veine est traversée de part en part par les aiguilles, ou bien elle est seulement comprimée de dedans en dehors, à l'aide d'une aiguille passée au-dessous, et sur laquelle on croise un fil en 8 de chiffre, afin de comprimer plus exactement la veine entre l'aiguille et la peau. Ce dernier procédé, qui ne réussit pas toujours, selon M. Davat, est dans ce moment expérimenté à l'hôpital de la Charité par M. le professeur Velpeau.

Comme toutes les autres espèces de varices, le cirsocèle et le varicocèle avaient été regardés comme incurables; on n'avait que des moyens palliatifs pour ces affections, qu'il était très-rare de guérir radicalement, lorsque M. Breschet, frappé sans doute des phénomènes si remarquables de l'oblitération des veines, qui n'entraînent pas d'accidens à leur suite, pensa qu'en oblitérant les veines spermatiques il pourrait guérir le varicocèle; les faits ont justifié cette heureuse idée, et les beaux succès qu'il a obtenus dans son service à l'Hôtel-Dieu prouvent toute la supériorité de sa méthode. Elle consiste à prendre avec la peau les veines variqueuses du testicule et du scrotum, qui, comprimées à l'aide d'une pince faite exprès, déterminent la gangrène et la suppuration, accidens qu'on a reprochés avec raison à cette méthode, mais qu'il est facile d'éviter en modifiant les pinces, en les serrant légèrement, et en les changeant de place avant que les parties soient mortifiées. M. Sanson, témoin des résultats obtenus par M. Breschet, a pensé qu'en modifiant la pince on pouvait la rendre applicable à tous les cas de varices, et faire de ce procédé une méthode générale. L'occasion n'a pas tardé à se présenter, et trois individus affectés de varices volumineuses aux membres inférieurs ont été radicalement guéris.

Une des conditions les plus difficiles à obtenir pour l'oblitération des veines, c'était de mettre dans un contact parfait les parois des veines; les expériences faites par Hunter, B. Travers, Béclard et Dupuytren ayant prouvé que l'adhérence des parois des veines ne se fait pas le plus souvent parce que l'inflammation adhésive n'a lieu que dans une très-petite étendue. Pour prévenir cet inconvénient, M. Sanson a fait construire des pinces à l'aide desquelles il met en contact les parois de la veine dans l'étendue d'un pouce à peu près; il les applique toujours au-dessus du lieu malade. Du reste, il n'est pas toujours indispensable de serrer la veine elle même entre les mors de la pince, ainsi que le prouve un des faits que je vais rapporter; et l'inflammation adhésive n'est pas nécessaire dans tous les cas, l'oblitération pouvant se faire autrement. Il suffit que la veine soit assez comprimée pour arrêter le cours du sang. Plusieurs caillots se forment, se durcissent; alors les veines variqueuses commencent à diminuer de volume, en vertu sans doute de cette loi générale d'organisation qui veut que toute cavité dont les parois cessent d'être maintenues par le contenu se resserrent par retraction ou autrement. Dans les veines, par exemple, il se forme d'abord un caillot qui se résorbe bientôt et diminue de volume; les parois veineuses reviennent sur elles-mêmes et s'épaississent en même temps; à mesure que le caillot s'affaisse, les veines suivent sa marche dans leur rétraction; et lorsqu'il est entièrement résorbé, les parois se mettent en contact parfait et oblitèrent la cavité de la veine, sans qu'il y ait eu véritablement inflammation adhésive. Il nous semble qu'à l'aide de ce moyen les phlébites, les suppurations, tous les dangers que l'on a à craindre avec les autres procédés, sont évités.

La pince qu'emploie M. Sanson consiste en deux plaques métalliques ovalaires, garnies de peau, de 15 lignes de longueur sur 5 de hauteur; de chaque plaque partent à angle droit deux branches de 3 à 4 lignes de largeur, qui, après un trajet horizontal de 3 à 4 lignes, se courbent de nouveau à angle droit pour se porter directement en haut; elles ont à peu près 15 lignes de hauteur. Au milieu de l'une de ces branches verticales se trouve soudée une tige métallique qui se porte transversalement dans une ouverture pratiquée sur le milieu de l'autre branche, et à travers laquelle elle glisse facilement; deux vis de rappel, placées, l'une à 6 lignes au-dessus, l'autre à 6 lignes au-dessous de la tige transversale, et qui tournent en sens opposés, servent à rapprocher les deux plaques ovalaires destinées à saisir la veine.

Voici les faits :

VARICES VOLUMINEUSES DE LA JAMBE ET DE LA CUISSE GAUCHES, GUÉRIES PAR LA COMPRESSION MÉDIATE.

Obs. I. — Juiré (Jacques), âgé de 35 ans, fort de la halle, né à Loyat (Cantal), fut reçu à l'Hôtel-Dieu, salle Sainte-Jeanne, n° 35, le 3 mars 1835, pour un gonflement avec ulcération de l'extrémité inférieure de la jambe droite. D'une forte constitution, Juiré habite Paris depuis quinze ans; il s'enivre souvent, et malgré cela jouit d'une bonne santé. Il y a dix ans environ, il se fit au pied droit une entorse pour laquelle il alla huit ou dix jours à l'hôpital, et sortit sans être complètement guéri. Depuis lors, l'articulation tibio-tarsienne est restée plus volumineuse, douloureuse de temps en temps. Depuis cinq ou six ans, il s'est formé autour de cette articulation, et surtout à sa partie interne, quelques petites fistules qui suppurent et se ferment alternativement. Aujourd'hui le malade vient à l'hôpital parce que cette articulation est très-douloureuse, et qu'il s'est formé, à la partie interne, une ulcération de la largeur d'une pièce de dix sous. D'ailleurs cette jambe droite ne présente aucune trace de varices, tandis que la jambe gauche est sillonnée de veines variqueuses, dont quelques-unes offrent le volume du doigt, surtout lorsque le malade se tient debout. Ces veines forment une espèce de réseau et sont très-abondantes, principalement à la partie interne du membre, où elles remontent jusqu'au tiers supérieur de la cuisse, en suivant le trajet de la saphène interne. Le malade assure qu'il porte ces varices depuis quinze à vingt ans, et qu'il n'a jamais porté de bas lacé; qu'elles ont augmenté petit à petit sans l'incommoder, sans le gêner, à moins qu'il ne soit obligé de faire de longues courses. Cette jambe gauche n'a jamais été affectée de plaie. On propose au malade de le débarrasser de ses varices, ce qu'il accepte aussitôt.

Le 16 mars, on soulève la saphène interne au tiers supérieur de la cuisse, au-dessus de l'endroit où elle est variqueuse, et on cherche à la pincer avec des pinces que M. Sanson a fait construire dans cette intention. Il fut impossible de saisir la veine entre les mors de la pince, car toujours elle pinçait au-dessous; on se décida à la laisser ainsi placée; bientôt il survint un peu de gonflement de la région, et la veine se trouva comprimée dans l'espace compris entre les plaques ovalaires et la vis de rappel inférieure. Le malade ne souffrait pas beaucoup; bientôt on sentit des caillots se former dans les varices situées au-dessous de la pince, qui resta en place six jours de suite.

21 mars. Toutes les veines au-dessous de l'endroit saisi par la pince sont dures, revenues sur elles-mêmes, et considérablement diminuées de volume; elles ne se vident pas lorsque le malade reste couché, et n'augmentent pas lorsqu'il se tient debout. On n'y sent plus de fluctuation; la peau comprimée entre les plaques de la pince est sèche, pâle; de la rougeur existe aux environs, mais le malade n'accuse aucune douleur: pendant tout ce temps il a mangé les trois quarts. On garde le malade pour le suivre de plus près, et savoir à quoi s'en tenir sur le résultat de ce procédé.

Le 3 avril, légères excoriations à l'endroit où étaient appliquées les pinces; les varices sont dans le même état et n'ont pas reparu.

16 avril. Les varices n'ont présenté aucun changement digne d'être noté; elles semblent complètement guéries, quoique le malade se soit tenu continuellement dans une position verticale. Depuis que les pinces ont été enlevées, il reste des journées entières à se promener, sans voir survenir plus de gonflement qu'à la jambe du côté opposé, qui est également guérie. Il sort pour aller à Saint-Flour (Cantal); à son retour il doit revenir nous voir, ce qu'il n'a pas encore fait.

VARICES VOLUMINEUSES, FLEXUEUSES, OCCUPANT TOUT LE MEMBRE GAUCHE; GUÉRISON PAR LA COMPRESSION IMMÉDIATE.

Obs. II. Au n° 38 de la salle Ste-Jeanne (Hôtel-Dieu), a été couché, le 29 décembre 1835, le nommé Adam, âgé de 31 ans, demeurant rue de la Paix, n° 12; d'une forte constitution, système musculaire très-développé, tempérament sanguin à un haut degré; il a souvent des épistaxis. Il a été militaire (fantassin) pendant dix ans; maintenant il est garçon de magasin, et obligé à faire de longues courses depuis seize mois. Il est entré à l'hôpital pour un engorgement considérable des ganglions inguinaux du côté gauche, produit par des excoriations des orteils. A son entrée, la jambe gauche est gonflée, légèrement œdemateuse, douloureuse au toucher; la douleur existe surtout au pli de l'aine, où les ganglions ont acquis un volume énorme; depuis quelques jours il ne pouvait plus mettre de bottes à cause du gonflement des jambes, qui était beaucoup plus considérable le soir que dans le courant de la journée. Il a des varices depuis dix ans; elles ont débuté par le mollet, puis ensuite ont apparu à la cuisse, et depuis lors leur accroissement a été progressif. Ces varices sont tellement volumineuses, qu'on lui a proposé plusieurs fois de lui donner un congé de réforme, ce qu'il a refusé. Il est dans l'état suivant: la saphène interne présente des sinuosités, des nodosités, et forme des tumeurs de distance en distance, au-dessus et au-dessous du genou; tandis qu'au genou même il existe plusieurs petites tumeurs qui forment une espèce de réseau. Cette saphène est tellement distendue, qu'elle a la grosseur du pouce; toutes les veines de la jambe postérieurement, en dedans et en dehors du mollet, sont également dilatées. Le malade accuse de la pesanteur et de l'engourdissement dans le membre; il dit même que le soir, lorsqu'il a cessé de marcher, il éprouve une chaleur brûlante, accompagnée de fourmillement. Le 14 janvier 1836, lorsqu'il est guéri de ses excoriations et de la gêne apportée par l'irritation des ganglions de l'aine, on applique les pinces de M. Sanson.

Dans l'espace de 48 heures, on les a changées trois fois de place, dans le but d'éviter le sphacèle des points compris entre les mors de la pince; après cette époque, il existe déjà des caillots dans la veine, au-dessous de l'endroit où elle a été comprimée. Afin de s'assurer si ces premiers caillots sont suffisants pour l'obli-

tération du vaisseau, on fait promener le malade pendant plusieurs jours, sans rien appliquer sur le trajet de la veine. Pendant ce temps il n'arrive aucun phénomène remarquable; seulement les veines sont de moitié moins volumineuses, et les caillots ont acquis plus de dureté et diminué de volume. Pour hâter la guérison, à la demande du malade, on remet la pince sur le trajet de la saphène, le 19 janvier. A cette fois elle y reste cinquante heures sans être déplacée, le malade ayant eu la précaution de la serrer de temps en temps, afin qu'elle ne lâchât pas prise; il n'en résulte pas même des excoriations, mais seulement un peu de rougeur autour des mors de la pince. Ces applications ne sont nullement douloureuses. Les caillots se durcissent davantage, les veines diminuent de volume, disparaissent presque entièrement, et le malade reste debout toute la journée sans en être incommodé; il n'a plus ni pesanteur, ni engourdissement, ni œdème dans la jambe, et sort guéri.

TUMEURS VARIQUEUSES A LA JAMBE ET A LA CUISSE DROITES (SAPHÈNE INTERNE ET SES BRANCHES), ULCÈRES VARIQUEUX A LA JAMBE DROITE, SUITE D'OUVERTURE DES VEINES. GUÉRISON PAR LA COMPRESSION MÉDIATE.

Obs. III —Horace Lemoine, âgé de 39 ans, menuisier, demeurant rue du Faubourg Saint-Antoine, n° 267, est entre le 10 novembre 1835 à l'Hôtel-Dieu, et a été couché au n° 57 de la salle Sainte-Jeanne, pour des varices volumineuses. D'une taille élevée (5 pieds 5 pouces), d'une forte constitution, tempérament sanguin, il jouit habituellement d'une bonne santé. Jamais personne dans sa famille n'a eu de varices, ni son père, ni sa mère; celles qu'il porte ont commencé à paraître dès l'âge de 19 ans : il était alors militaire. Lorsqu'il était obligé de monter à cheval, il remarqua que les veines de la jambe droite devenaient plus grosses qu'à l'ordinaire, et le gênaient surtout dans le mouvement qui l'obligeait à passer la jambe droite par-dessus la croupe de son cheval, lorsqu'il montait dessus. Ce mouvement, outre qu'il était très-difficile pour Lemoine, était aussi très-douloureux; il trouvait sa jambe lourde et pesante. Les ganglions de l'aine étaient engorgés. Cependant il était bon marcheur, et pouvait parcourir un assez long trajet sans éprouver d'autre incommodité que le gonflement plus considérable de ses varices le soir; et un peu de pesanteur dans la jambe, qui était aussi un peu plus volumineuse, mais jamais douloureuse. Il quitta le service militaire à vingt-et-un ans, et reprit son état de menuisier pendant neuf années; pendant ce laps de temps, les varices augmentèrent de plus en plus : il n'y fit rien. Après cette époque, il se vit forcé de quitter son état de menuisier, qui l'obligeait à rester continuellement debout, et parce que deux ou trois fois déjà les varices s'étaient ouvertes et avaient donné lieu à des hémorrhagies abondantes, qu'on arrêtait facilement par la compression à l'aide d'un bandage roulé. Il resta trois ou quatre ans à la campagne, occupé aux travaux des champs, qu'il fut obligé encore d'abandonner, à cause des fatigues qu'ils comportent. Il revint à Paris chef d'atelier et chargé des écritures; ce nouvel emploi le mit à même de rester assis la plus grande partie de la journée. Malgré ce changement de métier, ses varices ne diminuaient point, et tous les soirs sa jambe droite était gonflée, tendue, pesante et un peu douloureuse; le matin il n'y paraissait rien lorsqu'il était dans une position horizontale; mais lorsqu'il descendait de son lit, le sang affluait à la partie inférieure du membre avec une telle rapidité qu'on voyait les vaisseaux s'emplir et se tuméfier. La chaleur du lit lui faisait éprouver dans ce membre des picotemens et une demangeaison très-incommodes. Effrayé par les hémorrhagies qu'il avait eues, par la douleur plus vive qu'il éprouvait, et surtout par les ulcères qu'il portait à la jambe et qu'il ne pouvait guérir, il entra à l'Hôtel-Dieu dans l'état suivant :

La partie inférieure de la jambe droite est considérablement enflée; il existe beaucoup d œdème, et l'impression des doigts y reste. La couleur de la peau est altérée; elle est brune, noirâtre, comme écailleuse; on voit les cicatrices mal fermées des plaies qui ont donné lieu à l'hémorrhagie. La saphène interne, depuis la malléole interne, jusqu'au dessus du tiers supérieur de la cuisse, est gonflée, sinueuse, d'un volume considérable; au côté interne du genou et au-devant du tibia elle présente des circonvolutions, des sinuosités très-prononcées; la jambe et la cuisse, en dedans et en dehors de la saphène, présentent encore des veines dilatées qui se dirigent dans toutes les directions Dès l'arrivée du malade, le 11 novembre, on applique les pinces à compression médiate; dans l'espace de six jours, ces pinces sont appliquées en quatre endroits différens, sur le trajet de la saphène, à la partie moyenne et supérieure de la cuisse. Le malade croyant les sentir glisser, pense devoir les serrer fortement, et donne lieu de cette façon à des escarres qui tombent au bout de quinze jours. L'application des pinces n'en a pas moins produit l'effet attendu : des caillots se sont formés; ils sont durs, gros, et ressemblent à des ganglions sous-cutanés, engorgés, endurcis; ils ont la grosseur de marrons (lorsque la veine était dilatée, elle était plus volumineuse que le pouce du malade). A la partie interne du genou, sur le côté du tibia, il existe aussi des caillots qui oblitèrent les veines variqueuses; toute la saphène se trouve aussi oblitérée; le gonflement de la jambe, la couleur brune de la peau ont disparu; mais lorsque le malade s'est tenu debout toute la journée, on remarque encore au-dessus du pied quelques veines qui sont légèrement dilatées, et qui toutefois incommodent peu le malade. Il sort le 15 janvier 1836.

Ce malade a été mené à l'Académie pour y être présenté par M. Sanson; mais il ne fut pas examiné faute de temps.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX FRANÇAIS DES DÉPARTEMENS.

I. JOURNAL DE MÉDECINE PRATIQUE, OU RECUEIL DES TRAVAUX DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX.

MÉMOIRE SUR LA PHLÉBITE, par M. Henri MARTIN, de Bazas, D.-M. M.

Ce mémoire présente deux parties distinctes. Dans la première, l'auteur donne quelques considérations générales sur le système veineux, les divers tissus dont il est composé, et ses différentes fonctions; il signale surtout les rapports internes qui existent entre les veines et les vaisseaux lymphatiques, et l'analogie qu'ils offrent dans leurs différens états morbides. Dans cette partie de son travail l'auteur fait une large part aux divers systèmes qui prétendent expliquer tous les phénomènes pathologiques par la même théorie; il ne se montre ni anatomo-pathologiste absolu, ni vitaliste exclusif.

La seconde partie embrasse l'étude de la phlébite considérée sous ses divers points de vue, et nous offre une monographie de cette maladie, qui n'est pas moins remarquable par l'érudition que par la bonne dire tion que l'auteur paraît avoir donnée à ses études. Nous allons le suivre dans quelques-unes des questions qui nous offrent le plus d'intérêt.

La phlébite est-elle une maladie nouvelle, comme on l'a avancé? Arétée est le seul des médecins de l'antiquité qui parle, et encore d'une manière assez vague, de l'inflammation de la veine cave, qu'il confond avec l'aortite. Quant à ceux d'une époque plus récente, tels que les médecins du siècle dernier, Morgagni, Van-Swieten, etc., ils mentionnent l'inflammation des veines comme une chose possible, mais aucun d'eux n'a décrit les symptômes qui servent à la caractériser. C'est donc aux médecins de nos jours que l'on doit presque exclusivement tout ce que nous savons sur cette maladie. Mais cela ne prouve point que la phlébite soit une maladie nouvelle, car elle a dû échapper à l'attention des anciens médecins aussi bien que toutes les autres maladies dont la connaissance exige des dissections nombreuses et exactes.

Parmi les causes auxquelles on attribue la phlébite, nous nous arrêterons avec l'auteur sur la *métastase*. On lit dans les auteurs un assez grand nombre d'observations de phlébites survenues par la métastase, à la suite de la rétrocession d'une éruption puriforme, après la répercussion des divers exanthèmes. L'auteur en a vu un exemple frappant chez un jeune homme atteint d'un pemphigus chronique. Ce jeune homme, après avoir essayé de divers moyens, n'éprouvait de soulagement que des bains généraux et des saignées, qui calmaient l'acuité des douleurs et diminuaient l'abondance de l'évacuation séro-purulente. Mais ce soulagement n'était que momentané. Il se décida à suivre les conseils d'un charlatan qui lui fit frictionner tout le corps avec une pommade dont l'effet fut très-rapide. Au bout de quarante-heures toutes les phlyctènes étaient desséchées. Mais bientôt le malade ressentit de l'anxiété et une ardeur intérieure dévorante, puis prélndèrent au développement de l'appareil des symptômes d'une inflammation générale des plus violentes, à laquelle vint s'adjoindre une fièvre ataxo-adynamique; et la mort eut lieu le septième jour.

A l'autopsie, on trouva la veine cave couverte d'arborisations capillaires; sa membrane interne, ramollie et comme diffluente dans certains points, avait dans quelques autres une épaisseur d'une ligne environ; dans les endroits épaissis elle était comme tomenteuse et recouverte d'une matière grisâtre. La veine émulgente droite, d'un rouge violacé, contenait une sanie purulente.

Les cas analogues doivent être plus communs qu'on n'en jugerait d'ap ès le petit nombre de ceux qui ont été rapportés jusqu'ici.

La phlébite chronique est une maladie peu grave par elle-même, et qui n'a encore été étudiée que d'une manière très-imparfaite. Les phénomènes qui pourraient la caractériser sont très-vagues, surtout lorsque l'inflammation a son siége dans une veine profonde.

L'inflammation peut-elle n'envahir que les veines capillaires, et sans atteindre les tissus voisins? L'auteur le pense, et decrit une phlébite capillaire à laquelle il rattache les nœvi materni, les tumeurs érectiles, etc

M. Martin, avant de terminer, examine l'influence que peut exercer la phlegmasie des veines dans la production des phénomènes fébriles. Bien qu'il ne veuille pas rattacher tous les phénomènes fébriles à la phlébite, cependant il nous semble qu'il donne à cette affection une influence beaucoup plus vaste que celle qu'on lui attribue communément. Ainsi il nous explique, bien que ce ne soit pas d'une manière très-claire, comment la phlébite peut causer une fièvre putride, une fièvre typhoïde, une fièvre intermittente. Cependant il ne pense pas que ces sortes de fièvres dépendent constamment de la phlébite; il croit au contraire que d'autres systèmes organiques jouissent, aussi bien que les veines, de cette funeste prérogative.

NOTICE DES TRAVAUX DE LA SOCIÉTÉ ROYALE DE MÉDECINE DE BORDEAUX, par M. BURGUET, secrétaire-général.

Au milieu des nombreux sujets traités dans cette notice, et qu'il serait hors de propos de reproduire ici, il en est quelques uns cependant que nous croyons devoir signaler, c'est lorsque l'auteur parle des *maladies ré-*

gnantes dans la ville de Bordeaux. Le premier fait que nous signalerons dans cette notice, et que nous n'y avons vu qu'avec surprise, c'est que les fièvres typhoïdes qui sont si communes et si meurtrières à Paris, à Lyon, à Rouen, dans toutes les grandes villes, et qui, pour parler plus exactement, y règnent constamment, sont si rares à Bordeaux, que des années se passent sans que les praticiens les plus occupés en observent quelques cas. Ce fait, énoncé d'une manière aussi affirmative, a besoin d'être constaté; et, s'il est exact, doit fixer l'attention des hommes qui s'occupent spécialement de l'étiologie des maladies.

Nous voyons encore avec plaisir qu'à Bordeaux, comme dans toutes les grandes villes de France, aussi bien que dans tous les pays où la civilisation fait de rapides progrès, la mortalité va continuellement en diminuant. « En comparant les tables de périodes assez longues, dit l'auteur, on trouve une différence en faveur de celles qui se rapprochent davantage de l'époque actuelle. »

Malgré les grands travaux d'assainissement qui, d'après l'auteur, ont été exécutés à Bordeaux depuis quelques années, il paraît cependant que les fièvres intermittentes y règnent encore fréquemment, et même qu'on y observe souvent des cas de fièvre pernicieuse.

II. BULLETIN MÉDICAL DE BORDEAUX.

OBSERVATIONS SUR PLUSIEURS CAS DE SCARLATINE AVEC ET SANS ÉRUPTION, par M. BOUCHÉ, de Vitray.

Doit-on rapporter à la scarlatine et à la rougeole les affections fébriles qui se montrent pendant que ces maladies cutanées règnent dans un pays, offrent avec elles la plus grande analogie, n'en diffèrent que par l'absence de l'éruption, et se développent sous l'influence des mêmes causes, et souvent même semblent avoir été produites par elles? L'auteur admet cette opinion; car, quelque saillant que soit un symptôme, il ne saurait lui reconnaître le privilége exclusif de caractériser une maladie. C'est dans l'ensemble des phénomènes qu'il pense qu'on doit prendre les caractères des maladies, et même des affections cutanées. Lorsqu'un des caractères vient à manquer, ce n'est qu'une irrégularité qui peut dépendre, soit de l'idiosyncrasie, soit de quelque autre circonstance qu'il est le plus souvent impossible d'apprécier. Peut-être même ne serait-il pas irrationnel d'admettre que, des deux systèmes muqueux et cutané qui sont le siége simultané et ordinaire d'une inflammation *sui generis* dans les affections exanthématiques, l'un des deux puisse parfois en être le siége exclusif.

Quoi qu'il en soit de la quatrième variété de scarlatine, sans altération de la peau, admise par Bateman sous le titre de *scarlatina simplex*, M. Bouché de Vitray croit que la faculté de reproduire une scarlatine ordinaire constate son identité avec elle, et rapporte plusieurs cas où il serait difficile de ne pas reconnaître cette transformation. Nous en allons analyser quelques-unes.

La famille de M. M..., chef d'institution, se compose de trois personnes: sa dame, son neveu et lui-même. L'enfant, âgé de 9 ans, fut atteint le premier d'une scarlatine qui se manifesta sous les formes accoutumées, et au septième jour, déjà la desquammation se développait d'une manière régulière.

Madame M..., qui avait soigné l'enfant, ne tarda pas à éprouver tous les prodrômes de cette affection, mais avec un caractère de gravité que n'avait pas la maladie de son neveu; une angine tonsillaire fort intense nécessita une forte émission sanguine, qui modifia avantageusement la maladie sans entraver la marche de l'éruption.

Ce fut bientôt le tour de M. M... Les phénomènes précurseurs ne tardèrent pas à l'assaillir et l'obligèrent à s'aliter. Inappétence, fièvre, nausées, céphalalgie, angine tonsillaire et pharyngienne; rien ne manquait à la première période. La marche progressive des symptômes, trois ou quatre heures après leur apparition, un délire intense, l'ardeur de la peau, furent les principaux de la deuxième. Un seul manquait lorsque, le septième jour, survint une éruption à peine sensible. M. Bouché de Vitray pensa d'abord que cette efflorescence tardive allait, en se prononçant davantage, remplir une lacune importante; mais sa disparition ne changea rien au diagnostic, et de légères exfoliations furent la manifestation de la troisième période.

L'auteur rapporte une autre série de faits non moins importans pour la question dont il s'occupe; le premier de ces faits est l'histoire d'un enfant de 11 ans qui présenta, dans leur ordre successif, tous les symptômes d'une scarlatine très-grave, mais sans trace d'éruption. La maladie se termina dans le temps nécessaire au cours de la scarlatine, et l'auteur, pensant que c'était un cas de scarlatine interne (sans éruption), avait recommandé, pour les frères et la sœur du petit malade, l'isolement comme moyen prophylactique.

Cinq à six jours après, il fut appelé auprès d'une tante de cet enfant, et qui lui avait donné des soins pendant sa maladie. Après vingt-quatre heures de fièvre, et sous l'influence d'un tempérament éminemment lymphatique, il s'était manifesté une éruption uniformément répandue sur les tégumens. La maladie fut grave et la convalescence longue et pénible.

Pendant le développement de la seconde période, un frère du petit malade, et moins âgé que lui, éprouva comme lui tous les symptômes d'une scarlatine, mais sans éruption. La maladie suivit une marche régulière et sans accidens. Enfin la domestique, âgée de 16 ans, qui avait pris soin du dernier malade, eut elle-même à subir toutes les périodes d'une scarlatine caractérisée par l'éruption ordinaire.

L'ordre dans lequel se sont développés ces différens cas avec et sans éruption, et leur mode de transmission mutuelle, ne doit pas laisser de doute sur la conclusion qu'en tire l'auteur, savoir, leur identité complète, conclusion qu'adopteront la plupart des praticiens; car il en est peu qui n'aient été à même de recueillir des observations analogues

OBSERVATIONS SUR LA CHLOROSE, par J.-J. CAZENAVE, D.-M. P.

L'auteur de cette communication paraît avoir eu spécialement pour but de signaler les variétés que présentent les chlorotiques suivant les différences de genre de vie, de mode de sentir, du degré d'impressionnabilité dans lesquels elles se trouvent. Les particularités qui lui ont paru surtout avoir le plus d'importance sont les différences de condition sociale, d'éducation, et le despotique empire de certains préjugés, de certaines convenances, qu'on est obligé de respecter. C'est ainsi qu'il dit avoir retiré peu de succès de l'emploi des traitemens bien indiqués chez les jeunes personnes des grandes maisons, parce que l'étiquette, la mode, les convenances, le régime, le défaut d'exercice, les habitudes de luxe s'opposaient à ce qu'il obtînt un résultat avantageux de moyens qui ne produisent rien de favorable s'ils n'ont pour auxiliaires l'emploi bien dirigé des modificateurs hygiéniques. Il a obtenu des succès plus marqués chez des filles de bons bourgeois, de marchands, qui n'étaient pas autant que les précédentes les esclaves de l'étiquette, de la mode, des convenances et de beaucoup d'autres choses qui compromettent si souvent la santé. C'est ainsi encore que ses succès ont été plus nombreux chez les filles de bons artisans et de paysans qui sont libres, enjouées, et dont la tête n'est pas remplie de ces aventures romanesques qui en altèrent l'esprit et préparent souvent de si grandes calamités morales.

M. Cazenave rapporte trois autopsies de jeunes filles mortes chlorotiques, et chez lesquelles tous les organes étaient pâles, exsangues même; l'utérus dans ces trois cas n'était le siége d'aucune altération appréciable autre que la décoloration des tissus, qu'il partageait avec tous les autres organes.

III. JOURNAL DE LA SECTION DE MÉDECINE DE LA SOCIÉTÉ ACADÉMIQUE DE LA LOIRE-INFÉRIEURE.

ENQUÊTE DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE NANTES SUR LA SYPHILIS.

Nous avons analysé il y a quelques mois le rapport officiel de la discussion ouverte, dans l'assemblée des médecins de Nantes, sur les principales questions relatives à la syphilis. Cette discussion, à laquelle avaient été invités tous les médecins qui s'occupent de la syphilis, n'était encore qu'une partie de la vaste enquête à laquelle s'est livrée la société de Nantes. Elle a adressé, sous forme de circulaire, une série de questions aux principales sociétés médicales du royaume; beaucoup ont répondu; quelques autres ont gardé le silence. Était-ce dédain ou prudence, ou peut-être encore crainte de compromettre le profond sommeil dans lequel la plupart de ces sociétés sont engourdies? On parle beaucoup de décentralisation dans nos provinces; on la vante, on la désire; mais lorsqu'il faut pousser à l'œuvre, les bras manquent tout à coup. Pour nous, sans penser qu'elle doive produire autant de merveilles qu'en espèrent beaucoup de ses partisans, nous nous réjouirions de voir les départemens participer davantage à la vie scientifique dont Paris garde pour ainsi dire le monopole, et nous ne cesserons d'applaudir à tous les efforts tentés dans ce but. La société de Nantes a donné un exemple qui mériterait d'être suivi par toutes les Académies, non-seulement de la province, mais de Paris même; et dites-moi quand les séances de l'Académie de médecine ont été plus suivies que quand elle a évoqué devant elle les grandes et palpitantes questions de la litotritie, du traitement des phlegmasies aiguës, des fièvres typhoïdes, etc.?

Il y a quelque chose de plus utile encore à joindre à ces diverses

opinions d'une assemblée, manifestées de vive voix par ses membres, les opinions des autres réunions scientifiques d'un même pays; et plût à Dieu qu'un jour ces enquêtes pussent s'étendre dans l'Europe entière! Non pas que nous pensions qu'on arriverait ainsi sûrement et toujours à la vérité; le vote des majorités est peu propre à fonder des doctrines; mais, d'une part, c'est là l'unique moyen de constater le véritable état de la science à une époque donnée; de plus, ces discussions sur une grande échelle, ces doctrines entrechoquées, ces mille faits isolés et perdus qui se trouveraient réunis et mis face à face, ne pensez-vous pas que de tout ce mouvement jailliraient souvent de vives lumières, et que du moins l'émulation et l'amour de l'étude en seraient plus que doublés?

Mais, laissant ces réflexions générales, abordons les questions posées par la société de Nantes. Nous ne voulons point ici discuter les réponses; nous aurons sous peu occasion de le faire; en ce moment il suffira de remplir le rôle d'historien.

La première était ainsi conçue : *Existe-t-il un virus syphilitique?* Dans la société de Tours, onze membres sur douze ont admis ce principe comme cause unique et directe de tous les accidens syphilitiques. Poitiers pense que son existence est rendue incontestable par ses effets et son mode de transmission; l'irritation n'est qu'une complication en dehors de l'affection spécifique. Toulouse l'admet également. La société de la Sarthe s'est partagée; les deux tiers des membres ont répondu *oui*; les autres ont admis l'existence d'une cause spéciale contagieuse. Metz admet le virus, et l'admet unique et non multiple comme le croyait Carmichaël. A Rennes, vingt membres sur vingt-deux ont voté pour le virus; un seul contre; le dernier ni pour ni contre. Dijon a deux sociétés; la société médicale a dit *oui* à l'unanimité; l'Académie des sciences, arts et belles-lettres n'a pas hésité davantage. Nous laissons de côté les opinions de quelques médecins qui ont répondu personnellement, la plupart en faveur du virus. La réponse de la commission de la société de médecine d'Angers mérite d'être textuellement rapportée; elle a pensé « que cette question ne pouvait être l'objet d'une discussion utile, et que des divagations théoriques n'auraient que l'inconvénient d'embrouiller le sujet et de montrer combien nous sommes peu aptes (nous, de la société de médecine d'Angers) à terminer un si grave et si sérieux débat. »

Deuxième question : *Le mercure est-il utile dans les maladies vénériennes?* Tours répond *oui*, à la majorité de onze sur douze; Poitiers, c'est un des meilleurs moyens; Toulouse, c'est le médicament qui guérit le plus rapidement et le plus sûrement, en laissant le moins de chances possibles aux récidives; Le Mans, *oui* à l'unanimité. Metz, son emploi au début des phlegmasies syphilitiques est nuisible; mais après l'emploi raisonné d'une médication antiphlegmasique préalable, il mérite en général la préférence. Les autres sociétés ont admis l'utilité du mercure; la commission d'Angers a reconnu « que de justes doutes se sont établis sur son utilité absolue; mais elle a pensé en même temps que, pour se prononcer d'une manière décisive, il faut des expériences comparatives faites en grand nombre, sur une grande échelle, et dans des circonstances spéciales où peu de médecins se trouvent placés. »

Troisième question. *Le mercure est-il un spécifique de la syphilis?* Le Mans a répondu *oui*, à la majorité des deux tiers des membres; les deux sociétés de Dijon admettent aussi cette spécificité; les autres n'ont pas directement répondu à cette question, qui paraît avoir été comprise généralement dans les suivantes.

Quatrième question. *Le mercure est il nécessaire?* Le Mans répond : Dans le plus grand nombre des cas, oui à l'unanimité; Metz croit qu'il peut être remplacé; Reims dit : Oui, le plus souvent pour prévenir les symptômes consécutifs, hors après la blennorrhagie. Nous devons noter que la société du Mans a voté sur l'utilité du mercure, après en avoir admis la nécessité.

Cinquième question. *L'emploi du mercure a-t-il des inconvéniens?* Tours pense qu'on a beaucoup exagéré de nos jours ces inconvéniens; suivant Poitiers, ils sont incontestables, mais dus le plus souvent à la mauvaise préparation du médicament, à son emploi intempestif ou mal dirigé, aux imprudences ou à certaines idiosyncrasies du sujet; enfin ces accidens ne sont pas inhérens au remède lui-même, et peuvent être évités ou du moins promptement combattus par le praticien prudent et expérimenté. Toulouse n'admet aussi ces accidens que quand le mercure est donné d'une manière inopportune, ou à des doses disproportionnées, sous des formes peu convenables, ou enfin cependant par des causes inappréciables. Le Mans se demande si ces inconvéniens sont graves et fréquens quand le mercure est méthodiquement employé, et répond : *Non* à l'unanimité. Metz reconnaît que son usage inconsidéré donne lieu à une série d'altérations organiques qui ont de l'analogie avec celles que produit l'agent syphilitique. Rennes les attribue toutes soit à l'infection syphilitique, soit à la manière défectueuse dont on a administré les préparations mercurielles. Selon Dijon, les accidens tiennent uniquement à son emploi peu judicieux. Niort ne leur reconnaît également pour cause que l'abus ou l'imprudence.

6° *Le traitement antiphlogistique peut-il seul détruire les maux vénériens?* Tours, à la majorité de onze voix sur douze, décide que la syphilis ne pouvant, *dans aucun cas*, être attribuée à une simple irritation locale, les antiphlogistiques ne devraient être considérés que comme des moyens accessoires, indispensables toutefois pour combattre les accidens inflammatoires qui peuvent se développer pendant sa durée. Poitiers est moins exclusive : dans un grand nombre de cas les antiphlogistiques sont employés avec avantage; mais le plus souvent ils ne peuvent amener une guérison complète. Toulouse admet que plusieurs médications, entre lesquelles la diète, les antiphlogistiques, une haute température, peuvent détruire la syphilis. Le Mans, ainsi qu'on l'a vu, professe la nécessité du mercure dans le plus grand nombre des cas; mais la diète et les antiphlogistiques peuvent servir la thérapeutique. Metz, sans répondre directement, paraît exiger aussi le concours d'une médication différente. Rennes pense que le traitement simple peut guérir seul quelquefois les écoulemens blennorrhagiques, les engorgemens du testicule et des articulations; les pustules humides et certaines végétations, bien que plusieurs membres regardent comme chose imprudente de s'y fier. Mais, après les chancres et les bubons il laisse craindre des accidens consécutifs; et enfin, pour les symptômes reconnus consécutifs, *non*, à l'unanimité, il ne peut plus suffire. Dijon est unanime pour nier son efficacité, quelle que soit la forme de la vérole, fût-ce une blennorrhagie; et l'Académie spécialement déclare dangereuses les doctrines qui tendent à accréditer son efficacité. Niort est du même avis; la méthode antiphlogistique est efficace pour combattre, dans certaines circonstances, l'intensité des symptômes; mais la cause interne résiste, se généralise et forme ainsi les affections constitutionnelles et héréditaires.

7° *Les symptômes primitifs et secondaires ayant été guéris par le traitement simple ou ayant disparu spontanément, est-il nécessaire de recourir au mercure pour prévenir les symptômes consécutifs?* Rennes répond : Oui, le plus souvent, la blennorrhagie exceptée. La réponse des autres sociétés peut se déduire de leurs opinions précédemment émises.

8° *L'action du mercure est-elle plus sûre quand on y joint d'autres médicamens?* Rennes pense que le plus souvent les sudorifiques ajoutent à l'efficacité du mercure; toutefois quelques membres révoquent en doute la valeur antisyphilitique de ces médicamens. A Dijon, plusieurs médecins ont signalé comme très-avantageuse l'association de l'opium au mercure.

9° *Y a-t-il d'autres spécifiques que le mercure?* Le Mans pense que les sudorifiques, les préparations d'or, etc., peuvent servir la thérapeutique de la syphilis, mais au même titre que la diète et les antiphlogistiques. Metz écarte la question de la spécificité, et croit que l'or, l'ammoniaque, l'antimoine, les sudorifiques, peuvent détruire le virus : l'Académie de Dijon n'ose décider : l'iode, le copahu, le cubèbe, les préparations d'or et d'argent, la salsepareille, l'astragale sans tiges, ne peuvent qu'être utilement expérimentés; elle en appelle d'ailleurs à l'expérience pour nous conduire à la découverte de nouveaux spécifiques. Niort admet la spécificité des préparations d'or.

En résumé, il paraît certain d'après ces documens que la théorie du virus et la nécessité d'un traitement spécifique sont admises par la grande majorité des médecins français. Mais, pour être appuyée sur la majorité, cette doctrine est elle bien la meilleure? C'est une question fort différente de la première, et dont la solution en est fort indépendante. La société de médecine d'Angers l'a parfaitement senti, lorsqu'elle a rejeté le vote par tête, d'après ce motif « qu'un médecin, scrupuleux et consciencieux observateur dans un vaste hôpital de vénériens, l'emportera toujours sur mille opinions individuelles, dues le plus souvent à la routine, et presque jamais basées sur une masse de faits comparativement observés. »

ANALYSE DE L'URINE D'UN DIABÉTIQUE, et réflexions sur le moyen employé pour obtenir le sucre de l'urine des diabétiques; par M. HÉTRU, pharmacien.

M. Hétru commence d'abord par examiner les procédés indiqués par MM. Orfila, Béclard et Berzélius pour obtenir le sucre de l'urine des malades atteints de diabète, et trouve, ou qu'ils sont très-compliqués, ou qu'ils ne réussissent que dans des circonstances extrêmement rares. Il est donc à désirer que l'on trouve un procédé simple et constant dans

ses résultats; c'est ce qu'il croit avoir obtenu dans le moyen que nous allons indiquer.

Il fait d'abord remarquer qu'il est important, pour arriver aux chances les plus favorables, de séparer autant que possible les principes mucoso-extractifs des parties sucrées, et les acides qui nuisent prodigieusement à la cristallisation du sucre, et d'éviter le contact prolongé du fer, qui paraît altérer les matières sucrées à la manière des acides.

Procédé. Faites évaporer l'urine au bain-marie, jusqu'à la consistance du sirop de sucre donnant ebaud 30 à 31 degrés au pèse-sirop; étendez ensuite ce liquide de deux à trois fois son volume d'alcool rectifié; décantez au bout de trente heures, et faites évaporer la liqueur claire au moyen du bain-marie, jusqu'à consistance de mélasse, et mettez cristalliser à la température ordinaire. On purifie le sucre obtenu au moyen de l'alcool rectifié et du filtre.

L'urine du diabétique que M. Hétru avait été chargé d'analyser, lui a fourni les résultats suivans :

Matière sucrée cristallisée,	0060,00
Hydrochlorate de soude,	0002,00
Sulfate de soude,	0001,20
Carbonate et phosphate de chaux,	0001,10
Matière extractive sucrée, insoluble dans l'alcool.	0006,00
Albumine,	0000,37
Eau,	0929,33
	1000,00

APERÇU DE L'ÉPIDÉMIE DYSENTÉRIQUE QUI A RÉGNÉ A ANCENIS, pendant les mois de juillet, août, septembre et octobre 1834.

L'auteur se plaint de ce que l'épidémie qui a régné d'une manière terrible sur les deux rives de la Loire et sur les campagnes environnantes, depuis Angers jusqu'à l'embouchure de ce fleuve, n'a pas assez éveillé l'attention des médecins éloignés du foyer de cette maladie, qui, si nous en croyons son rapport, enlevait presque autant de personnes qu'elle en attaquait.

La petite ville d'Ancenis, située dans le fond d'une vallée, mais sur un mamelon assez élevé, est entourée de marais d'une certaine étendue, qui porteraient à croire qu'elle doit être souvent désolée par les épidémies, et cependant les fièvres intermittentes sont à peu près les seules maladies qui y règnent quelquefois d'une manière épidémique.

Au mois de janvier 1834, le choléra, qui déjà en 1832 avait fait quelques victimes à Ancenis, y apparut de nouveau et enleva, sur une population de 8,300 ames, et dans l'espace de six semaines, plus de 80 personnes. Depuis cette époque jusqu'au 1er juillet dernier, il n'y eut presque pas de décès. Alors la dysenterie commença à sévir et offrit bientôt une intensité considérable.

Cette maladie se présente sous deux formes différentes : dans la première, que les médecins du lieu désignent sous le nom de *dysentérie sèche*, les matières excrétées ne sont autres que des mucosités sanguinolentes, sans la moindre trace de matières fécales. Dans la seconde, qu'ils nomment *humide*, les selles sont plus ou moins abondantes, et offrent pendant la première période, ou une matière bilieuse quelquefois abondante, ou du sang presque pur.

La première de ces variétés n'apporte au début que peu de trouble à la digestion stomacale; mais bientôt les vomituritions, les douleurs d'entrailles, le ténesme deviennent insupportables, et il résulte souvent des efforts que fait le malade une chute du rectum. L'état du pouls est rarement altéré. La durée de cette première variété se prolonge rarement au-delà de huit à dix jours; sa terminaison est presque toujours heureuse chez les malades dociles.

La seconde variété est beaucoup plus grave; tout le tube digestif est affecté; le rectum est le siége de douleurs intolérables; le pouls offre de la fréquence; la langue est plus ou moins sèche; abandonnée à elle-même, ou traitée par les excitans, cette variété fait de rapides progrès; la fièvre augmente avec la fréquence des selles; la quantité de sang rendu est en proportion plus grande; l'émission des urines devient très-difficile ou nulle; les malades s'affaiblissent et meurent dans un état d'adynamie complet. La durée de cette variété est de douze à vingt-cinq jours; sa terminaison a presque toujours été funeste; chez les femmes avancées en âge, surtout, elle se terminait promptement par la mort. Depuis le mois de juillet jusqu'au mois de novembre, époque pendant laquelle la dysentérie régna à Ancenis, il y eut 192 décès, dans la proportion de 62 hommes pour 72 femmes.

L'épidémie a maintenant presque quitté la ville qui, pendant quelque temps, a été le seul point où elle ait régné, pour se répandre de proche en proche dans les communes voisines, où elle fait, dit l'auteur, des ravages extraordinaires par l'indolence des malheureux habitans, et par leur éloignement des moyens de secours.

IV. BULLETIN DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE GAND.

TRAITEMENT DU PANARIS PAR L'ONGUENT MERCURIEL.

Il y a quelque temps déjà que l'efficacité de l'onguent mercuriel dans le traitement de l'érysipèle l'a fait appliquer parmi nous au traitement du panaris; et l'on s'est bien trouvé de faire des frictions avec cet onguent, de cinq minutes en cinq minutes, sur le doigt du malade. M. Guislain vient de l'essayer à plus haute dose, et le résultat obtenu doit fixer l'attention des praticiens.

Sa servante fut prise un soir d'une forte douleur dans le pouce gauche; elle ne dormit pas de la nuit; le lendemain, le pouce était gonflé, tendu, offrant la couleur terne jaunâtre du panaris; toute la main était tuméfiée, les glandes de l'aisselle gonflées et douloureuses; la douleur du doigt pulsative, intolérable; la malade éprouvait même de légères faiblesses. M. Guislain couvrit tout le pouce d'une couche épaisse d'onguent mercuriel dont la quantité pouvait être évaluée à une once. Au bout de quelques minutes, la malade ressentit une douce chaleur se répandre sur toute la surface cutanée du pouce; cette chaleur dura quelque temps et fut remplacée par un sentiment de froid ressenti à l'intérieur de la partie. La douleur cessa comme par enchantement, le pouce se désenfla; et en moins de quatre heures tous les symptômes avaient disparu.

OBSERVATIONS D'ÉPILEPSIE DÉPENDANT D'UN ÉTAT MORBIDE DE LA MOELLE ÉPINIÈRE; par M. COLSON.

Les trois faits rapportés par M. Colson sont intéressans sous plus d'un rapport, et d'abord parce que la méthode de traitement employée dans chacun de ces cas a été suivie d'un succès complet, et ensuite parce que ces trois cas ont offert un phénomène morbide qui n'est pas constant dans l'épilepsie, savoir une vive sensibilité à la pression sur divers points de la colonne vertébrale. On sait avec quelle ardeur quelques médecins anglais et américains ont étudié l'état morbide qu'ils désignent sous le nom d'irritation *spinale*, et qu'ils ont rattaché à cette maladie divers cas d'épilepsie qui le plus souvent cèdent assez facilement à une médication judicieuse. Nous serions portés à penser que les trois cas rapportés par M. Colson sont trois exemples d'irritation spinale, bien qu'il n'ait point employé cette expression, et même qu'il les ait présentés à la société comme dépendant d'une myélite. Avant d'examiner si réellement il y avait une myélite dans ces cas, nous allons rapporter les principaux traits de l'une de ces observations.

Le sujet était un individu âgé de 19 ans, d'une constitution lymphatique, éprouvant depuis six mois, tous les six, sept ou huit jours, des attaques d'épilepsie. Dans l'intervalle des attaques, le malade ne présentait aucun trouble des fonctions; le pouce fortement appuyé sur les 3e, 4e, 5e et 6e vertèbres cervicales, le malade ressentait une vive douleur; les 7e cervicale et 1re dorsale n'étaient point douloureuses, mais les 2e et 3e dorsales l'étaient, moins cependant qu'à la région cervicale. L'auteur considère ces points douloureux comme dépendant d'une inflammation de la moelle. Les accès d'épilepsie cédèrent à des applications réitérées de sangsues sur les points indiqués. Depuis, le malade eut une rechute qui céda encore à une nouvelle application de sangsues.

D'après la manière dont est décrite la douleur que déterminait la pression sur les vertèbres, il serait impossible d'affirmer que ce cas fût un exemple d'irritation spéciale, puisque l'auteur, qui probablement ne connaissait pas les belles recherches de M. Griffin, n'a point dit si cette douleur était ressentie dans l'endroit même sur lequel la pression était exercée ou dans des endroits éloignés, ce qui est un point très-important pour le diagnostic de l'irritation spinale. Mais la lecture de ses observations nous démontre que ce n'était point un cas de myélite, car l'inflammation de la moelle n'offre pas plus d'intermittence que toutes les autres inflammations, tandis que ces espèces d'intermittences appartiennent plus spécialement aux névroses et à l'irritation spinale, qui doit être rangée parmi ces dernières tant que l'on n'aura pas découvert la nature intime de cet état morbide. Si nous voulions appuyer encore l'opinion que nous venons d'émettre, bien que d'une manière dubitative, sur le genre d'affection dont il est question dans cet article, nous rappellerions que le traitement employé par

M. Colson avec succès dans les trois cas, est celui que conseille le docteur Griffin.

OBSERVATION D'UN CAS D'HÉMORRHAGIE CÉRÉBRALE dans lequel l'épanchement s'est fait entre la dure-mère et l'arachnoïde; par M. MARESKAS.

Les observations d'épanchement entre la dure-mère et l'arachnoïde sont assez rares pour que nous croyions devoir reproduire le fait suivant.

OBS. — Le 22 septembre 1834, le nommé B..., âgé de 63 ans, doué d'un tempérament sanguin et d'une forte constitution, se plaignit d'éprouver depuis long-temps des vertiges, des tintemens d'oreilles et une céphalalgie très-intense, qui ne l'avaient pas empêché jusqu'alors de remplir avec exactitude les fonctions fatigantes de gardien dans la maison de détention; outre les vertiges et les maux de tête, il n'offrit d'autre trouble ou symptôme fonctionnel qu'une constipation opiniâtre, et parfois émission involontaire des urines. Une saignée générale, plusieurs saignées locales, les vésicatoires, les purgatifs, ne produisirent aucun soulagement. Le malade se levait tous les jours, mais était constamment tourmenté par une céphalalgie intense. Le 8 octobre, il tomba dans un état comateux : respiration stertoreuse, perte de connaissance et résolution complète des membres. Des émissions sanguines, un vésicatoire à la nuque, des sinapismes aux extrémités le retirèrent, contre toute attente, de cet état; après deux ou trois jours, il put encore se lever et se promener dans la salle. Le mieux se soutient jusqu'au 21; le lendemain, perte totale de connaissance; assoupissement profond. Quand on le secoue fortement, il ouvre les yeux. Sur la demande du médecin, il remue les bras et les jambes, mais avec une lenteur extrême. On ne peut rien lui faire avaler; la constipation persiste, les urines coulent involontairement; vers le soir, le pouls devient plus fréquent et la chaleur de la peau plus grande. Cet état dure pendant cinq jours, et la mort arrive le 27.

A l'autopsie, on découvrit un épanchement considérable de sang entre la dure-mère et le feuillet de l'arachnoïde qui la tapisse. Le décollement des deux membranes s'étendait de chaque côté, depuis la fosse coronale jusqu'à l'extrémité postérieure du pariétal, et depuis la grande faulx jusqu'à la suture temporo-pariétale.

Le sang contenu était en partie fluide, en partie coagulé; il avait produit sur les deux hémisphères une dépression égale et de près d'un pouce. La substance cérébrale n'offrait rien de particulier.

OBSERVATIONS D'UN CAS OU L'IRRITABILITÉ NERVEUSE A ÉTÉ PRISE POUR UN ÉTAT INFLAMMATOIRE AIGU; par M. BURGGRAVE.

Il arrive trop souvent que l'on ne tient compte que des symptômes existans, sans avoir égard soit aux circonstances sous l'influence desquelles ils se sont développés, soit à l'état des forces du malade. Quelques observations rapportées par M. Burggrave, en offrent des exemples bien frappans; et comme on commet chaque jour parmi nous des erreurs semblables à celles qu'il voulait faire connaître, nous allons rapporter la première des observations qu'il a citées.

OBS. — A la suite d'une maladie aiguë, dont son mari avait été atteint, et qui, pendant plusieurs semaines, avait mis son existence en danger, madame ..., épuisée par les soins constans donnés au malade, et surtout par l'inquiétude à laquelle elle avait été en proie, présenta les symptômes d'une violente encéphalite. La force de la réaction fit qu'on eut recours aux déplétions sanguines; mais à mesure que le sang coula, la susceptibilité nerveuse s'exaspéra, et le délire le plus furieux survint. Dans cet état, on allait passer à de nouvelles émissions sanguines, lorsque enfin on eut égard à la nature des causes de cette réaction morbide. Des lavemens d'assa fœtida à haute dose, répétés de demi-heure en demi-heure, ramenèrent le calme; un régime analeptique, l'emploi du quinquina pendant tout le temps de la convalescence, qui fut longue, rendirent la malade à la santé et à sa famille.

L'écueil signalé dans cette observation par M. Burggrave, est l'un de ceux que l'on rencontre le plus fréquemment dans la pratique, et que l'on est aussi le plus disposé à méconnaître sous l'influence des idées qui sont encore généralement admises, et d'après lesquelles on est toujours disposé à voir dans des cas analogues un état inflammatoire violent et une indication pour de fortes et nombreuses émissions sanguines.

NOUVEAU PROCÉDÉ POUR FABRIQUER LE SIROP DE VIOLETTE; par M. LONEL.

La presque totalité du sirop de violette en usage à Gand, vient des pharmacies de Paris au prix de 5 fr. le flacon. Il n'est donc pas étonnant que l'on cherche, en Belgique, à s'affranchir de ce tribut payé à notre industrie. D'après le procédé indiqué par M. Lonel, et que nous allons faire connaître, il paraît qu'il y aurait économie, sous le rapport de la dépense et du temps à employer pour faire la préparation. Chaque flacon, d'après ce procédé, ne reviendrait qu'à 2 fr. 50 c. Il assure que son sirop se conserve aussi long-temps que celui généralement employé, et ne perd aucune de ses qualités de saveur et d'odeur.

Ce procédé consiste à séparer des pédoncules huit onces de fleurs entières avec leur calice, à les piler pendant un quart d'heure, et à les infuser pendant trois heures dans un vase d'étain bien bouché, avec 2 livres et 3 onces d'eau de pluie bouillante. On exprime, on ajoute 3 onces de sucre candi très-blanc et pulvérisé, qu'on laisse fondre au bain marie dans le même vase. De cette manière l'opération ne dure que trois heures et demie. Il est à remarquer que la quantité de fleurs sur une égale proportion de sucre et d'eau, est la même que celle prescrite par la pharmacopée belge, mais avec cette différence que les fleurs, d'après le moyen employé par M. Lonel, sont pourvues de leur calice.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 1er FÉVRIER.

ENTOZOAIRES DU TISSU MUSCULAIRE CHEZ L'HOMME.

M. de Blainville présente un flacon renfermant un certain nombre d'entozoaires microscopiques qui lui ont été adressés par M. Owen, et qui font le sujet d'un mémoire récemment publié par le savant anatomiste anglais. (Voyez l'extrait de ce mémoire dans notre dernier numéro.)

ZOOLOGIE. — INFUSOIRES.

M. Dujardin adresse les résultats d'observations récentes qu'il a faites à ce sujet. Dans une précédente communication, l'auteur avait annoncé que la substance glutineuse exprimée du corps des infusoires prend dans l'eau la forme de globules diaphanes, où bientôt on voit apparaître des vacuoles, lesquelles se remplissent d'eau, deviennent de plus en plus amples, se réunissent entre elles, et font bientôt disparaître le globule lui-même. Il avait de plus émis l'opinion que ce qu'on avait considéré comme des estomacs dans les infusoires, n'était autre chose que des vacuoles du même genre. Cette propriété de se laisser pénétrer par le fluide ambiant, qui indiquerait l'absence d'une trame organique, est bien d'accord d'ailleurs avec ce que semble indiquer la facilité avec laquelle changent de forme les infusoires désignés pour cette raison sous le nom de *p otée*.

M. Dujardin a soumis à ces observations non-seulement les diverses formes de protes ou amibes indiqués par Losana comme autant de formes distinctes, mais encore beaucoup d'autres qui se trouvent près des substances animales ou végétales purifiées au milieu de l'eau.

La découverte récente d'un long filament antérieur flagelliforme servant d'organe locomoteur unique aux *monades*, à certains *cercaires*, *enchélides*, *cyclides*, et à un grand nombre d'autres animalcules, tels que l'*euglena longicauda* (Ehr.), concorde parfaitement, dit M. Dujardin, avec la simplicité d'organisation que tendaient à établir les faits que j'ai précédemment cités. L'étude de cet organe permettra, au reste, de caractériser autrement qu'on ne l'a fait les infusoires gymnodes. On reconnaît, en effet, que beaucoup de prétendues espèces des genres *monas*, *bodo*, etc., ne sont que des formes d'un même être dans des circonstances différentes, et que la queue attribuée à plusieurs de ces êtres n'est qu'une expansion variable, contractile et disparaissant tout-à-fait quand l'animal reste en repos.

Certains infusoires, tels que la *cercaria gibba*, ont deux filamens, l'un antérieur, l'autre latéral; et c'est de leur action diversement combinée que résulte leur mouvement saccadé.

Dans tous ces gymnodes, poursuit M. Dujardin, le corps n'est réellement qu'une masse noduleuse sans tégumens, d'une substance susceptible de se creuser des vacuoles irrégulières superficielles.

Parmi les infusoires que l'auteur a trouvés munis d'un filament, il en est un voisin des *enchelys*, qui, outre son filament moteur, en porte, à la partie antérieure, un second qui traîne en arrière et peut, lorsqu'il se contracte à son tour, faire exécuter à l'animal un mouvement rétrograde. Un autre se compose d'une capsule ovalaire déprimée, percée en dessous vers l'extrémité, d'une large ouverture. Il en sort deux ou trois filamens qui se meuvent lentement d'un côté à l'autre, et se déterminent quand ils se contractent, après avoir pris un point d'attache, comme il arrive pour les rhinopodes.

Il est une espèce de trichode munie de cils vibratiles, qui laisse aussi sortir de longs filamens par une large ouverture latérale; et fait ainsi le passage des gymnodes aux infusoires, munis seulement de cils vibratiles. Tous ces filamens ou cils, dit M. Dujardin, sont de même nature; et dans les animalcules mourans on les voit se crisper, se contracter et disparaître, surtout si l'on ajoute un peu d'alcali; c'est là ce qui a pu conduire des observateurs à nier la réalité de ce qu'on appelait des cils, car de véritables cils eussent persisté.

PLUIE DANS LES RÉGIONS TROPICALES.

M. Boussingault adresse une notice sur quelques résultats relatifs à ce sujet, qui se déduisent tant de ses propres observations que de celles qui ont été faites à différentes époques dans la Nouvelle-Grenade.

On a reconnu en Europe que la pluie tombe en plus grande abondance le jour que la nuit. Dans les régions équinoxiales où l'auteur a demeuré, il paraît que le contraire a lieu. Il a en effet mesuré pendant trois mois, et séparément, la pluie tombée dans le voisinage des mines de Murmato, et voici ce qu'il a obtenu.

An 1827. — Pluie en centimètres.

	Le jour.	La nuit.	Total.
Octobre.	3,4	15,1	18,5
Novembre.	1,8	20,8	22,6
	0,2	15,9	16,1

Les mines de Marmato sont situées par 5° 27' de latitud nord, longitude occidentale 5 h. 11'; leur hauteur au-dessus de l'Océan est de 1,426 mètres; leur température moyenne de 20°,4.

Les observations sur la quantité de pluie qui y tombe chaque mois, ont été continuées depuis le départ de M. Boussingault, l'administration ayant fait sur sa demande établir un eudiomètre.

M. Boussingault donne les résultats mensuels pour les années 1835 et 1834, et il les rapproche de ceux qu'avait obtenus Caldas à Santa-Fé de Bogota, latitude 4° 35', longitude occidentale 5h 6', hauteur 2641 mètres.

Pluie en centimètres.

Mois.	Santa-Fe, 1807.	1808.	Marmato, 1833.	1834.
Janvier.	— 6,7	7,5	8,1	1,8
Fevrier.	— 1,7		— 12,2	5,4
Mars.	— 0,6		— 22,1	3,5
Avril.	— 6,0		— 10,2	17,9
Mai.	— 15,3	14,0	— 27,9	22,4
Juin.	— 7,9	4,4	— 23,6	33,4
Juillet.	— 9,5		— »,»	7,8
Août.	— 12,3		—	2,5
Septembre.	— 1,8		— 5,1	13,2
Octobre.	— 12,7		— 9,4	25,7
Novembre.	— 9,5		— 33,3	17,8
Decembre.	— 16,4		— 2,5	17,8
Total.	100,3		154,4	171,2

La quantité de pluie tombée dans le cours d'une année à Santa-Fé, est, comme on le voit, bien moindre que celle qui tombe à Marmato dans le cours d'une année Ce résultat paraît tenir à une double cause dont les effets ont été constatés séparément. Ainsi, on sait qu'à une même hauteur au-dessus du niveau de la mer, la quantité de pluie augmente à mesure qu'on s'avance vers des climats dont la température est plus élevée; que pour un même parage la quantité de pluie recueillie est d'autant moindre que l'eudiomètre est placé plus haut au-dessus du niveau de la mer.

PROPAGATION DE LA CHALEUR DANS LES CORPS NON HOMOGÈNES.

M. Duhamel adresse un mémoire sur les températures moyennes des points d'une sphère composée de couches dont la nature varie suivant une loi exprimée par une fonction quelconque, continue ou discontinue, de la distance au centre.

« La solution complète de la question, dit l'auteur dans la lettre qui accompagne son mémoire, n'est pas possible dans l'état actuel de l'analyse; mais lorsque les températures extérieures, différentes pour chaque point de la surface, se reproduisent indéfiniment dans des périodes de même durée et que l'on cherche les températures moyennes des points de l'intérieur ou seulement des couches concentriques, on peut parvenir à quelques propositions d'une grande généralité. Il en est de même du cas où les températures du milieu seraient indépendantes du temps, et où l'on considérerait l'état final de la sphère. »

Parmi les diverses propositions auxquelles arrive M. Duhamel, et qui se trouvent exposées dans son mémoire, nous nous bornerons à citer la suivante.

« Si une sphère solide est composée de couches dont la densité et tous les coefficiens spécifiques varient suivant une loi quelconque, et que sa surface soit exposée depuis un temps indéfini à l'action d'un milieu dont les températures soient périodiques et varient arbitrairement d'un point à un autre de la surface, la température moyenne d'une couche quelconque relative à la période entière sera constante et égale à la moyenne des températures extérieures. Cette moyenne sera aussi celle du centre et de la masse entière de la sphère. La même proposition a lieu lorsque la sphère renferme un noyau liquide dont tous les points ont à chaque instant une même température. »

PARASITE DE LA VIGNE.

L'Académie avait reçu, dans sa séance du 30 août dernier, une note de M. Vallot de Dijon, tendant à prouver que MM. Decandolle fils et Duby avaient eu tort de considérer comme espèce nouvelle une plante cryptogame qui avait attaqué en 1834 les vignes du pays genevois. Ces deux naturalistes adressent à leur tour une réfutation de cette opinion que M. Vallot, disent-ils, n'aurait pu former s'il avait consulté la description originale et la figure qui l'accompagne. Suivant eux, les deux p'antes dont M. Vallot affirme la similitude, non-seulement ne sont pas des espèces voisines, mais elles appartiennent à deux genres différens.

FILTRAGE EN GRAND DES EAUX DESTINÉES A LA CONSOMMATION DES GRANDES VILLES.

M. Girard fait en son nom et celui de MM. Dumas, Cordier, Bobiquet et Poncelet un rapport favorable sur un appareil proposé par M. Cordier de Béziers pour l'approvisionnement de la ville de Bordeaux, dont nous avons fait connaître précédemment les dispositions principales, et qui, étant composé de plusieurs parties semblables complètement indépendantes les unes des autres, peut se nétoyer sans qu'il en résulte de chomage. Nous pensons, disent les commissaires en terminant leur rapport, que l'expérience de ce qui se pratique en Angleterre et même à Paris pour le filtrage des eaux troubles, présente, pour le succès de l'appareil proposé par M. Cordier, toutes les chances désirables; et que si cet appareil ne répondait pas d'abord sur tous les points à ce que l'auteur en espère, il ne pourrait manquer d'y parvenir en faisant subir à ce système de légères modifications.

CLIMATS PROPRES AU BLÉ.

M. Edwards lit sur ce sujet un mémoire qui lui est commun avec M. Collin, professeur de chimie à l'école de Saint-Cyr.

Dans un précédent travail, les auteurs avaient cherché à établir les limites de température entre lesquelles est possible la germination des graines, et particulièrement des blés. Dans celui-ci, ils n'examinent plus seulement la possibilité de la germination, mais du complet développement de ces céréales.

Y a-t-il des pays trop chauds pour la culture du blé? Les agriculteurs sont pour la négative; les voyageurs dans les pays tropicaux, au contraire, sont pour l'affirmative. Plusieurs des moyens qui se présentent naturellement pour résoudre la question, offrant des difficultés d'exécution, nous avons eu l'idée, disent messieurs Edwards et Colin, de représenter les régions constamment chaudes des contrées équinoxiales par notre climat à l'époque où il leur ressemble. Dans cette vue, nous avons fait nos premières recherches sur les deux principales variétes en usage parmi nous, le *blé d'hiver* et le *blé de mars*.

Le 28 avril, 580 grains de blé d'hiver des plus gros, et autant de blé de mars, pris indistinctement, ont été semés dans deux portions de terrain contiguës, et ont d'abord poussé également bien; mais le premier a bientôt commencé à taller, à produire une multitude de feuilles et de tiges courtes plus ou moins obliques, dont aucune n'a porté épi; on a eu autant de touffes de très-beau gazon: les grains de blé de mars poussèrent comme à l'ordinaire et donnèrent des épis qui mûrirent très-bien. L'expérience fut faite aussi pour le blé d'hiver avec de très-petits grains pesant en total moitié moins que les premiers; 470 de ces grains ne donnèrent que de l'herbe; les 60 autres poussèrent des tiges élevées, dont les épis mûrirent bien. Ainsi le volume de la graine, disent les auteurs, est une condition qui modifie puissamment le développement de la plante sous l'influence d'une haute température; mais il y a aussi d'autres conditions, puisque les grains de mars étaient en général plus gros que ceux des petits grains d'hiver qui réussissent

Le blé d'hiver, d'après l'expérience rapportée plus haut, semble ne pouvoir être cultivé dans un pays dont la température constante serait celle de notre mois de mai; aussi, dans un pays dont la température serait égale à celle du mois d'août, le blé de mars réussirait-il. Pour s'en assurer, on sema le 3 juillet un certain nombre de ces grains, qui restèrent en herbe pendant la durée de la saison chaude, et qui ne commencèrent à pousser des tiges que lorsque la température eut baissé. Le blé de mars ne saurait donc être cultivé dans les lieux où régnerait d'un bout de l'année à l'autre la chaleur de notre été. Des expériences semblables montrèrent qu'il en était de même pour l'orge et le seigle.

En prenant la moyenne de température des mois dans lesquels les expérie ces ont été faites, on trouve, disent MM. Edwards et Colin, que la limite de chaleur où nos céréales commencent à ne pouvoir se développer d'une mani re normale est de 18°,23, ce qui s'accorde parfaitement avec la limite assignée par M. de Humboldt d'après les observations faites au Mexique, limite qui est de 18 à 19°; et avec celle de 18°,8, qui résulte des observations faites dans la Nouvelle-Grenade par M. Boussingault.

On a vu que les céréales dont le développement normal a été arrêté par l'excès de température donnent beaucoup de feuilles, et peuvent ainsi fournir une excellente pâture; ce fait s'accorde avec ce qu'a observé M. de Humboldt à Jalapa, où le blé ne vient pas à maturité, mais où on le sème neanmoins parce qu'il donne un excellent fourrage.

Des expériences comme celles qui viennent d'être rapportées ne peuvent pas servir, on le pense bien, à déterminer la culture de certaines céréales qui, comme le maïs, ne viennent nulle part mieux que dans des pays dont la température constante est supérieure à celle de nos mois les plus chauds.

On a vu que le volume de la graine modifie les effets qu'exerce la température sur le développement normal des céréales; les auteurs pensent qu'il serait possible de tirer parti de cette observation pour obtenir à volonté une récolte printannière ou une recolte automnale. Les gros grains qui, la première année, n'ont donné que de l'herbe et n'ont pas porté fruit, vivront l'hiver dans la racine et donneront l'année suivante une seconde pousse qui se développera normalement Au lieu de laisser périr les feuilles de la première année, on peut les recueillir pour fourrage et tirer ainsi d'une seule semaille deux produits.

Dans le delta du Rhône, l'on sème en août et septembre de l'orge escourgeon pour la nourriture du menu bétail. Quand l'automne est très-sec, la plante se dessèche, mais repousse plus tard. Ordinairement cet orge donne une abondante pâture pendant tout l'hiver, et avec les soins nécessaires on a plus tard une récolte de grain considérable.

On voit comment l'action de la chaleur peut rendre la même plante annuelle ou bisannuelle, et on ne saurait douter que de pareils résultats ne doivent se présenter souvent dans la nature.

LITHOTRITIE.

M. Ségalas lit un mémoire ayant pour titre: *De la lithotritie considérée sous le rapport de ses accidens réels et de ses accidens supposés*. L'auteur discute tous les inconvéniens qu'on a reprochés à cette opération, et s'attache à faire voir que les uns sont imaginaires, que d'autres se présentent rarement, et que plusieurs lui sont communs avec l'opération de la taille; que, tout compense enfin, la première opération présente des inconvéniens moins nombreux et moins graves que l'autre, ce qui ne veut pas dire d'ailleurs qu'elle doive dans tous les cas indistinctement lui être préférée.

CHIMIE ORGANIQUE. — AMIDON.

M. Guérin Vary achève la lecture d'un mémoire sur l'amidon de pomme de terre. Dans la première partie, l'auteur rapporte de nouvelles expériences tendant à prouver, contre l'assertion contraire émise par M. Payen, qu'à l'exception de la chlorophyle et d'une matière cireuse, cette fécule préparée à l'eau distillée ne renferme aucune matière étrangère; que la propriété alcaline que M. Payen a cru y remarquer tient aux eaux dont on s'est servi pour le lavage; enfin que l'huile volatile n'existe pas toute formée dans les tégumens de la fécule, mais que, comme l'avait déjà annoncé M. Dubrunfaut, elle se produit pendant la fermentation alcoolique de l'empois de fécule.

L'auteur examine les diverses applications industrielles qu'on a voulu faire de la dextrine, et soutient que le prix des produits est plus élevé que celui des préparations qu'ils étaient destinés à remplacer, en même temps que leur qualité

est inférieure. Enfin, il énonce les résultats de quelques réactifs sur la substance qu'il considère.

1° L'iode se comporte de la même manière avec l'amidon, dans l'eau privée d'air et dans celle qui ne l'a pas été.

2° L'amidon, chauffé seul avec de l'eau pure ou salée, donne par la distillation un produit qui ne bleuit pas par l'iode.

3° L'amidon, traité par la diastase dans l'eau purgée ou non d'air, donne par la distillation un produit qui ne bleuit pas par l'iode.

4° La fécule pure, exposée seule dans l'eau à une température de 15°, n'avait donné après quarante-huit heures ni acide carbonique, ni acide acétique; examinée ensuite au microscope, elle n'a pas paru altérée. Ainsi, ce n'est pas à son altération que tient l'abolition de la faculté germinative observée par MM. Edwards et Colin dans les graines des céréales exposées à une chaleur humide de 45°.

5° En traitant l'amidon par l'acide sulfurique, d'après le procédé de M. de Saussure, M. Guérin n'a pu obtenir de composé cristallisable.

La seconde partie du mémoire est relative à l'analyse immédiate de la fécule, préalablement purgée de la chlorophyle et de la matière cireuse. En broyant le produit purgé avec de l'eau à 0 degré, jusqu'à l'épuiser, il a obtenu de l'amidine et de l'amidin soluble dans les proportions de 61,71 à 38,29. Traitant le résidu par l'eau bouillante, il a obtenu de nouveau une quantité des deux mêmes substances dans les proportions de 60,31 à 39,69. De ces deux résultats, l'auteur conclut que l'eau bouillante ne retirant de la fécule que les deux mêmes principes que l'eau froide, et dans le même rapport, il s'ensuit que ces deux principes préexistaient dans la fécule, mais que seulement, pour les séparer complètement, il faut que la température de l'eau soit supérieure à 20 degrés. La composition qu'il a trouvée pour la fécule est :

Amidin tégumentaire.	2,12
Amidin soluble.	38,13
Amidine.	59,75
	100,00

Les analyses élémentaires de ces divers composans, convenablement desséchés, donnent les formules suivantes : *amidon* = C17 H20 O10, amidine C10 H10 O6, *amidin tégumentaire* et *amidin soluble* C7 H10 O4. On voit que l'amidon équivaut à du carbone, plus de l'eau; l'amidine à du carbone, de l'eau et de l'oxigène; enfin les amidins à du carbone, de l'eau et de l'hydrogène. Or, l'oxigène et l'hydrogène en excès dans ces deux derniers produits, y sont dans le rapport nécessaire pour faire de l'eau.

M. Guérin annonce que la diastase transforme les amidins *hydrates* en matière sucrée et en une substance insoluble dans l'eau, ne bleuissant plus par l'iode. Si ces amidins ont été préalablement desséchés dans le vide, la diastase est sur eux sans action, l'acide sulfurique même n agit sur eux que faiblement.

La proportion de la matière non bleuie par l'iode est de 1,705, différant ainsi d'une manière sensible de celle de l'amidin tégumentaire qui est de 2,12; mais l'analyse élémentaire étant sensiblement la même pour l'une et pour l'autre, on pourrait considérer ce dernier comme étant composé de tégumens non bleuissables par l'iode et d'une certaine quantité d'amid ne; mais d'autres considérations que M. Guérin développe dans son mémoire, le portent à considérer l'amidin tégumentaire, non comme un composé de deux produits différens, mais comme un principe immédiat.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 2 février. Présidence de M. Louyer-Willermay.

— La clôture de la dernière séance n'avait pas permis de proclamer le résultat du scrutin pour la commission d'élection. Les onze commissaires sont :

1° *Section d'anatomie et de physiologie.* — M. Salmade.
2° *Pathologie médicale.* — M. Mestivier.
3° *Pathologie chirurgicale.* — M. Lacournère.
4° *Thérapeutique et histoire naturelle* — M. Mérat.
5° *Médecine opératoire.* M. Renoult.
6° *Anatomie pathologique.* — M. Cocoac.
7° *Accouchemens* — M. Villeneuve.
8° *Hygiène publique* — M. Marc.
9° *Médecine vétérinaire.* — M. Dupuy.
10° *Physique et chimie médicale.* — M. Gueneau de Mussy.
11° *Pharmacie.* — M. Boudet.

— M. Jolly se porte candidat pour l'une des sections de pathologie interne, de thérapeutique et d'hygiène; et adresse l'exposé de ses titres.

M. le président annonce à l'Académie qu'elle a perdu l'un de ses membres, M. Boisseau, premier professeur à l'école militaire d'instruction de Metz. M. Boisseau est mort le 2 janvier.

M. Villeneuve donne quelques détails à ce sujet. On sait que depuis deux ans environ M. Boisseau était dans un état voisin de la démence. Dix jours avant sa mort, étant seul près de son poêle, il fit une chute dans laquelle sa tête porta contre le tranchant du marbre; lorsqu'on le releva, il était plongé dans un coma profond qui dura 36 heures. Tous les secours de l'art lui furent en vain prodigués. A l'autopsie on trouva un épanchement sanguin dans le crâne.

— M. le président annonce que dans la séance prochaine il sera nommé une commission pour faire choix des travaux qui devront être lus dans la séance publique annuelle de l'Académie.

— M. Virey informe l'Académie qu'il a consulté M. le ministre de l'instruction publique, pour savoir s'il était dans l'intention de présenter cette année aux chambres le projet de loi sur l'organisation médicale. Le ministre a répondu affirmativement, il serait donc nécessaire de reprendre et de terminer la discussion du projet et du rapport de M. Double.

M. Pariset. M. Double s'est engagé à présenter prochainement la fin de son travail.

RAPPORTS SUR VINGT-QUATRE REMÈDES SECRETS.

M. Soubeiran, au nom de la commission des remèdes secrets, fait successivement *vingt-quatre rapports* sur tout autant d'arcanes médicamenteux jouissant au dire de leurs auteurs des propriétés les plus salutaires. La commission est malheureusement d'un avis tout différent, et conclut qu'aucun d'eux ne mérite l'attention du gouvernement. — Adopté.

M. Nacquart. A cette occasion, je dois signaler un fait grave à l'Académie. On a distribué à domicile, à tous les médecins de Paris, le prospectus d'un vin médicamenteux propre à remplacer toutes les préparations de quinquina. L'auteur annonce qu'il a obtenu un brevet d'invention; et de plus, j'ai vu avec regret à son prospectus les noms de plusieurs de nos collègues, qui certifient l'utilité du remède. Les membres de cette compagnie devraient mettre enfin un terme à cette bienveillance fâcheuse qui protège jusqu'au charlatanisme; et pour l'Académie elle-même, gardienne des lois et des réglemens qui concernent la santé publique, ce n'est pas seulement un droit, c'est un devoir de réclamer près du gouvernement, et de lui rappeler que des brevets d'invention ne sauraient être sans danger délivrés pour des remèdes.

M. Pariset. C'est une affaire d'administration : la proposition de M. Nacquart devrait être renvoyée au conseil.

M. Lodibert. J'avais bien prévu que le charlatanisme, contrarié pour la vente des médicamens par la sévérité de l'Académie, se rejetterait sur les alimens et les préparations hygiéniques. Aussi ce vin n'est pas seulement un médicament, il est destiné à remplacer le quinquina, le café, le vin ordinaire. Il faut prévenir le ministre de cette nouvelle supercherie.

M. Marc. Il y a ici une question générale beaucoup plus importante que celle qui regarderait ce nouveau remède spécialement. Est-il convenable que le gouvernement accorde des brevets d'invention pour des médicamens? Je dis qu'il y a là un inconvénient immense, et pour le public et même pour l'Académie; car les porteurs de semblables brevets impriment que leurs remèdes sont approuvés par le gouvernement, ce qui implique qu'ils ont eu l'approbation de l'Académie. Il faut que le conseil d'administration s'occupe sérieusement d'un tel abus. Déjà l'Académie a pris une décision formelle pour inviter le gouvernement à ne point accorder de brevet d'invention pour ces objets.

M. Adelon. L'Académie est comme un conseil de santé que le gouvernement consulte, et qui est tenu de répondre; mais elle ne répond qu'aux questions qu'on lui adresse, et n'a aucun droit de plus. Le pouvoir disciplinaire ne lui appartient pas; il appartient en cette matière à l'école de pharmacie. Qu'on n'exagère pas cependant ce que je viens de dire : je pense que, quand un grand besoin public le réclame, il est loisible à l'Académie de se retirer vers le ministre pour l'avertir du danger; et il est même convenable qu'elle prenne l'initiative. Déjà l'Académie a plusieurs fois réclamé contre l'abus des brevets d'invention; elle peut réitérer ses réclamations, et j'appuie volontiers la proposition de M. Marc.

M. Nacquart. Malheureusement ce qu'on renvoie au conseil d'administration n'obtient pas toujours toute l'attention qu'on désirerait.

M. Chevallier. Que l'on renvoie l'affaire au conseil, mais que le conseil soit tenu de rendre compte de ce qu'il aura fait à l'Académie. (Appuyé.)

Cette proposition est adoptée.

NOUVEAU RAPPORT SUR LES PRÉTENDUES CURES ORTHOPÉDIQUES DE M. HOSSARD. — M. P. DUBOIS, rapporteur.

M. Dubois réclame d'abord l'indulgence de l'Académie, et pour la précipitation avec laquelle le rapport a dû être fait, attendu que tous les jours, et ce matin même encore, des pièces nouvelles étaient adressées au rapporteur; et parce que le rapport en lui-même est excessivement ennuyeux.

Après cet exorde, il entre en matière, cite successivement tous les documens fournis par M. Guérin et par M. Hossard, par l'accusation et la défense; et de l'examen minutieux de toutes ces pièces ainsi que des renseignemens que la commission elle-même a cru devoir demander aux professeurs de l'école de médecine d'Angers, il conclut, comme il avait fait dans un premier rapport : 1° qu'il est avéré que pour ses deux premières malades, M. Hossard a sciemment trompé la commission de l'Académie, en présentant comme n'ayant encore été soumises à aucun traitement des jeunes personnes qu'il traitait depuis plusieurs mois dans son établissement d'Angers; 2° que pour la troisième malade, femme de chambre de madame Hossard, les documens fournis par M. Guérin pour prouver qu'elle n'avait pas la taille déviée avant son voyage à Paris, sont combattus par d'autres certificats fournis par M. Hossard, lesquels tendent à établir que la difformité de Janny a pu être méconnue à Angers par les moyens qu'elle employait pour la masquer, tels que corsets, robes à taille longue, etc. En conséquence, la commission blâmant fortement la supercherie de M. Hossard à l'égard des deux premières malades, pense que l'accusation n'est pas aussi bien prouvée pour la troisième, et conclut qu'on peut délivrer à M. Hossard une copie du premier rapport de M. Bricheteau, mais à la condition qu'il y sera annexé copie du second, contenant le blâme de l'Académie.

M. Maingault. La question pratique traitée dans le rapport de M. Bricheteau, a disparu cette fois devant la question de personne; or, celle-ci sort des attributions de l'Académie et je demande l'ordre du jour.

M. le rapporteur. L'objection de M. Maingault est si juste en apparence, qu'elle frapperait sans doute beaucoup de membres si je n'y répondais à l'instant. La question pratique est épuisée, il est vrai; mais si nous ajoutons aujourd'hui la question personnelle, l'Académie voudra bien se rappeler qu'elle a expressément chargé sa commission de lui présenter un rapport sur ce point spécial. Je ne comprends donc pas qu'on puisse demander l'ordre du jour, à moins que l'Académie, laissant la discussion actuelle se poursuivre en dehors d'elle, ne veuille s'en tenir à la décision qu'elle a prise de ne délivrer aucune copie du rapport réclamé par M. Hossard.

M. Lisfranc. Le rapport qui vient de vous être fait porte sur deux questions différentes. Est-il vrai, d'abord, que M. Hossard vous ait présenté, comme non encore traitées, des déviations qu'il avait traitées depuis plusieurs mois déjà? oui, évidemment, sans aucune doute; la commission le reconnait elle-même; donc M. Hossard a trompé la religion de l'Académie; donc il ne mérite pas toute la confiance que certaines personnes paraissent disposées à lui accorder. Secondement, est-il vrai que M. Hossard ait produit artificiellement des courbures de l'épine, qu'il aurait montrées à l'Académie comme naturelles, pour se donner le facile honneur de les redresser promptement? ceci a paru moins clair à la commission; et mérite donc une attention toute particulière. Mais quand MM. Grille, Négrier, Lachaize, dont les témoignages ont été rapportés par M. Boinet, n'auraient pas attesté qu'il n'était jamais venu à leur connaissance que Janny Guéry fût difforme et boiteuse; quand d'autres personnes n'auraient point déclaré à M. Lemaitre qu'elles l'avaient toujours vue droite et belle fille, entre autres une personne, qui cependant a pu l'examiner nue; en s'en tenant aux certificats de la couturière et du serrurier de M. Hossard, mis en regard des observations faites par votre commission elle-même, voici un rapprochement qui m'a singulièrement frappé. Quoi! votre commission a constaté que la courbure de l'épine avait *dix-sept lignes* de flèche, que cette courbure, d'autant plus remarquable qu'elle était unique, avait entraîné un raccourcissement de *deux pouces* de l'un des membres inférieurs; quoi! la difformité était portée si loin qu'un de vos commissaires comparait la malade à un *cul-de-jatte*, et l'on vient vous citer des certificats constatant *qu'après avoir beaucoup marché, cette fille boitait un peu; et qu'elle cachait sa déviation avec un corset et des robes à taille longue!* Je demande à l'Académie et je déclare que je ne parle ici que dans l'intérêt de la vérité, je demande à tous ceux qui ont vu des déviations et des claudications, si l'on peut masquer une déviation de 17 lignes de flèche avec un corset, et un raccourcissement de deux pouces avec une taille longue. Je dis, moi, que quand la difformité est arrivée à ce point, il ne faut pas d'examen spécial pour la reconnaitre; cela se voit à quarante pas de distance. Je pose donc cette question capitale à M. le rapporteur qui a examiné cette fille; s'il est vrai qu'il lui ait fallu beaucoup d'attention pour constater l'existence de la difformité, s'il est possible que toute la ville d'Angers ne s'en soit pas aperçue? — En attendant la réponse, je déclare que pour moi, des documens dont nous venons d'entendre la lecture, il est résulté ceci: « Que cette fille était probablement affectée d'une de ces légères déviations de la taille, comme beaucoup de femmes en portent, et qu'un corset suffit à déguiser; mais qu'elle n'avait pas à Angers une courbure de 17 lignes, et encore moins une claudication résultant d'un raccourcissement de deux pouces. Maintenant sa courbure s'est-elle accrue à ce point par le seul effet de son voyage à Paris? Cela me paraît difficile à comprendre. A-t-elle donc été augmentée par quelque moyen dont on ne nous a pas rendu compte? Je laisse à l'Académie le soin d'en décider.

M. Ollivier (d'Angers). Je suis fâché que M. Lisfranc ait paru faire si grand fonds sur le témoignage de M. Boinet; car M. Boinet a cité comme ses autorités MM. Negrier et Lachaise, et j'ai reçu de ces deux honorables confrères deux lettres où ils déclarent qu'ils n'ont jamais vu la malade dont il est question(1).

M. Lisfranc. Ces lettres n'ont point été citées dans le rapport; je demande que M. Ollivier les dépose sur le bureau.

M. Ollivier (d'Angers). J'ai remis l'une à M. P. Dubois, et je suis prêt à déposer l'autre.

M. P. Dubois. Je dois dire à l'Académie que si je n'avais pas fait mon rapport aujourd'hui, je n'aurais probablement jamais pu le faire; tous les jours il m'arrivait de nouvelles lettres, et celle dont parle M. Ollivier ne m'a été remise qu'au commencement de cette séance, ce qui explique pourquoi il n'en est pas fait mention dans le rapport.

M. Sanson. Messieurs, si je jette un coup d'œil sur les deux faits qui sont la base de cette discussion, je vois que pour les deux premières guérisons de M. Hossard, il a sciemment, évidemment trompé l'Académie; personne ne me parait disposé à le contester. S'il n'y avait que ces deux seules guérisons, et que M. Hossard fût venu vous demander un rapport favorable, qu'auriez-vous fait? Vous auriez rejeté avec mépris sa demande. Mais il vous a présenté un troisième malade; et ici l'inculpation qui pèse sur lui est bien autrement grave que la première; on l'accuse d'avoir simulé une affection pour simuler ensuite une guérison; et que dit la commission sur ce point? Que cette accusation n'est pas aussi bien prouvée que l'autre. Il y a donc au moins doute, et dans ce doute il faut avouer que le premier mensonge fait par M. Hossard à l'Académie élève bien quelques préventions contre lui. Je veux que la démonstration ne soit pas complète; dites qu'il n'y a que demi-mensonge cette fois, il en résultera que M. Hossard, qu'on aurait chassé s'il ne nous avait trompé qu'une fois, sera excusé pour vous avoir trompé une fois et demie au moins. Je pense donc que la commission a mis dans ce nouveau rapport un excès d'indulgence, et qu'il faut passer à l'ordre du jour sur toutes les communications de M. Hossard.

M. Émery. Je ne reviendrai pas sur le premier point: le mensonge est évident; mais je ne veux pas vous laisser oublier, messieurs, que ce n'est pas la première fois que M. Hossard se joue ainsi de l'Académie. J'ai fait connaitre dans le temps cette autre supercherie de cet homme, qui distribuait sur la voie publique des prospectus où sa méthode était dite *approuvée par l'Académie*, tandis qu'il nous distribuait ici des prospectus où cette phrase était soigneusement retranchée. On ne saurait contester les deux premières fraudes; mais il y a contestation sur la troisième. Et qui donc regardera comme possible de déguiser avec quelque robe longue que ce soit une claudication résultant d'un raccourcissement de deux pouces? Il ressort d'ailleurs de tout ceci une question de morale: M. Hossard vous a trompé deux fois, vous n'êtes pas sûrs qu'il ne vous ait pas trompé une troisième, il est impossible que vous lui accordiez votre approbation.

M. Husson. Et moi aussi, messieurs, je dirai avec confiance que je ne parlerai que dans l'intérêt de la vérité. Je ne suis ni médecin ni chirurgien consultant d'aucun établissement d'orthopédie, aucun sentiment de prédilection ni de haine ne m'agite pour un des deux contendans; je peux dire: *Mihi neque beneficiis noti neque injuriis.*

On dit que M. Hossard a trompé l'Académie. Il a eu tort, très-grand tort; je le lui ai dit à lui-même. Mais le 13 février 1835, quand il vous présenta ses trois malades, et qu'une commission fut nommée pour suivre le traitement, que devait-elle faire, et qu'a-t-elle fait en effet? Constater, mesurer, mouler les difformités; étudier l'action des moyens employés, constater les résultats. Là, je pense, se bornait sa mission et la vôtre; le reste ne vous regardait pas. Je ne dis pas qu'un traitement antérieur n'ait pu favoriser d'avance le succès du traitement que nous avons suivi, mais je répète que cela ne vous regarde pas. On dit que la commission a péché par excès d'indulgence; elle n'a pas mis peut-être à sa mission tout le soin désirable; mais cette commission était composée de M. Bricheteau, rapporteur, qui déjà vous avait fait, il y a six ans, un autre rapport sur l'établissement de M. Pravaz, de M. P. Dubois, de M. Double, de moi; à qui de nous adressera-t-on ce reproche? Tous les faits que nous avons attestés sont exacts; notre rapport a été l'expression de ces faits; l'Académie l'a adopté; qu'est-il donc ensuite arrivé? Un homme (et je ne dis pas que cet homme ne soit pas un médecin distingué), un médecin donc, placé à la tête d'un établissement orthopédique, s'est aperçu qu'un rival employait un procédé plus simple que les siens, et dont votre approbation allait faire la fortune, et il s'est jeté à la traverse. L'esprit humain est ainsi fait; et voulez-vous que je le dise, messieurs? Il n'y a dans tout ceci qu'une jalousie de métier; voilà tout; et j'ajouterai encore cette remarque, que l'on ne vous a pas donné lecture entière ici de la consultation de M. Guérin lui-même, qui a constaté chez Janny Guéry la difformité qu'on révoque en doute aujourd'hui. Mais cette énorme difformité, c'est M. Hossard, dit-on, qui a pris soin de la produire. Admettons ceci; ce serait une infamie, une chose abominable, et toutefois quelle conclusion scientifique pensez-vous en tirer? C'est que le moyen qui est assez puissant pour produire cette déviation artificielle ne le sera pas moins pour combattre les déviations naturelles (1). Pour moi, je ne crois point à une pareille infamie de la part de M. Hossard, et les certificats des médecins d'Angers me paraissent décider la question (2). On vient de parler de M. Boinet: j'ai vu ce M. Boinet, qui a été dans le temps mon interne; je l'ai vu il y a huit jours; il m'a dit qu'ayant dû faire un voyage à Angers pour une maladie de sa tante, M. Guérin l'avait prié de prendre par occasion des renseignemens sur cette affaire. Mais M. Boinet n'a pas vu une seule des malades de l'établissement de M. Hossard; tout son témoignage ne roule que sur des ouï dire; il n'y a pas là de quoi faire autorité (3).

M. Duméril. J'ai eu occasion de voir les trois malades de M. Hossard lorsqu'il les a présentées à la commission Monthyon de l'Académie des sciences. J'ai vu cette femme de chambre qui boitait évidemment et qui était excessivement courbée; et pour ma part, j'ai été surpris, après le traitement qui a été suivi par nous, de la voir si bien redressée. Au total, de ces trois malades, celle-ci donc a été guérie parfaitement, une autre assez bien, et la troisième n'a point été guérie.

M. P. Dubois. L'heure s'avance, la question est grave et ne sera probablement pas vidée aujourd'hui, et M. Lisfranc, M. Duméril et moi nous sommes appelés au concours de la Faculté. Je prierais donc l'Académie d'ajourner la discussion à la prochaine séance.

Cette proposition est adoptée et la séance levée immédiatement.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

AMPUTATION D'UNE PHALANGE DANS LA CONTINUITÉ; procédé suscité par une circonstance particulière, par M. Moreau, chirurgien sous-aide-major au Val-de-Grâce.

Obs. — Le nommé Tarle, homme d'un tempérament bilioso-sanguin, âgé de 22 ans, était ouvrier-maçon, lorsqu'un jour qu'il travaillait à la contruction d'un mur, le doigt indicateur de sa main droite fut écrasé dans un éboulement de moëllons; les pierres, en s'entrechoquant, avaient arraché une grande partie de la phalangette; le blessé jugeant cet accident de peu d'importance, n'eut pas recours aux soins d'un homme de l'art, si bien qu'un an à peu près s'était écoulé depuis l'accident, et la blessure était encore imparfaitement cicatrisée.

Lorsque je vis Tarlé, il accusait de vives douleurs sitôt que son doigt malade heurtait quelque corps résistant; voici ce que m'apprit l'examen de la partie lésée: les deux tiers inférieurs de la phalangette du doigt indicateur droit avaient été arrachés; il n'en restait que la base taillée en biseau d'avant en arrière, et surmontée d'un petit fragment osseux pointu, qui entretenait une irritation permanente accompagnée de vives douleurs développées, comme je l'ai dit, par le moin-

---

(1) M. Boinet n'a pas écrit que MM. Lachèze et Negrier lui eussent dit *avoir vu ou connu* Janny Guery: il affirme seulement que ces honorables médecins *n'avaient entendu dire par personne que Janny fût contrefaite.*

(1) C'est là une erreur que l'amitié seule de M. Husson pour M. Hossard a pu lui faire connaître.

(2) M. Husson dira probablement à la prochaine séance qu'il est le médecin d'Angers qui déclare avoir eu connaissance de la difformité de Janny avant son voyage à Paris. Jusqu'ici il en est qui ont déclaré n'avoir connu dans Janny qu'une grande et belle fille; mais l'attestation contraire n'a été produite jusqu'ici que par la mère et la sœur de Janny, par le serrurier de M. Hossard et quelques autres personnes aussi importantes. Un seul témoignage a quelque valeur, M. le directeur du Jardin des Plantes affirme que Janny avait une marche *génée* avant d'aller à Paris.

(3) M. Boinet éclairera sans doute un peu mieux M. Husson.

dre contact; il existait aussi une petite plaie fistuleuse dans laquelle on voyait une faible portion d'ongle raccorni s'opposant ainsi que l'esquille à une cicatrisation complète.

Tarlé ne pouvait espérer guérison tant qu'existerait ce fragment de phalangette et d'ongle agissant à la manière d'un corps étranger; il fallait donc, d'après la saine pratique (ce qui devait être fait immédiatement après l'accident), enlever ce reste de phalange. Le procédé, dont je me servis à cet effet, est celui de M. Lisfranc; je le rappellerai : il consiste : 1° la main étant mise en supination, les autres doigts fortement fléchis, à tailler sur la face palmaire de la phalange un lambeau supérieur assez grand pour recouvrir la plaie résultant de l'opération ; 2° à emporter la phalange en pénétrant directement dans l'articulation. Selon les préceptes de cet auteur, le histouri étant tenu en troisième position, la lame à plat, le tranchant tourné vers l'extrémité du doigt, je le plongeai à une demi-ligne en avant du pli cutané palmaire; mais, cas imprévu, dans l'espèce de cicatrice incomplète qui s'était formée, la base de la phalangette avait légèrement fléchi et ses tégumens s'étaient retractés, de sorte que le pli cutané palmaire se trouvait plus reculé qu'il ne doit l'être; et je ne pouvais m'en assurer auparavant, car le moindre mouvement de ce moignon de phalangette était paralysé par la douleur que causait la présence de l'esquille. Le tranchant de mon histouri, lorsque pour diviser le ligament antérieur et traverser l'articulation je le portai perpendiculairement à la base du lambeau que j'avais découpé, tomba donc sur la tête de la deuxième phalange; ne pouvant plus reculer, car j'aurais haché les parties, j'incisai circulairement ses tégumens dorsaux jusqu'à l'os, comme dans le procédé d'amputation à un lambeau et j'emportai, à l'aide d'une petite scie, la surface cartilagineuse qui recouvre la tête de la phalangine ; alors en promenant la pulpe du doigt sur le moignon, m'étant assuré qu'il n'existait pas d'inégalités, ce qui arrive souvent lorsqu'on entame des os spongieux recouverts par une lame mince de tissu compacte, je réunis la plaie immédiatement à l'aide de petites bandelettes agglutinatives, sans avoir eu besoin de faire la ligature ou la torsion des artères collatérales, manœuvre quelquefois nécessaire; et j'entourai le doigt de fomentations émollientes et d'un petit bandage roulé.

Le lendemain je revis mon opéré, il avait eu un peu de fièvre la nuit avec quelque rougeur de la langue : le jour suivant de même; je me rendis facilement maître de cette légère irritation gastro-intestinale à l'aide du seul régime ; les chaleurs caniculaires étant très-fortes et le sujet robuste, je ne craignis pas d'entretenir de l'humidité autour de la plaie ; je fis donc renouveler plusieurs fois par jour les fomentations émollientes, sans défaire le bandage, en plongeant le doigt dans une décoction de guimauve à la température ordinaire. L'appareil fut levé le quatrième jour seulement ; je trouvai la plaie en bon état, et au troisième pansement qui eut lieu huit jours après, elle eut été complètement cicatrisée sans un léger boursouflement d'une petite portion de ses lèvres, que je réprimai aisément à l'aide de quelques cautérisations superficielles avec le nitrate d'argent ; dès lors Tarlé fut guéri.

Maintenant j'oppose ce résultat à plusieurs cas de simples désarticulations de phalanges suivies de phlébites très-graves avec tuméfaction complète du membre, engorgement du système ganglionaire ; accompagnées de phlegmons du tissu cellulaire, d'abcès, de fusées purulentes intermusculaires, de fièvre, de symptômes nerveux, de résorption du pus, enfin quelquefois suivies de mort; cela chez des sujets d'un tempérament nullement nerveux, mais athlétique, sanguin, comme Tarlé; et de la comparaison de ces diverses observations intéressantes que j'ai recueillies à l'occasion, devrais-je énoncer en règle générale et non spéciale : « que les amputations des phalanges dans la continuité ont des avantages marqués sur les amputations de ces mêmes phalanges dans la contiguité? » Ce n'est pas que je prétende conclure d'un seul fait que je relate ; cependant je pourrais rappeler en faveur de ma proposition les fâcheux résultats des nombreuses opérations pratiquées sur les articulations de tout genre. J'excepterai, toutefois, l'amputation scapulo-humérale, qui compte de nombreux succès et qui encore est une opération de nécessité, puisqu'elle n'a pas de lieu d'élection.

Je reviens à ma proposition, et pour la motiver davantage, dirai-je que le travail de cicatrisation, lorsque des surfaces articulaires sont mises à nu, est moins rapide ; qu'il y a exfoliation des cartilages, ramollissement des os qu'ils recouvrent; d'où un travail éliminatoire plus considérable, une suppuration plus abondante, et puis une absorption plus active sur des surfaces tapissées en partie tout d'abord, avant leur changement d'état, par des séreuses, les synoviales enflammées; d'où la résorption purulente si funeste aux blessés, les phlébites, enfin une susceptibilité nerveuse plus grande encore, inhérente à ces surfaces séreuses; d'où le tétanos, si souvent incurable. J'invoquerai encore ici l'analogie basée sur l'anatomie générale : pourquoi l'inflammation des synoviales ne serait-elle pas dangereuse, puisqu'elles ont la même organisation que la plèvre, l'arachnoïde, le péritoine dont les affections sont très-difficiles à guérir ? Au contraire, du côté des amputations dans la continuité, nous trouvons des surfaces presque toutes fibreuses et cellulaires, qui certes ne sont pas absolument exemptes de complications; mais qui ordinairement marchent plus franchement à la cicatrisation, si bien que les chances d'insuccès sont moindres. Car enfin, pourquoi tous les praticiens s'accordent-ils à dire que, lorsqu'une cavité articulaire est accessible à l'air avec perte des tégumens, il faut, dès qu'on ne peut espérer l'ankylose, amputer dans la continuité, parce qu'il surviendrait une inflammation, etc., des surfaces articulaires, qui ruinerait les forces du malade, l'exposerait à des tumeurs blanches et même à la mort.

Enfin, toujours d'après le même énoncé, devrais-je proposer de pratiquer le procédé de M. Lisfranc pour l'ablation des phalangettes à une ligne plus haut, afin d'enlever la surface articulaire qui forme la tête de la phalangine ? Le lambeau palmaire étant taillé, on procéderait du reste comme dans l'amputation demi-circulaire à un lambeau. Il en serait de même pour les autres phalanges.

Dans un cadre aussi restreint je ne puis traiter plus au long un sujet qui, du reste, aurait besoin de l'être *ex professo* ; et je ne m'en charge pas; je ne p is donc me permettre que de simples énoncés, des propositions; heureux s'ils peuvent être utiles à la pratique.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

ÉTUDES SUR LA CHOLADRÉE LYMPHATIQUE OU CHOLÉRA INDIEN ET SUR LA FIÈVRE JAUNE, par BALLY, médecin de l'Hôpital-Dieu, etc.—Deuxième fascicule adressé à M. le docteur Panvini, médecin de l'hôpital de la Paix à Naples. Paris, 1835; 45 pag. in-8°.

OBSERVATIONS PRATIQUES ET INSTRUCTIONS FAMILIÈRES SUR LA NATURE ET LE TRAITEMENT SIMPLE ET MÉTHODIQUE DU CHOLÉRA MORBUS ASIATIQUE, recueillies et rédigées au sein des hôpitaux, mises à la portée de toutes les intelligences, par J.-M. SOCQUET, D.-M. de la Faculté de Turin, etc. Turin, 1835. 68 pages in-8°.

NOTICE SUR LA TOPOGRAPHIE MÉDICALE DE QUELQUES COMMUNES DE LA PARTIE BASSE DU QUATRIÈME ARRONDISSEMENT DU DÉPARTEMENT DU GARD, RELATIVE A L'ÉPIDÉMIE CHOLÉRIQUE DE SAUVE ET DE DURFORT OU ELLE A EXERCÉ SES RAVAGES, par M. le docteur BOISSIÈRE. Nîmes, 1835. 16 pages in-8°.

ÉTUDE DU CHOLÉRA-MORBUS A L'USAGE DES GENS DU MONDE, par A.-T. CHRESTIEN, D.-M., et chirurgie de la marine royale, etc. Montpellier, 1835. 87 pages in-8°.

LETTRE SUR LA NATURE ET LE TRAITEMENT DU CHOLÉRA A M. HIPPOL. ROYER-COLLARD, par le docteur J.-L. MICHON, d'après les observations faites pendant l'épidémie de Paris. Paris, 1835. 19 pages in-8°.

RELATION DE L'ÉPIDÉMIE DU CHOLÉRA-MORBUS QUI A RÉGNÉ A MARSEILLE PENDANT L'HIVER DE 1834 A 1835, par M. SUE, D.-M. P. Marseille, 1835. 165 p. in-8°.

QUELQUES OBSERVATIONS DU CHOLÉRA-MORBUS recueillies dans le service du docteur Cauvière, et suivies de quelques propositions sur cette maladie, par J.-F. THOMAS, D.-M. et chirurgien, chef interne de l'Hôtel-Dieu de Marseille, etc. Marseille, 1835. 48 pages in-8°.

Bien que le choléra ait visité la plupart des parties de la France, l'ardeur des hommes de l'art à rendre compte des observations qu'ils ont été à même de faire sur cette maladie, des impressions qu'elle leur a laissées et des moyens de traitement qu'ils croient les plus favorables, est loin de se ralentir ; le nombre des travaux annoncés ci-dessus, et qui tous ne datent que de quelques semaines, en est la preuve.

Le choléra observé à Paris, à Marseille, à Montpellier, à Turin, a partout offert la même gravité, la même marche, les mêmes phénomènes; il n'y a pas de maladie dont les cas présentent une identité

plus complète sous l'influence de circonstances aussi différentes que celles dans lesquelles on l'a observé; aussi les divers travaux publiés sur ce sujet peuvent être réunis, comme nous le faisons ici; car, sur tous les points importans et qui sont susceptibles d'être éclairés par l'observation immédiate, tous les hommes d'un jugement sain et de bonne foi sont d'accord. Aujourd'hui, il ne peut y avoir de dissidence d'opinion que sur les points sur lesquels chacun est obligé de s'en rapporter à des inductions dont l'exactitude dépend de la justesse du jugement et de l'exactitude des faits sur lesquels il opère. Ainsi, dans l'examen que nous allons faire des sept brochures dont les titres sont en tête de cet article, nous ne reviendrons point sur ce qui est connu de tout le monde, la gravité de la maladie, les symptômes qu'elle a constamment offerts, la rapidité avec laquelle elle foudroie ses victimes dans les premiers jours où elle commence à sévir dans un pays, et sa bénignité comparative, qui va en augmentant à mesure que les cas se succèdent dans la même localité; si donc nous trouvions une simple assertion, et dénuée de preuves, opposée à ces faits qui se sont constamment présentés les mêmes partout, nous ne la mentionnerions pas. Qu'un auteur, par exemple, vienne nous dire qu'il a guéri tous les cholériques auxquels il a donné des soins, et nous serons tentés de croire qu'il n'en a traité qu'un très-petit nombre, ou que tous ces cas se sont rencontrés à la fin de la durée de l'épidémie dans la localité qu'il habitait. Nous ne tiendrons donc compte, dans l'analyse que nous allons présenter de ces divers travaux, que des faits qui auront quelque importance pratique, ou qui nous sembleront propres à jeter quelque jour sur une question importante.

M. Bally avait annoncé, dans le premier fascicule publié en 1833, qu'il serait bientôt suivi d'autres fascicules dans lesquels seraient traitées les questions les plus importantes de l'étude du choléra, mais sans s'astreindre à suivre un ordre scholastique. C'est en effet ce que nous remarquons dans celui que nous avons sous les yeux et qui embrasse une question de thérapeutique, bien que, dans le seul fascicule publié jusqu'alors, l'auteur ne se fût occupé que de comparer le choléra à la fièvre jaune, ou, pour nous servir des expressions qu'il désire introduire dans la science, la choladrée lymphatique au typhus d'Amérique. L'objet de ce deuxième fascicule est de signaler un moyen qu'il regarde comme propre à prévenir le choléra.

La méthode préventive que nous fait connaître ici M. Bally, et qu'il dit avoir compté des succès parmi nous, repose sur la connaissance de l'un des principaux phénomènes du choléra, de celui que M. Bally considère comme étant la source de tous les symptômes qui se succèdent si rapidement, savoir : la perte de l'eau du sang, qui s'effectue par les voies digestives, et qui lui fait regarder le choléra comme une vraie suette intestinale ou comme une hémorrhagie séreuse. Cette phlegmorrhagie est, dit-il, relativement au tube digestif, ce qu'est la suette anglaise relativement à l'enveloppe tégumentaire.

L'auteur avait, en 1821, parcouru les départemens de l'Oise et de Seine-et-Oise, pour étudier la suette qui y régnait épidémiquement; et lorsqu'en 1832 le choléra apparut parmi nous, il aperçut promptement certains points d'analogie, bien que les deux voies d'évacuation fussent différentes; et dès ce moment il comprit que, pour prévenir l'invasion du choléra chez un sujet qui en était menacé, il serait avantageux de provoquer une suette cutanée. C'était la méthode dérivative appliquée dans toute sa vérité, dans toute son énergie. Cependant il est bien important de comprendre que cette provocation aux sueurs à laquelle M. Bally attribue un effet si puissant, ne peut avoir son utile application que dans la période d'incubation. Elle ne peut convenir, elle est tout-à-fait insuffisante, elle est même pernicieuse lorsque déjà la diarrhée blanche ou la suette intestinale a commencé.

Ce n'est pas, au reste, comme moyen préventif du choléra seulement, mais encore de la fièvre jaune et de toutes les maladies qui dépendent de l'introduction dans l'économie de miasmes nuisibles, que M. Bally recommande l'emploi de cette méthode. Ainsi il est convaincu que M. Pariset et lui-même n'ont dû qu'à detrès-abondantes transpirations d'avoir échappé à la fièvre jaune de Barcelone, et que l'infortuné Mazet ne succomba que parce qu'il n'avait pas éprouvé cette suette qui, pour nous servir des expressions de l'auteur, « expulse la cause morbide au-dehors pendant qu'elle est encore errante. »

La conclusion que l'on doit tirer de cette proposition, c'est qu'il sera toujours d'une sage prévoyance, si l'on éprouve seulement une indisposition pendant le règne du choléra ou de la fièvre jaune, d'entretenir une sueur habituelle, et mieux encore de provoquer une sueur factice.

Nous avons cherché à faire bien comprendre la méthode que propose le savant médecin de l'Hôtel-Dieu, et qu'il appuie, dans sa notice, d'un certain nombre de faits auxquels, si elle mérite toute l'importance qu'y attache son auteur, d'autres faits ne manqueront pas à se joindre; et, quel que soit le résultat des nouvelles recherches que nous appelons sur ce point spécial, M. Bally n'en aura pas moins droit à la reconnaissance publique, pour l'intérêt avec lequel il soulève les questions qui sont d'une haute importance pratique; et nous désirons qu'il accélère la publication de son nouveau fascicule.

L'opinion de M. Bally sur la transmission du choléra par la contagion est partagée par M. Socquet, qui pense que c'est seulement par les organes respiratoires, et non par la peau, que peut se faire l'infection cholérique. Le mémoire de M. Socquet est divisé en deux parties, dont la première contient la théorie explicative des phénomènes qu'offre le choléra dans ses prodrômes, sa marche, ses degrés d'intensité, etc., et la seconde est consacrée spécialement au mode de traitement qui lui a semblé le plus rationnel.

La première partie, sous le titre de *Catéchisme à l'usage des cholériques*, renferme une foule de définitions et d'explications qui appartiennent à la pathologie générale, et dans lesquelles l'auteur fait preuve de vastes connaissances, d'une grande précision dans les idées et de beaucoup de clarté dans l'expression. Nous regrettons de ne pouvoir, d'après le plan que nous nous sommes tracés, reproduire quelques passages de cette partie. Quant à la seconde, qui est presque uniquement consacrée à l'exposition de la méthode de traitement que l'auteur croit convenir aux différentes périodes de la maladie, il serait encore plus difficile d'en présenter même une courte analyse, parce que l'auteur examine les diverses indications et discute les moyens de les remplir.

L'étude du choléra-morbus à l'usage des gens du monde, écrite par M. Chrestien, se recommande par une grande clarté, un style approprié aux lecteurs auxquels il est destiné, une bonne distribution en chapitres, dont chacun porte une épigraphe empruntée aux auteurs modernes, parmi lesquels nous avons vu les noms de Parny, Paul de Kock, etc.; enfin le papier, l'impression, tout indique que ce travail n'a pas été fait spécialement pour les hommes de l'art, qui sont peu habitués à trouver le luxe de la typographie dans les ouvrages de médecine, mais qu'il doit aller en des mains habituées à trouver réunis le luxe et l'instruction. Nous lui souhaitons une vaste circulation.

Les recherches de MM. Boissière et Thomas contiennent quelques documens sur la manière dont le choléra s'est montré dans les localités où ils observaient, documens qui ne seraient pas sans intérêt dans une histoire générale du choléra asiatique, mais que nous ne pourrions reproduire ici.

Le travail de M. Sue est le plus volumineux de ceux que nous avons en ce moment devant nous, et aussi il offre quelque chose de complet sur le choléra-morbus observé à Marseille de 1834 à 1835. Et d'abord, il contient une esquisse historique sur cette épidémie, et dans laquelle nous retrouvons tout ce que nous avons vu dans toutes les autres grandes villes; le même début, la même marche et la même fatalité de la part de la maladie; les mêmes erreurs, la même disposition de la part du peuple qu'elle décimait à attribuer à des causes étrangères des malheurs qu'il n'était au pouvoir de personne d'empêcher ou de prévenir. Nous y voyons, même de plus, une population ardente et impressionnable cherchant le salut dans la fuite. Tel fut même le nombre des émigrans, parmi lesquels on compta des fonctionnaires publics, qu'en peu de jours il s'éleva au-delà de 12,000. Si le tableau de cette fuite est honteux pour l'époque actuelle, il était beau aussi d'un autre côté de voir, pendant que l'ignorance ou l'égoïsme dépeuplaient la ville, accourir des villes voisines les médecins, toujours prêts à se dévouer pour leurs semblables.

Ce travail est accompagné d'un grand nombre de tableaux dans lesquels les décès et les guérisons des cholériques sont classés suivant l'âge, le sexe, etc. L'auteur termine par quelques recherches sur l'origine, les causes, le siége et la nature du choléra; son mémoire est important comme retraçant l'un des épisodes du long drame que le choléra présente à nos yeux depuis quatre ans, et dont le dénouement nous est encore caché.

DAS SYMBLEPHARON UND DIE HEILUNG DIESER KANKHEIT, etc. **Du symblépharon et de sa guérison par un nouveau procédé opératoire; par le docteur F.-A. d'Ammon. 2e édit. Dresde, 1834.**

On appelle communément *symblépharon* l'adhérence anormale des paupières au globe de l'œil. M. le professeur Ammon étend cette dénomination à une maladie que Taylor et Beer avaient nommée *henosis*, et qui consiste dans un raccourcissement de la conjonctive, porté quel-

quefois au point que le cul-de-sac que forme la conjonctive en passant des paupières au globe de l'œil, s'efface complètement, et qu'en certains endroits la membrane se tend plus fortement encore, et forme des brides qui réunissent la paupière au globe de l'œil, qui sont plus pâles que le reste de la conjonctive, et s'enflamment facilement. Cette altération, qui est la suite d'ophthalmies chroniques, gêne naturellement les mouvemens et par conséquent les fonctions de l'organe visuel.

On pourrait blâmer l'auteur d'avoir réuni deux maladies dissemblables, et d'avoir donné un nouveau nom (*symblepharon posterius*) à une affection qui en avait déjà un (*henosis*). Mais à part cette légère critique, nous n'avons que des éloges à donner à l'opuscule du docteur d'Ammon. Nous ne le suivrons pas dans la description de la maladie; nous nous bornerons à dire que la reproduction si fréquente du symblépharon proprement dit à la suite de l'opération ordinaire, a suggéré à l'auteur l'idée d'un nouveau procédé opératoire qui, suivant M. d'Ammon, n'est pas suivi de la récidive de l'affection. Ce procédé a déjà été décrit par M. Stœber dans son *Manuel d'ophthalmologie*, page 248; nous nous servirons de sa description. L'opération se fait en deux fois, afin d'éviter l'existence simultanée d'une plaie vive aux paupières et au globe de l'œil. La partie adhérente de la paupière reste d'abord attachée au globe de l'œil; mais on la sépare du reste de la paupière au moyen de deux incisions qui commencent chacune au bord de la paupière, intéressent toute l'épaisseur de celle-ci, et vont se réunir en arrière de l'adhérence, de manière à tailler un lambeau triangulaire qui comprend l'adhérence et reste attaché à l'œil, et deux lambeaux latéraux qu'on réunit alors au-devant du lambeau adhérent au moyen de la suture entortillée, qu'on enlève au bout de quelques jours quand ces deux lambeaux sont soudés ensemble. Quelquefois il n'est pas possible de rapprocher ces lambeaux: dans ces cas, on détache la peau dans une certaine étendue du bord de l'orbite et des os environnans, après quoi on parvient à la tirer suffisamment pour réunir les lambeaux latéraux de la paupière; on soutient alors l'action de la suture par des compresses graduées, au moyen desquelles on presse la peau contre les parties osseuses sous-jacentes, afin de les maintenir en contact et d'obtenir le recollement. Après avoir ainsi excisé de la paupière sa partie adhérente, et avoir réuni au-devant d'elle les deux parties latérales, on conçoit facilement que ces dernières puissent se cicatriser sans contracter des adhérences avec le lambeau adhérent, puisque ce dernier est revêtu de la peau, laquelle est seule en contact avec la plaie vive des autres lambeaux. Ce n'est que lorsque cette dernière est complètement cicatrisée, qu'on sépare de l'œil la partie de la paupière qui y est restée attachée, ce qui se fait au moyen d'une pince et d'un couteau à cataracte, ou d'un bistouri, ou même de ciseaux.

LE MÉDECIN DES FEMMES, manuel pratique contenant la description des maladies propres aux femmes et le traitement qui leur est applicable; par le docteur D'Huc.

Ce manuel est la suite de celui publié par le même auteur il y a un ou dix-huit mois, sur les maladies des enfans. Il offre la même direction, les mêmes défauts, et conséquemment mérite la même critique. Si ce manuel est destiné aux gens du monde, il est beaucoup trop savant, car, avec quelques formules et quelques indications, ceux qui l'auront entre les mains, croiront pouvoir se passer complètement des conseils de l'homme de l'art, ou ne les appelleront que quand déjà le mal sera irréparable; si, au contraire, il est destiné aux élèves ou aux praticiens, il leur sera de bien peu d'utilité; il est trop peu étendu, et ils y en trouveront moins qu'ils n'en auraient entendu dans les leçons les plus maigres, ou pu lire dans les ouvrages les plus concis. On doit, dans la composition d'un manuel, éviter ce que l'on recherche avec raison dans tant d'autres circonstances: le juste milieu. En faisant un ouvrage qui convienne et aux gens du monde et aux médecins, on n'est utile ni aux uns ni aux autres. Il y a là deux lignes bien tranchées, et qui ne peuvent jamais être confondues.

— M. Veret, chef des bureaux de la Faculté de médecine de Paris, prie instamment messieurs les docteurs reçus à cette Faculté, et qui n'ont pas encore retiré leur diplôme, de vouloir bien se présenter eux-mêmes pour le retirer; il leur sera délivré sur leur signature.

Ceux de messieurs les docteurs qui habitent la province voudront bien lui écrire directement en indiquant leur domicile, et il leur sera expédié *franco*, par l'entremise de M. le recteur de l'Académie d'où ils dépendent.

CONCOURS

POUR LA CHAIRE DE CLINIQUE EXTERNE.

Fin de la deuxième épreuve. — Sujet des thèses.

La deuxième épreuve du concours a fini samedi dernier. Comme elle n'est absolument, d'après les réglemens, qu'une répétition de la première, les réflexions que celle-ci nous avait suggérées s'y appliquent avec le même à-propos. M. Sanson est tombé sur une adhérence de la joue droite au tissu des gencives, avec fausse ankylose de la mâchoire supérieure; et pour son second malade, sur un abcès par congestion à la partie supérieure de la cuisse, dont la source est restée inconnue. M. Gnerbois a traité d'un cancer de l'utérus et d'un ulcère vénérien à l'avant-bras. M. Laugier a eu un abcès par congestion, et une vessie regardée comme paralytique. M. Bérard a moins rencontré: son premier malade portait un engorgement du testicule, sujet familier à ce candidat; le second un anus artificiel. A M. Sédillot sont échues deux tumeurs blanches; à M. Lepelletier une fracture du péroné et de la malléole interne, plus un abcès de la mamelle. M. Blandin a fait une leçon pratique remarquable sur un phlegmon de l'aisselle et sur une brûlure du pied et de la jambe par un acide. Enfin M. Jobert, qui avait à parler d'une luxation ancienne et en arrière de l'avant-bras et d'une ophthalmie syphilitique, et il a pris largement sa revanche de la légère teinte de désordre qu'une émotion imprévue avait donnée à sa première leçon.

— Les sujets de thèses ont été tirés, le 2 février, dans l'ordre suivant:

MM. Gnerbois. « Quelles sont les affections qui compliquent les plaies, surtout après les opérations. »
Sanson « Des hémorrhagies traumatiques. »
Lepelletier. « Des différentes espèces d'érysipèle et de leur traitement »
Blandin. « De l'autoplastie. »
Laugier. « Les rétrécissemens de l'urètre et leur traitement. »
Jobert. « Les collections de sang et de pus dans l'abdomen. »
Bérard. « Le diagnostic des maladies chirurgicales, ses sources, ses incertitudes et ses erreurs. »
Sédillot. « Des avantages et des inconvéniens respectifs des amputations dans la continuité et dans la contiguité des membres. »

Les concurrens doivent remettre les thèses le 15 février; les argumentations commenceront le 18.

Arrêté du maire de Bordeaux relatif aux bonbons colorés.

Nous avons eu occasion plus d'une fois d'appeler l'attention de l'autorité sur le danger des bonbons colorés, et il y a quelque temps, une courte discussion qui a eu lieu à l'Académie de médecine a révélé de nouveaux faits à ce sujet. Le *Bulletin médical de Bordeaux* a reproduit cette discussion en l'accompagnant de remarques très-judicieuses, et presque aussitôt le maire de Bordeaux a pris l'arrêté suivant, approuvé par le préfet, et qui mériterait d'être adopté comme réglement de police pour tout le royaume.

« Art. 1er. Il est défendu à tous parfumeurs, confiseurs et liquoristes d'employer des substances minérales pour colorer les bonbons et liqueurs qu'ils exposeront en vente.

» 2. Il ne pourra être employé à cette opération que des substances végétales, à l'exception toutefois de la gomme-gutte et de l'orseille.

» 3. Afin de s'assurer si les dispositions des articles ci-dessus sont exactement exécutées, l'administration fera faire, dans le courant du présent mois, et dans les premiers jours des mois suivans, des visites de surveillance chez MM. les confiseurs, parfumeurs et liquoristes.

» 4. Cette vérification sera faite par les soins de MM. les commissaires de police, assistés de M. le chimiste de la ville.

» 5. A cet effet, MM. les commissaires de police devront se concerter pour que leur visite puisse avoir lieu chaque jour, à compter du 24 du présent mois, jusques et compris le 6 janvier prochain. Elle sera continuée les mois suivans à des époques indéterminées, si l'administration le juge nécessaire.

» 6. Les contrevenans aux dispositions du présent arrêté seront poursuivis conformément aux lois. Les bonbons ou liqueurs colorés avec des substances vénéneuses seront détruits.

» 7. Le présent arrêté sera soumis à l'approbation de M. le préfet. Il sera ensuite imprimé, publié et affiché; des exemplaires en seront adressés à MM. les commissaires de police, ainsi qu'à M. le chimiste de la ville, chargé d'en surveiller l'exécution. »

Conformément à cet arrêté, des visites ont été faites chez les parfumeurs et confiseurs de la ville, et des saisies provisoires ont été opérées pour des dragées coloriées avec des substances qui, analysées, ont été reconnues malfaisantes.

— M. le docteur Gase, médecin ordinaire, second professeur au Val-de-Grâce, vient d'être nommé médecin en chef de l'hôpital militaire du Gros-Caillou, en remplacement de M. Regnault, médecin principal, décédé.

Le Rédacteur en chef, Jules Guérin.

PARIS. — ÉVERAT, IMPRIMEUR, RUE DU CADRAN, N° 16.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La Gazette médicale de Paris (*Gazette de santé* et *Clinique des hôpitaux* réunies) paraît tous les samedis de chaque semaine; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et équivaut à 6 feuilles in-8°. Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois. Pour l'Étranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Poissonnière*, n° 5, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

PATHOLOGIE EXTERNE.

DU SPASME DE L'URÈTRE, ET DES OBSTACLES VÉRITABLES QUE L'ON PEUT RENCONTRER EN INTRODUISANT DES INSTRUMENS DANS CE CANAL; mémoire lu à l'Institut le 8 février 1836, par J.-Z. Amussat.

Le mot spasme vient du grec; il veut dire je tire, je contracte. Le spasme, d'après la définition de nos dictionnaires de médecine, est une contraction involontaire des muscles, continue ou suivie de relâchement, idiopathique ou sympathique, le plus souvent intermittente.

Le spasme de l'urètre n'a pas encore été bien défini; c'est un mot vague dont on se sert souvent pour expliquer les difficultés qu'on rencontre dans le cathétérisme.

J'ai déjà combattu l'emploi du mot spasme appliqué aux petits vaisseaux coupés qui cessent de donner du sang. J'ai démontré, dans mes travaux sur la torsion des artères, que le spasme, l'éréthisme, ne suffisaient pas pour arrêter l'écoulement du sang. Je pourrais aussi démontrer qu'on a abusé du mot spasme en l'appliquant à l'œsophage, à l'utérus dans l'état de vacuité, aux anneaux des muscles de l'abdomen, etc.; mais je dirai seulement:

Qu'en général on fait jouer un trop grand rôle à ces actions vitales ou nerveuses; et je pense que la physique a une très-grande part dans les phénomènes que nous ne connaissons pas bien, et qu'on désigne sous la dénomination vague de spasmes nerveux.

J'appelle spasme de l'urètre toute contraction involontaire de la portion musculaire de ce canal, et même de celle qui est enveloppée par le muscle bulbo-caverneux. On pourrait l'étendre à la rétraction du reste de l'urètre; mais il n'y a pas de fibres charnues.

Presque tous les auteurs en chirurgie et les praticiens admettent une espèce de rétrécissement qu'ils appellent spasmodique, là même où il n'y a pas de fibres charnues. Je pense que le spasme et le rétrécissement spasmodique sont deux choses essentiellement différentes.

Généralement, on confond le spasme qui n'est qu'une action outrée de l'état physiologique avec le rétrécissement qui constitue un état pathologique, un gonflement inflammatoire, depuis la phlogose de la membrane muqueuse jusqu'à l'obturation presque complète du canal.

Wilson seul dit que les rétrécissemens spasmodiques dépendent d'une *altération d'action* et non de *structure*; mais il ajoute qu'ils peuvent avoir lieu dans toute l'étendue du canal, parce qu'il admet des fibres charnues partout. Moi je n'admets la possibilité du rétrécisse-

---

Feuilleton.

CONCLUSION DE L'AFFAIRE HOSSARD; ACADÉMIE DE MÉDECINE.

D'après les longs débats de cette triste affaire, d'après toutes les circonstances de la discussion, il y avait à parier cent contre un que l'académie devait en finir par un ordre du jour pur et simple. Cependant elle a fait tout le contraire. Les probabilités ont eu tort ainsi que la raison et les convenances. Les paroles si justes et si précises de M. Villeneuve avaient si parfaitement établi le vrai point de vue de la question, qu'il semblait impossible de ne pas se rendre à une telle évidence. Il ne s'agissait, en effet dès le début de l'affaire, d'adresser à M. Hossard cette seule question: « qui êtes-vous? » et après sa réponse écarter ses prétentions par une fin de non-recevoir. Mais l'academie n'a pas vu d'abord à quoi elle s'engageait par ses premières démarches, elle a été conduite peu à peu dans un défilé où on a eu bon marché d'elle. Ayant si mal commencé, elle ne pouvait guères mieux finir. Nous ne la blâmons pas, car la majorité a vôté dans sa conscience; mais nous la plaignons sincèrement de n'avoir pas su se mieux défendre contre les entreprises de M. Hossard; elle aura, nous le craignons, plus d'une occasion de s'en repentir.

On a mis en avant la dignité de l'académie pour lui arracher cette décision; on n'a pas voulu lui faire avouer qu'elle avait été trompée une fois, ni laisser soupçonner qu'elle pourrait bien l'être une seconde. La dignité de l'académie n'exigeait nullement qu'elle persistât dans cette mauvaise voie, par la seule raison qu'elle y était entrée. Ceux qui l'entendent ainsi peuvent-ils, de bonne foi, se féliciter du résultat? Une décision qui aurait mis toute l'affaire au néant, n'eût-elle pas mieux valu que deux décisions contradictoires qui s'infirment réciproquement? Est-il tout-à-fait convenable qu'une grave compagnie consultée sur un procédé scientifique dise à celui qui s'en dit l'inventeur: — nous approuvons votre méthode, à condition qu'il sera bien entendu que vous êtes un charlatan auquel on ne doit aucune confiance. Telles sont pourtant, à la lettre, les conclusions adoptées, et voilà comment on a sauvé la dignité de l'académie!

Comme il s'agissait d'une question de personnes, non moins que d'une question scientifique, on a cru que l'académie devait faire preuve d'une haute impartialité, et ne pas paraître céder à des préventions de corps et de profession, dans un dé-

ment spasmodique que dans la portion musculeuse du canal, et encore je ne lui accorde pas une grande valeur comme obstacle à l'introduction des sondes, s'il n'est accompagné de l'inflammation de la membrane muqueuse.

Ducamp, dans son *Traité des rétentions d'urine*, ne parle ni du spasme de l'urètre, ni des rétrécissemens spasmodiques de ce canal. Cependant cet auteur avait beaucoup vu, et ce fait n'eût pas échappé à sa longue pratique.

Dans une conférence mémorable sur mes travaux anatomiques inédits, en présence de MM. Astley Cooper, Dieffenbach, Regnoli, Labat, Thomson, Devergie, Poirson, Germignac et d'un grand nombre de médecins français et étrangers, une discussion s'est élevée sur le spasme de l'urètre, parce que j'avais dit que *jamais* je n'avais rencontré de véritable rétrécissement spasmodique faisant obstacle à l'introduction de la sonde, *sans inflammation*, lorsque le canal de l'urètre était *à l'état normal*.

Sir Astley Cooper a relevé le mot jamais en citant des exemples, et MM. Dieffenbach, Regnoli, Malgaigne, etc., ont aussi cité des faits; mais je pense qu'un malentendu s'est glissé dans cette discussion, où l'on a confondu deux choses qu'il convient de séparer dans l'état actuel de la science.

On a dit que, lors même qu'on avait sondé facilement, il survenait un spasme qui serrait fortement la sonde et empêchait de la retirer. J'ai répondu que ce phénomène ne s'était pas encore présenté à moi sans qu'il y eût inflammation du canal. Il est bon de prévenir que la disproportion du volume de la sonde relativement à la capacité du canal pourrait en imposer.

Depuis cette discussion, un chirurgien lithotriteur a cité un fait qu'il croit en faveur du spasme, et qui prouve le contraire. (V. la *Gazette des hôpitaux* du 28 octobre 1834.)

« Un fragment de pierre, dit ce chirurgien, s'était arrêté vers le » milieu de la partie spongieuse. J'en fis l'extraction. Quatre heures » après, je fus appelé de nouveau auprès du malade, qui ne pouvait » rendre une seule goutte d'urine.

» Je m'assurai qu'il n'y avait pas de pierre, et que l'obstacle était » formé uniquement par la contraction des parois du canal à l'endroit » où le calcul avait séjourné. Une pression douce et graduée au moyen » de la sonde fil cesser cette *contraction spasmodique*, et sans que » l'instrument pénétrât plus avant, l'urine fut lancée par un gros jet » et avec tant de force, que la chambre en fut inondée. »

Il est évident qu'on ne pouvait pas choisir un plus mauvais exemple en faveur du spasme, à moins que spasme et gonflement inflammatoire soient synonymes.

Ce n'est pas le spasme qui resserre le canal devant un fragment de pierre, ou tout autre corps étranger arrêté dans le canal par la disproportion de son volume : c'est un bourrelet de la membrane muqueuse. Sans doute quand le corps étranger se trouve dans la portion musculeuse de l'urètre, la contraction des fibres charnues peut encore s'ajouter à la disproportion de capacité du canal, relativement au volume du fragment de pierre; mais ce n'est pas la cause qui retient plus long-temps les fragmens dans cette partie; c'est parce qu'ils doivent passer par un point plus rétréci : la partie du canal qui se trouve au-dessus du bulbe.

Le bourrelet de la membrane muqueuse est donc le véritable obstacle qui s'oppose au passage du corps étranger qui refoule devant lui cette membrane, et forme tout autour de lui une espèce de valvule circulaire. Le spasme en prend aucune part à ce phénomène : c'est une distension physique qui s'opère de même sur les tissus privés de la vie.

Pour ne pas déchirer le bourrelet qui se trouve au-devant des fragmens de calculs, il faut faire agir les instrumens avec beaucoup de circonspection.

Quelque chose que l'on fasse, les parties sont contuses, froissées, ecchymosées par la pression de la pierre, les frottemens et le contact de l'instrument. Immédiatement après l'extraction du fragment, il y a afflux d'humeurs, gonflement de la muqueuse, écoulement de sang ou de lymphe qui se concrète souvent dans le point offensé; de là obstacle à l'émission de l'urine, douleur, et quelquefois rétention même; et certes, dans ce cas, c'est étrangement abuser du mot spasme, que de lui attribuer, là où il n'y a pas de fibres charnues, cette rétention que l'on fait cesser par la pression et la seule introduction d'une sonde.

Un simple examen suffit pour constater ces phénomènes, qui sont prouvés par les ouvertures des corps et par les expériences sur les animaux vivans.

Si l'on examine l'urètre d'un animal vivant, d'un chien par exemple, que l'on a mis dans les mêmes conditions que celui des malades sur lesquels on a extrait un fragment de pierre, on trouve que, dans le point où a séjourné le corps étranger, la membrane muqueuse est plus ou moins gonflée, rouge foncée, violette, noirâtre, vergetée.

Souvent même on rencontre de fortes ecchymoses; dans tous les cas, il y a là un afflux d'humeurs déterminé par la contusion, le froissement et même la déchirure de la même muqueuse.

La lithotritie produit un effet analogue sur la vessie. (Voir ma table synoptique.)

Nous pouvons rassurer les praticiens sur ces blessures de la muqueuse urétrale et vésicale; car elles se guérissent très-bien et n'ont pas beaucoup de gravité, pourvu que les tissus sous-jacens ne soient pas trop compromis. La distension forcée du canal et des parties environnantes est à mon avis beaucoup plus grave que les blessures. Lorsque le corps étranger se trouve arrêté derrière un véritable rétrécissement pathologique, la difficulté est bien plus grande que dans le cas précédent, et là le spasme ne joue qu'un faible rôle. J'en citerai quelques exemples remarquables.

1° Le prince russe P..., était depuis plusieurs jours tourmenté par une rétention d'urine; je fus appelé pour lui donner des soins, le 22 octobre 1828. Déjà on avait vainement essayé de le sonder, et moi-même je ne pus y parvenir. Je reconnus qu'il y avait un rétrécissement du canal. Une très-fine bougie parvint à franchir l'obstacle; mais elle était si fortement serrée, que je ne pouvais la passer ni la retirer; et je craignais de la rompre en cherchant à la retirer. Surpris de ce phénomène que je ne pouvais expliquer, sans même penser au spasme, j'imaginai de faire une injection forcée entre le canal et la bougie. Cette manœuvre me réussit : la bougie fut dégagée, et le malade urina avec force dans mes doigts. Je fus surpris de sentir une multitude de petits corps durs sur mes mains. Ne sachant d'où ils pouvaient provenir (c'était dans la nuit), j'approchai la lumière et je reconnus que mes doigts étaient couverts de sable rouge. Je compris alors que ces corps étrangers s'étaient amoncelés derrière l'obstacle, et pourquoi ma bougie avait été

---

bat établi entre un médecin et un homme qui ne l'était pas. Rien de plus louable, sans doute, mais il nous semble que l'impartialité a été poussée un peu trop loin, quand on a préféré la parole d'un charlatan connu pour tel à celle d'un médecin honorable. Admettre le débat, c'était déjà une marque d'équité bien suffisante; et on aurait pu se dispenser du reste.

On a prétendu aussi que cette décision, tout en faisant une juste part aux personnes, avait l'avantage d'isoler la question scientifique. On a dit : l'homme à la ceinture est un charlatan, soit; mais son procédé a du bon. Condamnons l'homme et justifions le procédé, et de cette manière tout ira bien. Mais, pour que cette ingénieuse distinction eût quelque justesse, il aurait fallu établir d'abord que la véracité de l'expérimentateur ne pouvait en rien influer sur la valeur des expériences. Or c'était précisément la réalité des expériences qui était en question. La décision académique renferme donc une contradiction évidente, qui consiste à approuver une méthode tout en déclarant controuvés ou au moins inexacts les faits destinés à la justifier. Voilà le résultat immédiat des faits accomplis; voyons-en maintenant les conséquences probables pour l'avenir.

L'honorable rapporteur prévoyant l'abus qu'on pourrait faire devant le public de cette ambiguë décision, a imaginé pour le prévenir, de joindre à la décision qui encourage le procédé de M. Hossard, la décision qui déconsidère sa personne. L'académie a adopté cet expédient. L'intention est digne d'éloges, mais le moyen est complètement inutile. L'expérience a déjà prouvé que l'orthopédiste angevin ne s'arrête pas devant de si petites considérations; l'essentiel pour lui était d'avoir un mot de vous, Messieurs, et de vous faire parler de sa ceinture pendant tout un an. Après cela arrangez votre rapport comme il vous plaira, soyez sûrs qu'il s'en accommodera très bien quel qu'il puisse être. Attendez ses prochaines affiches et vous serez tout surpris d'y voir que vous lui avez voté des statues. De votre sévère admonition, pas un mot; il saura parfaitement vous imiter dans vos distinctions entre la personne et le procédé. Si vous ne réclamez pas, tant mieux, il s'autorisera de votre silence; si vous réclamez, bien mieux encore, il demandera à s'expliquer devant vous et vous engagera dans une nouvelle série de rapports et de délibérations qu'il exploitera de la même manière. Vous avez affaire à un homme infatigable qui, avec l'aide de Dieu et de quelques bons amis, vous en donnera plus que vous n'en pourrez supporter. Il est le proche parent de ces pharisiens qui laissaient assez volontiers déchirer leur habit, pourvu qu'ils se le fissent bien payer. Ainsi tenez pour certain que l'expédient, sous ce rapport, est tout-à-fait inefficace.

Par malheur encore, l'industriel dont il s'agit, ne manque pas de confrères. Ceux-ci ne manqueront pas à l'appel que l'Académie leur a fait involontairement. Il n'y a pas de rebonteur de village qui ne puisse maintenant se croire en droit de venir lui demander un brevet d'invention, et si l'Académie résistait, lui dire : je vaux bien M. Hossard; ce qui serait vrai et incontestable. Nous ne croyons pas que la dignité de l'Académie eût beaucoup à gagner dans ses relations avec cette espèce de gens.

Mais enfin le mal est fait, il n'y a plus à y revenir. Nous nous devions cependant à nous-mêmes de ne pas laisser passer cette décision sans observations. Nous avons été trop engagés dans l'affaire pour l'abandonner au dénouement. Personne, ni dans l'Académie ni ailleurs, ne s'étonnera qu'il nous soit resté quelque chose à dire après tout le monde.

Nous n'avons examiné jusqu'ici que la position de l'Académie, que nous au-

serrée d'une manière si étrange. Ce malade, qui était alité, a présenté un autre phénomène assez rare; l'urine était fétide et s'échappait sur le scrotum qui, malgré toutes les précautions, en fut tellement imprégné qu'il tomba en gaogrène et laissa les deux testicules à découvert.

Malgré ce fâcheux accident, et une fièvre grave qui en a été la suite, il s'est formé un nouveau scrotum; et j'ai guéri le rétrécissement de l'urètre par les moyens que j'emploie habituellement.

Il est évident que dans ce cas on n'aurait pas manqué d'accuser le spasme, si le hasard ne m'eût fait découvrir la véritable cause.

2° M. P... de la F..., était depuis longtemps, affecté d'un rétrécissement de l'urètre. Il fut successivement traité en Allemagne, en Italie et en France. Voici comment il raconte son dernier accident.

« Le 28 septembre 1833, après avoir uriné librement pendant six jours, j'éprouvai tout à coup, en me levant, une impossibilité absolue d'émettre mon urine. J'eus recours, comme de coutume, à ma sonde creuse. Le soir, après avoir fait une course assez forte, j'eus une envie d'uriner accompagnée de spasme; j'introduisis la bougie; mais l'urine coula lentement, avec un redoublement de spasme, qui me fit trépigner pendant tout le temps que dura cette opération. L'urine était trouble et en petite quantité. Je voulus ensuite retirer la sonde; elle résista et se rompit à l'endroit du second œil, en sorte que le morceau qui est resté dans le canal ou dans la vessie est d'environ un pouce. Cet accident n'a rien produit jusqu'à présent. Aujourd'hui 30, j'ai uriné librement pendant toute la journée; seulement, en m'asseyant, j'ai éprouvé au fondement une sensation semblable à celle que produirait un petit corps étranger qui s'y trouverait engagé. »

Appelé auprès du malade, j'acquis la certitude que le bout de la sonde était dans la portion bulbeuse de l'urètre, derrière le rétrécissement. Au lieu de chercher à l'extraire avec des instrumens, ce qui n'aurait pas été facile à cause du rétrécissement, je fis uriner le malade en serrant la verge près du gland; quand l'urètre fut bien distendu, je laissai brusquement échapper le flot de liquide qui entraîna avec lui le bout de sonde. Ce moyen produisit le même effet que l'injection forcée, mais en sens inverse.

Il est évident pour moi, que la fatigue causée par une course assez forte que fit le malade, détermina le gonflement du rétrécissement. La sonde déjà usée fut serrée, accrochée au second œil, ce qui occasiona la rupture.

3° Autre exemple remarquable de corps étranger introduit dans l'urètre : longue épingle de six pouces de longueur, extraite sans avoir produit de spasme du canal. Il y a plusieurs années qu'un homme, âgé de 30 à 40 ans, vint me consulter le soir, d'un air mystérieux; il me disait vaguement qu'il avait une maladie dans le canal, mes questions ne purent rien m'apprendre. En explorant l'urètre, je découvris un corps étranger. Le malade ne me guidait point. Je reconnus à deux pouces du méat, une tige métallique dont l'extrémité s'engageait dans la muqueuse, et qu'il était impossible d'extraire avec une pince à pansement. J'employai alors la canule d'un petit instrument de lithotripsie; et en tirant fortement la verge, je parvins à dégager la pointe de la tige métallique qui était fixée dans la membrane muqueuse, et je la fis pénétrer dans ma canule.

Alors en faisant faire un angle à celle-ci avec la tige je parvins à l'extraire sans difficulté; je fus très surpris de reconnaître une épingle telle que je n'en avais point encore vu de semblable; elle était d'une couleur ordinaire, et elle avait six pouces de longueur et une force proportionnée. Le malade me dit alors qu'il avait introduit cette épingle dans le canal pour se débarrasser d'une rétention d'urine. Je ne fut pas du tout convaincu par cette assertion, et je lui fis des questions auxquelles il ne me répondit pas d'une manière satisfaisante. Pour connaître la vérité, je priai le malade de me permettre d'explorer l'urètre. Une grosse sonde d'argent pénétra dans la vessie avec la plus grande facilité, ce qui me donna la certitude qu'il n'y avait aucun rétrécissement, pas même le spasmodique que la présence de la tête de l'épingle qui arc-boutait contre l'autre extrémité du canal aurait dû déterminer.

Ainsi, en consultant ma pratique et mes expériences sur les animaux vivans, je pense que l'état physiologique ne peut pas simuler l'état pathologique. Je m'explique : lors même que la contraction mettrait un obstacle à l'introduction de la sonde, s'il n'y a pas inflammation, gonflement, rétrécissement de la membrane muqueuse, la sonde est si médiocrement serrée par le spasme qu'elle peut être retirée aisément, tandis que le contraire arrive souvent lorsqu'il y a maladie du canal; *et c'est pour moi le meilleur caractère distinctif de l'état sain et de l'état morbide, parce que le spasme n'est pas assez fort pour produire seul cet effet.*

La physiologie a ses lois qu'elle dépasse rarement; mais la pathologie a aussi les siennes. Je sais bien que la limite est souvent difficile à établir; cependant une observation attentive prouve que l'on confond fréquemment ces deux états.

J'ai observé qu'en général on pense que le canal n'est pas malade, ou n'est pas rétréci, quand le jet de l'urine est assez fort; mais c'est une grande erreur, qui augmente encore quand on peut introduire une sonde d'un certain calibre.

L'erreur est bien plus pardonnable quand, durant la vie, on ne peut introduire une bougie fine, et qu'après la mort on fait pénétrer aisément un instrument même plus gros. On en conclut qu'il existait un rétrécissement spasmodique. Tel est l'exemple de J.-J. Rousseau et de quelques autres que je pourrais citer; mais je me bornerai d'approfondir celui de cet homme célèbre, parce qu'il pourra servir à éclairer la question qui nous occupe, et peut-être aussi à expliquer le caractère de ce grand homme, et prouver l'influence des maladies de l'urètre sur le cerveau, ou du physique sur le moral; en un mot, à rendre raison de la prétendue hypocondrie de J.-J. Rousseau. Il suffit pour tout médecin attentif de lire ses confessions, pour se convaincre qu'il n'était pas un malade imaginaire. L'état maladif le plus simple de l'urètre porte à la tristesse, et même quelquefois au suicide; j'ai déjà remarqué plusieurs fois ce phénomène, que d'autres observateurs avaient indiqué avant moi.

Cet exemple prouve que l'hypocondrie sans dérangement organique est un fait assez rare; c'est du moins mon opinion. Tous les détails qu'on va lire sont extraits des notes que j'ai prises sur J.-J. Rousseau, pendant que je faisais un cours d'anatomie et de physiologie à l'Athénée royal de Paris; j'avais été prié par quelques-uns de mes auditeurs de rechercher, d'après ces documens, quel pouvait avoir été le genre de mort de ce grand écrivain.

J.-J. Rousseau, dans ses *Confessions*, dit : « Un vice de conformation de la vessie me fit éprouver, durant mes premières années, une

---

rions voulu trouver meilleure. Quant à la nôtre, elle n'est pas changée. Nous n'avons gagné notre cause qu'à moitié, mais elle était bonne, juste, légitime, honorable. Dans les mêmes circonstances, nous agirions encore de même. Notre conscience, comme homme et comme medecin, ne nous reproche rien. S'il y a dans cette affaire des gens qui ne puissent pas en dire autant, tant pis pour eux.

Dans la dernière séance, un fait nouveau a été introduit dans la discussion. Il nous importe de le relever et on verra facilement pourquoi. M. Villeneuve ayant allegué que M. Hossard n'avait aucun titre pour se faire écouter de l'Academie, un honorable membre a répondu que l'objection était sans valeur, attendu que l'établissement orthopédique de M. Hossard était dirigé par un docteur en médecine qu'il a nommé. M. Hossard lui-même, interrogé par M. Castel, a déclaré exercer sous le patronage ou la direction de M. Hossard père, médecin. Nous concevons très-bien ce moyen de défense, mais il vient un peu tard. Il nous suffit de dire que, dans tout le cours de ces debats, nous n'avons voulu et cru avoir affaire qu'à M. Hossard en personne. L'Academie l'a entendu de même. Si les medecins qu'on a nommés ou d'autres avaient pris sur eux la responsabilité du procedé Hossard, et de ses cures et de ses expériences, agissant et parlant en leur propre nom, on ne nous aurait pas vu figurer dans le procès, ou nous y serions intervenus d'une autre manière. Les motifs qui nous ont porté à la recherche des faits n'auraient pas existé, et la discussion aurait pris et conservé le caractère d'une controverse paisible et toute scientifique entre gens de l'art. Mais il n'en a pas eté ainsi; chacun le sait. M. Hossard s'est présenté seul avec sa ceinture et ses expériences imaginaires. Nous ne croyions pas, en lui passant un pe rudement sur le corps, nous trouver en présence de deux médecins placés en réserve pour le coup décisif. Nous ne les avions pas vus; nous ne pensions donc pas les combattre. S'ils se présentaient directement, notre position ne serait plus la même. Notre opinion sur la valeur du procede Hossard ne changerait probablement pas, car nos expériences personnelles nous ont convaincu de son inutilite; mais ce serait une raison pour nous d'etudier de nouveau la matière. Nous ecouterions avec plaisir leurs observations et en ferions notre profit au besoin. Jusque-là nous persistons dans tout ce que nous avons dit et écrit sur M. Hossard et sur sa methode.

Ces explications sont d'autant plus nécessaires, que la decision de l'Academie pourrait fournir à des gens peu disposes à la bienveillance, à notre egard, un moyen assez spécieux de satisfaire leur mauvais vouloir; mais nous ne saurions leur laisser cette satisfaction. Nos démarches, dans cette affaire, ont été publiques et hautement annoncées. Personne n'a pu se méprendre sur notre but.

Bien loin d'avoir blessé les convenances et compromis des intérêts légitimes, nous croyons avoir bien mérite et de l'Académie et de nos confrères; de l'Academie, en lui denonçant, ce qui mieux est, en lui demontrant la première tromperie qu'on lui avait faite, et le piège où elle allait de nouveau tomber; de nos confrères, en osant, malgre les clameurs et les interpretations malveillantes, revendiquer les droits de tous, et défendre les privileges de notre profession, indignement compromis dans ces scandaleuses intrigues.

Nous esperons que M. Hossard nous laissera en repos pendant quelque temps. Il est à présent nanti d'un parchemin qui lui sera plus utile que le brevet de docteur, que sa santé ne lui permet pas, dit-il, de prendre. Il vient d'acquerir, sinon le droit, du moins une espèce de sauf conduit pour exercer son industrie, *impuné*

» rétention d'urine presque continuelle; » et plus loin : « de fréquens » besoins d'uriner, que le moindre échauffement me rendit presque » toujours incommodes. Je parvins jusqu'à l'âge de 30 ans sans presque » me sentir de ma première infirmité. »

Ailleurs, Rousseau dit : « Madame Dupin m'envoya le célèbre Morand, qui, malgré son habileté et la délicatesse de sa main, me fit » souffrir des maux incroyables, et ne put jamais venir à bout de me » sonder. Il me conseilla de recourir à Daran, dont les bougies plus » flexibl s parvinrent en effet à s'insinuer et à vaincre l'obstacle. Mais » en rendant compte de mon état à madame Dupin, Morand lui dé» clara que dans six mois je ne serais plus en vie; ce discours, qui me » parvint, me fit faire de sérieuses réflexions sur mon état, etc. »

Plus loin il ajoute : « Le frère Côme, amené par le maréchal » de Luxembourg, vint à bout enfin d'introduire une très petite al» galie, après m'avoir fait beaucoup souffrir pendant plus de deux » heures, pendant lesquelles je m'efforçai de retenir mes plaintes pour » ne pas déchirer le cœur sensible du bon maréchal. Au premier exa» men, le frère Côme crut trouver une grosse pierre et me le dit. Au » deuxième, il ne la trouva plus. Après un long examen, il déclara » qu'il n'y avait pas de pierre, mais que la prostate était squirrheuse » et d'une grosseur surnaturelle. Il trouva la vessie très-grande et en » bon état, et finit par me déclarer que je souffrirais beaucoup et que » je vivrais long-temps. »

Rousseau est mort le 2 juillet 1778, âgé de 66 ans. Voici un extrait du rapport sur son autopsie :

« Je soussigné Casterès, lieutenant de M. le premier chirurgien à » Senlis, ayant été appelé au château d'Ermenonville, ce jourd'hui 3 » juillet 1778, et requis de faire l'ouverture du corps de M. J.-J. » Rousseau, de Genève, décédé le jour précédent, audit lieu, vers » onze heures du matin, après environ une heure de douleurs de dos, » de poitrine et de tête; *lequel avait recommandé*, tant dans cette » attaque que dans une précédente maladie, qu'on ouvrît son corps » après sa mort pour découvrir, s'il était possible, les causes de plu» sieurs maux et incommodités auxquels il avait été sujet en différens » temps de sa vie, et dont on n'avait pas pu assurer alors le siége ni » la nature; j'ai ledit jour, à six heures du soir, procédé à ladite ou» verture et recherche, avec l'aide de mes confrères soussignés, Gilles » Casimir Chenu, chirurgien à Ermenonville, et Simon Bouvet, chi» rurgien à Montagny, et en présence de MM. Achille-Guillaume Le » Bègue de Presle, écuyer, médecin de la Faculté de Paris et censeur » royal, et Bruslé de Villeron, médecin à Senlis. L'examen des par» ties externes du corps nous a fait voir un bandage qui indiquait que » M. Rousseau avait deux hernies inguinales considérables. Tout le » reste du corps ne présentait rien contre nature, ni taches, ni bou» tons, ni dartres, ni blessures, si ce n'est une légère déchirure au » front, occasionée par la chute du défunt sur le carreau de sa cham» bre, au moment où il fut frappé de mort. L'ouverture de la poi» trine nous en a fait voir les parties internes très-saines. Le volume, » la consistance et la couleur, tant de la surface que de l'intérieur, » étaient très-naturels.

» En procédant à l'examen des parties internes du bas-ventre, nous » avons cherché avec attention à découvrir les causes des douleurs de » reins, des difficultés d'uriner que Rousseau avait éprouvées en dif» férens temps de sa vie, et qui se renouvelaient quelquefois lorsqu'il » était long-temps dans une voiture rude; mais nous n'avons pu trou» ver ni dans les reins, ni dans la vessie, ni dans les urètères, ni dans » l'*urètre*, non plus que dans les organes et canaux séminaux, aucun » point, aucune partie qui fût maladif ou contre nature. »

Tous ces détails sont extraits de la lettre de M. Stanislas Girardin sur la mort de J.-J. Rousseau, pag. 24 et suivantes. Paris, 1825.

Cependant, malgré l'opinion des cinq médecins qui ont fait l'autopsie; malgré l'autorité de Sœmmering, qui croit que J.-J. Rousseau n'avait *qu'un rétrécissement spasmodique*, je pense, d'après les documens et les faits analogues que j'ai observés, qu'il avait au moins une inflammation chronique de la membrane muqueuse de l'urètre. Il est vrai que Sœmmering confond l'inflammation avec le spasme, ainsi que ceux qui l'ont copié, en citant J.-J. Rousseau comme l'exemple le plus remarquable *d'un rétrécissement spasmodique*.

On peut me dire que je n'ai pas vu, et que c'est oser beaucoup que d'infirmer le jugement de cinq médecins qui ont assisté à l'autopsie, et je sens toute la force de cette allégation, car je me range moi-même en général du parti de ceux qui ont vu les faits. Cependant, dans ce cas, je dois dire que l'erreur est facile, et je m'explique : les tissus morts laissent souvent échapper ce qu'ils auraient montré pendant la vie, c'est-à-dire le sang et les autres fluides qui gonflent les membranes muqueuses enflammées; et je maintiens qu'il faut avoir observé avec une grande attention ce genre de maladie, pour ne pas commettre d'erreur dans l'examen d'organes profondément cachés, difficiles à observer, et qu'on explore pour l'ordinaire trop superficiellement, comme je le prouverai tout à l'heure.

Je ferai pourtant remarquer que Rousseau a eu de la peine pour uriner pendant toute sa vie, et surtout pendant la dernière moitié de sa vie; qu'il a eu de fréquentes rétentions d'urine, que les chirurgiens les plus célèbres de son temps ont eu beaucoup de peine à le sonder, et qu'enfin il a fait long-temps usage des bougies de Daran, qui sont irritantes, et déterminent à la longue l'inflammation et l'induration de la membrane muqueuse de l'urètre.

Citons des exemples analogues à celui de J.-J. Rousseau; ce sont les seuls argumens que je veux maintenant produire en faveur de mon opinion.

M. B... urinait difficilement depuis long-temps (28 ou 30 ans); plusieurs fois il fut pris de rétentions d'urine, et les chirurgiens qu'il appela avaient beaucoup de peine à le sonder; une fois M. Roux laissa une sonde d'argent pendant trois jours; plus tard il fut traité par Ducamp, et enfin il fit usage des bougies de Daran jusqu'à l'époque où il me fit appeler, pour une nouvelle rétention d'urine. Je ne pus faire pénétrer la plus fine bougie; les injections le soulagèrent; mais il mourut des suites de l'affection profonde des organes urinaires et gastriques.

A l'autopsie je fis pénétrer facilement une bougie beaucoup plus grosse que celles que je n'avais pu introduire pendant la vie.

A l'examen de l'urètre, nous trouvâmes :

1° Une inflammation chronique de toute la membrane muqueuse de l'urètre, et particulièrement dans deux points, où les cryptes muqueux sont plus développés et l'urètre rétréci; la membrane était gonflée et endurcie, et peu ou point extensible.

2° Une altération de la vessie, des urètres et des reins, mais pure-

---

per totam terram. Nous aimons à croire qu'il nous saura quelque gré des peines que nous nous sommes données pour le rendre célèbre.

In-8°, br., 2 fr. — A Paris, à la librairie médicale de Germer-Baillière, rue de l'Ecole-de-Médecine, n° 13 bis.

VARIÉTÉS.

— Sur le rapport de M. le ministre de l'intérieur, le roi vient d'accorder la croix de la Légion-d'Honneur à M. le docteur Jules Guérin.

— Suivant un naturaliste de Manchester, rien n'est plus facile que de rendre aux plumes froissées des oiseaux leur forme, leur éclat et leur souplesse. Il suffit pour cela de les plonger, pendant un instant, dans l'eau bouillante et de les faire sécher devant le feu. On peut de cette manière rendre aux oiseaux expédiés des pays lointains, et dont la robe a subi en route quelque altération, toute la fraîcheur et l'éclat de la vie.

— *Suite des recherches sur la localisation de la folie*, mémoire accompagné d'observations et d'autopsies (lu à la Société médico-pratique et à la Société médicale d'émulation), adressé à l'Académie royale de médecine et à l'Académie des sciences; par le docteur Belhomme, directeur d'un établissement d'aliénés, etc.

— La Société des sciences médicales et naturelles de Bruxelles avait proposé pour prix la question suivante : « Indiquer l'exposition, l'emplacement, la dis» tribution, la direction matérielle, hygiénique et médicale les plus convenables » pour l'établissement d'un hospice d'aliénés. » La médaille a été décernée à M. le docteur Brierre de Boismont.

— Par suite des plaintes adressées à l'administration, les professeurs de l'école de pharmacie de Paris, accompagnés de commissaires de police, se sont transportés ces jours-ci dans les magasins des droguistes et des herboristes en gros de la capitale, pour prélever des échantillons des farines de lin et des farines de moutarde qui y sont vendues, farines qui, dit-on, sont souvent mélangées à des substances qui les rendent inertes, lorsqu'elles sont employées dans l'usage médical; ce qui peut, surtout pour les farines de moutarde, avoir des résultats de la plus grande gravité.

ment symptomatique, comme cela s'observe toujours plus ou moins dans les affections anciennes de l'urètre.

Ce fait a une grande analogie avec le cas de J.-J. Rousseau.

La maladie était très-ancienne; plusieurs chirurgiens habiles avaient eu beaucoup de peine à le sonder. Enfin il avait fait long-temps usage des bougies de Daran.

Je puis citer un autre fait tout récent qui prouve qu'un rétrécissement organique très-évident, même après la mort, quand on fend le canal seulement jusqu'au-devant de lui, s'efface et disparaît presque entièrement lorsque ce canal a été fendu dans toute son étendue. C'est ce que l'on peut voir sur une pièce pathologique recueillie sur un vieillard, mort des suites d'une rétention d'urine.

Le point rétréci admettait à peine une bougie du n. 2 ou 3; cependant immédiatement après la section du point rétréci, on n'aurait pas supposé que le canal fut affecté d'un rétrécissement dans cet endroit.

Les assistans, et le médecin qui m'a donné cette pièce, ont été fort surpris de ce changement, et, à l'instant, ils ont pleinement admis mes idées sur la nécessité de ne pas fendre l'urètre dans toute son étendue pour bien apprécier l'état pathologique des rétrécissemens.

Cette pièce offre un autre fait d'anatomie pathologique fort rare, ce sont des végétations nu des espèces de poireaux disséminés sur la membrane muqueuse.

J'ajouterai encore une observation que M. Alibert rapporte comme un exemple remarquable de rétrécissement de l'urètre, qu'il appelle *spasmodique*. Un homme urinait tantôt par gouttes, tantôt par jet, mais toujours plus facilement dehors qu'à la maison. Lorsqu'on le regardait, l'urine s'arrêtait sur-le-champ; le matin, l'introduction de la sonde était facile; le soir, elle était impossible. La moindre contraction, une émotion légère suffisaient pour causer le rétrécissement. A l'ouverture, on ne trouva rien dans l'urètre.

J'ai plusieurs fois rencontré des malades qui avaient plus de peine à se sonder le soir que le matin; chez tous, il y avait inflammation de la muqueuse, et tous expliquaient les difficultés plus grandes le soir par la fatigue de la journée.

L'observation de J.-J. Rousseau et celle de M. Alibert sont citées par Sœmmering; mais ils ne sont pas contraires à la distinction que je veux établir entre le spasme et l'inflammation, car Sœmmering confond évidemment ces deux états. Voici ce qu'il dit immédiatement avant de citer les deux observations précédentes; page 169, traduction d'Hollard.

« Le rétrécissement spasmodique de l'urètre existe rarement chez les vieillards sans l'épaississement de la membrane muqueuse. Les personnes qui ont eu plusieurs blennorrhagies à peu de distance les unes des autres, et qui les ont traitées par les injections irritantes, sont souvent affectées d'un *spasme chronique de l'urètre*. Ce canal contracté ne laisse alors passer qu'un menu filet d'urine, et s'oppose même souvent à la sortie de ce liquide. Quelquefois alors il est facile d'introduire une bougie dans le canal; d'autres fois, cela est impossible. *Cette circonstance indique positivement un rétrécissement spasmodique.* »

M. Alibert connaît particulièrement un autre malade que celui cité par Sœmmering, et qui fut pris instantanément d'une violente rétention d'urine; la vessie faisait cependant très-bien ses fonctions la veille. Plusieurs chirurgiens tentèrent inutilement de le sonder; moi-même je ne fus pas plus heureux, en essayant des instrumens de tout calibre; les injections forcées firent uriner le malade, qui exprimait le bonheur d'uriner avec exaltation, et qui exigea plusieurs autres injections de la même espèce dans la journée et le lendemain, sans vouloir consentir jamais à se laisser traiter par les bougies et les autres moyens que j'emploie dans ce cas. Depuis, ce malade trouve que sa vessie fait assez bien ses fonctions pour se dispenser d'avoir recours aux moyens mécaniques pour dilater son canal; il pense peut-être qu'il n'a qu'un rétrécissement spasmodique, et moi je puis assurer qu'il a un rétrécissement organique bien constaté.

Les exemples que je viens de citer, particulièrement celui de J.-J. Rousseau et le dernier, ne sont pas nombreux, surtout depuis qu'on ne fait plus guère usage des bougies de Daran; mais ils suffisent pour prouver qu'on peut confondre une maladie organique de la membrane muqueuse de l'urètre avec le spasme.

Voyons maintenant les cas nombreux où l'on accuse le spasme, lorsqu'on éprouve quelques difficultés à faire pénétrer un instrument dans l'urètre; ces cas peuvent être classés sous quatre divisions:

1° Dans l'état normal de l'urètre;
2° Dans la gonorrhée;
3° Dans le cas de rétrécissement organique de l'urètre;
4° Dans le cas de maladie de la prostate.

(La suite à un numéro prochain.)

HOPITAL DES ENFANS MALADES.

REVUE DES CLINIQUES DE CET HÔPITAL PENDANT LE DERNIER TRIMESTRE DE 1835.

Dysenterie épidémique. — Fièvre typhoïde; effets des purgatifs; contre-indications. — Coqueluches simples et compliquées; emploi de la belladone; indications et contre-indications. — Cas rares; anévrisme de l'aorte abdominale: — Tumeur cancéreuse de l'abdomen. — Acéphalocystes de l'encéphale.

La dysenterie qui, depuis quelques années, ne se montrait à l'hôpital des enfans qu'à des intervalles éloignés et sous forme sporadique, vient d'y régner épidémiquement dans les deux derniers mois de l'année et y exerce encore ses ravages Le premier dysentérique soumis à notre observation fut transporté à l'hôpital dans la soirée du 7 novembre. Il offrit à la visite du lendemain, quatrième jour de la maladie, les symptômes suivans: aspect cadavéreux de la face; œil terne entouré d'un cercle livide et enfoncé dans l'orbite; anxiété extrême; douleur vive de toute la région abdominale, qui ne peut supporter la plus légère pression; excrétion involontaire et fréquemment renouvelée de matières formées de mucosités verdâtres, de sang vermeil et rutilant et de quelques débris de fausses membranes; insensibilité du pouls aux artères radiales; refroidissement des extrémités. Au milieu de ces graves désordres, la langue conserve sa couleur et son humidité normales; l'intelligence reste nette; la tête n'est le siége d'aucune douleur. On fait couvrir immédiatement les extrémités de sinapismes; on prescrit une potion gommeuse avec le sirop diacode et des lavemens laudanisés. Tous ces moyens sont impuissans, et le malade succombe six heures après la première visite, quatre jours après le début de la maladie. A l'ouverture du cadavre, nous trouvons toute la muqueuse du gros intestin d'un rouge foncé; elle offre un aspect fongueux; elle est épaissie et privée de sa consistance normale; elle est en outre parsemée de concrétions membraniformes jaunâtres disposées sous forme de granulations. Le tissu cellulaire sous-jacent était ecchymosé en plusieurs points. Le reste du canal digestif fut trouvé sain, ainsi que les viscères contenus dans les autres cavités splanchniques. Si aux symptômes que nous a offerts ce malade nous avions pu ajouter les crampes et la suppression des urines, nous aurions eu un tableau complet des accidens du choléra épidémique. En rapprochant les graves altérations de la muqueuse intestinale des symptômes qui ont eu lieu pendant la vie, on ne saurait s'étonner que quelques médecins d'armée, après avoir observé dans les camps ces formes d'entérites graves, aient été portés *à priori* à considérer le choléra comme une phlegmasie intestinale.

Le sujet de cette observation était âgé de 10 ans. Il était doué d'une assez forte constitution et tout-à-fait bien portant au moment de l'invasion de la maladie. Nous n'avons pu savoir sous l'influence de quelle cause ces accidens s'étaient manifestés. Deux jours s'étaient écoulés depuis la mort de ce premier malade, lorsque des symptômes de dysentérie se sont montrés chez un garçon couché dans la même salle, convalescent d'une variole cohérente. L'abdomen devient tout à coup le siége de vives douleurs, et les selles mucoso-sanguinolentes s'élèvent au nombre de vingt ou trente dans les vingt-quatre heures. Un traitement assez actif est mis en usage. Les douleurs diminuent, mais les selles restent toujours sanglantes. Tantôt le sang rendu par l'anus est pur, tantôt il est intimement mêlé à des mucosités. Ce garçon succomba au bout de quinze jours, et à l'ouverture du cadavre, outre les altérations constatées chez le sujet de l'observation précédente, nous trouvons de larges ulcérations qui sillonnent dans tous les sens la muqueuse du gros intestin. La dysentérie s'est montrée chez plusieurs autres varioleux, chez des phthisiques, chez un sujet affecté de fièvre typhoïde, et chez de très-jeunes enfans qui étaient tourmentés par la diarrhée. Chez ces derniers, la maladie a été rapidement mortelle.

Les lésions ont été identiques chez tous les sujets qui ont succombé; tous ont offert des fausses membranes à la surface de la muqueuse du gros intestin. Chez tous, cette membrane était d'un rouge foncé; elle

était épaissie, rugueuse et inégale à sa surface, et présentait différens degrés de ramollissement.

La maladie s'annonçait ordinairement par des douleurs abdominales accompagnées de borborygmes et d'envies fréquentes d'aller à la selle; les matières excrétées étaient peu abondantes, rendues après beaucoup d'efforts, et formées d'abord de mucosités visqueuses verdâtres ou jaunâtres; elles étaient bientôt remplacées par un mucus blanchâtre taché de sang; enfin, les selles étaient constituées par du sang artériel soit pur, soit mêlé à une petite quantité de matières stercorales, ou à des débris de concrétions membraniformes que les infirmières comparaient à des lavures de boyaux. En même temps, épreintes, ténesme, vive chaleur au fondement. Ce dernier symptôme a manqué dans quelques cas. Ce n'est qu'à une époque voisine de la mort que nous avons vu apparaître le refroidissement des extrémités, l'insensibilité du pouls, l'aspect cadavéreux de la face. Du reste, dans aucun cas nous n'avons observé la céphalalgie, les bourdonnemens d'oreilles, la stupeur, les épistaxis, les taches lenticulaires de la peau, les sudaminas, le râle sibilant de la poitrine, que l'on rencontre presque constamment dans le cours des fièvres graves. L'intelligence est restée intacte jusqu'aux approches de la mort. Dans deux cas seulement la langue a été sèche et fuligineuse. L'absence des symptômes que nous venons d'énumérer nous a fourni une nouvelle preuve qu'il existe une grande différence entre les fièvres graves et les phlegmasies aiguës de l'intestin.

La terminaison a été funeste dans plus de la moitié des cas. N'oublions pas qu'elle frappait des sujets jeunes et déjà débilités par des maladies antérieures.

Les moyens de traitement mis en usage ont été les émissions sanguines locales, les opiacés, administrés soit par la bouche, soit par le rectum, et les boissons réputées astringentes. Lorsque la maladie résistait à ces agens thérapeutiques et qu'elle tendait à passer à l'état chronique, un large vésicatoire a été appliqué sur les parois abdominales. Parmi les cas de guérison, nous citerons le suivant.

DYSENTÉRIE SURVENUE A LA SUITE DE LA VARIOLE; ÉMISSIONS SANGUINES LOCALES; POTION ET LAVEMENS OPIACÉS; VÉSICATOIRE SUR LE VENTRE; GUÉRISON.

OBS. I. — Julien âgé de 15 ans, d'une assez bonne constitution, non vacciné, entra à l'hôpital le 30 novembre pour une variole confluente qui parcourt assez régulièrement sa marche. Il sort le 29 décembre, entièrement guéri, et n'éprouvant pas le plus léger trouble des fonctions digestives. Obligé de faire deux lieues à pied le jour de sa sortie, par un temps froid et humide, pour se rendre dans sa famille, qui habite les environs de Paris, il éprouve le lendemain de son arrivée des frissons, des coliques, des boborygmes et de l'inappétence. Bientôt surviennent des épreintes, du ténesme et des déjections sanglantes; le malade garde le lit, observe la diète et rentre dans l'hôpital cinq jours après le début des accidens.

A son arrivée nous trouvons l'abdomen douloureux dans le flanc et la région iliaque du côté gauche; les selles sont nombreuses et peu abondantes; on en compte jusqu'à vingt dans les vingt-quatre heures. Les matières excrétées sont formées d'un sang vermeil rutilant et de matières stercorales liquides, de couleur jaune-orangé. De vives coliques accompagnent et précèdent les évacuations. Le pouls est petit et accéléré, il donne 112 pulsations. Du reste l'expression de la physionomie est naturelle; la langue large et humide; la soif peu vive; le malade n'hésiterait pas à prendre des alimens, si on lui en accordait. Rien du côté des organes respiratoires. On applique huit sangsues à l'anus, et on prescrit un bain tiède, des quarts de lavemens avec la décoction de graines de lin et de têtes de pavot, et pour boisson la décoction blanche; on soumet le malade à une diète absolue.

Une légère amélioration se manifeste après l'emploi de ces moyens. Les selles sont un peu moins nombreuses, mais elle contiennent toujours du sang qui est en partie combiné avec les mucosités et en partie pur. On ajoute à chaque quart de lavement quatre gouttes de laudanum, et on prescrit les mêmes moyens que la veille sauf les sangsues.

Le cinquième jour de l'entrée à l'hôpital et le dixième de la maladie, les selles sont encore sanglantes, elles contiennent quelques débris de concrétions membraniformes; la douleur au lieu d'être bornée au côté gauche du ventre en a envahi presque la totalité. Nouvelle application de sangsues à l'anus; potion avec demi-once de sirop diacode. On administre un bain tous les deux jours et on continue des lavemens laudanisés.

Le douzième jour, les déjections offrent toujours les mêmes caractères; la douleur du ventre étant peu vives, on applique un large vésicatoire sur la paroi antérieure de l'abdomen. Deux jours après les selles sont seulement formées de mucosités blanchâtres qui présentent encore quelques stries sanguines. On panse le vésicatoire avec du cérat; on continue la décoction blanche qu'on édulcore avec du sirop de coings, ainsi que les lavemens opiacés.

Le quinzième jour on accorde des bouillons, et le dix-huitième quelques cuillerées de crème de riz. Les accidens ont graduellement diminué, mais ne se sont entièrement dissipés que vers le 30e jour. A cette époque le ventre était complètement indolent, les selles solides et de bonne nature.

FIÈVRES TYPHOÏDES; CONTRE-INDICATION DES PURGATIFS.

Les fièvres typhoïdes, qui avaient été rares pendant le cours de l'été, sont devenues plus fréquentes cet hiver, et ont offert pour la plupart beaucoup de gravité. Les purgatifs, qui ont été essayés dans un certain nombre de cas, n'ont eu aucun résultat avantageux. Chez quelques malades, on a été obligé de les suspendre à cause de l'augmentation des accidens. Chez deux malades, ils ont été employés avec beaucoup de persévérance, et dans ces deux cas la maladie s'est terminée d'une manière fatale. Les purgatifs étaient d'une part contre-indiqués par l'épidémie régnante. Un léger laxatif n'a pas toujours été donné impunément pendant que la dysentérie sévissait dans les salles. Nous avons vu un jeune garçon, convalescent d'une variole bénigne, prendre une tasse de café purgatif (3 gros de séné et parties égales de café) et être pris à la suite de cette purgation, qui est des plus innocentes, d'une dysentérie qui a résisté à l'emploi des moyens les plus rationnels, et a amené la mort. Dans d'autres cas, les purgatifs étaient contre-indiqués par la vive sensibilité du ventre, qui annonçait la participation de la muqueuse intestinale à la lésion des plaques de Peyer. Les faits suivans, que nous rapporterons avec beaucoup de détails, permettront au lecteur d'apprécier l'influence des purgatifs sur les différens symptômes et sur la marche de la maladie.

FIÈVRE TYPHOÏDE AVEC PRÉDOMINENCE DES SYMPTÔMES ABDOMINAUX; DIX ANS; MISÈRE ANTÉCÉDENTE; SÉJOUR A PARIS DEPUIS TROIS ANS; CÉPHALALGIE, DOULEURS CONTUSIVES DANS LES MEMBRES, SENSIBILITÉ DE L'ABDOMEN, CONSTIPATION ET FIÈVRE AU DÉBUT; PLUS TARD DIARRHÉE, TENSION, MÉTÉORISME ET DOULEUR DE VENTRE QUI PERSISTENT PENDANT TOUT LE COURS DE LA MALADIE; OTORRHÉE DOUBLE; EMPLOI DE L'EAU DE SEDLITZ DU 8e AU 17e JOUR DE LA MALADIE; KERMÈS MINÉRAL; QUINQUINA; MORT LE 27e JOUR; ULCÉRATIONS RARES DANS L'INTESTIN GRÊLE ET NOMBREUSES DANS LE GROS INTESTIN; RAMOLLISSEMENT DE LA MUQUEUSE; SUPPURATION DES GANGLIONS MÉSENTÉRIQUES.

OBS. II. — Gustave Vinoy, âgé de 10 ans, constitution grêle, cheveux blonds, peau blanche, bonne santé habituelle, est transporté de la rue de la Mortellerie à l'hôpital des Enfans le 9 décembre. D'après le rapport de son père, ce garçon qui habite Paris depuis trois ans, a vécu dans la plus profonde misère, il s'est en outre beaucoup fatigué auprès de sa mère qui a succombé dans le cours de novembre à une maladie aiguë. Au commencement de décembre, il a commencé à éprouver des douleurs contusives dans les membres, un sentiment de fatigue insolite, de l'inappétence et quelques douleurs de ventre. A dater du trois du même mois, fièvre continue avec paroxysme le soir, accompagné de délire, céphalalgie, douleurs abdominales vives, constipation qui cède le 8 à un lavement émollient. Repos du lit, diète et boissons délayantes depuis cette époque, pas de traitement actif.

Le 10, huitième jour de la maladie, décubitus dorsal, pesanteur de tête, face médiocrement colorée et exprimant plutôt l'anxiété et la souffrance que la stupeur; narines tâchées de sang, délire violent pendant la nuit qui a cédé ce matin; réponses justes, mais brèves et se faisant long-temps attendre; le malade ne peut fournir aucun renseignement sur son état antérieur; il ne peut également se mettre sur son séant, soit à cause de la prostration des forces, soit à cause de la vive douleur dont le ventre est le siége. La langue est large et humide; la soif assez vive; l'appétit entièrement perdu; l'abdomen tendu, météorisé et douloureux à la pression dans toute son étendue; gargouillement très-prononcé dans le flanc et la région iliaque du côté droit; pas de selles depuis 24 heures. Peau chaude et sèche; tâches rosées, lenticulaires sur la partie antérieure du thorax; pouls à 110 pulsations; 36 inspirations par minute. Toux assez fréquente, sans expectoration; râle sibilant à droite et à gauche antérieurement. (Limonade, deux pots; deux verres d'eau de Sedlitz; cataplasme émollient sur le ventre.)

Le 11, quatre selles liquides dans les 24 heures, accompagnées d'assez vives coliques; même état de la langue que la veille, même tension, même douleur, même météorisme du ventre, même prostration des forces; 114 pulsations, 30 inspirations par minute. Le malade dit n'éprouver aucun changement en mieux, ce qui est confirmé par l'examen des symptômes. A raison de la persistance de la toux et du râle sibilant qui se fait entendre dans presque toute l'étendue de la poitrine, on prescrit un julep gommeux avec addition de deux grains de kermès minéral, et on continue l'eau de Sedlitz à la dose de deux verres.

Le 12, la céphalalgie qui s'était dissipée depuis deux jours, est revenue; l'ouïe devient obtuse; il y a eu du délire la nuit, la face est pâle, elle exprime toujours la souffrance; six évacuations accompagnées de coliques; 108 pulsations. On porte la dose du kermès à quatre grains, et on revient à trois verres d'eau de Sedlitz.

Du 14 au 17, la prostration est toujours la même; l'ouïe devient de plus en plus obtuse; les narines sont toujours saignantes; la langue est poisseuse; l'abdomen est toujours très-douloureux à la pression, tendu et météorisé; le pouls se maintient entre 100 et 120 pulsations; il y a toujours un paroxysme le soir pendant lequel on observe de l'agitation; les selles sont quelquefois involontaires; la toux et la gêne de la respiration persistent; l'auscultation et la percussion du thorax indiquent néanmoins que le parenchyme pulmonaire est resté intact. On a pratiqué des frictions sur l'abdomen avec le baume tranquille; on a continué l'eau de Sedlitz à la dose de deux et trois verres, et on a porté le kermès à 8 grains.

Le 18, le malade est beaucoup plus affaissé; son pouls s'affaiblit et s'accélère en même temps; 130 pulsations par minute. (Même prescription.)

Le 19 et le 20, vomissemens répétés et provoqués surtout par l'ingestion de l'eau de Sedlitz et du julep kermétisé; selles nombreuses et involontaires; pouls à 124. On suspend le purgatif, et on continue le kermès dont la dose a été portée à 15 grains.

Le 24, les vomissemens cessent ; la diarrhée persiste ; amaigrissement progressif. On accorde quelques cuillerées de bouillon.

Le 25, retour des vomissemens, cessation de la diarrhée ; persistance du météorisme et de la douleur de ventre.

Le 30, écoulement purulent par l'oreille gauche.

Le 1er janvier, l'oreille droite devient le siége d'un flux de même nature ; l'ouïe reste toujours très-obtuse ; le pouls est descendu à 84. Mais l'amaigrissement fait des progrès ; à travers les parois abdominales dont la sensibilité est toujours vive, se dessinent les circonvolutions de l'intestin

Le 3, céphalalgie intense, occupant surtout les deux régions temporales ; exaltation de la sensibilité cutanée ; lenteur et irrégularité du pouls. (Sinapismes aux membres inférieurs.)

Le 4, la céphalalgie a disparu ; la face est infiltrée ; le pouls est à peine sensible ; l'abdomen s'affaisse, mais il conserve sa sensibilité à la pression. On joint aux bouillons que le malade prend depuis plusieurs jours, un julep gommeux avec addition de dix grains de sulfate de quinine, et on administre deux demi-lavemens de quinquina. Même prescription le 5 ; mort le 6 dans le dernier degré du marasme.

A l'ouverture du cadavre, qui est pratiquée 24 heures après la mort, nous trouvons deux cuillerées de sérosité dans les fosses occipitales. Les glandes de Pachioni sont très-développées sur le tiers postérieur du bord de la grande scissure interlobaire ; autour d'elle l'arachnoïde présente sur le trajet des vaisseaux une teinte opaline, mais elle n'a contracté aucune adhérence avec la substance cérébrale. Infiltration séreuse médiocre de la pie-mère, qui ne présente du reste ni injection, ni pus, ni granulations. Substance cérébrale pâle, d'assez bonne consistance ; pas d'épanchement dans les ventricules.

Les deux poumons sont libres d'adhérences, et ne présentent qu'un léger engouement séro-sanguinolent des parties les plus déclives. Les bronches sont gorgées de mucosités ; les glandes bronchiques sont saines ; le cœur et le péricarde sont exempts d'altération.

L'abdomen renferme un litre environ de sérosité citrine, parfaitement transparente. La rate est ferme et a son volume normal. Les ganglions mésentériques sont peu développés, et présentent pour la plupart de petits foyers purulens. Rides nombreuses à la surface interne de l'estomac ; muqueuse rosée seulement au niveau de ces rides, et offrant partout une assez bonne consistance. Dans l'intestin grêle, la muqueuse est généralement pâle, amincie et d'une consistance très-faible ; elle ne fournit que des lambeaux de deux lignes environ. Les plaques sont assez nombreux dans l'iléon et offrent pour la plupart un ponctué noir. Trois seulement sont ulcérées à une petite distance de la valvule iléo-cœcale. La dernière de ces ulcérations a un pouce et demi de diamètre longitudinal et un pouce de largeur. Ses bords sont affaissés ; au fond on découvre les fibres de la tunique musculeuse de l'intestin. Dans le colon, nous comptons onze ulcérations irrégulières arrondies, dont la largeur moyenne est celle d'une pièce d'un demi-franc. Dans l'intervalle, la muqueuse offre un ponctué grisâtre ; elle est amincie, rosée et de faible consistance comme dans l'intestin grêle.

Ce sujet nous a offert, outre les lésions caractéristiques de la fièvre typhoïde, une altération assez profonde et assez étendue de la muqueuse intestinale. Les désordres du colon étaient aussi beaucoup plus prononcés que ceux de l'iléon. Ces lésions ont été en rapport avec les symptômes observés pendant la vie. L'abdomen a offert, depuis le début de la maladie, une tension et une sensibilité qui a persisté jusqu'à la mort. Cet état de l'abdomen joint à une altération particulière des traits, qui se manifeste plutôt dans les affections du péritoine que dans les fièvres graves, nous avait fait soupçonner un instant une complication du côté de la séreuse abdominale, que l'ouverture du cadavre n'a point justifiée. Les symptômes nerveux ont été tels qu'on les observe dans le cours des affections typhoïdes : céphalalgie, altération de la contractilité musculaire, affaiblissement de l'ouïe. Ce trouble de la fonction de l'ouïe se lie assez souvent chez les enfans, dans le cours des fièvres graves comme dans les exanthèmes fébriles, à une lésion matérielle du conduit auditif. On doit se rappeler le double écoulement purulent qui s'est fait par les oreilles à quelques jours d'intervalle. L'otorrhée se rencontre beaucoup moins fréquemment chez l'adulte. MM. Andral, Chomel et Genest, qui ont analysé avec un soin minutieux tous les phénomènes pathologiques qui accompagnent les fièvres graves chez l'adulte, n'ont pas mentionné ce symptôme.

Quant aux moyens de traitement employés dans ce cas, nous noterons l'eau de Sedlitz, le kermès minéral et le quinquina. Le premier de ces moyens a été mis en usage depuis le huitième jusqu'au dix-septième jour de la maladie. Il y avait de la constipation et une vive sensibilité du ventre au moment où on en a commencé l'emploi. La constipation a cédé, mais il ne s'est pas manifesté le plus léger changement dans l'état de l'abdomen. Nous avons toujours observé la même sensibilité, la même tension, le même météorisme ; les excrétions ont été souvent accompagnées de vives coliques ; enfin, des vomissemens survenus à une période déjà avancée de la maladie ont forcé à en suspendre l'emploi. La circulation a été également peu modifiée par l'emploi de la méthode évacuante.

Le kermès minéral a été dirigé contre l'affection thoracique. S'il n'a pas triomphé de la toux, il s'est du moins opposé aux progrès de l'affection bronchique ; car, à l'ouverture du cadavre, le parenchyme pulmonaire, qui présente si fréquemment des altérations à la suite des fièvres graves, a été trouvé exempt de toute lésion notable.

Quant aux préparations de quinquina, on en a fait usage pendant trop peu de temps pour qu'on puisse lui attribuer une influence sur la marche de la maladie. Le baume tranquille, employé en frictions sur l'abdomen, est un de ces moyens accessoires auxquels on ne saurait attribuer une grande efficacité.

FIÈVRE TYPHOÏDE SOUS FORME ADYNAMIQUE ; 11 ANS ; SÉJOUR A PARIS DEPUIS QUINZE MOIS ; PROSTRATION PROFONDE DÈS LE DÉBUT ; DOULEUR PASSAGÈRE DU VENTRE ; DÉLIRE TACITURNE ; ESCARRES DE LA PEAU ; DYSENTÉRIE INTERCURRENTE ; SAIGNÉE LOCALE AU DÉBUT ; HUILE DE RICIN, PUIS EAU DE SEDLITZ, KERMÈS MINÉRAL ; ENFIN VIN DE MALAGA, LIMONADE VINEUSE ; MORT LE TRENTIÈME JOUR DE LA MALADIE ; ULCÉRATIONS ASSEZ NOMBREUSES VERS LA FIN DE L'ILÉON ; ROUGEUR, RAMOLLISSEMENT ET EXSUDATION PSEUDO-MEMBRANEUSE DE TOUTE LA MUQUEUSE DU GROS INTESTIN.

OBS. III. — Jacques Ozolle, âgé de 11 ans, né dans le département du Cantal, habitant Paris depuis quinze mois, entre à l'hôpital le 27 novembre, accusant huit jours de maladie. Ce garçon, d'une constitution médiocrement forte, d'une stature assez élevée pour son âge, a pris beaucoup d'embonpoint depuis son arrivée à Paris. Il était bien nourri, bien logé, et n'avait d'autre occupation que celle de se rendre tous les jours à l'école. Vers le milieu d'octobre, il fut pris d'une bronchite légère, à laquelle se joignirent, dans les premiers jours de novembre, un malaise général, de l'inappétence, quelques douleurs des membres. Le 19, la fièvre s'alluma ; l'appétit fut entièrement perdu ; il survint de la céphalalgie, une altération profonde de la contractilité musculaire. Le malade fut obligé de s'aliter et d'observer la diète. Ces symptômes persistèrent les jours suivans ; il y eut une épistaxis abondante le 23 ; de l'agitation et du délire la nuit jusqu'au 27. Dans les huit jours qui précédèrent l'admission du malade à l'hôpital, on appliqua 10 sangsues à l'anus, et on prescrivit une once d'huile de ricin qui produisit quelques évacuations.

Le 28, neuvième jour de la maladie, nous constatons les symptômes suivans : décubitus variable ; prostration profonde ; face pâle, portant l'empreinte de la stupeur ; pesanteur de tête ; ouïe obtuse ; réponses tardives, incertaines ; le malade ne peut préciser l'époque de l'invasion de sa maladie ni les principaux symptômes qu'il a éprouvés ; il n'a pas dormi la nuit et a été en proie à un délire taciturne ; les lèvres sont sèches et encroûtées ; la langue est poisseuse ; la soif est peu vive ; l'anorexie est complète ; l'abdomen n'offre ni tension, ni météorisme, ni gargouillement ; il est douloureux à la pression dans la région ombilicale seulement. Vers la base de la poitrine apparaissent cinq ou six taches rosées, lenticulaires, d'une demi-ligne à deux lignes de diamètre. La diarrhée artificielle, provoquée il y a trois jours par l'huile de ricin, a disparu ; il n'y a pas eu de selles depuis deux jours. La peau est sèche ; le pouls donne 110 pulsations, régulières et assez développées ; toux humide ; expectoration nulle ; râle muqueux à droite et à gauche de la poitrine. (Limonade, 1 pot ; eau de Sedlitz, une bouteille.)

Le 29, dixième jour, on nous apprend que le malade a eu sept à huit évacuations, que quelques-unes ont été rendues dans le lit. Le soir, la fièvre était plus intense et s'accompagnait de délire. Ce matin, les réponses sont justes, mais se font long-temps attendre ; il y a de la somnolence ; la langue, qui la veille était simplement recouverte d'un enduit saburral et qui était poisseuse au toucher, est aujourd'hui sèche et brune ; le ventre n'est pas plus douloureux à la pression que la veille ; le pouls donne 112 pulsations ; les forces musculaires sont insuffisantes pour permettre au malade de se mettre sur son séant. (Deux verres d'eau de Sedlitz.)

Le 30, onzième jour, enduit fuligineux des dents et de la langue ; ventre indolent dans tous les points ; quatre évacuations ; somnolence ; persistance de la toux ; expectoration de quelques crachats muqueux. (Même prescription.)

Le 1er décembre, douzième jour, délire tranquille pendant toute la durée de la nuit. Ce matin, l'ouïe est très-obtuse ; les réponses rares, brèves et parfois incohérentes ; la face est terreuse ; les paupières closes ; le malade semble étranger à tout ce qui l'entoure ; son corps conserve la position qu'on lui donne ; la diarrhée est plus abondante ; le nombre des évacuations a été de dix à douze dans les vingt-quatre heures ; le pouls est petit, irrégulier, et donne à peine 100 pulsations. (On continue l'eau de Sedlitz à la dose de deux verres, et on applique un vésicatoire à chaque jambe.)

Le 2, treizième jour, pas de réponses ; excrétion involontaire des urines et des matières fécales ; même altération des traits, même enduit fuligineux des dents et de la langue que la veille ; persistance de la diarrhée ; nulle douleur de ventre ; 112 pulsations faibles ; tendance de la peau au refroidissement ; somnolence qu'interrompt fréquemment une toux grasse, non suivie d'expectoration. (On panse les vésicatoires avec du cérat ; on prescrit un julep avec addition de 2 grains de kermès minéral ; on continue l'eau de Sedlitz et on permet quelques cuillerées de bouillon.)

Le 3, la surdité est complète ; le malade ne répond à aucune question, mais il montre la langue lorsqu'on lui fait signe de la tirer hors de la bouche ; dix à douze selles involontaires ; soif vive ; répugnance manifeste pour l'eau de Sedlitz, que l'on suspend (Trois bouillons.)

Du 4 au 8, pas de changement manifeste dans l'état du malade. On continue le kermès minéral, dont on porte la dose à 8 grains, en augmentant chaque jour d'un ou deux grains.

Le 8, dix-neuvième jour de la maladie, la diarrhée a cessé depuis hier ; la langue est dépouillée d'une partie de son enduit et commence à s'humecter ; l'abdomen est toujours indolent ; il présente, ainsi que le col et la poitrine, de nombreux sudaminas. Le pouls donne 92 pulsations et a perdu son irrégularité ; l'auscultation et la percussion du thorax, pratiquées avec soin, ne font reconnaître autre chose que du râle muqueux ; pas de bronchophonie ni de respiration bronchique ; toux toujours très-fréquente ; 30 inspirations ; la surdité est tou-

jours complète; on ne peut faire entendre au malade aucune question. (Limonade; bouillons.)

Cette amélioration n'est pas de longue durée. La diarrhée ne tarde pas à revenir. Le 13, le malade repousse le bouillon; il présente une large ulcération dans la région trochantérienne du côté droit; la peau qui recouvre le sacrum est rouge; la plaie des vésicatoires est grisâtre; l'affaissement est des plus profonds; l'émaciation très-prononcée; le pouls est sans fréquence, mais d'une faiblesse extrême. (On prescrit 2 pots de limonade vineuse.)

Le 14, dix-huit ou vingt selles dans les vingt-quatre heures; état adynamique des plus caractérisés. (Vin de Malaga, 4 onces à prendre par cuillerées; limonade vineuse; pansement des vésicatoires et de la plaie du trochanter avec la poudre de quinquina.)

Le 15, les selles sont nombreuses et accompagnées de ténesme; les matières excrétées sont formées d'un mélange de sang et de mucosités et rendues en petite quantité. L'abdomen devient très-douloureux à la pression. (On continue le vin de Malaga; on prescrit des lavemens laudanisés et des frictions sur l'abdomen avec le baume tranquille.)

Du 16 au 19, jour de la mort, sang vermeil et rutilant dans les selles; vive douleur de ventre; cris plaintifs; nausées continuelles; insensibilité du pouls; refroidissement de la peau.

OUVERTURE DU CADAVRE TRENTE-DEUX HEURES APRÈS LA MORT.

Habitude extérieure. Amaigrissement considérable; ulcérations profondes au niveau du trochanter, à droite et à gauche, à la marge de l'anus, où des sangsues avaient été appliquées, et aux jambes dans les points qui avaient été en contact avec les vésicatoires; la peau du sacrum, que recouvre un morceau de diachylon gommé, est violacée; il n'existe pas de rigidité cadavérique.

Crâne. Dure-mère saine; 2 onces de sérosité limpide dans les fosses occipitales; arachnoïde transparente; pie-mère infiltrée d'une médiocre quantité de sérosité claire; vaisseaux de la périphérie gorgés de sang vers la partie postérieure de l'encéphale; substance corticale de couleur café au lait clair; substance médullaire médiocrement piquetée; consistance des centres nerveux normale.

Cou et poitrine. Le pharynx et l'œsophage ne présentent rien de remarquable. La muqueuse du larynx et des bronches, en contact avec une assez grande quantité de mucosités, est pâle. Le poumon droit est mou et crépitant; le gauche n'offre qu'un léger engouement de la partie postérieure. Le cœur, d'un petit volume, contient du sang coagulé. Cet organe, comme tous les autres muscles, semble atrophié.

Abdomen. L'estomac renferme une petite quantité de liquide jaunâtre; la muqueuse, d'un rose tendre, offre partout une bonne consistance. Rien de remarquable dans le duodénum et le jejunum, qui renferment des matières liquides verdâtres. Au commencement de l'iléon on aperçoit quelques plaques ovalaires qui ne font aucune saillie, et sont seulement reconnaissables à un pointillé grisâtre; elles sont au nombre de sept ou huit dans la première moitié de l'iléon; la muqueuse qui les entoure présente çà et là quelques arborisations et conserve sa consistance normale. Au commencement des trois derniers pieds existe une ulcération irrégulièrement arrondie, à bords rougeâtres et taillés à pic, siégeant au centre d'une plaque, et intéressant à la fois la muqueuse et le tissu cellulaire sous-jacent. A un pouce au-dessous, on observe une nouvelle plaque de couleur ardoisée, offrant trois ulcérations. Cinq autres plaques ulcérées résident dans le dernier pied de l'intestin grêle; la muqueuse est rouge et épaissie dans l'intervalle des plaques; de fausses membranes jaunâtres, disposées par petites plaques lenticulaires, sont disséminées à sa surface. La valvule iléo-cœcale est presque entièrement détruite. Au-dessus d'elle, on trouve une large ulcération au centre de laquelle existe un tissu induré et comme squirrheux. Le tiers supérieur de l'intestin grêle présentait deux invaginations d'environ 2 pouces de largeur. Toute la muqueuse du gros intestin est parsemée de fausses membranes qui deviennent de plus en plus confluentes à mesure qu'on approche du rectum. Là elles recouvrent presque en totalité la surface de la muqueuse. Cette membrane est rouge, épaissie, offre un aspect fongueux. Lorsqu'on cherche à enlever les fausses membranes qui la recouvrent, on l'entraîne avec elles. Le tissu cellulaire sous-jacent est ecchymosé en quelques points. Les matières contenues dans cette portion du canal intestinal sont mêlées de sang. Les ganglions mésentériques sont violacés et indurés. La rate et le foie ne présentent rien de remarquable.

Chez ce malade les symptômes locaux ont été beaucoup moins prononcés que chez le sujet de l'observation précédente. Comme chez celui-ci la diarrhée ne s'est manifestée qu'après l'emploi des purgatifs; la douleur de ventre n'a été que passagère, elle s'est dissipée le lendemain de l'admission du malade à l'hôpital pour ne plus reparaître. Aussi n'avons-nous trouvé aucune altération de la muqueuse de l'intestin grêle dans l'intervalle des plaques de Peyer. Nous en exceptérons toutefois le dernier pied de l'iléon où nous avons retrouvé comme dans le gros intestin les traces de la dysentérie qui a hâté la terminaison funeste.

Si les symptômes locaux ont été peu intenses, nous avons vu apparaître de bonne heure de graves symptômes qui caractérisent les fièvres adynamiques.

Prostration profonde, état obtus des fonctions intellectuelles et sensoriales; puis enduit fuligineux de la langue faiblesse du pouls, refroidissement et escharres de la peau, ulcération des piqures des sangsues et des vésicatoires; excrétion involontaire des urines et des matières fécales.

La médication a été plus complexe que dans le cas précédent. Le premier moyen employé a été une saignée locale. Une application de dix sangsues faite à l'anus à une époque peu éloignée du début, n'a eu aucun résultat avantageux. Deux des piqûres ont été le siége d'ulcérations profondes qui ont été constatées à l'ouverture du cadavre. Une once d'huile de ricin administrée deux jours après, a provoqué une diarrhée artificielle qui s'est dissipée au bout de deux jours. Il y avait de la constipation lorsqu'on a commencé l'usage de l'eau de Sedlitz. La douleur de ventre s'est entièrement dissipée sous l'influence de cette médication, et n'a plus reparu qu'au moment où la dysentérie a pris naissance. Mais la langue qui, avant l'administration du purgatif salin, était simplement poisseuse au toucher, a bruni dès le lendemain et s'est couverte ainsi que les dents d'un enduit fuligineux. Les symptômes généraux ont poursuivi leur marche. Une amélioration passagère s'est manifestée peu de jours après la suspension de l'eau de Sedlitz. L'affaiblissement du pouls, la prostration des forces, la diminution de la diarrhée, l'insensibilité du ventre, l'état de la langue qui était humectée et dépouillée de son enduit, semblaient indiquer l'emploi des toniques. On prescrit du bouillon, puis de la limonade vineuse et du vin de Malaga. La dysentérie prend naissance, et, dans l'espace de quelques jours, le malade est entraîné au tombeau. Les préparations opiacées, administrées sous forme de lavement, ont été les seuls moyens de traitement opposés à la dysentérie.

COQUELUCHES SIMPLES ET COMPLIQUÉES, EMPLOI DE LA BELLADONE; INDICATIONS ET CONTRE-INDICATIONS.

Il ne se passe pas de trimestres sans que nous observions un certain nombre de cas de coqueluche, cette maladie étant presque exclusivement l'apanage de l'enfance. On l'observe rarement à l'hôpital dans son état de simplicité. Les gens du peuple ne se décident en général à réclamer les secours de l'art contre cette affection que lorsqu'elle présente quelque complication. Sur neuf cas observés pendant ce trimestre dans division des garçons, sept ont offert la complication d'une phlegmasie pulmonaire. Chez deux enfans, il existait en outre des tubercules dans les poumons et les glandes bronchiques. De ces neuf sujets atteints de coqueluche, trois ont succombé, et ont offert, à la nécropsie, une inflammation plus ou moins étendue du parenchyme des poumons. Le cerveau soigneusement exploré dans les trois cas, a été trouvé complétement exempt d'altération : ce qui prouve, pour le dire en passant, combien est peu fondée la dénomination de *broncho-céphalite*, qu'un auteur moderne a proposé de substituer à celui des coqueluches. Les nerfs pneumo-gastriques, dont J. Frank en Allemagne et M. Breschet en France, ont constaté l'altération dans quelques cas, ont été soigneusement disséqués sur deux sujets, et nous ont paru parfaitement sains.

Lorsque la coqueluche est exempte de complication, le remède qu'on emploie généralement pour la combattre à l'hôpital des enfans est la belladone. Cette substance est administrée soit en pilules, soit en sirop. L'extrait est de toutes les préparations celle à laquelle on donne la préférence. La dose ordinaire est de un à trois grains. On a complétement renoncé à la pommade d'Autenricht qui est la source de vives douleurs, et qui donne lieu souvent à des ulcérations dont la cicatrisation est difficile à obtenir, sans qu'il en résulte une notable modification dans la marche de la coqueluche. L'action des antispasmodiques tels que l'assa-fœtida, le musc, est trop incertaine.

Lorsque la coqueluche est compliquée de pneumonie, c'est contre cette dernière affection que les moyens de traitement sont dirigés. Les émissions sanguines locales, les préparations d'antimoine et en particulier l'oxyde blanc sont les moyens qui obtiennent la préférence. Lorsqu'on est assez heureux pour triompher de la pneumonie, et que la coqueluche se trouve ainsi réduite à son état de simplicité, on a recours à la belladone. L'emploi de ce moyen est dangereux tant que la phlegmasie du poumon persiste. L'observation suivante nous offrira un exemple de coqueluche simple traitée avec succès par l'extrait alcoolique de Belladone administrée en pilules. L'âge de ce malade, le soin avec lequel il fallait compte de son état nous ont permis d'apprécier plus complétement les effets de la belladone. Ce sujet était âgé de onze ans. Les huit autres malades étaient à peine âgés de deux à sept ans. C'est à cette dernière période de la vie que la coqueluche se montre plus fréquemment, et qu'elle présente plus de gravité.

COQUELUCHE SIMPLE; QUINTES FRÉQUEMMENT SUIVIES D'HÉMORRHAGIE NASALE ET DE VOMISSEMENS; EMPLOI DE L'ESSENCE DE TÉRÉBENTHINE ET DE L'EXTRAIT ALCOOLIQUE DE BELLADONE; GUÉRISON.

OBS. IV. — Alphonse Gohert, âgé de 11 ans, d'un tempérament lymphatique, apprenti monteur en cuivre, toussait depuis quinze jours et éprouvait depuis huit jours des quintes de coqueluche bien caractérisées, lorsqu'il fut admis à l'hôpital des Enfans, le 22 octobre. Il n'avait pas discontinué ses occupations, et n'avait fait usage d'aucun remède. Les hémorrhagies nasales qui depuis deux jours accompagnaient les quintes, l'avaient déterminé à venir réclamer les secours de l'art.

Examiné à la visite du 23, dans l'intervalle des quintes, il offre les symptômes

suivans : decubitus dorsal, face rosée, nulle céphalalgie, nulle altération de la voix. Les narines sont tachées de sang, elles présentent les traces d'une hémorrhagie nasale qui a eu lieu le matin à la suite d'une quinte; la quantité de sang perdu par le malade peut être évaluée à une palette. Il n'y a eu qu'une seule quinte la nuit, mais depuis son réveil jusqu'au moment de la visite, le malade en a éprouvé quatre. La poitrine n'est le siége d'aucune douleur; le son est clair à droite comme à gauche. Le bruit respiratoire est assez fort; à peine l'auscultation fait-elle reconnaître quelques bulles rares de râle muqueux. Peau de chaleur naturelle; 96 pulsations, et 24 inspirations par minute. Langue large et humide; épigastre indolent; selles quotidiennes. (Frictions de la partie antérieure et postérieure du thorax avec l'essence de térébenthine; lait et potages.)

Le 24, quatre quintes seulement dans les vingt-quatre heures; une seule a été suivie de vomissement, étant survenue immédiatement après un repas. 88 pulsations, 24 inspirations. Les frictions avec l'essence de térébenthine ont donné lieu à une légère cuisson qui n'a duré que quelques minutes. Ce matin la peau frictionnée présente une rougeur érythémateuse. On continue l'emploi du même moyen.

Le 25, six quintes depuis la veille, dont quelques-unes ont été suivies d'une épistaxis peu abondante et de l'expectoration de quelques crachats muqueux incolores; 96 pulsations, 28 inspirations. On continue les frictions de térébenthine.

Du 26 au 28, l'état du malade offre peu de changement. Les quintes conservent même une certaine violence. Elles sont notées régulièrement par le malade qui en compte quatre ou cinq dans les vingt-quatre heures. On commence l'usage de la belladone; on prescrit l'extrait alcoolique à la dose d'un demi-grain divisé en deux pilules. La dilatation des pupilles est normale; la tête n'est le siége d'aucune douleur; le ventre est souple; il y a une légère constipation; 108 pulsations et 28 inspirations, comptées à peu de distance d'une quinte.

Le 29, quatre quintes dont deux sont accompagnées d'hémorrhagie nasale et suivies de vomissemens; elles se sont manifestées surtout après le repas. Le malade prend chaque jour le quart de la portion alimentaire; il se promène une partie de la journée dans les salles. Le pouls et la respiration n'offrent pas plus de fréquence que la veille. Nulle douleur de tête, nul trouble de vision. On porte la dose de l'extrait de belladone à trois quarts de grains.

Le 30, même nombre de quintes que la veille; un seul vomissement; pas d'épistaxis; 108 pulsations; 24 inspirations; pas de narcotisme. (Un grain de belladone.)

Du 31 octobre au 2 novembre, les quintes diminuent d'intensité; les pupilles sont dilatées.

Le 3, pesanteur de tête; trouble de la vision, qui ne permet plus au malade de distinguer les caractères d'un livre qu'on lui met sous les yeux; dilatation considérable des pupilles. On suspend le belladone qui avait été portée à deux grains. A la constipation a succédé la diarrhée; trois selles liquides dans les vingt-quatre heures.

Le 4, la pesanteur de tête a disparu, la vue a cessé d'être brouillée, il reste encore une légère dilatation des pupilles. La toux est purement catarrhale; la respiration est pure; le pouls ne donne que 84 pulsations; plus d'hémorrhagie, ni de vomissemens par la toux. On accorde la demi-portion. Le garçon est retenu à l'hôpital jusqu'au 12 novembre où il sort entièrement guéri.

La coqueluche, chez ce sujet, s'est présentée dans son état de simplicité. On ne saurait considérer comme complication les épistaxis qui accompagnaient ou suivaient les quintes. Les hémorrhagies nasales ont fréquemment lieu dans la toux férine; elles sont rarement assez abondantes pour inspirer des inquiétudes. Quant aux vomissemens, ils font aussi partie des symptômes de la coqueluche. Ils sont fréquens, surtout chez les malades qui font usage d'alimens. Aussi le régime des enfans affectés de coqueluche doit-il fixer l'attention des praticiens.

Deux ordres de moyens ont été employés dans ce cas. L'essence de térébenthine a été recommandée par un médecin anglais, dont le travail a été reproduit dans la GAZETTE MÉDICALE. Ce médecin attribue à ce médicament une action antispasmodique, sur laquelle nous ne pouvons encore nous prononcer. Son action révulsive est manifeste; et sous ce rapport l'essence de thérébenthine pourra remplacer le vésicatoire et les emplâtres émétisés dont elle n'offre pas les inconvéniens. Les effets de la belladone ont été beaucoup plus tranchés dans ce cas. Les quintes ont rapidement diminué d'intensité sous l'influence de cette préparation, et ont presque entièrement cessé, au moment il s'est manifesté des symptômes de narcotisme. Tant que les quintes persistent, on ne doit pas craindre d'élever la dose de belladone, et de la pousser jusqu'au narcotisme. Ces symptômes se dissipent rapidement lorsqu'on cesse l'usage du médicament. Nous avons vu deux fois une cécité complète avoir lieu, et se dissiper en moins de vingt-quatre heurci après la suspension de la belladone.

CAS RARES; ANÉVRISME DE L'AORTE ABDOMINALE. — TUMEUR CANCÉREUSE DE L'ABDOMEN. — ACÉPHALOCYSTES DE L'ENCÉPHALE.

OBS. V, VI, VII. — M. Guersent a dit avec raison : Les enfans sont, dès leurs premières années, exposés à toutes les maladies communes aux autres âges, et de plus à beaucoup d'autres qui leur sont particulières. Les faits que nous avons recueillis depuis plusieurs années à l'hôpital des enfans nous ont fourni la preuve de cette assertion. Dans ce trimestre même nous avons observé un certain nombre de lésions, rares à la vérité chez les enfans, mais qu'à tort on avait crues jusqu'à présent l'apanage exclusif de l'âge adulte et de la vieillesse.

Un garçon de 14 ans, d'une forte constitution, d'une stature élevée, admis à l'hôpital le 18 décembre, accusait depuis trois semaines environ des douleurs lombaires, qui s'étaient surtout exaspérées depuis huit jours et avaient obligé le malade de discontinner ses occupations. Il était apprenti fondeur en étain, il habitait Paris depuis quatre mois, éprouvait de la diarrhée depuis huit jours et des vomissemens depuis deux. Lorsque nous le vîmes à la visite du 19, ses traits étaient altérés, il accusait de vives douleurs dans le ventre et les lombes; il ne se mettait qu'avec peine sur son séant. La diarrhée était très-abondante, 20 selles environ dans 24 heures. Le pouls était très-accéléré, 150 pulsations par minute. Nous nous demandâmes si dans ce cas nous avions affaire à une fièvre typhoïde; les douleurs de ventre, l'accélération du pouls, l'altération des traits, la diarrhée, semblaient donner quelques fondemens à ce soupçon. On se borne à prescrire des cataplasmes sur le ventre et des boissons délayantes.

Dans la journée les accidens augmentent, les douleurs sont intolérables et arrachent des cris au malade; il est en proie à une vive agitation, il est pris de délire dans la soirée et succombe à deux heures du matin.

A l'ouverture du corps, nous trouvons deux verres environ de sérosité sanguinolente dans la cavité du péritoine. Après avoir soulevé la masse intestinale, nous découvrons trois énormes tumeurs dont l'une a son siége sur la partie latérale droite de la colonne vertébrale; la deuxième sur le trajet du psoas du côté droit, et la troisième au-dessous du rein du même côté. La dernière de ces tumeurs était rompue, et autour de la rupture existaient plusieurs caillots sanguins. Un caillot de même nature était renfermé dans la tumeur qui offrait la forme d'un kyste. D'autres plus anciens étaient contenus dans les deux autres tumeurs. Lorsque l'aorte abdominale fut mise à nu, nous trouvâmes ses tuniques détruites dans leurs parties latérale droite et antérieure, dans une étendue de 2 pouces environ; la portion de membrane interne qui restait était de couleur de lie-de-vin, et offrait ainsi que les deux autres tuniques une grande friabilité.

Cet exemple remarquable d'anévrisme faux consécutif de l'aorte abdominale, n'est pas le seul cas rare que nous ayons observé dans le trimestre. Au moment où nous constatons cette grave lésion, M. Jadelot trouvait chez un autre garçon de 6 six ans, qui succomba à une hydropisie ascite, une énorme tumeur cancéreuse dans l'abdomen. Pour compléter cette série de cas rares, nous mentionnerons deux cas d'acéphalocystes de l'encéphale, qui ont été observés ces jours derniers dans le même hôpital.

Le premier est relatif à une jeune fille de onze ans, dont l'intelligence était très développée, et qui éprouvait un peu de céphalalgie depuis quelques jours lorsqu'elle fut prise tout-à-coup d'une congestion cérébrale. Elle tomba et perdit complètement connaissance; ces symptômes se dissipèrent rapidement, et pendant les trois semaines qui suivirent, elle n'éprouva autre chose que des douleurs de tête; puis survint une hémiplégie gauche, avec perte de la vue et de l'ouïe, impossibilité d'articuler le sang, et un état comateux qui dura six jours et se termina par la mort. A l'ouverture du cadavre, on trouva dans le lobe antérieur de l'hémisphère droit un kyste hydatique du volume d'une orange; des tumeurs analogues existaient dans le poumon droit, tous les autres organes étaient sains.

Cette malade avait succombé depuis quelques jours, lorsqu'il se présenta dans la salle St-Jean, un garçon âgé de cinq ans, d'une forte constitution, qui éprouvait depuis sept mois une amaurose de l'œil droit avec prolapsus de la paupière supérieure du même côté. La veille de son admission, il avait été pris subitement au milieu de la nuit d'un violent accès de céphalalgie avec cris aigus; dans la journée, vomissemens, délire, excrétions involontaires, impossibilité de marcher, amaurose complète à droite comme à gauche, alternatives d'agitation et d'assoupissement. On applique des sinapismes aux extrémités inférieures, et on administre une potion purgative avec trois gouttes d'huile de croton tiglion. Sous l'influence de cette médication, la plupart des accidens cérébraux se dissipent, le malade recouvre son intelligence, l'ouïe reste intacte, la sensibilité de la peau est aussi vive à droite qu'à gauche, mais la vue reste complètement abolie; la bouche présente une légère déviation à droite quand le malade parle ou rit; l'appétit se fait sentir, le pouls revient à l'état naturel. Le malade que nous engageons à marcher, se soutient bien sur ses jambes, mais il marche lentement et avec hésitation, comme une personne récemment privée de la vue. Pendant le mois qui suit l'admission du malade à

l'hôpital, l'amaurose reste complète, la légère déviation de la bouche persiste, la douleur de tête se fait sentir par intervalles, et occupe toujours le côté droit du crâne. Nous n'observons rien autre chose de remarquable du côté de l'innervation ni du côté des fonctions de la vie nutritive. Pendant ce laps de temps, le malade qui n'était, pas vacciné, contracte dans les salles le scarlatine, et puis la variole. Cette dernière affection marche d'une manière très irrégulière, elle se complique de dyssenterie, et entraîne la mort qui n'est précédée ni de convulsion, ni de paralysie. A l'ouverture du cadavre, nous trouvons entre le crâne et la dure-mère une tumeur offrant la forme d'un sphéroïde allongé, et le volume d'une grosse orange, logée dans la fosse moyenne et latérale droite de la base du crâne. Sa couleur est opaline, et le liquide qu'elle renferme est transparent comme l'eau de roche. Autour de cette tumeur, il en existe quinze ou dix-huit autres, qui ont les unes le volume d'une aveline, les autres celui d'une groseille, et forment pour la plupart de petites grappes. Les os du crâne qui sont en contact avec les tumeurs, sont profondément altérés. Leur surface est grisâtre et hérissée d'une multitude d'aspérités. La portion pierreuse du temporal et la selle turcique sont presque entièrement détruites. Elles offrent des excavations dans lesquelles se trouvent logés les petits kystes. Le nerf optique droit comprimé entre deux tumeurs est notablement atrophié, le gauche est également comprimé, mais ne paraît avoir subi aucune altération; l'hémisphère droit du cerveau présente à sa base, dans sa partie moyenne qui est en rapport avec la tumeur la plus volumineuse une dépression d'environ deux pouces de longueur, et d'un pouce et demi de largeur. Les membranes qui recouvrent cette partie de l'encéphale sont exemptes d'altération, la substance cérébrale elle-même est saine; le ventricule latéral droit, offre un peu moins de capacité que le gauche, du reste, ni l'un ni l'autre ne sont le siége d'épanchement séreux.

Nous ne trouvons rien de remarquable dans les autres viscères, si ce n'est un kyste du volume d'un abricot, distendu par un liquide également transparent, et siégeant au centre du bobe droit du foie. Dans les gros intestins nous retrouvons les traces de la dyssenterie qui a compliqué la variole.

T. Constant.

TRAVAUX ACADEMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 8 FÉVRIER.

APPLICATION DE LA CAMERA LUCIDA AU DESSIN DES OBJETS ÉTUDIÉS A LA LOUPE.

MM. Milne-Edwards et Doyère adressent le dessin d'un appareil qu'ils ont imaginé à cet effet.

Les personnes qui s'occupent de recherches à l'aide de grossissemens très-forts savent, disent les deux auteurs, quel service rendit à la science M Amici, lorsque l'invention de son beau microscope borizontal lui permit d'y appliquer la *camera lucida*; elles savent aussi que l'on n'avait pas encore réussi à faire la même application an microscope vertical, et même jusqu'à présent aux loupes simples, d'où résultait l'impossibilité de dessiner avec les facilités que donne cet instrument sous des grossissemens de moins de 25 diamètres. Un opticien babile, M. Ch. Chevalier, a tranché une partie de la difficulté en plaçant le microscope simple dans la position borizontale; mais le porte-objet devenant par cela même vertical, cette disposition avait entre autres l'inconvénient de ne pouvoir s'appliquer aux objets disséqués sons l'eau, condition indispensable pour les recherches d'anatomie délicate.

MM. Milne-Edwards et Doyère ayant besoin, pour des recherches qu'ils poursuivent en commun, d'un instrument de ce genre, sont parvenus après quelques essais à la solntion du problème. A l'aide de deux miroirs plans, on fait coïocider l'image doublement réfléchie du papier et du crayon avec celle de l'objet vu directement à travers la lentille simple ou le microrcope vertical. Cette disposition est d'une extrême simplicité, et ne nécessite aucun dérangement dans l'objet soumis à l'observation. Une figure jointe à la communication montre la disposition des diverses pièces de l'appareil.

ZOOLOGIE. — ANIMALCULES MICROSCOPIQUES.

M. Peltier annonce qu'ayant examiné avec beaucoup de soin les êtres dans lesquels M Ehreoberg annonce avoir observé une organisation très-complexe, et entre autres des centaines d'estomacs, il n'a pu y rien voir de semblable.

« Pour faire ces observations avec fruit, il faut, dit M. Peltier, garder la même goutte d'eau pendant plusieurs jours, afin de faire périr par une lente inanition les animalcules qu'elle contient... A mesure que la goutte d'eau s'apauvrit, la plupart des animalcules donnent plus de developpement à leurs cils et extensions de même nature; souvent des vesicules nouvelles poussent sur les côtés de la couronne des vorticelles, et des bourgeons céphaliques de la cyclide rostrée. Les protées se transforment d'autant plus que la goutte d'eau est plus ancienne. »

J'ai soivi, poursuit l'auteur de la lettre, l'altération qu'éprouvent les globules intérieurs. Dans les kérones pustuleuses, par exemple, ces globules perdent d'abord leurs belles couleurs, puis ils diminuent de volume, ensuite de nombre; ils se groupent inégalement contre la paroi de la membrane extérieure, et la plus grande partie se rapproche de la portion antérieure de l'animal. Un peu plus tard, les cils postérieurs cessent leur mouvement, puis successivement les plus antérieurs; alors l'animal a cessé de vivre. Chez d'antres, il se forme une échancrure au milieu; elle augmente de plus en plus, et finit par séparer les deux moitiés. La moitié antérieure continue à vivre; elle paraît même avoir repris de l'énergie par cette perte de la moitié postérieure de sa substance; souvent cette dernière meurt aussitôt, mais quelquefois pourtant, lorsque la séparation ne laisse pas d'ouverture, elle continue à vivre pour son propre compte, et elle reprend quelques mouvemens plus faibles, qui d'ailleurs s'éteignent bientôt.

Dans tous les cas, l'instant de la mort de l'individu ainsi affaibli rend libres et à leur propre spontanéité le reste des globules que la kérone contenait encore; l'enveloppe vésiculaire se résont elle-même en globules excessivement petits, se mouvant quelque temps dans l'espace où ils ont retrouvé leur liberté.

Enfin, dit M. Peltier, j'ai produit par inanition, sur un grand nombre d'animalcules, un effet analogue à celui qu'opère un excès de nutrition, la multiplication des individus par séparation. Dans les espèces qui ont un vaisseau dorsal, comme dans les naïades digitées, on voit que la séparation se fait où cesse d'arriver la faible portion du liquide nutritif absorbé par les parties antérieures.

DÉVELOPPEMENT DES MOLLUSQUES.

M. Jacquemin adresse les résultats de quelques-unes des observations qu'il a faites à ce sujet.

Chez le planorbe, le développement de l'embryun ne commence pas, dit il, dans un seul point du vitellus, ainsi que cela a lieu chez les animaux supérieurs, mais bien sur tous ses points à la fois. Son enveloppe membraneuse s'épaissit, et, par des transformations successives, constitue les organes de la vie animale, tandis que les globules compris dans l'intérieur se rapprochent de manière à former des globules plus gros d'abord, transparens, et qui sont les rudimens des appareils de la vie organique, dont le développement est beaucoup plus tardif.

La cicatricule et la vésicule de Purkinje sont très-développées et très distinctes dans l'œuf du planorbe retiré de l'ovaire; elles disparaissent peu à peu pendant son passage et son séjour dans l'évasement de l'oviducte, nommé matrice, de manière qu'il n'en reste plus de traces au moment de la ponte.

La cause primitive des mouvemens de rotation en sens horizontal, qu'exerce le vitellus vers le troisième ou le quatrième jour après la ponte, est dû, poursuit M, Jacquemin, aux mouvemens de vibration ondulatoire que j'ai découverts sur la circonférence, trente-six à quarante-huit heures après la ponte, selon l'état de l'atmosphère Ces mouvemens occasionent un tourbillon dans l'albumine, qui finit par entrainer le vitellus, comme l'ont déjà montré les recherches de M Carus.

La partie vibrante de la circonférence du vitellus constitue les rudimens des organes de la respiration. Ces organes, une fois en vibration, ne cessent plus de l'être pendant toute la durée de la respiration branchiale, c'est-à-dire jusqu'à ce que les organes de la respiration pulmonaire se soient développés, ce qui arrive vers le sixième ou le huitième jour de la vie extra-ovulaire.

CHIMIE. — THÉORIE DES COMBINAISONS ORGANIQUES.

M. Ang. Laurent annonce que, s'étant occupé d'un travail sur la théorie des combinaisons organiques, il est arrivé à établir les lois suivantes.

1° Les atomes ou les molécules, en se combinant pour former des composés organiques, suivent des lois aussi simples que celles que M. Gay-Lussac a établies pour les gaz, c'est-à-dire que 1, 2, 3, 4... atomes, molécules ou volumes d'un corps simple ou composé se combinent avec 1, 2, 3, 4... atomes, molécules ou volumes d'un autre corps simple ou composé.

2° Toutes les combinaisons organiques dérivent d'un hydrogène carboné, *radical fondamental*, qui souvent n'existe plus dans les combinaisons, mais qui est représenté par un *radical dérivé* renfermant autant d'équivalens

3° Dans ces hydrogènes carbonés, le nombre des atomes du carbone est à celui des atomes d'hydrogène dans un rapport très-simple : 1|2, 1|3, 2|5, 2|3...

4° Si l'on fait autant de séries qu'il y aura de rapports différens, tous les hydrogènes carbonés viendront s'y ranger; mais dans une même série il y aura plusieurs hydrogènes carbonés qui différeront les uns des autres, parce que le rapport qui les exprime sera multiplié par 1, 2, 3, 4...

5° Ces hydrogènes carbonés, soumis à une action déshydrogénante, perdront peu à peu leur hydrogène, mais gagneront toujours en échange autant d'équivalens du corps déshydrogénant qu'ils auront perdu d'équivalens d'hydrogène; de sorte que si, à une époque quelconque, on fait la somme des équivalens de l'hydrogène restant et du corps substituant, elle sera toujours à celle des équivalens du carbone dans le même rapport qu'avant la déshydrogénation, c'est-à-dire dans un rapport simple; et on obtiendra un radical dérivé.

6° Une partie du corps déshydrogénant passera, soit à l'état d'eau, soit à l'état d'acide hydrochlorique, etc., qui tantôt se dégagera, tantôt restera combiné avec le nouveau radical formé.

7° Le radical fondamental et ses radicaux dérivés seront des corps neutres ou capables de s'unir aux acides, quelle que soit d'ailleurs la quantité d'oxigène, d'hydrogène, de chlore... existant dans le radical; et le volume de celui-ci sera, au volume du corps qui le salifie, dans un rapport simple.

8° Lorsque le corps déshydrogénant, l'oxigène, par exemple, entrera dans la combinaison, mais hors du radical, il la rendra acide, quelque grande que soit la quantité de carbone, d'hydrogène ou d'oxigène entrant dans le radical, et quelque petite que soit la quantité d'oxigène hors du radical; l'acidité ne dépendant nullement du rapport du carbone et de l'hydrogène à l'oxigène, mais seulement de la place de celui-ci.

9° Le chlore, le brome, etc., dans les mêmes circonstances, formeront des chlorures et des bromures acides.

L'hydrogène entrant dans la combinaison, mais seul et hors du radical, formera un hydracide ou une hydrobase.

10° Si on fait alors (8 et 9) la somme des équivalens de l'oxigène ou du chlore et de l'hydrogène total existant dans la combinaison, elle sera à celle des équivalens du carbone dans un rapport quelconque; mais si on compare les équivalens du carbone à la somme des équivalens de l'hydrogène et de l'oxigène ou du chlore existant dans le radical, ces deux nombres seront toujours dans un rapport simple, et de plus, le volume du radical sera au volume de l'oxigène, ou du chlore, ou de l'hydrogène qui l'acidifie, dans un rapport simple, semblable à ceux qui existent dans les combinaisons du soufre, de l'azote, etc., avec l'oxigène ou l'hydrogène.

11° Le chlore, l'oxigène, etc., en augmentant soit dans le radical comme tel, soit hors du radical, le chlore à l'état d'acide hydrochlorique, l'oxigène pour l'acidifier, forcent le radical à se diviser en deux, puis en quatre, etc., afin que la capacite de la saturation du nouveau radical soit semblable à celle des oxides dans les sels neutres, ou afin que le rapport du volume du radical au volume de l'oxigène qui l'acidifie reste toujours dans la limite des nombres simples.

12° Le chlore, le brome, etc., existant dans une combinaison peuvent en être enlevés à l'aide des alcalis, de la chaleur ou d'autres agens, s'ils sont hors du radical, mais non s'ils sont dans le radical. En général on pourra enlever en totalité ou en partie les corps existant hors du radical. sans les remplacer, ou en les remplaçant tous ou partiellement par des équivalens.

13° Si on enlève du carbone à la combinaison, elle sortira de la série et renfermera un nouveau radical; celui-ci appartiendra à une autre série qui n'aura plus de rapports avec la première. Si on le détruit de même en lui enlevant du carbone, il sortira de sa nouvelle série pour entrer dans une troisième et même quelquefois dans la premiere, mais dans une place inferieure, par exemple dedoublée.

14° Étant donné un corps qui ne renferme plus son radical fondamental, on pourra découvrir quel était ce dernier, en remplaçant par la pensée le corps deshydrogénant entrant dans le radical nouveau par l'hydrogène primitivement enlevé.

FOETUS VOMI PAR UN ENFANT.

M. Geoffroy Saint Hilaire annonce qu'il vient de recevoir de M. Ardoin plusieurs documens relatifs à ce fait, dont nous avons déja eu occasion de parler plusieurs fois; mais la plupart des témoignages qui s'y rapportent sont ecrits en grec. M. Geoffroy pense qu'il serait bon qu'on s'occupât dès à présent de les traduire, pour en pouvoir faire usage aussitôt qu'on aura reçu la pièce anatomique qui a eté embarquée sur la gabare *la Marne*, et doit arriver prochainement à Toulon.

Voici, en résumé, ce qu'on trouve à ce sujet dans un article du journal le *Sauveur*: M. Ardoin, médecin français, domicilié à Syra, fut appelé, en juillet 1834, près du jeune Démetrius Stamatteli, qui, depuis trois mois environ, se plaignait d'une douleur dans l'abdomen, et dont l'état s'etait fort aggravé depuis six jours. M. Ardoin, arrivé près du malade, trouva des symptômes qui lui firent croire à l'existence d'une gastro-enterite compliquée d'affection vermineuse, et avec menace de congestion cérébrale. Des purgatifs doux, des sangsues aux jugulaires et sur les points douloureux de l'abdomen n'arrêtèrent point la marche du mal. Un vomitif ayant paru indiqué, il fut administré le second jour, et amena l'éjection par la bouche de plusieurs vers intestinaux, et enfin d'un fœtus dont la tête et un bras, dit M. Ardoin, sont bien distincts, et à peu près dans l'état de développement qu'offre l'embryon du 40° au 50° jour de la vie utérine Au lieu des parties inferieurieures, il n'y avait qu'un prolongement charnu, aminci à son extrémité, et uni à son placenta par une espèce de gaine qui tient lieu de cordon omblical.

L'article dont nous extrayons ceci est écrit le 12 août 1834; à ce moment, dix jours s'étaient écoulés depuis que le jeune Démétrius avait eu cet étrange vomissement; il était alors dans un état qui faisait espérer son rétablissement: cet espoir n'a pas été réalisé, et le tube intestinal, sur un point duquel le placenta du fœtus était implanté, fait partie de l'envoi annoncé.

—M. Amussat lit un mémoire intitulé : *Du spasme de l'urètre et des obstacles véritables que l'on peut rencoutrer en introduisant des instrumens dans ce canal.* (Nous publions dans ce numéro la première partie de ce mémoire).

Commissaires : MM. Larrey, Roux et Breschet.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 9 février. Présidence de M. Louyer-Willermay.

— Le ministre de l'instruction publique adresse l'ampliation d'une ordonnance qui confirme la nomination de M. Cruveilhier.

SUITE ET FIN DE LA DISCUSSION SUR L'AFFAIRE HOSSARD.

—La correspondance comprend une lettre de M. Boinet, dans laquelle il explique les contradictions apparentes qu'on a fait remarquer dans son témoignage à propos de l'affaire Hossard. Le conseil d'administration avait d'abord jugé convenable d'indiquer seulement l'objet de cette lettre; mais de nombreuses réclamations s'élèvent, et l'Académie consultée décide que la lettre sera lue.

Il résulte des explications présentées par M. Boinet que quelques comptes-rendus de la précédente séance ayant reproduit d'une manière inexacte les témoignages qu'il avait rapportés, ont provoqué des réclamations qui ne s'adressent pas à ce qu'il a dit ou écrit, mais à ce qu'on lui a fait dire.

M. Husson. J'ai dit que M. Boinet avait été interne dans mon service; c'est externe que je voulais dire. Quant au reste, j'ai seulement avancé qu'il n'avait rien vu par lui-même et ne rapportait que des ouï-dires.

M. Villeneuve demande la parole pour une motion d'ordre. La proposition que je vais faire, dit l'honorable membre, n'est dictée par aucun sentiment de partialite ni contre M. Hossard, ni pour M. Guérin; elle est faite dans l'intérêt de l'Académie et de la légalité. Qu'est-ce que l'orthopédie? Un ensemble de procédés pour remédier aux diverses déviations du corps humain. Pour traiter ces déviations, il faut les connaitre, et savoir en quoi elles diffèrent de l'état normal, ce qui exige des études anatomiques; il faut ensuite saisir les indications à remplir, ce qu'un médecin seul peut faire. Un orthopédiste doit donc être médecin. Maintenant, qu'est-ce que M. Hossard? Un pur mécanicien; et c'est avec un homme sans connaissances médicales et sans titre légal que l'Académie va ainsi traiter de puissance à puissance? Je suis étonné qu'on ait nommé une commission; je ne le suis pas moins d'avoir ouï dans le rapport ces expressions: *Le traitement de M. Hossard, les procédés appliqués par M. Hossard.* M. Hossard peut inventer des machines, mais il n'est pas plus apte à les appliquer que le coutelier qui confectionne un instrument n'est propre à faire l'opération. Ainsi donc, dans l'intérêt des convenances et de l'Académie, je propose de passer à l'ordre du jour, et de regarder comme non-avenu tout ce qui s'est fait jusqu'ici. Sans cela, messieurs, c'est reconnaitre implicitement qu'un a droit d'exercer la médecine sans titre. Ce que la commission avait à faire, c'était de renvoyer le mémoire de M. Hossard au procureur du roi. (Exclamations en sens divers.)

M. Guéneau de Mussy. L'objection n'est de nulle valeur; M. le docteur Tavernier dirige l'etablissement orthopédique de M. Hossard.

M. Amussat. Je ne veux qu'établir un fait; c'est que l'Académie a reconnu qu'elle avait été trompee par M. Hossard. Cela est évident au moins pour les deux premières malades; la commission l'a reconnu elle-même. Je m'en tiens à ces deux faits, et ne veux pas aborder la question du troisième, bien qu'il me paraisse démontré que la courbure a été au moins exagérée. Mais en présence des premières supercheries, je dis qu'il faut faire un exemple qui soit de nature à avertir les charlatans. Cela est nécessaire et très-nécessaire; on exploite l'Académie, on circonvient les commissions, le charlatanisme marche le front levé. Je demande donc, non-seulement l'ordre du jour sur le tout, mais un ordre du jour sévèrement motivé.

M. Ollivier (d'Angers). J'ai cité dans la dernière séance des lettres de MM Négrier et Lachaise; je viens d'en recevoir une autre de M. Grille, qui m'invite également à démentir tout ce qu'on lui a fait dire qui pourrait porter prejudice à M. Hossard (1).

M. Villermé. Dès lors toutes les accusations portées contre M. Hossard tombent; on peut donc voter dès à présent le rapport de M. Dubois.

M. Maingault. La question importante était de savoir si le nouveau procédé est bon ou mauvais; le reste est une question de personnes, que l'Académie ne peut prendre sur elle de juger. L'Académie semble s'ériger en quelque sorte en Cour de justice pour juger un débat qui lui est étranger; cela ne saurait lui convenir. Je demande l'ordre du jour.

M. Cornac. M. Maingault vient d'exposer une partie de ce que je voulais dire; je serai bref sur le reste. On nous a présenté un procédé; ce procédé a été expérimenté sur trois malades, et la commission a fait un rapport favorable. Mais des incidens se sont élevés; les faits ont été attaqués, et l'Académie a jugé les inculpations si graves, qu'elle a défendu de délivrer l'extrait du rapport adopté. Je ne veux point discuter ces incidens: je pense que ce n'est pas là notre rôle; mais il est bien évident qu'il reste au moins des doutes sur la valeur des faits qui ont fait la base du rapport. Dans le doute, l'Académie ne saurait donner d'approbation; j'appuie donc l'ordre du jour. Si ensuite M. Tavernier vent présenter de nouveaux faits mieux constatés que les premiers, il en sera le maitre, et l'Académie verra alors quelle décision elle aura à prendre.

M. Guéneau de Mussy. J'ai écouté avec d'autant plus d'attention tout ce qui a été dit, que l'Académie me parait placée dans une position fort extraordinaire. Je croyais venir à une séance académique, où l'on s'occuperait d'objets de science, et je me suis trouvé dans une chambre judiciaire, écoutant des accusations, des témoignages, des plaidoyers, et sur des faits tellement graves que non-seulement ils attaquent la moralité d'un homme, mais que quelques-uns pourraient le rendre passible d'une peine légale. Cette position me pèse et me repugne; je crains, aux paroles vives qui ont été échangées, que nous ne gardions pas toute l'impartialité nécessaire; je crains que cette lutte ne fasse un peu perdre de vue les interêts de la science. Car, enfin, que M. Hossard se soit mal comporte vis à vis l'Académie, je ne dirai pas que cela ne me touche en rien; mais ce qui me touche davantage, c'est de savoir si son procédé est bon ou mauvais.

Nous savons en effet, messieurs, que malgré les nombreux travaux et la louable émulation de plusieurs de nos confrères, il reste encore beaucoup à faire en orthopédie; et tout récemment vous avez entendu un médecin-orthopédiste nier la possibilite de redresser aucune déviation de la taille. Si donc M Hossard avait fait un pas dans cette carrière difficile, ne devrions-nous pas l'encourager et dans l'intérêt de la science et dans celui des malades? Pour moi, toute la discussion se résume en deux points à examiner : 1° Le procédé a-t-il eu des résultats avantageux constatés? Le premier rapport répond à cette question; mais il est basé sur trois faits qui ont été attaqués; il faut donc savoir : 2° si les accusations portées contre M. Hossard infirment les résultats constatés par la commission?

On a dit que les deux premiers malades avaient été déjà traitees à Angers; et en effet cela paraît constant. Mais ce n'est en tout cas qu'une question de temps; car ces deux malades avaient des déviations constatées à Angers par M. Mirault, à Paris par votre commission. Mais M. Hossard, dit-on, a trompé l'Académie. (Oui, oui, cela est vrai!) J'ignore si telle a été l'intention de M. Hossard, et je crois qu'il aurait dû avouer ce traitement antérieur.

Je passe à Janny Guéry. Ici les faits sont graves; ils sont matériellement coupables, et propres à attirer l'attention du procureur du roi. Mais plus ils sont

(1) MM. Boinet et Lemaître nous prient d'annoncer qu'ils écrivent à l'Académie sur ce point.

graves et plus, je l'avouerai, je voudrais avoir des preuves positives. Or, on allègue que M. Hossard a appliqué des machines pour produire une déviation artificielle; mais où sont les témoins? Quelqu'un a-t-il vu le fait? Non; on ne nous apporte que des témoignages indirects; elle ne boitait pas; c'était une grande et belle fille. Et à côté de ces témoignages il en est d'autres qui affirment la déviation; la mère et la sœur de Janny l'ont vue; le serrurier qui lui a fait une béquille a vu; le directeur du jardin botanique d'Angers a vu. Je vous le demande, messieurs, si vous étiez constitués en jury, oseriez-vous avec de tels renseignemens dire, la main sur la conscience : *Oui, cet homme est coupable ?*

M. Guéneau cherche ensuite à démontrer qu'il est invraisemblable que M. Hossard ait pu produire en quinze jours une déviation aussi forte; et qu'il se soit tellement fié à son procédé pour atteindre ce but, qu'il n'ait pas craint de convoquer des commissions des deux Académies pour vérifier la difformité, et d'inviter même tous les médecins par une circulaire. Et enfin un procédé aussi efficace pour courber et redresser une épine saine à volonté, ne le sera pas moins pour une épine malade. En conséquence, il vote pour les conclusions du rapport.

M. Lisfranc. L'académie ne s'érige point en cour de justice. On lui a présenté des malades; il s'agit de savoir si l'affection était réelle ou simulée; cela est d'autant plus nécessaire que les guérisons doivent servir à prouver l'efficacité d'un procédé; et certes pour juger des effets d'un procédé il faut savoir en quel état étaient les malades. C'est une question toute pratique. Eh bien! je répéterai encore une fois cette question à laquelle jusqu'ici on n'a pas jugé à propos de répondre; est-il possible de masquer avec des robes ou des corsets, une déviation de 17 lignes de flèche, et un raccoursissement de deux pouces de l'un des membres inférieurs? Dites si vous le jugez possible; dites si la jeune fille que vous compariez à Paris à un cul-de-jatte, vous aurait paru grande et belle à Angers, un mois auparavant; dites si un raccourcissement de deux pouces dans une jambe n'aurait produit qu'une marche un peu gênée. Toute la question est là; pour moi je déclare que cela est impossible; que l'on daigne m'en faire voir la possibilité.

Mais on a dit : qu'importe! et puisque le moyen a redressé une épine saine, il en redressera aussi bien une malade. Je m'inscris en faux contre une pareille assertion. Tous ceux qui se sont occupés d'orthopédie savent bien que dans les déviations morbides, le corps des vertèbres est toujours affaissé du côté de la concavité; il a perdu le tiers et même quelquefois moitié de son épaisseur, et il est bien évident que cet affaissement n'existe pas dans les courbures artificiellement produites. J'appuie donc l'ordre du jour.

M. Castel. Messieurs, la discussion a pris un caractère fort sérieux. Permettez-moi, avant de dire mon opinion, de vous raconter une conversation que j'ai eue aujourd'hui même avec M. Hossard. Il venait m'exposer des moyens de défense; je lui dis : — Monsieur, vous êtes M. Hossard? — Oui, monsieur. — Monsieur, vous êtes médecin? — Non, monsieur; j'ai fait des études en médecine; mais une maladie m'a empêché de me faire recevoir. — Vous dirigez donc, sans être médecin, un établissement orthopédique? — Je suis à Angers, sous la direction de mon père, médecin très recommandable, et à Paris, sous celle de M. le docteur Tavernier. — Eh bien, monsieur, j'éprouve la plus grande répugnance pour prendre la parole dans votre affaire, et je ferai tout ce que je pourrai pour m'en abstenir. (On rit.) Car de quoi s'agit-il? De juger un procédé, ou de juger une affaire? Je crois que c'est bien plutôt une affaire; et je ne me crois pas investi des droits de la magistrature. Vous voyez, messieurs, que je m'approprie une grande part de l'argumentation de M. Guéneau de Mussy, mais elle me conduit à une conclusion bien différente. L'Académie doit encourager l'émulation, mais non servir des rivalités. Cela posé, si l'on me donne un procédé à apprécier, je veux des faits à l'appui; si ces faits sont rares et contestés, je m'abstiens; et il y a d'autant moins de péril à s'abstenir que M. Hossard a un établissement à Paris, et qu'il ne manquera pas de faits nouveaux à nous faire voir, qui seront mieux constatés que les autres. Ces sortes de succès, d'ailleurs, se répandent d'eux-mêmes; car tout ce qui tient aux agrémens des femmes.. (On rit.) Je ne cherche point à égayer l'Académie, qui cependant... (une voix : en a besoin! — Rire général).

Je ne veux point établir de parallèle entre les deux contendans; et cependant, l'un est médecin, l'autre ne l'est pas; bien plus, on vous a révélé à son sujet l'année dernière des faits très graves; et l'Académie n'est pas seulement chargée de faire marcher la science; elle doit veiller aussi à ne pas laisser compromettre l'honneur et la moralité de la profession. Mais je n'entre pas dans le fond de l'affaire; laissez-moi seulement ajouter un mot sur les témoignages qu'on a fait valoir devant vous. Des couturières, des serruriers, des propriétaires viennent déposer devant une Académie de médecine! Pour moi, non-seulement ces témoignages ne prouvent rien, mais ils m'inspirent une prévention peu favorable. Songez-y bien, mes collègues! si jamais vous admettez comme preuves de succès, les témoignages du vulgaire, la ligne de démarcation entre le médecin et le charlatan sera effacée. *Odi profanum vulgus et arceo.* Ce n'est pas que j'accuse en rien les témoins eux-mêmes; je n'ai rien à dire contre la couturière, je n'adresse point de reproche au serrurier (rire général); seulement je prise très peu, dans une question médicale, des témoignages autres que ceux de médecins éclairés par des observations nombreuses et rejetées.

Comment maintenant sortir avec dignité de la position embarassante où se trouve l'Académie? Je propose de voter des remercîemens à la Commission, et d'ajourner toute décision jusqu'à la production de nouveaux faits. (Appuyé.)

M. Bouillaud appuie les conclusions de M. Guéneau de Mussy. Il a reçu une lettre de M. Mirault qui prie l'Académie de ne pas interpréter défavorablement son silence sur Janny Guery; c'est qu'il ne connaissait pas cette fille. On demande de nouveaux essais, dit en terminant M. Bouillaud; mais si vous ne permettez pas à M. Hossard de lever l'extrait de son rapport, il ne trouvera pas de malades sur lesquelles il puisse poursuivre ses expériences. Je vote pour les conclusions du rapport.

M. Villermé et M. Rochoux parlent dans le même sens. M. Lisfranc répond; et enfin l'Académie fatiguée clôt la discussion et donne la parole au rapporteur. M. J. Dubois se borne à relire ses conclusions. Elles sont mises aux voix et adoptées.

VICE DE CONFORMATION DU RECTUM; COMMUNICATION DE CET INTESTIN AVEC LE VAGIN.

M. Amussat présente une pièce anatomique représentant un vice de conformation du rectum, qui consiste dans une ouverture très-étroite de cet intestin dans la partie inférieure du vagin.

Le 4 février, dit M. Amussat, M. le docteur Delaruelle me donna l'occasion d'examiner le cadavre d'un enfant nouveau-né, mort des suites d'une imperforation d'anus après avoir vécu trois jours. L'autopsie constata ce qui suit. La petite fille est d'un médiocre volume; l'avant-bras gauche est difforme et plié en bas, de manière que la main fait un angle aigu sur le côté; la vulve est bien conformée. L'anus manque; à sa place il existe une petite saillie longitudinale du raphé qui semble indiquer la soudure de l'anus; le ventre proéminent, surtout en bas, est ballonné; après l'avoir soigneusement ouvert au-dessus de l'ombilic, nous avons remarqué immédiatement une poche remplie d'air que nous avons prise d'abord pour la vessie, parce qu'elle était située entre les artères ombilicales; elle était surmontée en haut par une proéminence obliquement située à droite, couchée et adhérente à la poche par trois petits replis, ou prolongemens, qui nous ont fait reconnaître la matrice et ses dépendances; le gros intestin était rempli par du méconium. Pour suivre et observer la terminaison du gros intestin qui se prolongeait dans le bassin, j'enlevai avec soin la cuisse et l'os des îles du côté gauche; après avoir mis à découvert tous les organes contenus dans le bassin, nous avons trouvé la vessie aplatie, contenant quelques gouttes d'urine, mais bien distincte de la poche remplie d'air, qui n'était autre chose que le vagin, énormément distendu par des gaz et surmonté par l'utérus, qui avait la forme d'une petite corne. Alors j'ai disséqué avec soin la terminaison du gros intestin, et j'ai trouvé qu'il s'abouchait en cône avec le vagin à sa partie inférieure gauche, et à un pouce ou quinze lignes du périnée. L'intestin était vert et le vagin blanc, ce qui dépendait des matières contenues dans ces deux organes. En pressant les matières contenues dans l'intestin, on insufflait le vagin sans que le méconium y pénétrât, et en pressant le vagin on faisait refluer les gaz dans l'intestin; il y avait donc une communication oblique et étroite entre ces deux organes. Un stylet mousse, introduit en haut de la vulve, pénétrait dans l'urètre et dans la vessie; un autre placé au-dessous parcourait librement toute la cavité du vagin sans pouvoir pénétrer dans le rectum. Après avoir fait dessiner les parties ainsi préparées, j'ai ouvert la vulve et le vagin sur le côté gauche, en ménageant l'urètre et le rectum. Nous avons observé que la vulve se prolongeait jusqu'au vagin par une espèce de conduit semblable à un *urètre de femme adulte*. En haut et fort en arrière se trouvait l'orifice de l'urètre; en bas ce conduit, à sa terminaison dans le vagin, présentait une petite membrane, sorte de pellicule muqueuse, qui en fermait peut-être faiblement l'orifice.

Le vagin, qui occupait tout le bassin et la moitié inférieure de l'abdomen, formait un coude en bas, rempli de mucosités glaireuses, blanchâtres, sans odeur. L'orifice était étroit et oblique, comme celui des uretères dans la vessie; l'ouverture de l'intestin dans le vagin avait lieu très-près de la petite membrane qui me semblait devoir fermer l'ouverture de la vulve dans le vagin. En haut du vagin, on voyait le col de l'utérus fort élargi, ainsi que sa cavité; le voile du palais, le larynx, l'œsophage étaient bien conformés. Les parens de cette petite fille n'ont pas voulu laisser faire l'opération, malgré les instances de M. Delaruelle.

Si l'opération avait été permise, j'aurais encore, dans cette circonstance, mis en usage le procédé que j'ai déjà employé avec succès et indiqué longuement dans mon mémoire lu à l'Institut, et publié par la Gazette médicale.

J'ai l'honneur de rappeler à l'Académie que la petite fille anglaise qui a fait le sujet de ce mémoire, et qui a maintenant cinq mois, va parfaitement bien. MM. Paul Dubois et Girardin l'ont vue.

Chez le jeune sujet que je présente à l'Académie, il existe une petite saillie à l'endroit où se trouve ordinairement l'anus; c'est au centre de cette saillie que j'aurais pratiqué mon incision, de manière que j'aurais peut-être conservé les fibres charnues du sphincter ainsi divisé dans son milieu.

Séance levée à cinq heures.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

QUELQUES REMARQUES SUR LA SAIGNÉE, par M. Magistel, D.-M. à Paris.

Je ne viens pas poser ici des règles spéciales pour la saignée; je ne prétends pas non plus excuser une maladresse. Lorsque la lancette respectant la veine qui doit être ouverte, va plonger insidieusement dans le tissu cellulaire voisin, dans la plupart des cas il y a eu défaut d'attention, au moins, de la part de l'opérateur. Mais pourquoi les chirurgiens les plus habiles font-ils faire par leurs élèves les saignées qu'ils prescrivent? C'est qu'il est plusieurs circonstances où ces petites opérations sont difficiles à pratiquer, sinon impossibles, et qu'une grande réputation pourrait souvent souffrir de ce que l'on regarde toujours dans le monde comme une maladresse. Toutefois, cette opinion n'est pas toujours fondée; une veine peut être largement ouverte et ne pas fournir de sang. C'est un fait à l'appui duquel j'ai recueilli plusieurs observations; je ne citerai que les suivantes :

Obs. 1. — En 1826, un soldat du 47e de ligne, tombé d'une hauteur considérable, fut amené à l'hôpital de Lille, et saigné par un sous-aide. Une piqûre, deux

piqûres, trois piqûres, ne donnent pas de sang. Un aide-major, fort instruit d'ailleurs, arrive sur ces entrefaites, ôte la lancette des mains tremblantes du sous-aide, et se dispose à pratiquer la saignée lui-même. Il fait une première ouverture sans succès : c'est que, dit-il, le tissu adipeux vient recouvrir la veine. Une seconde ouverture n'est pas plus heureuse que la première : c'est parceque la lancette est émoussée. Une troisième ouverture ne fut pas tentée ; et l'opérateur attendit prudemment. Il s'était aperçu, peut-être, qu'il avait affaire à des veines exsangues.

Le pouls du militaire qui fait le sujet de cette observation battait à peine, tandis que les mouvemens du cœur étaient tumultueux. Le sang refluait dans les organes intérieurs qui avaient été ébranlés. La commotion du cerveau ne permettait pas encore que le cours du sang se rétablît entièrement. Le sang coula au bout de quelques heures par les ouvertures faites précédemment, ce qui démontra bien que les veines avaient été incisées. Le louable empressement avec lequel on avait secouru ce militaire, avait empêché de bien apprécier sa position.

Obs. II. — Je fus appelé dans le mois d'avril 1833, chez une dame habitant la rue Miroménil, n° 18. Cette dame, d'une forte constitution et d'un embonpoint notable, était âgée d'environ quarante ans. Son visage était rouge, ses dents étaient serrées ; elle avait eu, disait-on, *un coup de sang*. Un médecin qui se trouvait auprès d'elle, l'avait saignée aux deux bras sans obtenir de sang. Il m'engage à tenter une nouvelle piqûre. Je pris le bras droit, et me disposais lentement à piquer la veine céphalique, avec la crainte de ne pas être plus heureux ; quand tout à coup l'ouverture qu'il avait faite à la médiane basilique, donna un beau jet de sang.

Il est évident pour moi que ce fluide ne circulait pas dans cette veine, à l'instant où elle fut piquée. Chez les femmes grasses il ne faut pas considérer seulement la profondeur des veines. Sous la moindre influence la circulation peut être interrompue, surtout dans les vaisseaux capillaires, et les vaisseaux superficiels. Ce n'est qu'à mesure que le cœur et les artères, et les veines auxquelles on ne saurait refuser une action propre, reprennent leurs fonctions ; ce n'est que lorsque la peau reprend sa chaleur que, chez certains individus, le sang reprend son cours dans les veines voisines de la peau. Saignons alors, et nous aurons du sang sur-le-champ, tandis que vingt piqûres faites pendant l'asthénie momentanée des vaisseaux superficiels, n'en donneront pas dix gouttes. Et voilà pourquoi, dans certains cas, le médecin dernier arrivé est le plus adroit.

Obs. III. — Je fus appelé auprès d'une dame qui, ayant éprouvé une vive contrariété, se trouvait en proie à de violentes convulsions. Une forte céphalalgie, la rougeur du visage, indiquaient une congestion cérébrale. Un de mes confrères fut d'avis comme moi de la saigner du bras. On m'annonce alors que la malade est très-difficile à saigner. J'aurais dû noter qu'elle était très grasse, que les veines se gonflaient difficilement, que la peau était couverte d'une sueur froide, que le pouls devenait très-petit, que cette dame avait peur. Le toucher m'indiquait une veine médiane céphalique ; je l'ouvre largement et n'ai que le déplaisir de voir un petit jet de sang qui s'arrête de suite. Une autre piqûre a un aussi triste résultat. Un troisième médecin survient, s'escrime sur l'autre bras, et n'est pas plus heureux. Une application de sangsues dut remplacer la saignée du bras ; car celle des saphènes et des jugulaires ne présentait pas plus de chances favorables, et le cas ne paraissait pas assez grave pour ouvrir une artère temporale. Quelques heures de plus, et le médecin qui me succédait aurait obtenu du sang.

Nous avions, dans ce dernier cas, la constitution la plus défavorable à la saignée du bras. En outre, la malade avait peur. L'individu qui a ainsi peur se trouve dans un état voisin de la syncope, et nous savons que, pendant cet accident, la circulation est interrompue. Une saignée faite en pareil cas ne fournit pas de sang ; l'action du cœur et des gros vaisseaux revient promptement, tandis que celle des capillaires, chez les personnes chargées de graisse, ne reparaît que lentement. Enfin dans certaines affections du cœur la circulation peut être anéantie sous l'influence d'une émotion quelconque. On doit se rappeler qu'un malade saigné dans un hôpital, contre sa volonté, eut une telle frayeur, qu'il mourut à l'instant où sa veine fut piquée.

La saignée considérée comme opération est souvent fort chanceuse. Elle est si facile, dit-on, que les sage-femmes, les sœurs hospitalières, les infirmiers même, la pratiquent. Il est beaucoup de gens, en effet, qui font des saignées ; et, pour ma part, pendant un assez long séjour en Espagne, j'ai souvent été effrayé par les lancettes et les incisions de barbiers qui n'avaient aucune notion anatomique. Je n'ai vu aucun accident, et cependant un homme d'un grand mérite ouvrit l'artère brachiale d'une reine de Bavière, en voulant ouvrir une veine.

On a l'habitude de décrire l'opération de la saignée comme une bagatelle ; qu'en résulte-t-il ? C'est que le chirurgien le plus adroit s'expose à compromettre sa réputation, si le sang ne jaillit pas sous sa lancette.

Je termine par les conclusions suivantes :

1° Si la position d'un malade exige une saignée, il faut saigner, quelque difficulté qui se présente, sans aucune considération personnelle ;

2° Si la difficulté ne tient qu'à la profondeur des veines, on ne doit pas craindre, lorsqu'il y a urgence, de les aller chercher en incisant largement avec un bistouri ;

3° On s'expose à n'avoir pas de sang toutes les fois que l'on saigne un malade dont la circulation n'est pas bien libre, quoique la veine soit largement ouverte ;

4° Il en est de même lorsque la circulation n'est pas rétablie, à la suite d'une commotion, d'une syncope, d'une vive frayeur, etc.

5° Dans tous les cas, avant de pratiquer une saignée, il faut s'assurer de l'état normal du malade, examiner son pouls, ses veines ; tenir compte de son embonpoint, de la chaleur et de la transpiration de sa peau, de la laxité de son tissu cellulaire.

OBSERVATION DE FISSURE ANALE GUÉRIE SANS OPÉRATION, par le docteur Sylva, médecin portugais.

M. L..., jeune homme bien constitué, sans vice humoral ni vénérien, se livrant parfois au plaisir de la table, commença à souffrir de fortes douleurs à l'anus toutes les fois qu'il allait à la selle il y a environ un an ; il attribuait ces douleurs aux hémorrhoïdes et aux copieux repas. Il employa des bains, des tisanes et un régime très-sage et très-bien dirigé, mais rien n'arrêta ses souffrances, et bientôt il s'aperçut d'un suintement qui tachait ses chemises ; il n'en fit confidence à personne, mais voyant qu'il commençait à dépérir et son moral étant affecté, il m'en confia la cause, et j'observai une fissure à la partie postérieure de l'anus, résultat d'une constriction forte et permanente du sphincter. Je pensai que si je pouvais détruire la cause, l'effet cesserait, et à cet effet j'employai des frictions à l'anus avec une pommade faite ainsi : axonge, une once ; extrait thébaïque, 12 grains ; extrait de belladone, 2 gros ; et j'introduisais une petite couche de charpie imbibée de cette pommade avec le porte-nœud dans l'anus. Quand la mèche que j'introduisais était plus grosse que la plume d'un corbeau, elle produisait des douleurs, tandis que de cette grosseur, et pénétrant de 6 à 8 lig., le malade montait à cheval et courait sans la moindre douleur. En peu de jours, le suintement se tarit et les douleurs disparurent pour jamais, et dans un mois la cicatrice fut parfaite. Je recommandai à M. L... de se frictionner chaque fois qu'il se sentirait resserré pour laisser consolider la cicatrice. J'ai lieu de croire que la cure sera radicale, parce que le tissu des cicatrices est plus ferme et plus resserré que la peau normale, et ensuite parce que la constriction ayant été vaincue elle ne se reproduira plus, comme il arrive dans la distension forcée des membres rétractés, et dans le cathétérisme forcé de M. Mayr, ou le cathétérisme soutenu de M. Chaumel. Tous les praticiens savent le succès que l'on obtient dans la cataracte, dans les hernies étranglées, et dans les accouchemens, par l'extrait de belladone ; aussi ai-je lieu d'espérer que le moyen que je propose sera accueilli avec faveur, parce qu'il peut avoir d'heureux résultats, sans jamais avoir d'inconvéniens.

CAS REMARQUABLE DE CORPS ÉTRANGERS ARTICULAIRES, par M. Bédor, D.-M. à Troyes.

La nommée Marianne Moire, couchée en ce moment au n° 56 des femmes, dans le service de chirurgie, à l'Hôtel-Dieu de Troyes, présente un double cas de corps étranger articulaire du genou. Du côté droit, surtout, il me paraît devoir être identique avec celui que M. Lisfranc a dernièrement déposé sur le bureau de l'Académie de médecine, et dont je lis, avec intérêt, une description succinte dans la Gazette médicale du 9 de ce mois.

La malade que je cite est grêle, débile, fluxionée, rhumatisante et âgée de soixante ans. Ses deux genoux, dont aucun ne paraît atteint d'hydarthrose, présentent chacun une sorte de rotule surnuméraire, dont la surface externe se fait sentir inégale et rugueuse sous les tégu-

mens. Cette espèce de nouvelle rotule y apparaît, libre et mobile, superposée sur la rotule naturelle. Celle du genou droit, dont le plus grand diamètre, le vertical, a deux pouces et demi de longueur, tandis que le plus petit, qui est le transversal, a quinze lignes d'étendue, présente une rougeur érysipélateuse de la peau qu'il fait saillir. Celle du côté gauche, à peu près du même volume, plus douloureuse et moins mobile que l'autre, présente en outre une inflammation suppurative des tissus qui la recouvrent. Des bourgeons charnus s'élèvent à leur surface. Ils s'entrouvrent souvent, en formant le cul de poule, et livrent alors passage à des concrétions de formes diverses et irrégulièrement anguleuses. Leur volume varie entre celui d'un grain de millet et la grosseur d'un pois rond de petite espèce. Leur apparence extérieure est celle d'un fragment de la substance compacte des os.

L'état d'appauvrissement actuel de la constitution de cette malade et le dessein d'attendre, avec le moment où elle sera meilleure, celui où la cessation de l'état inflammatoire des tégumens du genou gauche permettra d'observer l'un des excellens préceptes généraux de M. Lisfranc, c'est-à-dire d'opérer, autant que possible, sur des tissus ramenés à leur état normal, sont les motifs qui m'ont fait ajourner l'extraction d'ailleurs projetée de ces corps étrangers articulaires.

Le traitement de la malade est, maintenant, dirigé par mon estimable collègue le docteur Collot, à qui j'ai remis le service pour trois mois le 1er janvier. Je n'en visite pas moins cette femme de temps en temps, et quelle que soit l'issue de son cas remarquable, je me propose bien d'en faire, aussitôt qu'il y aura lieu, l'objet d'une nouvelle communication plus détaillée à votre intéressant journal.

Agréez,

H. BÉDOR, D-M-P.

Troyes, 18 janvier 1836.

HÉMORRHAGIE PAR RUPTURE SPONTANÉE D'UNE ARTÈRE DU SCROTUM. — OBSERVATION DE PLAIE DE L'ARTÈRE RADIALE. Par M. TAILLEFER, D.-M. P. à Honfleur.

Le 20 novembre 1835, à dix heures du soir, on vint me chercher en hâte pour M. G., qui depuis six heures de relevée perdait beaucoup de sang par les bourses. Effectivement, à mon arrivée le lit du malade en était inondé et plusieurs vases en était également pleins.

Cette hémorrhagie spontané m'inspirant quelque crainte pour la vie de M. G., déjà épuisé par une maladie antécédente, je m'occupai d'en découvrir la cause; ce qui me fut facile après avoir enlevé tous les caillots de la surface des parties.

Des veines variqueuses nombreuses, mais d'ailleurs non volumineuses, sillonnaient le scrotum; l'une d'elles divisée en travers présentait dans ses deux bouts un léger écoulement d'où s'échappait par un jet continu un sang rouge et vermeil. Dans cette partie, la peau du scrotum intéressée laissait voir à nu le dartos, et aussi, par une compression préalable, l'ouverture béante d'une petite artère qui fournissait tout ce sang. Plusieurs tentatives faites inutilement pour saisir avec des pinces fines ce vaisseau me prouvèrent que la ligature ne serait point applicable à ce cas. La compression ne l'étant point davantage à cause de la disposition des parties, j'eus recours à la cautérisation par le cautère actuel. Elle me réussit à merveille.

Une nouvelle hémorrhagie aussi abondante que la première revint, le surlendemain, par l'autre bout du vaisseau; je l'arrêtai immédiatement de la même manière.

Des hémorrhagies consécutives que j'eus à combattre m'obligèrent à employer tous les moyens hémostatiques; de cette manière, je me rendais facilement maître du sang, mais comme l'écoulement se reproduisait à la moindre occasion, je cautérisai de nouveau, et ayant eu l'attention de soutenir les chairs au moyen de sparadrap, ces accidens ne se renouvelèrent plus.

Actuellement ce malade est guéri, et il n'existe plus chez lui de varicocèle.

Une hémorrhagie aussi abondante par une des divisions artérielles qui se rendent au scrotum étant un fait rare ou du moins peu connu des praticiens, je me détermine à le publier, convaincu aussi qu'il les prémunira contre les dangers dont peuvent être suivies les petites opérations qu'on pratique sur les bourses.

Il me reste à vous parler d'une petite opération que j'ai pratiquée à la même époque, savoir la ligature de l'artère radiale pour une plaie intéressant ce vaisseau. La circonstance suivante mérite seule d'être mentionnée : le bout supérieur ayant été lié et le jet artériel ne se continuant pas par le bout inférieur, j'attendis; mais deux heures après, le retour de l'hémorrhagie, par le bout inférieur, m'obligea à placer une seconde ligature. Cette dernière tomba au bout de quatre jours et l'autre trois jours plus tard, sans qu'il en soit résulté d'accidens. Il est à noter cependant que la circulation n'était point complètement rétablie par les collatérales, le pouls se faisant encore sentir à la radiale.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

DES DENTS ET DE LA DENTITION; (physiologie et pathologie) par J.-E. OUDET, D.-M. P., membre de l'Académie royale de médecine, etc.

Cette brochure n'est autre chose que la réunion des deux articles *dent* et *dentition*, publiés par M. Oudet, dans le dictionnaire de médecine en 25 volumes, et tirés à part pour quelques amis. Lorsque nous rendîmes compte du volume où ils sont contenus, nous avions déjà signalé ce travail comme digne d'une attention toute particulière; mais l'examen des articles d'un intérêt plus général nous avait limités à ce simple jugement. Nous saisissons volontiers l'occasion d'y revenir.

Résultats d'une véritable sécrétion, les dents sont nécessairement précédées par les organes chargés de les produire ou les follicules dentaires. Chaque follicule apparaît d'abord comme un sac d'une forme à peu près ronde, attaché par une de ses extrémités à la gencive, tenant par l'autre à un pédicule vasculaire et nerveux; ces sacs consistent en une double membrane renfermant dans son intérieur la *pulpe* ou le *germe* de la dent. De ces deux membranes, l'externe, que l'auteur appelle la *capsule* à cause de sa nature et de ses usages, est en rapport à l'extérieur avec les tissus ambians; en dedans elle est recouverte par la membrane interne qui lui donne un aspect lisse et brillant; celle-ci représente un sac sans ouverture et se réfléchit sur la capsule et sur la pulpe dentaire absolument comme une séreuse. Sa cavité contient un peu de liquide limpide qui, selon M. Meisner, offre des traces d'acide tartareux. C'est cette membrane qui a pour fonction la sécrétion de l'émail; sa fonction remplie, elle disparaît, ce qui l'a fait nommer par Blake *membrane caduque*. Au reste, ces membranes apparaissent les premières dans le fœtus; la pulpe ne se montre qu'au troisième mois de la vie fœtale. A mesure qu'elle grossit et fait saillie dans le follicule, le liquide renfermé entre les membrane diminue; on sait d'ailleurs qu'elle se compose de vaisseaux et de nerfs.

Les follicules ne se montrent pas tous à la fois. Vers le commencement du troisième mois de la grossesse, chaque moitié des deux mâchoires contient quatre sacs, deux antérieurs et deux postérieurs, adossés par paires; les premiers plus petits destinés aux incisives temporaires; les autres pour les molaires de la même classe. A la fin du troisième mois apparaît la follicule de la canine; et le nombre des dents temporaires est complet. Mais vers la fin du quatrième mois commencent les follicules de la dentition définitive, placés au-dessous de ceux de la première. Le premier sac est celui de la première grosse molaire, qui précède de beaucoup les autres; dans le cours du septième mois apparaissent les capsules des incisives, plus tard encore celles de la canine et de la deuxième grosse molaire; puis la dent de sagesse; mais pour le petites molaires dont M. Serres dit avoir constaté l'existence chez les fœtus, M. Oudet ne les a jamais trouvées qu'à la fin de la seconde année.

Telles sont les organes sécréteurs des dents; mais on est bien loin d'être d'accord sur les conditions de la fonction elle-même. Presque tous les auteurs admettent que l'ivoire existe avant l'émail; Jourdain a soutenu l'opinion contraire. Pour résoudre ce point de doctrine, M. Oudet, sur un grand nombre de fœtus, a examiné presqu'à leur naissance les premiers rudimens dentaires que l'on découvre, et après les avoir exposés à l'air il a constamment reconnu que déjà l'émail recouvrait l'ivoire. Il pense donc que l'un et l'autre se sécrètent ensemble; et l'émail selon lui ne saurait se former qu'une couche d'ivoire ne soit là pour le recevoir.

On n'est pas plus d'accord sur le nombre des points par lesquels commence l'ossification des dents. Suivant Hunter, les incisives se dé-

veloppent par trois points, les grosses molaires par quatre ou cinq, les bicuspides par deux, les canines par un seul. Rudolphi admet deux points pour les canines. M. Oudet s'est assuré qu'il y a autant de points que la surface de la pulpe offre de saillies distinctes; ainsi les molaires en présentent deux, quatre ou cinq selon que leur pulpe a deux, quatre ou cinq tubercules; il n'en a jamais trouvé qu'un seul pour les canines.

L'émail est manifestement sécrété par la membrane interne; l'ivoire par la pulpe dentaire. Mais voici une circonstance bien remarquable de l'accroissement des dents. Quand la couronne a acquis au dehors toutes ses dimensions, l'accroissement en hauteur de la dent est quelque temps suspendu, et n'a plus lieu que suivant l'épaisseur de la couronne; mais comme celle-ci ne s'épaissit qu'aux dépens de sa cavité, la pulpe qui la remplit est donc obligée d'en sortir; et de là il résulte : 1° que la pulpe se rétrécit à mesure qu'elle se prolonge; 2° que la membrane intérieure du follicule, qui recouvre la surface extérieure de la dent, se trouve par là éloignée et séparée de la portion de la pulpe qui a dépassé l'orifice évasé des la couronne; 3° que la capsule s'étend avec la pulpe et suit le même mouvement. Ces faits nous expliquent comment l'alongement de la pulpe précède constamment la formation de la racine, et d'où vient à celle-ci sa forme conique. De plus, la pulpe ne pouvant s'étendre ainsi sans abandonner les rapports qu'elle avait avec la membrane interne, on conçoit, contre l'opinion des naturalistes, que les racines des dents doivent toujours être privées d'émail. D'où vient cependant que chez quelques animaux, les rougeurs, par exemple, les incisives croissent toujours? M. Oudet a fait voir que, dans ce cas, la pulpe des incisives se terminant vers le fond des alvéoles par un renflement sans pédicule, elle conserve toujours ses rapports primitifs avec son follicule; la double sécrétion de l'émail et de l'ivoire se fait donc toujours et simultanément; et ces dents n'ont point de véritables racines. Quand enfin, chez l'homme, la racine a acquis toute sa hauteur, la pulpe n'ajoute plus que de nouvelles couches d'ivoire aux couches extérieures; la cavité de la racine s'obstrue donc peu à peu, et la pulpe même finit par disparaître sous les dernières couches qu'elle a déposées.

Nous glissons sur le phénomène de l'éruption des dents; on sait que les anatomistes sont divisés encore, les uns pensant que pour se faire jour, les dents divisent et déchirent les gencives; les autres croyant que ces parties offrent des orifices naturels qui se dilatent pour ouvrir à la dent un passage. M. Oudet laisse ce problème sans solution.

Mais à mesure que la première dentition s'achève, et que la seconde se prépare, il se passe dans l'os maxillaire inférieur quelque chose d'assez important. Chez le fœtus et le jeune enfant, l'artère maxillaire parvenue vers la base de l'apophyse coronoïde se divise en deux branches, l'une inférieure pour les dents définitives; l'autre supérieure pour les dents temporaires. Il y a donc deux canaux dentaires, séparés par une assez grande quantité de tissu spongieux. Mais après l'âge de quatre ans, le canal supérieur diminue et ne laisse plus tard que des traces à peine sensibles de son existence. Nous devons ajouter toutefois que M. Serres, qui a aussi étudié ces canaux avec un soin particulier, enseigne que le canal inférieur est destiné aux dents de la première dentition, ce qui est, comme on voit, le contraire de ce que M. Oudet professe. N'y aurait-il pas quelque changement de position de ce canal, analogue à celui des follicules de la dentition définitive? En effet, ceux-ci placés d'abord comme il a été dit, en arrière et au-dessus des autres, se trouvent plus tard au-dessous des dents temporaires.

Suivons maintenant le développement des nouvelles dents; car si ce qui précède n'a guère d'intérêt que pour la science même, ce qui va suivre fournit des indications à la pratique. Les vingt premières dents ayant pour se développer tout l'espace des arcades alvéolaires sont presque toujours bien rangées; il n'en va pas ainsi des secondes. Ces dents sont rangées sous les dix temporaires, savoir : les bicuspides sous les molaires de lait, et comme celles ci sont plus volumineuses que celles qui les remplacent, la déviation est encore peu à craindre. Mais les incisives et les canines nouvelles, non-seulement sont plus volumineuses que les dents temporaires de même nom; mais encore, étant situées plus en arrière, elles occupent une portion d'arc moins étendue; aussi sont-elles fortement pressées et empiètent elles les unes sur les autres; et les canines sont même presque tout-à-fait hors de rang. Comment se fait l'arrangement au moment de l'éruption?

Le développement des os maxillaires offre un phénomène unique dans l'économie. Il ne s'opère pas simultanément sur tous les points, comme pour les autres os; il y a une partie de ces os qui toute consacrée à l'appareil dentaire, suit les variations de cet appareil, tandis que l'autre partie obéit à la loi générale d'accroissement du squelette. On conçoit que cette disposition spéciale était nécessaire pour empêcher les dents d'être écartées l'une de l'autre par l'accroissement ordinaire de l'os. Cette portion dentaire constitue les *procès alvéolaires*; elle grandit avec les dents qu'elle contient, s'arrête avec elles, s'efface quand elles sont tombées; et telle est son immobilité, par exemple, que, suivant Hunter, l'espace qui comprend les vingt dents de lait chez l'enfant de trois ans est aussi considérable que l'espace qui contient les vingt dents de remplacement chez un adulte; au contraire, le corps de l'os maxillaire s'accroît au-dessous; et de là ce phénomène bien singulier : à mesure que le sujet grandit, les trous mentonniers et sous-orbitaires s'éloignent de la symphyse, tandis que les alvéoles en sont toujours à égale distance. C'est à M. Duval que l'on doit la connaissance de ce fait curieux. Pour se loger dans les mêmes arcs, il fallait donc que les vingt dents de remplacement n'eussent pas plus de volume que les vingt dents temporaires; or, M. Oudet s'est assuré par des expériences directes qu'il en est ainsi, du moins jusqu'à l'âge de sept ans; car il pense que plus tard l'issue complète d s dents de remplacement doit repousser la première grosse molaire un peu plus en arrière qu'elle ne l'était d'abord. Mais jusqu'à cet âge au moins, ce que les incisives et les canines ont de plus, est compensé par ce qu'ont de moins les bicuspides. Il n'y aurait ainsi nulle difficulté pour les nouvelles dents à se placer si toutes les anciennes tombaient ensemble; mais non-seulement la chute se fait à des intervalles très-divers, mais quelquefois même les secondes dents sortent tandis que les premières persistent encore.

Quand ce dernier cas arrive, la dent nouvelle sort en arrière de l'autre, ce qui résulte de la position primitive des follicules; et elle est aussi tournée un peu obliquement. Ce sont les incisives qui paraissent les premières; et il ne faut pas s'effrayer de leur déviation. A mesure que les autres tomberont la place se fera; et la nature seule suffit le plus souvent pour en opérer le redressement, par le simple arrangement des alvéoles nouvelles.

Cependant les choses ne vont pas toujours ainsi. Tantôt il y a plus, et tantôt moins de dents que de coutume; M. Oudet a trouvé deux fois chez des fœtus à terme tous les follicules de la première dentition en pleine suppuration; sans doute alors toutes ces dents auraient manqué. Les anomalies de situation sont plus difficiles à expliquer; l'auteur a vu plusieurs cas où la canine se plaçait entre les deux incisives; d'autres où la bicuspide antérieure était logée entre l'incisive latérale et la canine.

La partie de l'article qui traite de la pathologie nous a paru également remarquable. C'est peut-être la première fois que l'histoire des maladies des dents a été présentée dans un ordre scientifique. Toute la théorie de l'auteur repose sur ce principe physiologique, que, la substance dure des dents étant le produit d'une sécrétion, se trouve dans la même condition que toutes les substances sécrétées par rapport à leurs organes sécréteurs et ne peut être par conséquent par elle-même et directement le siége d'aucun travail nutritif ou morbide. D'après ces idées M. Oudet divise en deux classes les altérations des dents; les unes, se rattachant au travail qui a présidé à leur formation, comprennent l'atrophie et l'hypertrophie de l'émail, et deux maladies de l'ivoire qu'on a improprement désignées sous les noms de spina ventosa et de carie. Les autres, accidentelles, se manifestent après l'éruption des dents; elles embrassent les diverses lésions de la pulpe, de la membrane externe des racines et des substances dentaires. Il nous serait impossible de rendre compte avec les détails convenables d'un travail si riche de faits et de découvertes propres à son auteur. Nous terminerons en disant que les belles recherches de M. Oudet lui assignent, et comme savant et comme praticien, un rang d'autant plus honorable, qu'après les grands travaux exécutés sur les dents par Hunter, par Cuvier et par M. Serres, on aurait pu croire que la carrière était épuisée.

TRAITÉ DE CHIRURGIE, **par M. J. Chélius, professeur de chirurgie et de chimie chirurgicale à l'Université de Heidelberg. — Traduit de l'allemand, par J.-B. Pigné, interne des hôpitaux civils de Paris. — 1re et 2me livraisons (1).**

Les traductions commencent à prendre faveur parmi nous. Pendant

(1) L'ouvrage complet formera deux forts volumes, petit-texte, caractère neuf, contenant autant de matières que 7 volumes ordinaires de chirurgie; et

loog-temps bornés à nos propres ressources, nous regardions la médecine et la chirurgie comme ayaot leur domicile exclusif en France, et c'était comme par hasard qu'on rencontrait dans les journaux, dans les cours, dans les livres, quelques citations fort concises, fort incomplètes, pour ne rien dire de plus, des ouvrages anglais, allemands, américains. Le libraire qui a édité la traduction de Samuel Cooper, sait combien il lui a fallu de temps pour donner à cette excellente compilation la popularité qu'elle a acquise à cette heure; l'incendie de la rue du Pot-de-fer a même trouvé encore à dévorer quelques restes de la première édition; mais la faveur du public paraît tellement assurée aux ouvrages d'érudition, qu'on songe sérieusement à la seconde. Jusqu'ici cependant, en fait de chirurgie, l'Angleterre seule avait attiré l'attention des traducteurs; et il faut bien le dire, ce n'est même que par les écrivains anglais que nous avons entendu comme un écho des progrès de la chirurgie et de l'ophtalmologie allemandes. Voici un livre qui remplira jusqu'à un certain point cette lacune. On ne saurait chercher sans doute dans un traité destiné à devenir classique tous les détails réservés aux monographies; mais les simples indications qu'on peut espérer d'y trouver aiguillonneront la curiosité des lecteurs; et enfin le choix de ce premier ouvrage nous paraît heureux, puisqu'il nous donne le tableau à peu près complet de l'état actuel de la chirurgie allemande.

Les deux premières livraisons parues contiennent un traité de l'inflammation en général et des inflammations en particulier; puis le commencement d'un traité des solutions de rapports, comprenant les plaies, les fractures ulcérées, les hernies, luxations, anévrismes, etc. Tel est d'ailleurs l'ordre suivi par l'auteur; après ces deux premiers titres généraux viennent: 3° les maladies déterminées par les adhérences; 4° les corps étrangers; 5° les maladies dues à la dégénération des parties organisées ou à la production de nouveaux tissus; 6° les pertes de substance; 7° les parties organiques surnuméraires; et enfin dans une 8e partie se trouvent exposés les élémens de la médecine. On pourrait adresser de nombreux reproches à cette division qui classe les anévrismes et les varices dans les lésions de rapports, les courbures anomales à côté des fractures, etc; mais ce n'est là qu'une question de forme; une bonne table des matières remédie à tous les vices de classification; et quelle est d'ailleurs celle qui obtient tous les suffrages?

Quant à l'exposition des faits, il est difficile de dire plus en moins de mots que M. Chélius; et sous ce rapport l'ouvrage convient parfaitement à des élèves. Il conviendra même à des chirurgiens plus avancés, à raison de nombreuses indications de sources que l'auteur a semées dans ses notes, et qui portent en général sur la littérature la moins connue parmi nous, c'est-à-dire celle de son pays. Nous pourrions même à ce propos adresser à M. Chélius un reproche que les Allemands ne manquent guères d'adresser à la France, c'est de négliger un peu ce qui se passe chez ses voisins. M. Chélius n'est pas complètement au courant des progrès et des idées de notre chirurgie; heureusement, c'est un défaut qui est largement pallié par les annotations et même les articles entiers que le traducteur a joints à son original.

Nous reviendrons sur l'ensemble de cet ouvrage lorsque la publication en sera plus avancée.

TRAITÉ COMPLET DE L'ANATOMIE DE L'HOMME, comprenant la médecine opératoire; par le docteur BOURGERY; avec planches lithographiées d'après nature, par N.-H. JACOB.

Ce magnifique ouvrage qui se poursuit avec une rare intelligence et une grande activité, est arrivé à sa 28e livraison. En attendant que nous en fassions l'objet d'un article approfondi, nous nous empressons de rappeler à nos lecteurs que près de trois volumes ont déjà été publiés. Les dernières livraisons ne le cèdent en rien, tant sous le rapport de la rédaction que des planches, au commencement de l'ouvrage.

En terminant l'appareil locomoteur, M. le docteur Bourgery rappelle les nombreuses particularités qu'il a découvertes ou tirées de l'oubli où elle étaient restées depuis long-temps. Cette espèce d'épilogue rappelle avec raison que l'auteur a successivement enrichi l'ostéologie, la syndesmologie, la myologie et l'aponévrologie d'une foule de découvertes et d'aperçus nouveaux qui suffiraient à eux seuls pour faire la fortune d'un ouvrage, si à ce mérite solide n'était joint celui d'une supériorité incontestable sur tout ce qu'on a fait jusqu'ici dans ce genre.

Il nous a été adressé une note de quelques fautes d'impression échappées à la perspicacité des auteurs; nous leur avons fait parvenir cette note, persuadé qu'ils redoubleront de soins pour épargner à leur entreprise le plus petit reproche de ce genre, que l'envie ne manquerait pas d'exploiter si les auteurs ne s'empressaient de redoubler de soin et de scrupuleuse attention.

La 28e livraison vient d'être mise en vente.

sera divisé en sept livraisons; il sera entièrement publié dans le courant de l'année 1836. — Prix de chaque livraison: 2 fr. 50 c. On souscrit chez J.-B. Baillière, libraire, rue de l'École-de-médecine, n. 13 bis.

LE MÉDECIN DE L'AGE DE RETOUR ET DE LA VIEILLESSE, ou conseils aux personnes des deux sexes qui ont passé l'âge de 45 ans; par le docteur GUYÉTANT. — In-8° de 480 pages. Paris, 1836.

Il existe à Londres un certain nombre de médecins qui ne s'occupent que des moyens de conserver la santé à ceux qui l'ont, ou de guérir par des moyens hygiéniques les incommodités qui sont le résultat de la manière de vivre et des excès de différentes espèces. Ces médecins, qu'on appelle en anglais *trainers for heath*, jouissent d'une grande confiance; quelques-uns ont même des établissemens, espèces de maisons de santé pour les valétudinaires, où, à l'aide de l'exercice et d'une alimentation convenable, ils produisent des cures surprenantes. Quelques-uns même ont publié des ouvrages sur l'hygiène et la physiologie mises à la portée des gens du monde, et qui laissent peu à désirer. Nous n'avons rien d'analogue en France, et même la plupart des ouvrages destinés à répandre dans le public des notions utiles sur la physiologie ou l'hygiène, laissent beaucoup à désirer sous le rapport du style ou ne sont point au niveau de l'état actuel de la science. L'ouvrage du docteur Guyétant ne doit point être confondu avec ceux auxquels nous faisons allusion ici. Destiné à toutes les classes, mais spécialement aux personnes bien élevées, la critique la plus sévère trouvera peu à y reprendre, soit sous le rapport du style qui est toujours simple, mais élégant et facile, soit sous le rapport scientifique; car l'auteur a mis à profit toutes les recherches des chimistes et des statisticiens modernes. Quant à nous, le seul reproche que nous lui ferons, c'est sur le titre qu'il a donné à son ouvrage, qui pourrait bien ne pas arriver toujours à son adresse ou ne pas y arriver à temps: *Le médecin de l'âge de retour et de la vieillesse*. Quelle est la femme qui se croit arrivée à l'âge de retour, et qui surtout pourrait consentir à avoir sur sa table un ouvrage qui pourrait faire connaître qu'elle en redoute l'approche? Mais ce qui compense ce petit inconvénient, c'est que l'ouvrage de M. Guyétant non-seulement contient des conseils pour l'âge de retour, mais encore il indique les moyens de l'éloigner; et sous ce point de vue il doit être utile à tous les âges.

— La Société des sciences médicales de Bruxelles vient de décerner à M. le docteur Batier le prix qu'elle avait proposé sur cette question: Quelles sont les mesures de police médicale les plus propres à arrêter la propagation de la maladie vénérienne?

— *Recherches anatomico-pathologiques sur l'encéphale et ses dépendances*, par F. Lallemand, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Montpellier, chirurgien en chef de l'hôpital civil et militaire de la même ville. Neuvième lettre. (Cette neuvième lettre est suivie de la table analytique et raisonnée des matières contenues dans toutes celles qui ont paru jusqu'à ce jour.) In-8°; prix, 3 fr. 50. c. — A Paris, chez Béchet jeune, libraire de la Faculté de médecine de Paris, place de l'École-de-Médecine, n° 4.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

PARIS. — ÉVERAT, IMPRIMEUR, RUE DU CADRAN, N° 16.

N° 8. (TOME IV. — 1836.) SAMEDI 20 FÉVRIER 1836.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La Gazette médicale de Paris (*Gazette de santé* et *Clinique des hôpitaux* réunies) paraît tous les samedis de chaque semaine; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et équivaut à 6 feuilles in-8°. Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois. Pour l'Étranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Poissonnière*, n° 8, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

CHIRURGIE PRATIQUE.

DU SPASME DE L'URÈTRE, ET DES OBSTACLES VÉRITABLES QUE L'ON PEUT RENCONTRER EN INTRODUISANT DES INSTRUMENS DANS CE CANAL; mémoire lu à l'Institut le 8 février 1836, par J.-Z. Amussat.

(Suite et fin. — Voir le numéro précédent.)

§ I. *Dans l'état normal de l'urètre*. On sonde particulièrement ce canal lorsqu'il y a rétention d'urine, paralysie de la vessie, ou maladie de cet organe, et surtout pour constater s'il existe un corps étranger dans le réservoir de l'urine.

Avant mes travaux et ceux de Bell sur l'urètre, on ne connaissait pas l'obstacle naturel à l'introduction de la sonde; la crête urétrale, les plis de l'urètre et le spasme surtout jouaient alors un très-grand rôle; maintenant on reconnaît avec moi que les instrumens sont souvent arrêtés au bulbe et à la prostate par la disposition organique de ces parties. La symphyse des pubis n'est pas toujours un obstacle, c'est un point fixe qu'on peut au contraire prendre pour guide.

Dans un mémoire sur l'urètre que j'ai publié en 1824, j'ai dit quels étaient les véritables agens du spasme. Je reconnais qu'alors j'ai accordé à ce dernier état une trop grande importance, et que j'ai beaucoup trop concédé aux idées reçues, tout en les restreignant dans de plus étroites limites. Depuis, mon expérience m'a appris que le spasme seul n'est qu'un faible obstacle.

Contrairement à l'opinion de Hunter, de Wilson et d'un grand nombre de chirurgiens qui admettent des fibres charnues et le spasme dans toute l'étendue de l'urètre, j'ai montré que le véritable *spasme musculaire* ne pouvait avoir lieu que dans une très-petite portion du canal, c'est-à-dire dans le tiers postérieur de l'urètre. Cette partie est pourvue de fibres charnues intrinsèques très-abondantes, qui m'ont déterminé à donner à cette portion du conduit excréteur de l'urine, le nom de *portion musculeuse*, au lieu de celui de partie membraneuse qu'elle portait auparavant. Il y a en outre un appareil musculeux, qui se compose des muscles de Wilson, du releveur de l'anus, du triangulaire du périnée et du bulbo-caverneux. Ce double appareil musculeux est destiné à comprimer et à relever fortement l'urètre pour expulser spasmodiquement le sperme, et les dernières gouttes d'urine qui passent par ce canal. Ajoutons encore que j'ai démontré un véritable sphincter de la vessie qui se trouve immédiatement au-dessus de la fossette de la prostate, et nous aurons énuméré tous les véritables agens musculaires de l'urètre; mais nous devons déclarer que, d'après notre expé-

Feuilleton.

LA NÉMÉSIS MÉDICALE.—DEUXIÈME SÉRIE; PREMIÈRE LIVRAISON (1).

Lorsqu'on demandait à Boileau pourquoi, parmi tant de faiseurs d'épopées qu'il châtiait si rudement, il n'avait pas même cité le nom du père Lemoine, il répondait, dit-on, qu'il avait fait de trop bons vers pour le blâmer, et de trop mauvais pour le louer; et, pour être juste, il avait préféré n'en rien dire. C'était une équité au moins fort prudente; mais il y avait, avec moins d'équité, plus de prudence encore à garder un si discret silence sur un poëte d'une autre trempe que l'auteur du Saint-Louis et que Boileau lui-même; La Fontaine, qui pouvait être fort bien avec les muses, mais qui avait le tort d'être fort mal en cour.

Ceci n'est point une comparaison de poëte à poëte; il y a loin du père Lemoine à La Fontaine, et il y a bien plus loin encore du génie plein de naïveté et de grâce du bonhomme à la satire amère, railleuse, mordante, de l'auteur de cette nouvelle Némésis. Si son talent brille par quelque côté, ce n'est point à coup sûr par la bonhomie; tout ce que son devancier et son modèle avait mis de violence et de colère dans ses dithyrambes politiques, celui-ci l'a transporté dans ses improvisations médicales; Aristophane au petit pied, prodiguant les épithètes mal sonnantes, les apostrophes pleines d'irrévérence, sans nul respect des hommes ni des

(1) La *Némésis médicale* se composera de vingt-quatre satires de 300 vers chacune environ Celles qui ont déjà paru ont pour titre :
1° *Introduction*; 2° *l'École*; 3° *l'Académie*; 4° *Souvenirs du choléra*; 5° *M. Orfila*; 6° *le Concours*; 7° *les Examens à l'École*; 8° *la Patente et droit d'exercice*; 9° *les Obsèques de Dupuytren*; 10° *l'Homœopathie*; 11° *les Professeurs et les praticiens*; 12° *les Étudians en médecine*; 13° *Réveil — L'École*. Les sujets des autres satires sont ainsi déterminés : *Les Charlatans. — Les Spécialités — Les Sages-femmes. — Les hôpitaux et les Cliniques. — Le Conseil royal de l'instruction publique. — L'Institut. — Le Magnétisme animal. — Les Lazarets et les quarantaines. — La Responsabilité médicale. — Les Adieux à l'École. — Conclusion.* La quatorzième satire paraîtra dans les premiers jours du mois prochain prochain.

rience, ces obstacles sont très-légers quand la sonde est poussée avec soin dans la véritable direction du canal. Le seul point qui présente un rétréeissement réel dans l'état sain de l'urètre, c'est le col de la vessie ou mieux son sphincter, que j'ai appelé valvule pylorique de la vessie à cause de son analogie avec celle de l'estomac.

C'est ce dernier obstacle que les malades affectés de rétrécissemens de l'urètre regardent comme le plus difficile et le plus douloureux à vaincre.

Lorsque cet obstacle arrête l'instrument qui vient lutter contre lui, on le fait aisément disparaître en replaçant la sonde dans la véritable direction, c'est-à-dire en haut, ou en recourbant la bougie.

Quoi qu'il en soit, je ne pense pas que les appareils musculeux que j'ai énumérés, puissent, dans l'état normal, constituer ce qu'on appelle improprement *un rétrécissement spasmodique de l'urètre*.

La meilleure preuve que je puisse apporter, je crois, en faveur de mon opinion, c'est qu'il est aussi difficile, et plus peut-être, de sonder l'urètre d'un cadavre que celui d'un homme vivant, lors même que la raideur cadavérique est passée; et cependant dans ce cas on ne peut pas accuser le spasme, mais bien les obstacles inhérens à l'organisation de l'urètre, la longueur de ce canal, sa texture compliquée, et par-dessus tout, la disposition du bulbe et de la prostate que j'ai décrite longuement dans mon mémoire sur l'urètre (Voir *Archives de méd.*, janvier et avril 1824.)

Ajoutons que les fausses routes ont lieu, dans le plus grand nombre des cas, au bulbe et à la prostate, sur le cadavre comme sur le vivant, et nous aurons une preuve de plus en faveur de notre opinion.

Enfin, si l'on met à découvert l'urètre d'un animal vivant, d'un chien, par exemple, on sent distinctement les contractions de ce canal, en le tenant entre les doigts, pendant le passage de l'urine; et lorsqu'on y introduit une sonde, on ne rencontre pas la moindre difficulté en suivant la véritable direction, lors même qu'on l'excite à se contracter devant le bec de la sonde, soit par des piqures, des pincemens, ou autres stimulans extérieurs. Je dois dire encore que lorsqu'on retire de l'urètre une sonde courbée, elle semble être serrée, tandis qu'une sonde droite paraît l'être moins; ce phénomène tient uniquement à la courbure de la sonde.

On voit que j'admets la contraction spasmodique, et le spasme même convulsif de l'urètre; mais que je ne le crois pas assez puissant pour s'opposer à l'introduction d'un instrument porté dans la véritable direction du canal.

Il est extrêmement rare de trouver de la difficulté à sonder les malades chez lesquels on va pratiquer l'opération de la litbotomie ou de la lithotripsie (s'ils n'ont pas eu de maladie de l'urètre), et cependant la frayeur qu'inspire l'opération de la cystotomie, surtout, donne aux agens musculaires de l'urètre toute l'énergie dont ils sont capables. Je n'ai point connaissance d'ailleurs que dans ces cas on ait eu de la peine à retirer la sonde, comme lorsqu'il y a inflammation, gonflement, et véritable rétréeissement ou induration de la membrane muqueuse.

Lorsqu'il y a une ou plusieurs grosses pierres dans la vessie, et que la sonde se trouve serrée ou retenue, il faut bien se garder d'attribuer ce phénomène au spasme de l'urètre, ou même de la vessie; cet effet est le même que celui que j'ai cité dans l'observation du prince russe.

Dans la cystotomie sous-pubienne, il est difficile de suivre la cannelure du cathéter avec l'instrument qui doit faire l'incision, parce que la portion musculeuse embrasse *spasmodiquement* le cathéter; c'est alors qu'il faut prendre garde de se fourvoyer comme cela est malheureusement arrivé quelquefois à des chirurgiens peu expérimentés, inhabiles, ou peu sûrs d'eux-mêmes. C'est en pratiquant la lithotripsie qu'on devrait rencontrer souvent le spasme; la frayeur de l'opération et le volume de l'instrument devraient fréquemment faire constater ce phénomène. Pour moi, qui ai fait un grand nombre d'opérations de ce genre et qui la pratique journellement, je puis assurer que rarement j'ai éprouvé de la difficulté à faire pénétrer les instrumens de lithotripsie, lorsqu'il n'y a point maladie de la prostate, ou rétrécissement de l'urètre.

Dans presque tous les cas, ce conduit par sa souplesse se prête admirablement à la lithotripsie, quoique l'instrument dont on se sert particulièrement aujourd'hui ne soit pas du tout favorable au cathétérisme.

Qu'il me soit permis, sans trop m'écarter de mon sujet, de dire ici encore quelques mots en faveur de cette belle opération, qui n'a de détracteurs que ceux qui ne savent ou qui n'osent pas la pratiquer.

La difficulté que l'on rencontre quelquefois en introduisant des instrumens de lithotripsie dans l'urètre ne vient pas du spasme de ce canal, mais le plus souvent de la disproportion de volume des instrumens avec la capacité du conduit qu'ils doivent parcourir; d'autres fois, de ce que le canal est rétréci, et que ses parois n'étant point assez souples dans ce point plus étroit, ne se prêtent pas volontiers au passage d'un instrument dont la forme angulense quoique arrondie, (comme celui de M. Heurteloup, par exemple), a besoin de toute l'élasticité du canal pour arriver à la vessie; car il est plus difficile à introduire dans ce cas que s'il était tout-à-fait droit. Ceci provient de ce qu'une fois serré, il est difficile de le pousser dans la véritable direction; dans ce cas, il ne faut pas trop insister, *et si, après avoir essayé de le faire pénétrer en longeant la paroi inférieure du canal avec le talon de l'instrument, on n'a pas réussi*, il vaut mieux ouvrir la voie avec une grosse sonde droite ou une sonde largement recourbée. En général, on doit faire précéder l'opération de la lithotripsie de l'usage des bougies graduées jusqu'au-delà du diamètre de l'instrument, pour habituer le canal au contact de ces corps étrangers, émousser sa sensibilité et éviter la dilatation brusque de l'urètre et de la vessie; il est extrêmement dangereux de tromper les malades dans quelque intention que ce soit, en leur faisant croire qu'on va les sonder, ce qui a donné lieu quelquefois à de graves accidens et même à la mort; j'en connais des exemples. Quant au cathétérisme avec la sonde ordinaire, dans le cas où l'on aurait de la peine à introduire une sonde courbe dans l'urètre, ce canal étant exempt de maladies, et l'obstacle se trouvant sous la symphyse ou au bulbe, je puis assurer qu'on ne peut manquer de surmonter cet obstacle en remplaçant la sonde courbe par une sonde droite.

Maintenant je reviens à mon sujet. Dans le cas de rétention d'urine par paralysie de vessie, l'urètre étant sain d'ailleurs, il arrive souvent que des chirurgiens peu habitués au cathétérisme (1) se trouvent arrêtés au

(1) Je me suis servi, il y a quelques mois, d'une sonde à courbure très-courte, pour mieux explorer la pierre chez un calculeux que j'avais déjà sondé précédemment plusieurs fois avec facilité. J'ai été invinciblement arrêté au bulbe, et

---

choses. Comprenez-vous maintenant pourquoi la discrétion de Boileau me revenait à la mémoire, et combien son exemple serait ici facile et sûr à imiter?

La Némésis compte déjà douze satires fournies d'une seule haleine, et l'auteur ne s'est reposé un instant que pour recommencer sa course avec une verve qui se fortifie au lieu de s'épuiser. Le succès de son œuvre était certain, nous l'avions prévu: plus d'un genre d'intérêt s'y rattachait et devait lui donner des lecteurs. Car, bien que la poésie soit surtout entre ses mains une arme d'opposition, et d'opposition d'autant plus vive que le vers souffre volontiers ce qu'on ne passerait point à la prose, il sait quitter à propos son champ de bataille pour varier ses tons avec ses sujets. On s'attend bien que toutes les pages ne seront point égales dans un travail aussi rapide; mais nulle part le lecteur ne se sent refroidi: une chaleur toute méridionale vivifie l'œuvre entière, et souvent l'expression sert à merveille l'ardente imagination de l'auteur. M. Barthélemy a écrit sur le choléra un magnifique dithyrambe; mais la peinture suivante, où le médecin n'a pas peu servi le poète, pourrait soutenir la comparaison sans trop de désavantage.

> Voyez ce malheureux couché sur son baquet,
> Les yeux caves, vitrés, s'épuiser en hoquet;
> Cet air, sans repos pousser des cris terribles,
> Sur lui-même tordu par des crampes horribles,
> Ses muscles contractés d'un affreux tétanos
> Sur son lit ébranlé font craquer tous ses os.
> De cette masse d'eau, qu'il vient de boire toute,
> Son sein ne reçoit pas, ne rend pas une goutte;
> Et vous n'entendez pas, au pied du lit placé,
> Un mot de cette voix dont le timbre est cassé.
> Approchez, approchez; de cette bouche humaine
> Recevez sur vos mains la haletante haleine;
> Ah! que de ses poumons l'air qui s'échappe est froid!
> Que sa langue est visqueuse et glace votre doigt!
> Froissez donc cette peau de violet fardée,
> Et qui garde les plis dont vous l'avez ridée,
> Et cherchez vainement dans ce poignet perclus
> Une artère qui fuit, un pouls qui ne bat plus.
> Tout en lui, tout est froid; chez ce mort qui respire
> La chaleur bienfaisante a perdu son empire;
> Et quand il fait revivre un corps ainsi formé,
> Dieu d'un souffle nouveau doit l'avoir animé.

Chassez ces lugubres tableaux; parcourez la douzième livraison, qui a pour titre *l'Étudiant en médecine*, l'une de celles auxquelles nous donnons volontiers la préférence, et voyez si ces vers ne vous remettent pas devant les yeux vos travaux d'ampbitéâtre:

> Entrez; sur chaque table, incessamment penchés,
> Six travailleurs ardens ont les yeux attachés;
> Le scalpel aiguisé jamais ne se repose.
> L'un des filets nerveux poursuit l'anastomose,
> Des muscles adhérens dissèque les faisceaux;
> L'autre cherche le point où naissent les vaisseaux;

bulbe ou à la prostate par leur propre hésitation. Ils accusent le spasme, la crête urétrale, des varices de l'urètre ou du col de la vessie, parce que la muqueuse a été froissée par la sonde et que l'urètre saigne. Dans ces cas, une injection dans le canal chasse le sang et les caillots, et facilite le passage de la sonde. Mais il est évident que si l'on a plus de peine à passer la sonde, la difficulté, selon moi, ne tient pas au spasme, mais au gonflement de la muqueuse; l'obstacle est alors d'autant plus grand qu'on a fait plus de tentatives, et qu'il s'est écoulé plus de temps depuis les premiers essais de cathétérisme infructueux. Quelquefois il y a en outre une fausse route qui rend cette dernière opération plus difficile encore, parce que la sonde a une grande tendance à entrer dans la fausse voie. Dans ce cas, il faut suivre la paroi supérieure avec une sonde courbe, et employer une sonde droite si on ne réussit pas. Je pourrais citer un bon nombre de cas d'insuccès de cathétérisme, même avec fausses routes, dans lesquels on accusait le spasme et d'autres obstacles imaginaires, après avoir fait une injection pour nettoyer l'urètre; la sonde a pénétré en suivant la paroi supérieure, sans rencontrer de spasme, de varices ni de fongus, etc.

Les mêmes raisons s'appliquent aux corps étrangers, aux fragmens de pierre qui ont séjourné plus ou moins long-temps dans l'urètre, et qui ont occasionné par leur extraction des blessures, des contusions, des froissemens ou des déchirures de la membrane muqueuse de l'urètre.

§ II. *Dans le cas de rétention d'urine par gonorrhée*, ou de toute autre inflammation de la membrane muqueuse, il est bien évident pour moi que c'est le gonflement de cette membrane, et particulièrement de celle du col, ou mieux du sphincter de la vessie, qui met obstacle à la sortie de l'urine. D'ailleurs, il suffit d'observer ce qui se passe en introduisant la sonde pour se convaincre qu'elle est principalement serrée dans les points les plus rétrécis du canal, c'est-à-dire au méat, au bulbe et au col ou sphincter.

Dans ces cas, il faut employer une sonde de moyenne grosseur, chauffée, fortement huilée; suivre avec grande attention et doucement la paroi supérieure de l'urètre. Le cathétérisme, qui est dans tous les cas une opération douloureuse, l'est extrêmement dans celui-ci.

§ III. *Dans le cas de rétrécissement de l'urètre*, depuis le simple gonflement, ou de bride, jusqu'à l'obturation presque complète du canal. On confond trop souvent ces divers états morbides avec le spasme de l'urètre. On abuse du mot, et l'on accuse ce faible obstacle lors qu'on éprouve de la difficulté à faire pénétrer les instrumens.

Ceux qui admettent trop facilement le spasme se fondent sur la rapidité de son développement et sur celle de sa disparition (1); ils disent qu'un malade est pris tout à coup d'une rétention d'urine, quand il urinait encore bien la veille; mais dans presque tous les cas, il y a une inflammation ancienne dans le canal qui, par une cause quelconque, s'accroît rapidement et s'oppose à l'émission de l'urine.

Les antécédents du malade et une exploration attentive prouvent, dans le plus grand nombre des cas, ce que j'avance. Il suffit d'introduire une bougie à empreinte, pour constater qu'il y a des points sensibles, phlogosés du canal, et même des rétrécissemens commençans; pour s'en convaincre il faut employer mon explorateur de l'urètre avec lequel on découvre les moindres brides, cicatrices, ou petites cloisons qui occupent le tiers, la moitié, ou les deux tiers et quelquefois toute la circonférence de l'urètre. C'est ce que des auteurs anglais ont confondu avec des rétrécissemens spasmodiques partiels des prétendues

j'aurais fait une fausse route si j'eusse insisté avec cet instrument. Je me suis bien gardé de penser alors au spasme, et je n'ai vu là qu'une disproportion entre ma sonde et le volume du ventre de mon malade. La même chose arrive tous les jours, et l'on accuse le spasme au lieu de la véritable cause. La persévérance, l'opiniâtreté, l'amour-propre, ou un instrument peu convenable, produisent le plus grand nombre des fausses routes. Souvent on se sert d'un mauvais mandrin de fil de fer, mal fait, avec lequel il est impossible de bien manœuvrer une sonde élastique. Dans ce cas je me sers d'un mandrin à plaque comme un petit cathéter, à l'aide duquel je puis diriger sûrement le bec de l'instrument.

(1) Je ne parle pas de ces difficultés d'uriner qui arrivent à des personnes très-impressionables, qui ne peuvent pas uriner devant un médecin; car, dans ce cas, ce n'est pas l'urètre qui se contracte trop, c'est la vessie qui ne se contracte pas assez. Dans ces circonstances assez nombreuses, et que j'ai rencontrées fréquemment, j'ai toujours sondé facilement, et je n'ai pu constater le spasme tel qu'il est décrit par les auteurs. J'ai bien observé que souvent la bougie, ou la sonde est chassée, repoussée du canal; mais cela s'explique facilement par les agens musculaires dont j'ai parlé, et dans ce cas je n'ai pas eu d'obstacle à franchir, ou du moins ils n'ont pas été appréciables au bout de ma sonde; car lorsqu'il y a de véritables rétrécissemens organiques, ceux-là seuls fournissent des empreintes. Je n'en ai jamais obtenu dans les autres, et j'engage ceux qui les admettent à les soumettre à ce genre d'épreuves. Toutes les bonnes raisons que l'on donne en faveur du spasme appartiennent à l'inflammation ou aux obstacles inhérens à l'organisation de l'urètre, ou, en un mot, à la difficulté du cathétérisme chez l'homme; la preuve, c'est qu'on accuse rarement ces obstacles chez la femme, et cependant son canal est musculeux comme la portion musculeuse de l'homme.

Depuis la terminaison de ce mémoire, j'ai lu le paragraphe suivant dans le *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, tom. V, pag. 95 :

« *L'état spasmodique* du canal de l'urètre peut être porté assez loin pour ar-
» rêter les algalies à 2, 3 et 4 pouces de profondeur, et pour simuler l'existence
» de véritables rétrécissemens.

» *Nous avons vu prendre et nous avons nous mêmes pris des empreintes à*
» *ces différentes hauteurs, sans que les sujets eussent d'autres obstacles que*
» *ces contractions de l'urètre.*

» La cire ressortait alors allongée comme une plume de corbeau, et cepen-
» dant, immédiatement après, une grosse sonde d'argent pouvait être intro-
» duite. »

J'avoue que ma surprise a été grande en lisant et relisant ce passage.

Lorsqu'il n'existe qu'un rétrécissement commençant de l'urètre, la bougie exploratrice est insuffisante pour le constater; il faut avoir recours à mon explorateur. Souvent la bougie exploratrice s'arrête au bulbe et forme une tête arrondie, sans que pour cela l'on puisse admettre autre chose que l'obstacle inhérent à l'organisation de l'urètre, c'est-à-dire le cul-de-sac du bulbe. Lors même qu'il existe un rétrécissement assez fort, la bougie à empreinte passe et ne donne aucun résultat; seulement elle s'allonge, s'effile et passe à la filière du rétrécissement. Il faut un resserrement très-grand, un rétrécissement déjà très-avancé, pour que la bougie exploratrice puisse rapporter une empreinte. D'ailleurs, nous ferons observer que M. Bégin ne dit pas *qu'il a obtenu une empreinte*, mais bien que la cire était allongée, ce qui est fort différent, et peut dépendre de toute autre cause.

Pour que le fait pût être concluant, il faudrait : 1° qu'on eût constaté qu'il n'y a pas un rétrécissement organique;

2° Que la sonde fût arrêtée dans un point quelconque, et que la bougie exploratrice s'arrêtât au même point sans le pouvoir franchir, et rapportât *une véritable empreinte.*

Remarquons d'ailleurs que M. Bégin dit que c'est à 2, 3 et 4 pouces de profondeur qu'il a rencontré des rétrécissemens spasmodiques, et l'on sait que dans ces différentes parties de l'urètre, *ce canal est dépourvu de fibres charnues.* Je livre, du reste, ce différend aux praticiens qui voudraient approfondir cette question.

La scie à deux tranchans, empruntée à Charrière,
De la moelle spinale attaque la gouttière,
Et le crâne entr'ouvert, sous les doigts enfoncé,
Cède aux coups de marteau dont il est crevassé.

Ceci est bien sérieux encore; n'y a-t-il dans la vie de l'étudiant que les hôpitaux et les cadavres? Attendez qu'il ait pris son modeste repas,

L'œil riant, le cœur gai,
Chargeant son carafon du vin de Delaunay;

ou même encore, si la fortune le veut ainsi, du liquide à peine plus innocent

Que nous offre en passant l'aquatique Rousseau,

car le trésor d'un étudiant en médecine est léger et s'épuise vite; mais il possède un fonds spécial et inépuisable de consolations :

Et quand il n'a plus rien à lier dans sa bourse,
Quand il dîne au pain sec, déjeune au pas de course;
Quand trois fois, s'essoufflant à traverser Paris,
L'omnibus lui parut équipage à haut prix,
. . . .
Laissez-lui, s'il le veut, sur le déclin du jour
Sa lingère à l'œil vif . .

Mais à notre tour nous laisserons le lecteur, s'il lui plaît, courir après la fin du tableau; car, quelle que soit la liberté dont jouisse notre feuilleton, encore ne pouvons-nous décemment le conduire aux bals de la Chaumière.

Voulez-vous maintenant voir la muse se jouer avec les doctrines nouvelles? Nous voudrions citer ici quelques-uns des traits qu'elle lance à l'homœopathie, traits légers qui ne vont pas plus loin que le ridicule, ainsi que l'exige le sujet. C'est avec un autre ton et des couleurs plus fortes qu'elle se plaint de l'ingratitude de la société envers la profession médicale, et s'indigne contre les charges qu'on lui impose.

Quand de l'épidémie ils craignaient la victoire,
Les lâches nous votaient un Panthéon de gloire;
La colonne trajane, à notre dévouement,
Leur semblait, disaient-ils, un faible monument,
Leurs rubans cramoisis se déroulaient à l'aune.

Ah! pour ces cœurs ardens où l'amitié bouillonne,
Qu'échauffe à notre égard une noble chaleur,
Mille médailles d'or ont trop peu de valeur;
Mais que l'épidémie un seul instant faiblisse,
Que l'espoir en secret dans leur âme se glisse,
A leurs yeux dessillés vous allez voir, surpris,
L'or reprendre aussitôt sa valeur et son prix.
Des médailles d'argent la faible récompense
Serait un don trop lourd, une folle dépense;

fibres charnues qui entourent l'urètre et qu'ils disent faire impression sur les bougies; ils ont pris les brides, *les valvules morbides* que j'ai décrites dans mes leçons (1) pour des contractions musculaires.

Plus que personne j'admets ces divers états pathologiques de l'urètre depuis la simple phlogose jusqu'au rétrécissement le plus prononcé. J'ai souvent de la peine à introduire ou à retirer la plus fine bougie; mais pour expliquer ce phénomène, il n'est pas nécessaire d'appeler à son secours l'action des fibres musculaires; car il se produit dans les endroits qui en sont dépourvus, depuis le méat jusqu'au bulbe; et, de ce qu'une bougie ne pénètre pas immédiatement et pénètre un peu plus tard, on n'en doit pas conclure qu'il y ait spasme, car le hasard serait souvent pris pour le spasme; on pourrait même expliquer cet effet en disant que l'état d'inflammation, de gonflement, qui était à son summum d'intensité, baisse ou diminue parce que la bougie fait saigner le rétrécissement, ou parce qu'il s'est dégorgé par la sécrétion. Alors la bougie passe plus facilement, et la belladone, employée dans ce cas et dans tout autre, ne fait pas grand' chose, selon moi. Les injections forcées et les bougies fines sont les meilleurs moyens que je connaisse pour vaincre ce genre d'obstacle, en les aidant des sangsues, cataplasmes, lavemens; etc.

La cautérisation et la scarification des rétrécissemens de l'urètre sont deux agens qui produisent des effets opposés, et l'observation attentive de leur action immédiate vient à l'appui de ce qui précède.

La cautérisation produit à l'instant même le resserrement du point cautérisé dans toutes les parties du canal, même au méat, là où il n'y a pas de fibres charnues. *Ce qui le prouve, c'est qu'il est impossible d'introduire après la cautérisation la bougie, qui pénétrait facilement avant.* Les malades connaissent très-bien cet effet, et il est admis par tous les praticiens qui se servent de la cautérisation pour détruire les rétrécissemens de l'urètre. Ici, comme on le voit, la cautérisation produit, presque sous nos yeux, ce que le gonflement inflammatoire détermine plus ou moins vite.

La scarification (qui doit être toujours légère) produit un effet opposé à la cautérisation; elle débride et dégorge le tissu malade, qui s'élargit. Aussi dans ce cas, une bougie qui était serrée avant passe plus librement après.

Le spasme, selon moi, ne prend aucune part à ces deux phénomènes opposés.

§ IV. *Dans le cas de maladie de la prostate.* La prostate, même à l'état sain, s'oppose fréquemment par sa structure à l'introduction des instrumens dans la vessie, quand le bec de la sonde suit la paroi inférieure de l'urètre. Long-temps on a cru que c'était dans ce cas la crête urétrale qui arrêtait les instrumens; mais la disposition anatomique de la prostate explique bien mieux le fait, que l'on peut constater facilement en sondant l'urètre d'un cadavre sur lequel on aura à découvert un des côtés de la prostate et de l'urètre. (Pour cela, après avoir extirpé une cuisse, on agrandit le trou ovalaire le plus possible avec une gouge et un marteau.) En répétant l'expérience après avoir mis à découvert un des côtés du bulbe, on voit que toujours, lorsque le bec de la sonde suit la paroi inférieure de l'urètre, elle s'arrête aux deux points indiqués : le bulbe et la prostate. Le ligament de Bell ne peut être considéré que comme un obstacle secondaire.

Lorsque la prostate est malade, gonflée, l'urètre n'est pas rétréci comme on le pense généralement; au contraire, il est élargi, parce que cette glande ne fait pas *un cercle entier* autour de l'urètre. Dans ce cas, le cathétérisme est plus difficile, non pas parce que le canal de l'urètre est rétréci dans ce point, mais parce que les obstacles naturels sont plus saillans; les fossettes de la prostate, derrière la crête urétrale, sont agrandies.

Pour faciliter l'entrée de la sonde, il faut alors élever la partie inférieure de la prostate seulement, pour que le bec de la sonde puisse passer par-dessus la portion transverse de cette glande, qui est au-dessus des canaux éjaculateurs et du sphincter de la vessie. Dans ce cas, le spasme ne peut point avoir lieu, et cependant on l'accuse fréquemment, parce que la sonde n'ayant pu entrer dans un moment, pénètre un instant après. Mais qui ne voit que dans ce cas fortuit, la sonde a suivi la bonne direction, c'est-à-dire la paroi supérieure de l'urètre, au lieu de la mauvaise, la paroi inférieure?... Les mêmes raisons s'appliquent au bulbe.

La crête urétrale, par son gonflement, peut être un obstacle; mais cet état est extrêmement rare.

La procidence de la portion transverse de la prostate, que Home a improprement appelé troisième lobe de la prostate, et qui a été *façonnée* ainsi par les anatomistes qui ont disséqué la pièce qui se trouve représentée dans son livre, est une maladie fréquente; elle accompagne souvent la présence des calculs dans la vessie; elle se montre derrière le sphincter de cet organe, sous le pli de la muqueuse qu'on désigne par le nom de luette vésicale; et se présente presque toujours sous la forme d'une petite tumeur arrondie, bien distincte, et qui vient boucher le col de la vessie dans les derniers efforts pour expulser l'urine.

Lorsque cette tumeur est un peu volumineuse, elle devient souvent la cause de rétention d'urine.

Dans un cas de taille hypogastrique, en 1827, j'ai excisé une petite tumeur de cette nature avec de longs ciseaux courbes, et ce cas m'a donné l'idée de proposer *de lier ces tumeurs* (1).

Dans le cas de rétention causée par une tumeur de la prostate située derrière le col de la vessie, et quelquefois au-dessus, le cathétérisme est d'autant plus difficile que la tumeur est plus grosse; alors il faut se servir d'une sonde à grande courbure, et chercher à la passer doucement sur les côtés de la tumeur; car si l'on force directement, on transperce ces sortes de tumeurs qui répandent beaucoup de sang dans la vessie; et si l'on veut s'aider du doigt dans le rectum, au lieu d'élever la prostate, il faut essayer de la baisser, en la tirant en bas avec le doigt recourbé en forme de crochet.

De ce qui précède on pourrait, ce me semble, déduire les conclusions suivantes :

1° Le véritable spasme musculaire de l'urètre ne peut avoir lieu que dans la portion du canal que j'ai appelée *musculeuse*, et qu'on désigne communément sous le nom de *membraneuse*.

La compression et l'aplatissement du canal sont seuls effectués dans le tiers moyen de l'urètre par le muscle bulbo-caverneux, et la simple

(1) V. Petit, *Leçons sur les rétentions d'urine*.

(1) V. Petit, *Leçons sur les rétentions d'urine*, pag. 217.

Et le bronze, que frappe un plus modeste coin,
Suffit aux dévouemens dont on n'a plus besoin.

Cette satire, *sur la patente et le droit d'exercice*, pourrait être citée tout entière; au moins nous ne résisterons pas, avant de finir nos citations, au plaisir de transcrire encore le passage suivant :

Le médecin chez nous revêt tous les ennuis;
Au public riche ou pauvre il doit toutes ses nuits;
Et quand les feux du jour, les nocturnes gelées,
Ont lentement miné ses forces mutilées;
Lorsque debout encore après un long réveil
Il a compté huit jours des heures sans sommeil;
Du civique fusil l'épaule embarrassée,
Et dans ses fourniments la poitrine encaissée,
On le voit, d'insomnie et de labeur transi,
Prolétaire sans droits, corvéable à merci,
Flétri civilement d'une enfance éternelle,
Aux portes du château poser en sentinelle,
Et présenter, le front par son shako rayé,
Les armes au faquin qui ne l'a point payé!!!

Eh bien! n'y avait-il pas dans ces questions qui intéressent la profession médicale tout entière, n'y avait-il pas dans cette brillante manière de les présenter des légitimes garanties d'un beau et durable succès? Pourquoi l'auteur, trop fidèle à d'anciennes habitudes polémiques, a-t-il fait franchir à la satire certaines limites, que la politique peut bien renverser, mais qu'il faut peut-être respecter en matière scientifique? Nous dirons à cet égard toute notre pensée, sans vouloir afficher trop de rigorisme, et en tenant compte de la liberté beaucoup plus grande que s'arrogent messieurs les poètes depuis Horace :

. . . . Poetis
Quidlibet audendi semper fuit æqua potestas.

Ainsi donc, cette moquerie fine et spirituelle des hommes et des choses, qui arrache le sourire à ceux même qui en sont l'objet, nous l'admettons parfaitement; et nous avons lu avec un franc rire l'espèce d'ode que le Phocéen consacre aux professeurs :

Qu'est-ce qu'un professeur? Un chanoine profane,
Dont le bonnet est rond au lieu d'être carré, etc.

Que si des abus flagrans appellent une réforme prompte et nécessaire, que le poète les attaque avec toute la chaleur de sa conviction et de sa colère; qu'il élève à grands cris le drapeau de la réforme; c'est son droit; et ceux même qui trouveront qu'il va trop loin quelquefois dans ses idées d'amélioration et de progrès pourront encore gagner à l'entendre. Et certes, notre *Némésis* use largement de ce droit; elle ne veut rien moins que détruire l'école, renverser les chaires officielles, en un mot rayer les appointemens des professeurs. Le *delenda Carthago*, lancé à la Pitié comme un cri de guerre, a été répété en prose et en vers; et si les ennemis de cette pauvre école ne sont pas puissans par le nombre, ils y suppléent merveilleusement par le bruit. Je ne sais quelle sera l'issue de la guerre; il est tant de choses jugées d'abord impossibles qui sont enfin arrivées! Mais on peut d'autant mieux se dispenser de prendre parti que nos réformateurs

rétraction spasmodique dans l'autre tiers qui est dépourvu de fibres charnues. Seuls ces trois états *gradués* de spasmes ne peuvent, selon moi, opposer qu'une faible résistance à l'introduction des instrumens dans l'urètre.

2° L'urètre de la femme est musculeux comme la portion musculeuse de l'urètre chez l'homme; et jamais cependant, ou rarement au moins, accuse-t-on le spasme de s'opposer à l'introduction de la sonde chez la femme.

3° Les obstacles naturels que l'on confond presque toujours avec le spasme, dépendent de la constitution anatomique de l'urètre de l'homme. Ces obstacles sont le bulbe et la prostate, qui n'existent pas chez la femme. Pour les éviter, il faut suivre la paroi supérieure du canal; si la sonde courbe s'arrête au bulbe, essayer la bougie à empreinte, ou mieux encore la sonde droite; et si l'on rencontre la même difficulté avec un lithotripteur à bec court, il faut longer la paroi inférieure du canal avec le talon de l'instrument.

4° Dans l'état actuel de la science, il faut séparer le spasme de l'inflammation, ou de la fluxion inflammatoire qui arrive après des essais infructueux de cathétérisme, après l'extraction d'un fragment de pierre qui a séjourné dans l'urètre, etc.

5° Le spasme peut s'ajouter à l'état inflammatoire; mais ce dernier état suffit seul pour produire l'obstacle, car il a lieu souvent dans la portion du canal qui est dépourvue de fibres charnues; et, dès qu'une bougie est serrée, on peut dire qu'il y a inflammation, gonflement, rétrécissement ou disproportion entre la sonde et le diamètre du canal.

6° De ce que l'urètre est facile à sonder après la mort, tandis qu'il y avait difficulté, impossibilité même pendant la vie, il n'en faut pas conclure qu'il existait seulement un rétrécissement spasmodique, comme dans l'exemple de J. J. Rousseau; car un examen attentif prouve que ce changement provient de l'effet cadavérique sur les tissus enflammés, et surtout de la section de l'urètre dans toute son étendue.

7° Le spasme simple, sans inflammation, cède toujours, selon moi, et serre peu l'instrument. Le gonflement inflammatoire résultant de la gonorrhée, etc., cède aussi; mais plus difficilement; la sonde est alors médiocrement serrée.

Le rétrécissement organique cède beaucoup plus difficilement, et l'instrument est fortement serré.

8° Les meilleurs moyens pour s'assurer qu'il n'y a point de spasme lorsqu'on éprouve de la résistance, sont l'injection, la bougie à empreinte, ou la sonde droite.

9° Dans le cas de rétrécissement morbide, les antécédens du malade, et une exploration attentive, doivent empêcher de confondre cet état pathologique avec le spasme.

10° La cautérisation de l'urètre produit un rétrécissement très-prononcé du canal, et une exagération telle du rétrécissement que l'on cautérise, qu'il est impossible d'introduire après l'instrument qui pénétrait facilement avant.

11° Dans le cas de maladie de la prostate, la situation de l'obstacle, et le doigt introduit dans le rectum, ne peuvent laisser aucun doute sur le genre d'obstacle qui s'oppose à l'introduction de l'instrument.

12° Enfin, si, en sondant avec soin l'urètre d'un cadavre, on examine les points du canal où s'arrête le bec de la sonde, on reconnaît que cet instrument rencontre les obstacles aux mêmes points où on les trouve habituellement pendant la vie, on doit en conclure nécessairement que le spasme ne joue qu'un faible rôle dans les difficultés du cathétérisme lorsque le canal est à l'état normal.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ALLEMANDS.

I. RUST'S MAGASIN FUR DIE GESAMMTE HEILKUNDE (45e volume).

Nous y remarquons les articles suivans.

POLYPES UTÉRINS, par le docteur BUCK.

Les trois observations suivantes offrent chacune une particularité digne de remarque. Dans la première, nous voyons la ligature d'un polype renfermé encore dans la cavité utérine tentée avec succès, quoique la possibilité de cette opération ait été niée par un grand nombre de chirurgiens anciens et modernes. Dans la deuxième, le développement du polype de la matrice est précédé, pendant l'espace de onze ans, d'une grande irrégularité dans le flux menstruel, qui, à chaque interruption, est remplacée par l'apparition d'une angine tonsillaire très-douloureuse; nous aurons de plus occasion de constater ici une erreur de diagnostic très-grave, dans laquelle sont tombés les médecins qui avaient vu la malade avant M. Buck et qui a consisté à prendre la masse polypeuse pour un renversement complet de l'utérus. La troisième démontre que le polype ne descend pas, en vertu de son propre poids de la matrice dans le vagin, mais qu'après avoir acquis un certain volume et dilaté ainsi la cavité utérine, il en est expulsé par des contractions assez énergiques, de même que le fruit de la conception lorsqu'il est arrivé à terme.

OBS. I. — Une femme pauvre, mère de six enfans, veuve depuis neuf ans, s'étant toujours bien portée, fut prise à l'âge de quarante-quatre ans, à la suite d'un refroidissement et d'un travail pénible, d'une hémorrhagie utérine qui dura huit jours et laissa à la suite une sensation de pesanteur avec points douloureux dans le bas-ventre et les hypocondres et difficulté d'uriner; au bout d'un an ces symptômes s'exaspérèrent et l'hémorrhagie reparut; depuis lors elle est revenue à des intervalles de plus en plus rapprochés jusqu'à il y a environ six semaines, où elle a été remplacée par un écoulement de fleurs blanches. Aujourd'hui (janvier 1834), la malade, qui a quarante-six ans, est maigre, cachectique et très-affaiblie; elle se plaint de douleurs très-vives dans la région iliaque qui augmentent par la pression, sans que cependant on y remarque rien d'anormal: pouls petit, accéléré, toux fréquente, par fois vomissemens; les alimens légers sont seuls supportés; de temps en temps cette femme ressent des douleurs semblables aux douleurs de la parturition; à l'examen des organes de la génération, on trouve la matrice en place, son segment antérieur régulièrement développé, mou, aminci, les lèvres de l'orifice externe entièrement effacées, et ce dernier dilaté dans l'étendue d'une pièce de dix sous. Au moyen du doigt indicateur introduit par cette ouverture, on put facilement reconnaître la présence d'un polype, de la grosseur d'une grande poire, prenant naissance au fond de l'utérus, placé encore à une certaine distance de l'orifice; son élévation ne permit point d'arriver jusqu'à son origine, mais on put facilement circonscrire la moitié inférieure de sa circonférence partout insensible au contact; la paroi utérine correspondante offrait peu de résistance; toutes ces parties étaient tapissées

radicaux disent bien ce qu'ils veulent renverser, mais ne nous apprennent pas aussi clairement ce qu'ils veulent mettre en place. Laissons donc *Némésis* se prendre corps à corps avec l'école; peut-être aussi bien est-ce une tactique habile de demander le plus pour obtenir le moins, et l'école, pour enlever tout prétexte de médisance, sera tentée quelque jour de faire elle-même quelques réformes dans son organisation, et d'enlever ainsi à l'ennemi ses meilleurs argumens, ou, pour continuer la métaphore, ses meilleures armes.

Mais nous aurions désiré que le Phocéen, qui sait si bien attaquer les abus, attaquât un peu moins les noms propres. Je sais tout ce qu'on peut m'objecter; ce propos; Boileau a vaillamment défendu son droit contre un pareil reproche; aussi n'est-ce pas encore l'usage que je voudrais blâmer, mais un peu l'abus. Il y a cinq ou six noms qui sonnent désagréablement aux oreilles de Némésis; et elle ne laisse guère échapper l'occasion de les clouer à quelque mordant hémistiche. Le doyen de la Faculté a surtout ce privilége; une satire tout entière porte son nom en tête; et peut-être n'y en a-t-il pas une dans laquelle il ne reçoive quelque compliment plus qu'aigre-doux de la Déesse; on dirait plutôt une guerre personnelle qu'une lutte engagée seulement dans l'intérêt de la science et des institutions. Or, Némésis blâmant toujours et ne louant jamais, il est difficile qu'elle échappe à ce reproche d'être souvent injuste; et puisque l'occasion s'en présente, qu'il me soit permis de lui rappeler des circonstances qu'elle oublie volontiers.

Celui qui écrit ces lignes fut saisi lui aussi, quelque jour; c'était, se pense, un peu après juillet 1830, de cette clameur de réformation qui faisait alors bouillir toutes les têtes. On venait de réformer l'état; c'était bien le moins qu'on apportât aussi quelques modifications dans le régime de l'École, qui, on peut le dire, en avait besoin surtout alors. Donc les élèves se réunirent en masse dans l'amphithéâtre trop étroit pour les contenir; une commission fut nommée; des enquêtes furent faites, des projets de loi rédigés, proposés, discutés, adoptés; puis portés à l'École par trois commissaires munis de pouvoirs spéciaux. C'était une petite révolution d'abord toute légale, mais qui après avoir fait son 89 ne manqua pas de meneurs pour l'entraîner plus loin. Les journaux n'en parlèrent point; M. Sabatier, dans son intéressante Histoire de la Faculté de Paris, a également passé ce curieux épisode sous silence, à tort, à notre avis. Quoiqu'il en soit, la commission des élèves, de laquelle j'étais, se mit en rapport avec le doyen d'alors, le vénérable M. Dubois, assisté de ses deux assesseurs, MM. Adelon et Orfila; puis elle fut admise à une séance du conseil de la Faculté où elle soutint son projet de loi contre les objections de MM. les conseillers. Il est permis de dire ici que toutes les demandes des élèves étaient justes, car elles ont toutes été accordées plus tard; mais ce qui doit être dit, c'est qu'un seul professeur alors les déclara légitimes et nécessaires, et que ce professeur, devenu doyen, n'eût rien de plus à cœur que de les réaliser: c'était M. Orfila.

Un peu moins d'âcreté, quelquefois un peu plus de justice, voilà donc ce que nous demanderions à *Némésis*; nous passerions volontiers l'éponge sur les autres menus griefs. Mais peut-être aussi bien la violence de ses attaques est-elle un des plus certains élémens de son succès; nous souffrons volontiers la médisance, surtout quand elle atteint les puissances; et l'esprit humain est ainsi fait, qu'un peu de scandale même ne lui déplait pas. Aussi, après avoir donné douze premières satires, l'auteur en promet autant encore; et la première livraison de cette seconde série, que nous avons sous les yeux, justifierait à elle seule tout ce que nous avons dit des autres. Elle a pour titre: LE RÉVEIL; L'ÉCOLE; puis pour épigraphe: *Ab Jove principium*; mais comme nous ne sommes point en guerre avec l'école, c'est là à peu près tout ce qu'il nous est permis d'en citer.

d'un mucus ichoreux, fétide. Diverses tentatives pour amener la sortie du polype ayant échoué, et l'état de la malade s'aggravant de jour en jour et s'accompagnant de tous les symptômes de la consomption et de la fièvre hectique, *M. Buck* se décida à aller chercher le polype dans la cavité même de la matrice pour en faire la ligature.

Opération. — La malade placée en travers sur le bord du lit, dans une position demi-assise, *M. Buck* assisté du docteur *Pabst*, et se servant de l'instrument de *Jœrg*, introduisit les deux tuyaux garnis d'un fil à leur extrémité et bien huilés, le long de l'indicateur de la main gauche, par l'orifice utérin dilaté comme nous l'avons vu, entre la face inférieure du polype et la paroi utérine correspondante L'instrument porté aussi haut que possible, et l'un des tuyaux restant fixé, l'opérateur chercha à contourner avec l'autre le pédicule du polype; enfin les deux tuyaux étant de nouveau réunis, la ligature embrassa le contour de l'excroissance. Pendant cette opération, *M. Buck* avait eu soin, afin de ne pas blesser l'utérus, de diriger davantage les efforts nécessaires pour l'application de l'instrument contre le polype que contre la matrice elle-même, et il est à remarquer que malgré les frottemens inévitables en pareil cas, la malade ne ressentit ni douleurs ni contractions : l'opérateur s'était également assuré qu'aucun tissu normal n'avait été compris dans la ligature, Cette dernière, serrée graduellement jour par jour, tomba à la fin du premier septénaire; et on put se convaincre par un examen attentif que la moitié seulement de la tumeur avait été détachée On plaça donc une seconde ligature, quoiqu'avec plus de difficulté, parce que d'une part le corps du polype, diminué de volume, offrait moins de prise, et que de l'autre le pédicule paraissait assez gros et d'une structure tendineuse. Cette seconde ligature tomba de nouveau au bout de quelques jours et il ne resta plus que quelques concrétions fibrineuses qui ne tardèrent pas à être entraînées par la suppuration : quinze jours plus tard il ne restait plus aucune trace du polype, la matrice avait repris sa forme naturelle; la fièvre, les sueurs et la diarrhée colliquatives disparurent, et au bout de deux mois, la santé de cette femme était entièrement rétablie : il est à remarquer même que depuis cette époque la menstruation se fait de nouveau régulièrement.

Obs. II. — Madame S. âgée de quarante-six ans, blonde, grande, d'un esprit sain et ne se laissant que peu préoccuper par l'état de sa santé, dit avoir été régulièrement menstruée pendant six mois, à l'âge de huit ans, sans qu'on eût remarqué aucun autre signe d'un développement précoce : puis les règles disparurent spontanément jusqu'à quatorze ans où elles se montrèrent de nouveau, d'une manière entièrement normale, pendant deux ans. A seize ans, une frayeur très-forte les fit disparaître subitement, et quatre semaines après, il se manifesta à leur place une angine tonsillaire inflammatoire, très-douloureuse, avec menaces de suffocation, qui céda en quinze jours à un traitement antiphlogistique convenable. Cette angine remplaça ainsi plusieurs fois pendant l'année l'écoulement menstruel; il en résulta une induration ulcéreuse d'une portion de l'amygdale droite, que M. le professeur Fischer enleva au moyen de la ligature. Depuis cette opération l'inflammation de l'arrière-bouche ne reparut plus jusqu'à l'âge de vingt-sept ans. Madame S. avait accouché deux ans et six mois auparavant de son premier enfant. Elle eut ainsi dans l'espace de onze ans cinq enfans; le travail de la parturition fut toujours pénible et accompagné chaque fois de pertes considérables. Pendant les temps de gestation et d'allaitement, la malade était entièrement délivrée de son mal de gorge; mais six semaines après les dernières couches, il revint à trois reprises différentes. Deux ans plus tard, la malade avait alors trente-six ans, il survint à la suite d'une frayeur une hémorrhagie utérine avec douleurs profondes dans le bas-ventre et tiraillemens dans les lombes Cette hémorrhagie se reproduisit d'abord tous les six mois, puis tous les trois mois, puis toutes les trois à quatre semaines, toujours précédée et peut-être provoquée par quelque émotion pénible. Depuis cette époque l'angine ne se reproduisit plus; plusieurs années se passèrent ainsi avec des pertes de sang considérables, de la difficulté d'uriner, de l'irrégularité dans les selles, et un sentiment de fourmillement dans les seins.

Au mois d'octobre 1828, la malade, dans un effort qu'elle fit, sentit tout à coup un corps volumineux descendre et venir faire saillie entre les grandes lèvres, s'accompagnant d'une hémorrhagie très-abondante : on crut avoir affaire à une chute de matrice; une sage-femme et plusieurs médecins établirent le même diagnostic. On eut recours à un traitement local et général, approprié à ce genre de lésion, mais sans aucun succès.

Madame S. arriva ainsi au printemps 1830, considérablement affaiblie par les pertes sanguines et un écoulement de fleurs blanches qui allaient sans cesse en augmentant. Le docteur Buck la vit alors pour la première fois, dans un état de faiblesse approchant du marasme; présentant tous les symptômes d'une altération organique siégeant dans la matrice : le sang des hémorrhagies était tantôt foncé, caillebotté, tantôt fluide, plus clair et plus aqueux : l'écoulement séro-muqueux était fétide, très abondant, jaune-verdâtre, ichoreux.

A l'exploration extérieure, le ventre se montra mou, même à un travers de main au-dessus de l'iléon droit, où la malade accusait des douleurs de tiraillement constantes, mais qui n'augmentaient pas par la pression; il n'existait ni enfoncement ni incurvation au-dessus de l'arcade pubienne; le vagin était rempli par un corps rond de la grosseur du poing, à surface ferme, lisse et insensible même à la pression des ongles; cette tumeur, d'une consistance solide et compacte, ne cédait nulle part au toucher; son pédicule présentait deux pouces de diamètre et n'était point complètement entouré par l'orifice utérin. On sentait à l'endroit où son extrémité se rencontrait avec le vagin, en haut et un peu à gauche, un bord semi-lunaire, un peu élevé, boursoufflé. Partout ailleurs il existait un angle rentrant, uni : dans cet enfoncement, il était impossible de monter avec le doigt ou la sonde. M. *Buck* reconnut un polype qui, ayant pris naissance dans le col ou à la paroi interne des lèvres de l'orifice utérin, s'était développé dans le vagin; il avait pu, depuis le nombre d'années que le mal existait, et en raison de la grosseur de son pédicule, déformer entièrement et fermer l'orifice utérin dont on ne remarquait plus que le rebord dont nous venons de parler.

La forme de ce polype et la disposition de l'orifice utérin avaient pu facilement le faire prendre pour un prolapsus avec renversement complet de la matrice, d'autant plus que cet organe ainsi retourné présente parfois la surface lisse et la consistance de ces corps charnus. Mais son entière insensibilité, même en y enfonçant les ongles, et la manière dont il s'était fait jour à travers les parties génitales externes, ne durent laisser aucun doute sur sa nature. En effet, la matrice n'est point si insensible, et son renversement complet n'a guère lieu qu'après des accouchemens laborieux : or, madame S. avait eu son dernier enfant douze ans auparavant; peu de temps après, elle avait perdu son mari, et ce n'est que deux ans après ses dernières couches que les premiers symptômes s'étaient déclarés.

M. *Buck*, confirmé dans son diagnostic par ces circonstances antécédentes, après avoir convenablement relevé les forces de la malade, entreprit la ligature de la tumeur au moyen d'un instrument à tuyaux droits, modification apportée par lui à l'instrument de Jœrg, dont les tuyaux sont courbés à leur extrémité supérieure : au bout de douze jours, la tumeur se décomposa et se détacha en lambeaux au milieu d'une suppuration très-abondante et très-fétide, contre laquelle on fit des injections et des fumigations analeptiques; en touchant la malade, M. *Buck* trouva dessous l'arcade pubienne la portion vaginale de l'utérus développée et disposée comme elle l'est ordinairement quelques jours après l'accouchement; l'orifice utérin qui se dessinait entre les lèvres de plus en plus sensibles, présentait une forme inégale, anguleuse; à la lèvre supérieure adhéraient encore quelques lambeaux de polype qui furent en partie détachés avec le doigt, et en partie entraînés par la suppuration.

Six semaines après l'opération, après dix ans d'interruption, l'angine tonsillaire reparut de nouveau à la suite d'un refroidissement, et fut combattue cette fois-ci par les mercuriaux unis au camphre à l'intérieur et à l'extérieur; il survint une légère salivation et le mal disparut au bout de quelques jours.

Six mois plus tard les règles reparurent, et se sont montrées depuis lors d'une manière régulière; aujourd'hui, cinq ans après l'opération, à quelques douleurs près qui se font sentir dans les lombes et dans le bas-ventre aux changemens de température, la santé de madame S. est parfaite : les organes de la génération sont revenus à leur état normal, à l'exception d'un léger prolapsus de la paroi antérieure du vagin.

Obs. III. — Une dame âgée de 44 ans, régulièrement mais très-abondamment menstruée, ayant, dans l'espace de 13 ans; accouché facilement de 3 enfans dont le dernier a 6 ans, forcée de satisfaire dans les derniers temps aux désirs déréglés d'un mari atteint d'une monomanie érotique, devint peu à peu sujette à des ménorrhagies de plus en plus fortes et rapprochées; et depuis Pâques 1833 il se manifesta un écoulement continuel de sang ou d'une mucosité blanchâtre par le vagin. A part un besoin plus fréquent d'uriner et un sentiment de malaise dans le bassin, on ne remarquait à cette époque aucun autre symptôme. Mais les pertes de sang ayant continué et les forces de la malade déclinant de jour en jour, M. Buch fut consulté vers la fin de l'été de la même année : à un examen des organes internes de la génération, il trouva la portion vaginale de l'utérus grossie, gonflée et dure, et l'orifice externe un peu entr'ouvert; ces signes, réunis à la persistance opiniâtre du mal, le conduisirent à admettre la présence d'un polype encore renfermé dans l'intérieur de l'utérus Un soir, l'hémorrhagie utérine, qui s'était interrompue pendant dix jours, ayant reparu en plus grande abondance, la malade ressentit comme des douleurs d'enfantement très-vives qui se renouvelèrent après quelques courtes rémissions, pendant l'espace d'une heure et demie : en touchant la malade, M. Buck trouva son diagnostic confirmé : en effet, un corps gros, dur, uni, pyriforme, pédiculé, entièrement insensible, s'était fait jour à travers l'orifice utérin et remplissait le vagin. La ligature fut pratiquée comme dans les deux autres cas; le pus se sécréta en très-petite quantité; au bout de six jours, la tumeur se trouva entièrement divisée à sa base et extraite avec facilité du vagin. Dès ce moment tout écoulement cessa, et la malade, soumise encore pendant quelque temps à un traitement fortifiant, recouvra bientôt toute sa santé; chez elle aussi les règles ont de nouveau reparu.

Il résulte de la première de ces observations que la ligature des polypes utérins, renfermés encore dans la cavité de cet organe, est possible toutes les fois que son orifice présente une dilatation suffisante pour permettre l'introduction des instrumens. Cette opération est même indiquée dans les cas où l'utérus ne possède plus assez d'énergie pour expulser lui-même le corps étranger, et où la conservation des jours de la malade dépend de son prompt éloignement. L'état d'inertie de la matrice est dans cette circonstance favorable au succès de l'opération. La manière de placer la ligature est, comme nous l'avons vu, à peu près la même que lorsque le polype est déjà sorti de la cavité utérine; toutefois elle exige plus de précaution, parce que d'une part l'endroit de la ligature se trouvant très-haut et hors de la portée du doigt, on courrait risque d'embrasser une portion de la paroi interne de l'utérus, et que, de l'autre, en agissant avec trop peu de ménagement, on s'exposerait à blesser cet organe avec les instrumens, ou du moins à y produire une irritation facilement suivie de phlogose. Cependant, faisons observer que dans ces cas la matrice est ordinairement inerte et son tissu flasque et insensible, ce qui permet aux instrumens de jouer plus librement dans sa cavité. Nous voyons en second lieu, par la lecture de cette première observation et de la troisième, que des hémorrhagies utérines abondantes et opiniâtres, ou un flux leucorrhéique rebelle et fétide, sont très-souvent des indices qui peuvent mettre sur la voie de l'existence de polypes utérins, lorsque les autres signes manquent encore, ou ne sont que peu prononcés, ou bien ne sont qu'incomplétement indiqués par les malades. Chaque fois donc que ces deux symptômes existent, on devrait procéder à une exploration des organes de la génération, et ne pas abandonner ce soin à l'impéritie des

sages-femmes. On se convaincrait ainsi que les polypes utérins sont bien plus communs qu'on ne le croit ordinairement.

L'état déplorable dans lequel se trouvaient la première et la seconde malades, et leur prompt retour à la santé après l'opération, démontrent que l'expérience n'est heureusement pas toujours d'accord avec l'opinion des chirurgiens qui conseillent de ne plus pratiquer la ligature quand une fois la réaction du mal local s'est fait sentir sur tout l'organisme, de peur de hâter une mort, selon eux, désormais inévitable. Le succès obtenu dans ces deux cas à peu près désespérés est en effet un puissant encouragement pour le chirurgien, auquel il fait voir quelles ressources l'art possède pour la guérison des polypes utérins, même au milieu des circonstances les plus fâcheuses.

On a dit, et Levret est de cet avis, que les polypes qui naissent dans la cavité même de la matrice s'accompagnaient plutôt de pertes de sang, tandis que ceux qui prenaient leur origine au col, ou sur le bord de son orifice, donnaient plus lieu à des fleurs blanches ou à un écoulement séro-muqueux. Cependant cette observation n'est pas constante, et dans le premier et le deuxième cas qui nous occupent, on a pu faire la remarque contraire; en effet, la première malade, chez laquelle le polype s'était développé dans l'intérieur de la matrice, n'a été sujette dans les premiers temps qu'à un écoulement sanguinolent très-clair, qui a pris plus tard le caractère entièrement muqueux; tandis que chez la seconde, où le polype se trouvait implanté sur le col, les hémorrhagies sanguines ont été très-abondantes. Cette circonstance n'est donc pas un signe diagnostique certain, et on ne peut réellement s'assurer du lieu d'origine d'un polype utérin que par un toucher exercé et souvent répété.

HERNIE DE LA VESSIE PAR LE VAGIN, présentant tous les caractères extérieurs d'une chute de l'utérus; par le même.

La rareté de ce fait, la méprise si grave à laquelle il a donné lieu, la bonne foi et la simplicité avec lesquelles il est rapporté, nous font un devoir de le transerire dans son entier. Peu de cas nous ont paru plus instructifs et plus dignes d'intérêt.

Obs. — Une femme âgée de cinquante-quatre ans, d'une santé bonne en apparence, était accouchée pour la dernière fois il y a une douzaine d'années; le travail avait été long et pénible, et on avait été obligé de détacher le placenta adhérent, selon le dire de la sage-femme. Cependant le temps des couches s'était écoulé sans trouble bien marqué. Les années suivantes, il lui arriva souvent de sentir comme un vide qui se faisait subitement dans le bas-ventre; il lui semblait en même temps que quelque chose descendait de l'endroit où ce vide avait lieu, vers le vagin sur lequel ce corps déplacé exerçait un sentiment de poids et de pression. Cet état dura et augmenta pendant quelques années encore. Un jour cette femme sentit dans le vagin un corps rond qui devenait surtout très-sensible lorsqu'elle faisait quelque mouvement. Enfin ce corps finit par faire saillie à l'entrée vulvaire. Dans les commencemens, la malade réussissait après quelque temps de repos, à réduire elle-même la tumeur; mais celle-ci étant devenue plus volumineuse, il fut plus tard impossible à cette malheureuse de la faire rentrer, et elle la porta ainsi pendant trois mois, faisant taire les douleurs qu'elle lui occasionait en vaquant à ses occupations; cependant les souffrances la forcèrent à s'aliter et à demander du secours. Il est à remarquer que jamais elle n'avait éprouvé de difficulté d'uriner.

M. Buck, l'ayant soumise à un examen, trouva à la vulve et entre les grandes lèvres, un corps dur, de la grosseur d'une tête d'un fœtus de sept mois, résistant partout à la pression, recouvert supérieurement de végétations canciformes, sécrétant une sanie fétide, ichoreuse, et présentant dans son tiers inférieur une surface sèche, non ulcérée, d'un rouge vif, qui avait tout-à-fait la forme de la portion vaginale de l'utérus, mais d'une plus grande dimension. Il existait sur cette tumeur une fente transversale que l'on prit pour l'orifice externe de l'utérus et dans laquelle on put faire pénétrer la sonde jusqu'à un demi-pouce. En promenant le doigt autour de la tumeur et en cherchant à pénétrer entre elle et le vagin, ce qu'on ne put faire sans la comprimer et la faire saigner à l'instant même, on se sentait bientôt arrêté, surtout à la commissure supérieure des grandes lèvres qui recouvraient étroitement cette masse fongueuse; sa base se trouvait ainsi partout circonscrite par un rebord formant un angle rentrant et fermé. Le vagin, renversé et descendu, paraissait entourer la tumeur, et avait contracté avec la membrane interne des grandes lèvres des adhérences telles que toute la masse se continuait avec le périnée par une ligne presque droite, et sans courbure appréciable.

Le doigt introduit dans le rectum ne put nulle part découvrir d'utérus, mais en allant plus avant il pénétra dans ce qu'on croyait être le vagin renversé, comme dans un épais fourreau. On essaya de sonder de la manière ordinaire, mais toujours sans succès; l'orifice uréthral douloureux et saignant au moindre attouchement, était garni de végétations; d'ailleurs l'urine se sécrétait en quantité ordinaire et à part les incommodités résultant du contact de ce liquide avec les endroits ulcérés, la malade n'éprouvait de ce côté pas plus de malaise qu'auparavant; l'évacuation des urines ne diminuait en rien le volume de la tumeur, et on n'augmentait pas par la pression le besoin d'uriner.

L'absence de tous symptômes du côté de la vessie et les caractères extérieurs, de la tumeur firent diagnostiquer une descente complète de la matrice, passée, par suite d'une inflammation lente, à la dégénérescence cancéreuse; et M. Buck, assisté de plusieurs de ses confrères chirurgiens et accoucheurs qui tous furent de son avis, se décida à faire l'extirpation de cet organe ainsi dégénéré. A cet effet il se proposait de disséquer soigneusement l'espèce de voûte formée par le vagin autour de la tumeur, de détacher cette dernière de toutes ses adhérences, et de l'enlever ainsi, en respectant les parties environnantes.

Le rectum vidé, la malade fut placée comme pour l'opération de la taille. On tenta d'abord inutilement de pénétrer avec la sonde dans la vessie; enfin, ayant placé par hasard le cathéter dans une direction presque perpendiculaire, on put le faire entrer, ce qui n'aurait certainement pas eu lieu, si la vessie avait été dans une position naturelle.

Cette circonstance éveilla quelque doute sur le premier diagnostic; néanmoins, comme on ne sentait nulle part extérieurement le bout de la sonde, tandis que le doigt introduit par le rectum pouvait le toucher à travers la paroi postérieure de la vessie, on persista dans la première manière de voir, admettant de plus que la poche urinaire avait bien pu être entraînée à la suite de la descente de la matrice. Il fut donc donné suite à l'opération.

Une incision de plusieurs pouces fut faite à la partie inférieure de la tumeur qui avait été soulevée, cette incision intéressait la portion du vagin qui venait se réfléchir inférieurement sur la tumeur; elle fut disséquée avec soin, le tranchant du histouri tourné contre la grosseur pour ne pas blesser le rectum: cette ouverture faite, au lieu de tomber sur la matrice, comme on devait s'y attendre, on arriva dans une région plus élevée et l'on put sentir d'une manière palpable de véritables fibres musculaires; de plus, maintenant que la tumeur se trouvait dégarni de son enveloppe vaginale, épaisse au moins d'un quart de pouce, il fut facile de toucher le cathéter à travers les parois devenues plus minces. Force fut donc de reconnaître que la tumeur était formée non plus par l'utérus, mais, du moins en grande partie, par la vessie herniée; rien de positif ne pouvait être déterminé à l'égard du premier de ces viscères.

L'opération fut continuée: une incision profonde fut faite en haut de la tumeur près de l'orifice uréthral où se trouvait le plus grand nombre de végétations, et réunie à l'incision inférieure. On disséqua ainsi toute l'enveloppe extérieure, dure, pour ainsi dire coriace, formée par le vagin autour de la tumeur et recouverte de nombreuses végétations. Les parois de la vessie qu'on eut soin de ménager, ainsi dégrossies, permirent de sentir maintenant en tous sens l'extrémité inférieure du cathéter. La tumeur qui avait perdu près de la moitié de sa grosseur présentait partout une surface unie, nétoyée des végétations cancéreuses, et on put la faire rentrer quelque peu, après quelques légers efforts de réduction.

Dans les trois premières semaines tout semblait présager une issue favorable; mais peu à peu l'appétit et le sommeil diminuèrent, la plaie devint rouge et se dessécha; il survint une fièvre de consomption et la malade mourut dans la sixième semaine.

L'autopsie fit voir qu'en effet la tumeur qu'on avait prise d'abord pour une descente de la matrice était formée entièrement par la vessie, qui était descendue peu à peu, par ses faces postérieure et inférieure, poussant insensiblement devant elle la paroi supérieure du vagin.

Les trois quarts du volume de cet organe se trouvaient situés entre et au devant des grandes lèvres, enveloppés par la membrane du vagin, dont une couche mince et dépourvue d'excroissances cancéreuses tapissait encore la tumeur.

La partie inférieure de cette tumeur qui présentait encore la forme du segment antérieur de l'utérus, non carcinomateuse, offrait une surface unie et un tissu compact, de consistance cartilagineuse. Ce n'est qu'après avoir fait de bas en haut une incision d'un pouce et demi en cet endroit que l'on put arriver jusqu'à la vessie.

La *fente* qui avait été prise pour l'orifice externe de l'utérus, et qui avait le plus contribué à l'erreur de diagnostic, était formée par un repli du vagin dont la production, il est vrai, est difficile à expliquer. Nous devons faire remarquer aussi la distension extraordinaire du vagin, car ce ne pourrait être qu'aux dépens de sa portion supérieure, avec laquelle la vessie se trouve naturellement en contact, qu'avait pu se former l'enveloppe de la tumeur. Les autres parties intimement adhérentes à la vessie se continuaient à l'état normal avec l'utérus. Il est évident aussi qu'il n'y avait pas eu ici rupture du vagin, puisque sa membrane enveloppait la tumeur de tous côtés; les portions déplacées de la vessie étaient épaissies et dégénérées; le fond, revêtu du péritoine et renfermé encore dans le bassin, se trouvait à l'état sain, ainsi que la matrice, dont la position était un peu plus élevée sous l'arcade des pubis.

Si l'on considère maintenant l'aspect extérieur, l'illusion complète qu'avait raisonnablement produit la ressemblance, en apparence si frappante, de cette tumeur dure, également résistante, avec la portion vaginale de l'utérus; si l'on se rappelle la persistance de volume de cette tumeur après chaque évacuation de l'urine, la difficulté du cathétérisme avec l'absence de tous symptômes du côté des voies urinaires, dont la fonction sécrétoire resta toujours régulière, on comprendra comment on a pu méconnaître jusqu'au bout la nature de cette tumeur, et on sera porté à excuser une erreur de diagnostic dans laquelle il aurait été bien difficile de ne pas tomber. Quant au traitement, la méprise une fois reconnue, la première indication consistait à enlever la portion du vagin devenue cancéreuse, ainsi que cela a été fait.

PRODUCTION D'UNE MEMBRANE REMPLAÇANT LA CORNÉE, après l'opération du staphylôme; par le même.

Une petite fille, âgée de 11 ans, portait un staphylôme occupant toute la cornée; celle-ci épaissie, entièrement imperméable à la lumière,

parcourue par des vaisseaux variqueux, d'un aspect marbré, faisait saillie à travers les paupières rouges et gonflées; il n'existait de douleur ni à la région sourcilière, ni à aucune autre région de la tête. Il fut décidé qu'on enlèverait le staphylôme, et que l'œil malade serait remplacé par un œil artificiel. A cet effet, après avoir convenablement fermé l'œil sain, il fut fait deux incisions demi-circulaires comprenant le staphylôme dans toute sa circonférence; l'opération fut pratiquée avec un couteau à cataracte ordinaire; on ne laissa qu'une demi-ligne à la périphérie de la cornée; la portion enlevée ne présenta aucune trace d'adhérence avec l'iris. L'opération ne fut ni très-douloureuse ni sanglante; il s'écoula une grande quantité d'humeur aqueuse, mais il ne se présenta ni cristallin ni corps vitré.

Le pansement fut fait de la manière ordinaire. Trois semaines après, en examinant l'œil opéré, M. Buck trouva qu'il s'était formé comme une nouvelle cornée, par suite d'une exsudation de lymphe plastique; cette cornée n'était point convexe, mais aplatie, marbrée, bleuâtre, trouble au fond, mais brillante à la surface; on ne pouvait distinguer à travers s'il y avait adhérence de l'iris, adhérence probable d'ailleurs. On ne remarquait aucune cicatrice au point de réunion de la nouvelle membrane avec le cercle étroit qui était resté de l'ancienne cornée. La petite malade, qui n'apercevait plus aucune lumière à travers le staphylôme, distingue maintenant, même dans un certain éloignement, le contour de grands objets, comme de la main, par exemple; l'œil est conservé avec sa forme aplatie, et diminué de volume, surtout vu de profil. Aujourd'hui, neuf mois après l'opération, la nouvelle cornée n'a point changé, et la faculté de percevoir la lumière s'est conservée au même degré.

OBSERVATION D'UNE COXARTHROCACE AU QUATRIÈME DEGRÉ, avec destruction complète de la tête et luxation du col du fémur sur le trou ovale; par M. BURTZ, médecin à Berlin.

OBS. — A. Th. Loose, enfant naturel, âgé de huit mois, en nourrice chez une pauvre femme, pâle, maigre, ne pouvant se coucher que sur le flanc droit, les deux cuisses légèrement fléchies et portant sur la figure l'empreinte d'une profonde douleur, présentait à la cuisse droite, du double plus volumineuse que la gauche, une tuméfaction inégale au toucher, bosselée, sans altération de couleur à la peau, plus pâteuse du côté interne, offrant néanmoins une certaine résistance, à peu près comme le sac d'une hernie étranglée; au côté externe la tumeur était plus élastique. En couchant l'enfant sur le dos, on voyait que la pointe du pied de la jambe malade, plus longue à peu près d'un demi-pouce que la jambe saine, et placée dans la flexion et l'abduction moyennes, tournait sans cesse en dehors. L'extension complète était impossible, et la moindre tentative occasionnait des douleurs intolérables; la fesse droite était augmentée de volume dans la direction du fémur; la fente qui marque la séparation de la fesse et de la cuisse, déprimée vers le bas, était presque entièrement effacée. L'abdomen était tuméfié, tendu, indolore, les selles rares, mais naturelles; le pouls à peine sensible; soif, inappétence; la petite malade n'accusait des douleurs que lorsqu'on la remuait.

On ne pouvait méconnaître ici une luxation du fémur; la première indication à suivre était de la réduire; la réduction fut en effet faite avec succès, non pas qu'on eût senti la tête rentrer immédiatement dans la cavité, mais on vit aussitôt le fémur et le pied reprendre leur longueur et leur position normales, et l'enfant n'accusa plus aucune douleur, quelque fût le mouvement imprimé au membre malade. La tumeur aussi diminua de volume, la peau se relâcha et forma à l'aine jusque près du ligament de Poupard un fort repli. On pouvait, à travers les tégumens ainsi relâchés, sentir distinctement le fémur, le trochanter et même une partie du col, situés dans leur position naturelle.

La nuit qui suivit l'opération fut bonne, mais le lendemain et les deux jours suivans il se manifesta quelques légers symptômes de péritonite qui cédèrent aux sangsues et au calomel; cette amélioration ne fut que passagère. dans la nuit du troisième au quatrième jour l'enfant succomba au milieu des convulsions,

Autopsie cadavérique faite trente-six heures après la mort. Tous les organes de la cavité péritonéale à l'état normal. Au côté droit de la colonne vertébrale, le péritoine présentait de la fluctuation; en l'incisant on tomba dans une excavation contenant à peu près un litre de pus, large de deux pouces, et s'étendant le long du muscle psoas jusqu'au rebord supérieur du rein; les parois de cette cavité étaient tapissées par une fausse membrane formée par le tissu cellulaire environnant; les vertèbres, protégées pour ainsi dire par cette pseudo-membrane, se trouvaient dans un état d'intégrité parfaite. La cavité purulente se prolongeait en bas, en devant et en dehors, le long du tendon du psoas. Cependant, à l'endroit où le nerf crural apparaît sur le muscle iliaque interne, le pus avait creusé plus profondément et détruit son aponévrose, de telle sorte que les fibres de même que les nerfs et les vaisseaux cruraux entièrement dégarnis de tissu cellulaire étaient comme disséqués. Cette même cavité se continuait avec ces organes à travers l'anneau crural, dessous le fascia-lata, entre et jusqu'à l'attache des adducteurs à la ligne âpre du fémur.

L'excavation ulcéreuse avait ici une telle étendue, que tout le col du fémur, aussi loin qu'il se trouve hors du ligament capsulaire, de même que ce dernier organe, y flottaient librement,

Le ligament capsulaire avait, du côté du muscle obturateur externe, une ouverture de la grandeur d'un pouce, par laquelle la cavité purulente communiquait avec l'intérieur de l'articulation; en imprimant au fémur un léger mouvement de flexion et d'abduction, on put faire glisser, avec une facilité extrême, *l'extrémité du fémur* hors de l'articulation, sur le trou ovale. L'auteur dit *l'extrémité,* car la tête avait été entièrement détruite, sans qu'à la place on remarquât même le plus léger renflement; au contraire l'os de la cuisse présentait à cet endroit une surface rugueuse et comme cariée. La cavité cotyloïde était parfaitement saine, et n'offrait plus de traces du ligament rond, si ce n'est quelques fibres dégénérées en masses gélatineuses au fond de la cavité,

Ainsi l'autopsie cadavérique fit voir ici une coxarthrocace au quatrième degré, avec luxation du fémur sur le trou ovale et passage du pus dans la cavité abdominale, mais en dehors du péritoine.

Sous le point de vue pathologique, nous trouvons à remarquer :

1° La destruction de la tête du fémur compliquant la luxation de cet os, dont on peut observer tous les symptômes, quoiqu'à un faible degré.

2° Une coxarthrocace arrivée au quatrième degré, sans changement de longueur, quand toutefois il n'y avait plus en même temps luxation. Dans le cas présent, la tête du fémur détruite, on aurait dû s'attendre à un raccourcissement produit par la contraction des muscles; mais on voit que les muscles étant relâchés et affaiblis et la capsule ligamenteuse distendue par du pus, ce raccourcissement peut ne pas avoir lieu. Le meilleur symptôme qui pourrait guider le chirurgien serait, selon M. Burtz, la flaccidité des muscles environnant l'articulation, telle qu'il l'a observée après la réduction. Ce médecin fait encore remarquer qu'une maladie de l'articulation peut ne pas se trahir par un épanchement de pus en dehors, la matière pouvant fuser, comme dans le cas présent, par le canal crural dans la cavité abdominale.

OBSERVATION REMARQUABLE D'UNE TUMEUR DÉVELOPPÉE DANS LA POITRINE D'UN VIEIL ARTHRITIQUE, par le docteur SPATH.

OBS. — B..., passementier, âgé de 60 et quelques années, adonné à l'usage des boissons spiritueuses, affecté il y a quelque temps de délirium tremens, et de fortes douleurs rhumatismales ou arthritiques dont le siége, d'après le dire de sa femme, était tantôt aux extrémités, tantôt au tronc, eut, il y a à peu près neuf mois, une attaque d'apoplexie, dont la suite fut en apparence une paralysie de l'extrémité supérieure gauche. Depuis ce temps, il ne pouvait plus comme auparavant vaquer à ses occupations; il se forma au côté gauche du cou, à côté de la glande thyroïde, une tumeur de la grandeur d'une noisette, qui, au bout de quatre mois, atteignit la forme et la grosseur indiquées ci dessous. Dans les derniers jours, une seconde tumeur parut extérieurement au côté gauche de la poitrine, elle était indolore et de couleur naturelle. Cette grosseur, au centre de laquelle se trouvait le mamelon, présentait tout-à-fait à la vue et au toucher la conformation d'une mamelle de nourrice (immédiatement après la mort, cette tumeur disparut). Une pareille tumeur froide se déclara au côté gauche du dos, depuis la nuque jusqu'au-dessous de l'omoplate. Les fonctions du cerveau restèrent à l'état normal; le pouls n'était guère changé; au contraire, la digestion souffrait. L'estomac ne pouvait rien supporter. L'eau-de-vie, le cidre et le tabac à priser rendaient au malade la vie moins pénible. Bras gauche œdemateux et froid; sécrétions et excrétions à l'état normal. Vers la fin de la vie, la tumeur de la poitrine s'étendit vers le haut, embrassant la clavicule et refoulant le muscle sterno-cléido-mastoïdien par-dessus l'angle de la mâchoire inférieure, derrière l'oreille gauche, jusqu'à la nuque. A cet endroit, la tumeur présentait des élévations rondes, inégales, de la fluctuation à plusieurs endroits; l'une de ces inégalités, située à peu près à 3 pouces de l'angle de la mâchoire inférieure vers le muscle trapèze, était très-distincte. En pressant avec le doigt sur la tumeur ouverte (car auparavant elle était dure et résistante), on y produisit un enfoncement qui s'effaça d'une manière très-lente, et dont les bords paraissaient être durs et inégaux. A l'endroit où la fluctuation était le plus manifeste, on fit une ouverture avec la lancette qui donna issue peu à peu à 2 livres d'une masse gélatineuse. Le malade ne se plaignait d'aucune douleur, toussait souvent sans expectoration; il devint maigre et ne put plus quitter le lit dans les dernières semaines; sa tête était constamment rouge; il mourut le 22 octobre avec des symptômes de suffocation

Autopsie faite le 24. On commença à extirper la partie de la tumeur située au cou; elle avait, comme il est dit plus haut, refoulé en arrière le muscle sterno-cléido-mastoïdien, qui était très-pâle et contenait entre ses faisceaux musculaires une masse semblable au miel. La moitié de la tumeur était assise d'une manière solide sur l'artère carotide, dont le cours, ainsi que celui du nerf vague, était normal. Toute cette partie superficielle de la tumeur avait une forme irrégulière, presque comme celle d'un cœur; ses parois étaient dures, d'une structure celluleuse; les cellules elles-mêmes, composées d'une masse cartilagineuse, contenaient dans leur intérieur cette masse gélatineuse mêlée à des concrétions sableuses. Cette même masse était vers le milieu presque fluide, et semblait s'endurcir vers la périphérie; elle paraissait donc avoir, sous le rapport de sa formation, quelque analogie avec le tubercule. Cette masse gélatineuse était partout jaunâtre, de consistance et d'odeur analogues à celles du sperme de l'homme; sa saveur était fade, quoiqu'un peu salée. Là où la tumeur fut ouverte pendant la vie du malade, la masse mêlée avec du sang paraissait d'un jaune rougeâtre tirant sur le brun noirâtre. Cette partie de la tumeur pesait seule 12 onces. Mais on put constater que cette tumeur n'était que la portion la plus petite, et formait en quelque sorte l'extrémité d'une dégénérescence organique qui avait jeté ses racines profondément dans la poitrine.

Après avoir enlevé le sternum, on vit que le médiastin antérieur était transformé en partie en une matière graisseuse ou mélicérique, en partie en concrétions calcaires; en suivant cette altération, on arriva vers les six premières vertèbres dorsales, où on trouva qu'il fallait placer le point de départ de ce produit parasite. Après avoir détaché cette tumeur avec une certaine force, on vit que le corps de ces six vertèbres, les apophyses transverses et les extrémités des côtes correspondantes étaient rudes au toucher; la substance osseuse avait perdu sa

consistance ordinaire, était très-friable et poreuse; le phosphate calcaire était moins compact et se laissait écraser dans ses cellules, faciles à distinguer L'appareil ligamenteux était changé en une masse adipo-séreuse. Le poumon gauche, refoulé vers le haut, était comprimé; son tissu, plus sec et plus dur au toucher, ne semblait pas participer de la nature de cette tumeur, mais il était en partie atrophié par la pression et en partie hépatisé; l'espace postérieur compris entre la plèvre pulmonaire et la plèvre costale, était occupé par des portions de la tumeur transformées en partie en cartilage, partie en masse calcaire et partie en méliceris. Le cœur, très flasque, était refoulé à droite immédiatement sous l'appendice xyphoïde. Le péricarde aminci contenait environ 4 onces de sérosité. La tumeur thoracique se prolongeait en différens sens, embrassant les orifices du cœur, l'aorte et les gros vaisseaux; elle remplissait le médiastin antérieur tout entier, s'étendait par-dessous la clavicule gauche, se dirigeait plus particulièrement vers l'aisselle du même côté, et transformait les glandes axillaires en une matière cartilagineuse ou squirrheuse, semblable à celle que l'on rencontre dans le cas de cancer du sein. La matière gélatineuse mêlée à beaucoup de graisse, contenue dans les parois de cette tumeur, ainsi que la portion thoracique de cette dernière, pesaient chacune à peu près 24 onces. A l'endroit seulement où la tumeur adhérait à l'aorte, on vit un prolongement de tissu cellulaire parcouru par des vaisseaux qui ne se rencontrèrent nulle part ailleurs Les muscles intercostaux des six premières côtes étaient également transformés en une masse gélatineuse, ainsi que les muscles du dos, particulièrement le long dorsal du côté gauche; entre ceux-ci se trouvait une matière demi-liquide semblable au corps vitreux. Le poumon droit était normal, mais la cavité droite contenait 2 livres de sérosité. Les membranes de la moelle épinière, dans l'étendue des vertèbres malades, étaient fortement injectées; la substance médullaire elle-même, la blanche et la grise, était ramollie. Le nerf vague des deux côtés, ainsi que le grand sympathique, sont à l'état normal. La dure mère de la tête fortement adhérente à la voûte du crâne; la pie-mère très-injectée; par-ci par-là extravasations albumineuses entre les lames de l'arachnoïde Une glande de Pacchioni, de la grandeur d'une aveline, se trouvait sur l'hémisphère. Le ventricule, les plexus choroïdes, la moelle allongée à l'état normal; le cerveau lui-même était en général riche de sang, le centre ovale sable, la masse cérébrale un peu plus compacte et plus dure qu'à l'ordinaire. Rien de particulier dans la cavité abdominale.

Quelle était la nature et le point de départ de la dégénérescence que nous venons de décrire? Avec l'auteur, la regarderons-nous comme une tumeur tuberculeuse, méliceritique, athéromateuse, lipomateuse, stéatomateuse; comme une exostose, comme une tumeur fibreuse, nous dirons même squirrheuse ou cancéreuse? Elle nous paraît en effet avoir de l'analogie avec tous ces produits hétéro-plastiques, sans être au fond aucun d'eux. Le point de départ est évidemment le périoste des vertèbres dorsales, ce qui est confirmé par le degré de consistance de la tumeur qu'on observait à mesure qu'on s'approchait de la colonne vertébrale. La cause en est le principe rhumatismal ou arthritique, véritable protée qui engendre mille phénomènes, se fixe sur tous les tissus, mais particulièrement sur les tissus fibreux et osseux. Ce phénomène pathologique se reproduit dans notre cas; aussi voyons-nous que dans sa marche le mal n'a semblé attaquer que les tissus qui se ressemblent par leur structure, et a ménagé les organes parenchymateux comme le poumon, qui n'a subi d'autre altération que celle produite par une compression mécanique.

FRACTURE DU CRANE AVEC UN FONGUS MÉDULLAIRE DANS LA CAVITÉ CRANIENNE, par le professeur WUTZER.

C. Kopmann, âgé de 75 ans, était depuis deux ans généralement regardé comme dans un état d'imbécillité; il avait des urines involontaires, était adonné au vice, mangeait beaucoup, et avait perdu complètement la vue de l'œil gauche depuis les derniers mois de 1834. Dans la nuit du 3 au 4 mars 1835, il tomba d'un mur haut de 24 pieds, se fractura le crâne, perdit connaissance et mourut le 23.

Lors de l'autopsie, outre les différens désordres occasionés par la chute, on trouva une grande tumeur de nature fongueuse, qui existait déjà depuis quelque temps avant la mort; elle embrassait les nerfs olfactifs, dont on ne pouvait plus trouver de traces. Le malade avait-il conservé dans les derniers mois de sa vie la perception des odeurs? Ses enfans déjà grands, interrogés sur ce point, ne le mettaient pas en doute, parce que, selon eux, leur père distinguait les différentes espèces de tabacs, et que, peu de temps encore avant son dernier accident, ils l'avaient entendu dire : *Quel tabac puant!* L'auteur entre à ce sujet dans de longues considérations physiologiques soulevées déjà par M. Magendie (*Journal de physiologie*, t. V, p. 17, et t. IV, p. 169) et Eschricht (*De functionibus nervorum faciei et olfactus organi*), et connues par nos lecteurs. Remarquons seulement que M. le professeur Wutzer n'a pas pu faire lui-même des expériences sur le malade pendant la vie, et qu'il ne faut pas oublier qu'il existe beaucoup de priseurs qui éprouvent la sensation tactile du tabac sans pour cela en percevoir l'odeur; mais dans notre cas le malade l'a trouvé *puant*, donc on peut admettre que chez lui le sens de l'odorat n'était pas aboli. Cette observation serait aussi à mettre à côté de celles qui tendent à prouver que les nerfs de la première paire ne sont pas les organes de l'olfaction.

— Nous trouvons encore dans ce volume un excellent article sur les abcès consécutifs, par le docteur Nasse, qui s'appuie en très-grande partie sur les recherches des médecins français; un autre, du professeur Wendt, sur la chlorose, dont il établit trois divisions importantes sous le point de vue pratique.

1° Chlorose atonique provenant d'une diminution de cohésion du sang.

2° Chlorose atonique provenant d'une perversion de la sensibilité.

3° Chlorose floride provenant d'une augmentation de cohésion du sang.

II. MEDICINISCHE ANNALEN.

Le quatrième cahier du premier volume contient une revue de clinique médicale de l'université d'Heidelberg pendant les années 1832, 33 et 34, par le professeur Puchelt; puis un rapport sur la marche des épidémies de dysentérie qui ont régné dans le grand-duché de Baden depuis 1819 à 1835.

En lisant le titre du premier article et le nom de l'auteur, nous nous attendions à des résultats cliniques importans. Mais quoique les recherches de M. le professeur Puchelt portent sur trois années de clinique, nous n'y avons trouvé à vrai dire qu'une simple énumération des maladies, suivie de la description de la constitution médicale, de considérations sur une théorie des bruits du cœur qui n'est autre que celle de M. Pigeaux; sur la pneumonie, la grippe, le croup; et enfin deux observations de pneumothorax et d'une perforation spontanée de l'estomac. Ces différens articles ne nous apprennent absolument rien de nouveau; mais ce qui nous paraît assez important, c'est de connaître les proportions de mortalité plus favorables que dans la plupart des hôpitaux français. En effet, pendant l'espace de trois ans le nombre de tous les malades traités dans l'établissement a été de 1401, dont 62 sont morts; 1 sur 22 et demi.

1243 malades sont venus à la visite. Dans cette clinique ambulante on ne compte aucun décès. Plusieurs de ces derniers malades sont entrés à l'hôpital, d'autres ont été perdus de vue.

1684 ont été traités dans la polyclinique (visite des malades à domicile), sur lesquels 83 sont morts : 1 sur 20 et demi.

III. MEDICINISCHES CORRESPONDENZ-BLATT.

Nous avons trouvé, dans un des derniers numéros du *Correspondenz-Blatt* que nous avons sous les yeux, les deux petits articles suivans, qui nous ont paru assez remarquables pour être rapportés.

DÉCOUVERTE DE CRISTAUX MICROSCOPIQUES, faite dans les matières alvines des personnes atteintes du typhus abdominal (dothinentérie).

Voici comment s'exprime M. le professeur Schœnlein, l'auteur de cette découverte, dans une lettre qu'il adresse de Zürich à M. le professeur Jœger, de Stuttgart.

« Il règne ici dans ce moment (24 octobre 1835) une petite épidémie » de typhus abdominal, qui m'a fourni l'occasion de confirmer par de » nouvelles recherches les expériences et observations que j'avais faites à Wurtzbourg sur la température, l'électricité et la composition » chimique de l'urine et des matières fécales des individus atteints de » cette grave maladie. Mais un autre fait d'une nouvelle importance » que j'ai à vous communiquer, c'est la *découverte de petits cristaux* » *microscopiques* dans ces mêmes selles spontanées ou provoquées par » des lavemens. Ces cristaux sont de forme très-variable et en grande » partie très-composés; tous cependant se laissent ramener à un type » primitif, celui d'une pyramide rhomboïdale. L'analyse chimique » démontre qu'ils sont en grande partie composés de phosphate de » chaux uni à un sel de soude; c'est donc un produit minéral organique. Ces cristaux se forment dans les escarres des parois intestinales. Espérons que de nouvelles recherches seront faites à ce sujet. »

— Le second article nous présente l'exemple d'une hémorrhagie vaginale simulant le flux menstruel chez une petite fille de 4 jours. Cette enfant était bien portante et offrait tous les signes apparens d'une conformation régulière. Le quatrième jour après sa naissance, on trouva les langes teints de sang; à un examen attentif, on vit que le sang avait été fourni par le vagin; les grandes lèvres étaient tuméfiées. Le troisième jour, l'écoulement avait diminué; et il ne suintait plus, comme lors de la cessation du flux menstruel, qu'une sérosité sanguinolente.

Cette observation est rapportée par le docteur Witz de Haigerloch, qui ne nous apprend pas si cette hémorrhagie s'est reproduite.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 15 février.

— M. Duméril présente de la part de l'auteur, M. Lefebvre, un mémoire imprimé sur un nouveau groupe d'insectes orthoptères de la famille des mantides, et ajoute quelques détails sur ces insectes, principalement sur deux nouvelles espèces que l'auteur a recueillies en Égypte; une de ces espèces, que M. Lefebvre a désignée sous le nom d'érémiaphile, parce qu'il l'a trouvée seulement dans le désert et dans des lieux si désolés qu'on a peine à concevoir comment elle y trouve de quoi subsister, est remarquable par la faculté qu'elle a de changer de couleur, presque comme le caméléon.

ACTION DU CHLORE, DU BROME ET DE L'IODE SUR LES SELS FORMÉS PAR LES ACIDES ORGANIQUES ET CERTAINS ACIDES MÉTALLIQUES.

On lit l'extrait d'une lettre dans laquelle M. Peligot rend compte de quelques résultats qu'il a obtenus dans des recherches sur ce sujet. Le but que se proposais l'auteur dans ces expériences était d'obtenir des acides nouveaux plus oxigenés que les acides employés, l'oxigène de la base se trouvant séparé du métal par suite de la combinaison de ce dernier avec le chlore, le brome ou l'iode.

Pour que l'expérience présentât quelque chance de réussite, il convenait d'ailleurs de choisir un sel dont le métal possédât beaucoup plus d'affinité pour les trois corps qui viennent d'être cités que pour l'oxigène. A ce titre, les sels à base d'oxide d'argent se présentent en première ligne. En effet, du benzoate d'argent ayant été soumis à l'action du brome, il se forma du bromure d'argent, et un nouvel acide qui ressemble à l'acide benzoïque par quelques-unes de ses propriétés physiques, mais qui en diffère beaucoup par sa composition, contenant, indépendamment de l'acide benzoïque, tout l'oxigène de l'oxide d'argent, et de plus un atome de brome. M. Peligot indique quelques-unes des propriétés de ce nouvel acide. Il avait d'abord essayé de préparer un acide analogue avec le brome; mais l'expérience ne réussit pas. Quant à l'iode, son action diffère de celle du brome; car il se fait à la fois du bromure et du bromate d'argent.

COMMUNICATIONS VASCULAIRES ENTRE LA MÈRE ET LE FOETUS.

M. Flourens communique les résultats de ses recherches sur ce sujet, et présente des préparations faites sur l'espèce du lapin, qui montrent, les unes le passage de la matière injectée du fœtus à la mère, les autres le passage de la mère au fœtus.

Première série. — Dans la pièce n° 1, l'injection a été faite par la veine ombilicale, c'est-à-dire par le fœtus, et la matière injectée a passé dans les veines utérines.

Dans la pièce n° 2, l'injection a été faite par une artère ombilicale, et la matière injectée a passé d'abord dans l'artère ombilicale du côté opposé, dans la veine ombilicale, et ensuite dans les artères et les veines de l'utérus.

Dans la pièce n° 4, qui comprend plusieurs fœtus, deux seulement ont été injectés par leur veine ombilicale, et néanmoins la matière injectée (du vernis à l'essence, coloré par de la céruse) a passé non-seulement dans les veines utérines; mais, chose remarquable, elle a passé de ces veines dans le placenta d'un troisième fœtus qui, lui-même, n'avait pas été injecté.

Ainsi, la liqueur passe des veines du fœtus dans les veines de la mère, et des artères du fœtus dans les artères de la mère.

D'autres préparations sont destinées à montrer le passage de la mère au fœtus. Dans toutes ces pièces, la liqueur injectée par une artère de l'utérus, a passé dans les placentas des divers fœtus contenus dans cet utérus; mais si la matière injectée par les *vaisseaux artériels* de la mère, passe dans les placentas des fœtus, il n'en est pas de même quand on tente d'injecter par les veines utérines. Toutes les tentatives que M. Flourens a faites dans ce but ont été sans succès.

L'existence de libres communications vasculaires entre la mère et le fœtus, suppose celle de vaisseaux qui établissent le passage entre le placenta utérin et le placenta fœtal, entre l'utérus et le placenta, etc. Plusieurs de ces vaisseaux, dit M. Flourens, sont même assez gros pour être distinctement aperçus dans leur état naturel et sans le concours d'aucune injection. Le placenta des lapins est formé comme de deux gâteaux, et c'est dans le centre de chacun de ces gâteaux que remontent les vaisseaux utéro-placentaires.

Ces résultats obtenus sur l'espèce du lapin ont été aussi observés par l'auteur sur l'espèce du chien, sur celle du chat. Dans une expérience faite sur l'espèce de l'homme, j'ai retrouvé, dit M. Flourens, dans les veines ombilicales une partie de la liqueur qui avait été injectée par les veines de l'utérus. Or, toutes ces espèces, ajoute-t-il, l'homme, le chien, le chat, ont un placenta unique; et, comme on va le voir, ces animaux à placenta unique sont les seuls encore où j'aie reconnu une véritable communication vasculaire, une communication vasculaire évidente entre le fœtus et la mère, entre le placenta et l'utérus.

Dans les *pachydermes*, M. Flourens n'a jamais vu passer la moindre partie de la liqueur injectée, soit des houppes vasculaires du chorion dans les veines de l'utérus, soit des veines de l'utérus dans les houppes du chorion, houppes qui constituent les placentas multiples de ces animaux, comme chacun sait.

Pour les *ruminans* le résultat a été moins tranché. En effet, chez ces animaux, les villosités qui forment les houppes ou les placentas du chorion pénètrent tellement dans les mailles des cotylédons utérins, que le moindre épanchement survenu teint plus ou moins ces villosités. Peut-être, au reste, que les animaux ruminans, à placentas multiples, mais volumineux, forment une sorte d'intermédiaire entre les animaux à placenta unique (l'homme, les quadrumanes, les carnassiers, les rongeurs) et les animaux à placentas petits et multiples (les pachydermes, les solipèdes, etc.).

De nouvelles expériences, poursuit l'auteur du mémoire, éclairciront, je l'espère, ce qui concerne les ruminans; mais quoi qu'il en soit de ce qui se passe chez ceux-ci, l'exemple évident des *pachydermes*, opposé à celui des *rongeurs* et des *carnassiers*, montre que sous le point de vue qui nous occupe les mammifères forment deux divisions, savoir : les animaux à placenta unique, où il existe une communication vasculaire entre la mère et le fœtus, et les animaux à placentas petits et multiples, où une communication vasculaire n'existe pas.

A prendre donc dans son ensemble la classe des mammifères, deux modes distincts constituent les rapports de l'utérus avec l'œuf de la mère avec le fœtus; on une communication vasculaire, c'est-à-dire une communication très-prononcée mais par un seul point, par un placenta unique; ou des communications très-faibles, des communications de simple contact, de simple adhésion, mais par plusieurs points, par des placentas multiples : de sorte qu'il y a compensation.

— M. Jobert lit un mémoire sur les fistules vésico-vaginales; nous publierons prochainement cet important travail.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 16 février. Présidence de M. Louyer-Willermay.

— La correspondance comprend la lettre suivante :

A Monsieur le président de l'Académie royale de médecine.

Monsieur le président,

Quoique l'Académie n'ait plus à s'occuper de la discussion qu'elle a fermée dans sa dernière séance, j ose attendre de sa haute impartialité qu'elle me permettra de lui présenter quelques mots de réponse à l'offense dont j'ai été l'objet dans son sein.

M. Ollivier d'Angers a cru devoir communiquer à l'assemblée l'extrait d'une lettre de M. Grille d'Angers, dans laquelle ce médecin donne un démenti formel aux témoignages et aux opinions que je lui ai attribués. Il ne m'importe plus de chercher à mettre la vérité dans tout son jour, quant à la question de moralité scientifique dont elle a été saisie; mais ce qu'il importe et ce qu'il importera toujours à tout homme qui se respecte, c'est qu'on n'attaque pas impunément sa droiture et sa véracité. Eh bien! monsieur le président, en attendant que je sois à même d'en fournir des preuves incontestables, que l'Académie me permette de déclarer dans son sein que je maintiens complétement tout ce que j'ai rapporté des témoignages de M. le docteur Grille; et comme jusqu'ici je n'ai donné à qui que ce soit l'occasion de mettre en doute ma véracité, j'affirme sur l'honneur que M. le docteur Grille m'a dit et répété clairement en présence d'un tiers, tout ce que j'ai cru devoir rapporter de ses conversations sur M. Hossard.

Agréez, etc.

BOINET, interne à l'Hôtel-Dieu.

— M. OLLIVIER d'Angers, à l'occasion du procès-verbal, annonce qu'il a reçu de M. Lemaitre une lettre au sujet des mêmes assertions de M. Grille. M. Lemaitre écrit que, n'ayant rien dit dans cette affaire qui eût trait directement ou indirectement à M. Grille, il lui serait plus aisé de répondre à son démenti que de le comprendre (1).

RAPPORT DE LA COMMISSION DES EAUX MINÉRALES SUR L'EAU MINÉRALE DE LUDWIGSBRUNN. — M. Patissier, rapporteur.

Le ministre avait demandé à l'Académie son opinion sur les propriétés médicales de l'eau minérale de Ludwigsbrunn, dont M. Viard fils, négociant, se propose d'établir un dépôt à Paris. Douze cruchons en avaient été adressés à l'Académie.

La source de Ludwigsbrunn est située dans le grand-duché de Hesse, à trois quarts de lieue de Friedberg, sur la rive gauche de la petite rivière la Nidda. L'eau remise à la commission se trouvait contenue dans des vases de grès, très-imperméables, bouchés de liége et goudronnés avec soin. Il n'y avait aucun dépôt au fond de ces vases, et la transparence de l'eau était complète; à l'air cette eau ne laissait apercevoir aucun flocon mucilagineux. Elle n'a aucune odeur sensible; sa saveur est légèrement acidule, sensiblement saumâtre, sans amertume et nullement désagréable. M. Henry a analysé six livres de cette eau, qui ont fourni 16 grammes et demi de substances salines; et ramenant par le calcul les produits à une livre ou 500 grammes d'eau, il a mis en regard de son analyse celle de M. Tünnermann, chimiste de Hanau, enportant les carbonates à leur état primitif dans l'eau (celui de bicarbonate). Il y a donc eu quelques corrections apportées aux nombres donnés par le chimiste allemand, c'est-à-dire que la proportion d'acide carbonique libre est diminuée, puisque une partie est reportée sur les carbonates terreux.

	ANALYSE DE M. HENRY.	ANA. DE M. TÜNNERMANN AVEC RECTIFICATION.	En grammes.	En grains.
Acide carbonique libre,	1,286		1,100	
Bicarbonate de chaux,	1,118		0,900	18
— de magnésie,	0,315		0,336	6 7/10
— de fer (traces)	,020	Carbon. de potasse,	,025	10/20

(1) M. Ollivier (d'Angers) nous autorise à ajouter qu'il s'est convaincu par lui-même que la lettre qui contenait les documens fournis par M. Lemaitre à la commission ne fait pas même mention de M. Grille.

Muriate de soude,	,850		,200	16
— de magnésie,	,066		,052	1 1/20
— de potasse (traces)				
Sulfate de soude,	,060		,028	1 1/20
Phosphate de soude,	,020			
Silice et alumine,	,090	Pyrites,	,008	3/20
Matières organique (traces),				
Total.	3,785		3,249	

L'eau de Ludwigsbrunn ne peut donc être tout-à-fait comparée aux eaux de Seltz, de Vichy, de St-Nectaire, dont la base est le *bicarbonate de soude*; et l'eau de Seltz renferme *bien plus* d'acide carbonique. D'après les expériences faites par le docteur Kopp de Hanau, elle s'est montrée efficace contre les aigreurs d'estomac, les flatuosités, la constipation sans inflammation des intestins, les maladies chroniques de l'estomac, les affections graveleuses des reins et de la vessie. Ces observations ont besoin d'être confirmées; toutefois la commission pense que la vente de cette eau peut être accordée sans inconvénient.

M. Nacquart demande qu'une fois pour toutes, l'Académie décide qu'à tous les rapports sur les eaux minérales soit annexée une conclusion qui rappelle au ministre, que ces eaux sont des médicamens et ne peuvent être vendues que par ceux qui ont un titre légal pour la vente des médicamens.

M Adelon. Il y a une ordonnance qui règle cette matière.

M. Nacquart. C'est parce que l'ordonnance n'est pas exécutée qu'il faut rappeler au ministre qu'elle existe.

Le rapport et les conclusions sont adoptés.

RAPPORT SUR UNE OBSERVATION RELATIVE A DES LARVES D'INSECTES RENDUES AVEC DES ÉVACUATIONS ALVINES. — M. Duméril, rapporteur.

Rudolphi a consacré un chapitre de sa *Bibliothèque entomologique* à l'indication de toutes les observations imprimées dans lesquelles il est question de larves d'insectes divers et de debris organiques, qu'on avait cru engendrés dans le corps humain, et qui ont pu tromper la sagacite d'hommes aussi éclairés que les Vanderlinden, les Spigel, les Scopoli. On peut y joindre le fait suivant, dû à un médecin étranger fort distingué, dont l'Académie a eu occasion plusieurs fois d'apprécier la solidité et l'étendue des connaissances, mais que M. Duméril a jugé inutile cette fois de nommer.

Une demoiselle de 18 ans, offrant des symptômes vermineux, prit une once de sel d'Epsom, et eut une demi-heure après une déjection extrêmement abondante. Les lieux où elle la rendit étaient situés dans un jardin où ce cabinet était ouvert d'un côté et exposé à l'air libre. En examinant la matière rendue, elle s'aperçut avec étonnement qu'elle remuait et grouillait; le médecin appelé recueillit une assez grande quantité de larves, qu'un entomologiste crut reconnaître pour des larves d'*œstre de cheval* et d'*œstre hémorrhoïdal*; mais qui, examinées plus exactement par M. Duméril, se sont trouvées n'être que des larves de mouches qui vivent dans les matières fécales, qu'on trouve souvent amoncelées sur les parois des fosses d'aisance, et qui ont été désignées sous les noms de *musca serrata* et de *musca latrinarum secu steroraria* (Linnée).

Nous pensons, dit en terminant M. Duméril, que si l'Académie approuve ce rapport, elle devra le faire joindre au mémoire, qui, pour l'histoire de la science, devra être conservé dans ses archives.

Adopté sans discussion.

MÉMOIRE SUR L'ARTÉRIOTOMIE, par M. Magistel. — Rapport par M. Bouillaud. — Discussion.

Ce mémoire est divisé en deux parties; dans la première, l'auteur traite de l'opération en elle-même et de la manière de la pratiquer; dans la seconde, il expose les cas dans lesquels il la croit utile.

I. — Connue même avant Celse et probablement pratiquée pour la première fois par les médecins alexandrins, l'artériotomie comptait encore, dans le dix-septième siècle, un grand nombre de partisans. Depuis lors, elle a été peu à peu negligée, et de nos jours elle n'est guère connue que de nom par la généralité des médecins. On ne la pratique depuis long temps que dans la région temporale; l'auteur commence donc par jeter un coup d'œil sur l'anatomie de cette région.

Anatomie chirurgicale. L'artère temporale, placée dans un dédoublement de l'aponévrose temporale, se divise en deux branches, dites *antérieure* et *postérieure*, à 15 lignes environ du milieu de l'arcade zygomatique et à 30 à 32 lignes du conduit auriculaire. Avant sa division, elle constitue pour le chirurgien l'artère temporale proprement dite, accompagnée par une veine satellite. Elle est recouverte par la peau, le tissu cellulo-graisseux sous-cutané, le muscle auriculaire supérieur et l'aponévrose superficielle; au-dessous d'elle est le muscle temporal, dont les fibres, à un pouce environ de la partie antérieure de l'oreille, sont un peu obliques de haut en bas et d'avant en arrière. La branche temporale postérieure a des rapports directs avec l'ophthalmique; des rameaux de la branche antérieure s'engagent dans l'orbite par les trous de l'os malaire. A part ces communications avec le système artériel oculaire, la temporale en a d'autres avec les vaisseaux des régions temporale et auriculaire, et même avec ceux qui pénètrent dans la cavité crânienne, par ses anastomoses avec l'auriculaire postérieure et l'occipitale. Elle est avoisinée par des filets nerveux provenant principalement du nerf facial et du filet auriculaire du maxillaire inférieur; ces nerfs rampent principalement dans la couche sous-cutanée.

De ces données anatomiques découlent les conséquences qui suivent :

1° On peut couper l'artère temporale sans atteindre la lame musculaire de l'aponévrose.

2° Incisée assez loin de l'apophyse zygomatique et jusqu'au lieu de sa division, elle peut donner une grande quantité de sang.

3° La disposition du tissu cellulo-adipeux ne saurait s'opposer à l'écoulement du sang.

4° La division de la veine voisine est sans importance.

5° La direction des fibres musculaires au lieu d'élection de la saignée temporale est telle, qu'on peut diviser l'aponévrose sans que ces fibres soient coupées en travers.

6° Les anastomoses artérielles rendent cette saignée déplétive à la fois pour les vaisseaux oculaires et auriculaires, et pour tout le système sanguin cérébral.

On conseillait aussi dans l'otite la saignée de l'artère auriculaire; mais celle de la temporale est plus facile sous beaucoup de rapports, et son effet est le même dans les maladies de l'oreille; elle doit donc être preférée.

Le procédé le plus généralement indiqué de nos jours pour ouvrir cette artère consiste dans une forte incision transversale, qui divise les parties molles jusqu'au vaisseau et même au-delà. M. Magistel pense que ce procédé est fort douloureux, et expose à ne pas ouvrir l'artère du premier coup, ou à couper en travers jusque sur l'os les fibres du temporal. Dans aucun ouvrage, d'ailleurs, il n'a vu l'opération décrite avec les détails nécessaires. Voici la manière dont il la pratique lui-même.

Procédé opératoire Le malade est couché; la tête, légèrement élevée et reposant sur la tempe opposée, est maintenue par un aide sur un oreiller, garni d'ailleurs d'une forte alèze. On tient prêt un vase pour recevoir le sang, un morceau de carton ou des cartes à jouer pour servir de gouttières dans le cas où le sang coulerait en bavant; des éponges, de l'eau tiède, des compresses graduées, une bande. Un petit bistouri à lame étroite, pointue et courbe; une petite aiguille courbe enfilée d'un fil ciré, des pinces et des ciseaux sont les seuls instrumens nécessaires. On rase les cheveux s'ils sont épais et s'ils empêchent de reconnaître la disposition de l'artère; le plus ordinairement il suffit de les couper avec des ciseaux Si le malade a sa connaissance, on lui recommande de serrer fortement les mâchoires; la contraction du temporal soulève alors l'artère et la rend plus superficielle. On s'assure de sa position avec les doigts, et M. Magistel a cru remarquer qu'il était plus facile de la bien déterminer lorsqu'on ne cherchait à voir ses battemens qu'après les avoir reconnus par le toucher. Le point où l'artère bat le plus fortement ainsi constaté, on détermine l'étendue et la direction que l'incision devra avoir; on peut la marquer avec de l'encre et non avec l'ongle, qui donne au malade une sensation désagréable et ne laisse qu'une trace infidèle. Le lieu d'élection est à une quinzaine de lignes en avant du trou auriculaire, et à 8 ou 10 lignes de l'arcade zygomatique M. Magistel ouvre de préférence la temporale gauche, parce que le décubitus sur le côté droit fatigue moins le malade, et qu'après la saignée il lui est plus facile de reposer.

Le doigt médius gauche placé en dehors de l'artère, à 2 ou 3 lignes au-dessus du lieu de l'incision, l'index de la même main sert au besoin à s'assurer de nouveau de la position et des battemens du vaisseau. Le chirurgien saisit alors son bistouri en deuxième position, ou plutôt le tient comme une lancette, à 2 ou 3 lignes du doigt qui maintient l'artère et à une ligne au-dessous d'elle, et par un mouvement de ponction, en porte la pointe jusque sur la lame profonde de l'aponévrose temporale; dans un second temps, la pointe est portée sous l'artère obliquement d'avant en arrière et de bas en haut; enfin, dans un troisième temps, temps d'élévation, on coupe à la fois l'artère en travers et les tégumens. Du reste, ces trois temps se confondent en un seul, qui est aussi rapide que la simple saignée du bras.

Si le médius était appliqué sur l'artère même, il tendrait à l'enfoncer, tandis que placé au-dessus et en dehors il s'oppose à ce qu'elle dévie en dehors pendant l'incision, et remplit peut-être aussi cet autre but de déprimer l'aponévrose temporale profonde Pour ouvrir la temporale droite, il faudrait tenir le bistouri de la main gauche, à moins de placer le médius gauche au-dessous de l'artère et de faire la ponction et l'incision de haut en bas. L'incision pourrait n'avoir que trois ou quatre lignes, mais il ne faut jamais craindre de la faire grande De même, si l'artère est profonde, il faut plonger la pointe du bistouri profondément; la section de l'aponévrose ne saurait avoir de grands inconvéniens. Enfin l'incision commençant au-dessous de l'artère, doit se diriger obliquement vers le cuir chevelu, de bas en haut.

Lorsque l'artère a été ouverte, le malade tourne sa tête et la laisse appuyée sur l'occiput. Un bourdonnet de charpie est placé dans l'oreille afin d'empêcher le sang d'y entrer; ce liquide est reçu dans un vase, et des mouvemens de mastication sont recommandés pour en faciliter la sortie. S'il sort en bavant et non par un jet saccadé, on le dirige à l'aide d'une carte pliée en gouttière. Lorsqu'un caillot volumineux empêche le sang de couler, on l'enlève avec une éponge imbibée d'eau tiède, ou avec les doigts.

Pansement. Quand la saignée est jugée suffisante, on place un doigt sur l'incision et on lave la région temporale. Puis on reunit la plaie avec une ou deux petites bandelettes agglutinatives; une petite compresse carrée, épaisse d'environ quatre lignes, est placée par-dessus et maintenue assez solidement par quelques tours de bande. Cette légère compression suffit d'ordinaire pour fermer la saignée; M. Magistel n'emploie jamais le nœud d'emballeur, dont la permanence devient pour le malade un véritable supplice. Si le simple bandage ne suffit pas, ou s'il y a à craindre qu'il se dérange ou que le malade en délire l'enlève, il fait deux points de suture avec une aiguille courbe; comme l'incision est oblique, ces deux points de suture se trouvent comprendre les extrémités de l'artère; dans tous les cas elles empêchent le sang de couler. Enfin sur des malades dociles, M. Magistel a pu faire la ligature ou la torsion des bouts artériels.

Lorsqu'on n'emploie que le bandage, il faut le laisser appliqué plusieurs jours.

Accidens. La formation d'une petite tumeur anévrismale est le seul accident à redouter; toutefois M. Magistel ne l'a jamais vue survenir chez les malades qu'il a saignés. Il en a vu un seul cas, à Bourbonne-les-Bains, chez un militaire très-maigre; la compression fit disparaître l'anévrisme en une quinzaine de jours. Sam. Cooper a observé quelques anévrismes de ce genre; M. J. Cloquet en a vu deux chez un malade auquel Béclard avait ouvert la temporale en deux endroits. Rolfincius assure avoir vu mourir plusieurs personnes à la suite de ces anévrismes; ce qui paraît évidemment exagéré. M. Larrey a vu souvent un anévrisme enkysté qui disparait par une compression isolée; il craint aussi la section imparfaite des filets nerveux du facial, lésion qui pourrait être suivie de névralgie. Mais on ne cite aucun exemple qui justifie cette crainte; et la rareté et le peu de danger de l'anévrisme consécutif doivent encourager les praticiens à tenter cette opération dans le cas où elle est indiquée.

II. *Indications*. En compulsant les auteurs, on trouve l'artériotomie vantée comme efficace contre les céphalées opiniâtres, la migraine idiopathique, l'otalgie, l'épilepsie, l'apoplexie, les vertiges, la phrénésie, la manie, la démence, les ophthalmies graves, l'hépatite, etc. M. Gama la conseille dans les cas pressans d'encéphalite traumatique; et si elle est si négligée de nos jours, sans doute il faut en accuser le peu d'habitude qu'en ont les médecins, la crainte mal fondée d'accidens dont on cite à peine quelques cas; et enfin si ses effets n'ont pas été bien appréciés, c'est probablement, selon l'idée que M. Andral père a suggérée à l'auteur, parce qu'on ne la pratique pour l'ordinaire que dans des cas désespérés.

M. Magistel rapporte vingt-trois observations qui lui appartiennent. Les huit premières ont trait à des congestions cérébrales déterminées soit par une cause traumatique, soit par toute autre cause, et donnant lieu à un état apoplectiforme ou à des convulsions. La neuvième, est un cas de manie; la dixième, une épilepsie; la onzième, une éclampsie; la douzième, une névralgie faciale; la treizième, un érysipèle de la face et du cuir chevelu; les trois suivantes sont des ophthalmies intenses; et le reste comprend des cas de fièvres graves, d'encéphalite et d'otite. L'efficacité de cette opération est surtout remarquable dans les cas d'ophthalmie; et dans les cas de convulsions fortes, elle offre un avantage réel sur la saignée du bras, qui peut se rouvrir dans les fortes contractions musculaires. D'ailleurs M. Magistel a lui-même généralisé les résultats de ses observations dans les conclusions suivantes :

« Les effets de l'artériotomie seront suivis presque constamment du résultat le plus heureux;

1° Dans les plaies de tête avec commotion et compression du cerveau;

2° Dans l'apoplexie, où souvent la vie sera rendue dans certains cas contre lesquels toute autre saignée aurait échoué;

3° Dans les convulsions provenant de congestion du cerveau;

4° Dans l'ophthalmie, dans l'otalgie; alors les douleurs les plus atroces seront calmées presque immédiatement;

5° Dans les érysipèles de la face et des tégumens du crâne; dans l'encéphalite aiguë.

6° Les effets de l'artériotomie seront généralement nuls dans la manie, la démence, l'épilepsie, l'éclampsie;

7° Il en sera de même dans les névroses, les névralgies, les fièvres graves. »

M. Bouillaud fait suivre cette analyse de quelques réflexions. Les observations contenues dans ce travail, digne de tout l'intérêt de l'Académie, sont assez nombreuses, sinon pour démontrer rigoureusement toutes les conclusions de l'auteur, au moins pour leur donner un haut degré de probabilité, et pour engager les praticiens à expérimenter une méthode énergique qui avait été, *sans raison suffisante*, presque généralement abandonnée. S'il ne se prononce pas plus ouvertement en faveur de cette méthode, c'est qu'il faut en thérapeutique procéder avec une rigueur et une précision inconnues des siècles passés; il faut posséder une masse considérable de faits *bien comptés*, *bien analysés*, *bien pesés*. Et après une courte digression sur la méthode numérique, M. le rapporteur propose à l'Académie de témoigner sa satisfaction à l'auteur et de renvoyer son mémoire au comité de publication.

M. Velpeau. Les deux motifs pour lesquels on néglige de nos jours l'artériotomie sont probablement ceux-ci : d'abord ses indications sont mal précisées, et puis on lui attribue des dangers notables. Quant à ses dangers, je suis convaincu qu'on les a exagérés. Je connais un praticien de Paris qui fait très-fréquemment l'artériotomie; M. Larrey y a souvent recours à l'hôpital des Invalides, et je la lui ai vu pratiquer sur des sujets âgés avec aussi peu de souci que si c'était une saignée ordinaire, et jamais il n'a eu de ces graves accidens. Ici le raisonnement est en quelque sorte surpris; il semble que l'anévrisme en devrait être la conséquence inévitable, et cependant, loin de là, la guérison a lieu dans l'espace de quelques jours. Il me paraît donc utile d'attirer sur ce moyen l'attention des praticiens.

M. Louyer-Willermay. Je peux citer deux faits à l'appui du peu de danger de l'opération en elle-même. Il y a dix ou douze ans qu'un Espagnol dans l'âge adulte, de constitution robuste, et très-sanguin, fut frappé d'apoplexie; un médecin anglais fut appelé d'abord et pratiqua l'artériotomie; l'opération était faite quand j'arrivai. Du reste, le malade succomba : il y avait un épanchement séreux dans un côté du crâne et une inflammation cérébrale de l'autre côté. Le second malade était encore un adulte très-fort et très-sanguin, et qui fut aussi frappé d'apoplexie. Un chirurgien de nos collègues avait été appelé; il avait ouvert la veine, prescrit des sangsues, des vésicatoires; rien n'avait agi. Je me rappelai mon premier fait, et je conseillai l'artériotomie; le chirurgien hésita d'abord, et la fit enfin. Nous eûmes un peu de peine à arrêter l'hémorrhagie, mais enfin elle s'arrêta très-bien. Le malade mourut. (Rire général.) Messieurs, ces faits auront leur valeur comparés à d'autres; la vérité avant tout!

M. Sanson. Je crois aussi pour ma part qu'en certains cas l'artériotomie a de grands avantages; ainsi la perte de sang artériel arrête mieux une phlegmasie rapide qu'une soustraction d'une égale quantité de sang veineux, et j'ouvre fréquemment l'artère temporale dans les ophthalmies. Mais je ne conviens pas qu'elle ait si peu d'inconvéniens qu'on le dit. Ainsi, elle a quelquefois donné lieu à des anévrismes; mais ce qui est à craindre surtout, ce sont des hémorrhagies qui, si elles ne sont pas promptement réprimées, peuvent avoir des effets très-sérieux; et cela est si bien reconnu que quelques auteurs ont conseillé pour les arrêter de couper complètement l'artère, ce qui favorise sa rétraction. Ce moyen me paraît en effet rationnel.

M. Rochoux. J'avoue que j'éprouve quelque méfiance en entendant vanter si haut l'efficacité de l'artériotomie. Si elle était réellement efficace, il est probable qu'on ne l'aurait pas ainsi mise en oubli; mais l'artériotomie, la trachéotomie, comme la saignée de la pituitaire, qu'on trouve dans Arétée, et qu'on a voulu renouveler de nos jours, toutes ces opérations sont tombées, parce qu'elles devaient tomber, parce qu'elles ont offert sans doute plus d'inconvéniens que d'avantages. Je reste dans le doute. Je doute fort aussi si l'on peut soutenir que la soustraction du sang artériel est plus efficace que celle du sang veineux; et, vu la difficulté de cette opération nouvelle, j'incline fort à lui préférer la saignée. J'approuve cependant les recherches faites dans le but d'éclaircir cette question; et j'appuie les conclusions du rapport.

M. Renauldin. Je fais un usage assez fréquent de l'artériotomie, à l'hôpital Beaujon, dans les affections graves du cerveau. Je n'ai jamais vu cette opération amener d'accidens notables; bien plus, c'est que souvent elle ne donne pas la quantité de sang nécessaire; et bien souvent il faut ouvrir les deux temporales à la fois. J'ai bien fait faire 25 à 30 fois l'artériotomie; et n'ayant jamais vu d'hémorrhagie, je regarde comme fort peu de chose les inconvéniens qu'on en redoute. Mais quant à l'efficacité thérapeutique, c'est autre chose; et je ne lui en crois pas davantage qu'à la simple saignée du bras.

M. Maingault. Lorsque j'étais interne à Bicêtre, le médecin qui dirigeait le service était fort partisan de l'artériotomie; et je l'ai bien pratiquée 60 à 80 fois; jamais je n'ai vu s'en suivre ni hémorrhagie, ni accidens; et cependant nous avions souvent affaire à des aliénés furieux. Mais je dois ajouter que je n'en ai pas vu retirer d'avantages réels, pas même de soulagement notable. Une fois je l'ai faite sur un enfant qui avait reçu une bûche sur la tête et était plongé dans un coma profond; il mourut le lendemain; et l'artériotomie n'avait pas empêché un épanchement de se former dans le crâne. Elle a donc peu de valeur comme moyen thérapeutique. Sous le rapport du procédé opératoire, il y a une petite difficulté à signaler : il est presque impossible de calculer exactement le degré de force à employer pour ne faire qu'une section incomplète de l'artère. Une fois j'ai eu occasion d'examiner l'état des choses à l'autopsie, le sujet étant mort d'une autre cause. L'artère était complètement coupée; ses deux bouts rétractés et bouchés par un caillot blanchâtre.

M. Sanson. Quand on ne la divise pas complètement, il y a lieu de craindre l'hémorrhagie. Il n'y a pas quinze jours qu'une artériotomie a été suivie au cinquième ou sixième jour d'une hémorrhagie assez forte, dans mon service à l'Hôtel-Dieu; et bien qu'on l'ait arrêtée le lendemain, le malade était d'une pâleur remarquable. Si au contraire on la divise tout-à-fait, selon la remarque de M. Renauldin, on n'a pas souvent la quantité de sang voulue.

M. Velpeau. Je ne crois pas que la science soit en mesure de décider si l'artériotomie est préférable à la saignée; mais au moins doit-elle produire les mêmes effets. Quant aux causes qui l'ont fait rejeter, je l'ai déjà dit, la plupart des médecins s'effraient outre mesure de dangers imaginaires; et l'hémorrhagie même, quand elle arrive, est peu à redouter. Un des malades saignés par M. Larrey a eu 15 à 17 hémorrhagies successives; mais on les arrêtait toujours. D'ailleurs c'est un accident très-rare; et l'on doit des remerciemens à M. Magistel pour s'être élevé contre ces craintes exagérées.

M. Dumeril. Je me bornerai à une simple réflexion physiologique. Je comprends que la section de la temporale soit utile contre l'ophthalmie; les anastomoses l'expliquent; mais comment expliquer son action dans le coma, la phrénésie, etc., où le sang qui engorge le cerveau vient d'ailleurs et ne communique point avec celui de cette artère? La saignée du bras est alors tout aussi bonne; et je crois que la connaissance plus exacte du grand phénomène de la circulation a été, et justement, pour beaucoup dans l'oubli où l'on a laissé l'artériotomie.

M. Pariset. J'ai souvent eu recours à l'artériotomie dans ces affections, principalement quand la tête est le siége d'une congestion sanguine très-prononcée, et toujours j'ai obtenu de bons résultats, sans que l'opération elle-même fût jamais suivie d'accidens.

M. Itard. Je l'ai pratiquée aussi dans des cas à peu près semblables à ceux qu'indique M. Magistel, et principalement dans les congestions cérébrales, et je n'ai pas vu qu'elle eût plus d'avantages que la saignée; au contraire, il m'a paru que ses résultats étaient beaucoup moins soutenus et durables. Pour les accidens, je dois ajouter que l'anévrisme succède très-fréquemment, si on ne laisse le bandage que huit à dix jours; il faut donc le maintenir en place plus long-temps.

M. Maingault. La compression est si facile à exercer dans cette région, que s'il survient une hémorrhagie ou un anévrisme, il faut l'attribuer à la négligence du chirurgien.

M. Dupuy. Il y a une précaution de plus à prendre qu'indiquent les expériences. Quand on divise une artère sur un chien vivant, sans diviser en même temps la gaîne qui entoure le vaisseau, la rétraction de celui-ci est empêchée; on risque beaucoup alors d'avoir une hémorrhagie. Si la gaîne est divisée en totalité, le danger est beaucoup moindre; chaque bout artériel se rétracte quelquefois d'un demi-pouce; ce résultat est fait pour étonner ceux qui n'en ont pas été témoins. Il faut donc couper à la fois et l'artère temporale et le tissu cellulaire qui l'entoure.

M. Bouillaud résume en peu de mots la discussion. Le rapport et ses conclusions sont mis aux voix et adoptés.

RAPPORT SUR UN NOUVEAU SÉCATEUR UTÉRIN.

M. Capuron fait un rapport sur un sécateur utérin, instrument inventé par le docteur Aronssohn, agrégé en exercice chargé du cours de médecine opératoire près la Faculté de médecine de Strasbourg. Après avoir décrit cet instrument, il examine en détail les avantages que l'auteur lui attribue, et conclut, non-seulement qu'il ne les possède pas, mais qu'il est tout-à-fait inutile, attendu que les praticiens qui ont jugé à propos de couper le col de l'utérus n'ont presque jamais eu besoin que du bistouri et de l'érigne de Museux, dont les avantages sont de joindre la promptitude à la simplicité. Cependant, malgré cette désapprobation, la commission propose d'écrire une lettre de remerciemens à l'auteur, de conserver son instrument dans les archives, et de mettre son nom parmi ceux des candidats pour les places de correspondans, en récompense de ses bonnes et louables intentions.

M. Maingault. L'Académie avait décidé il y a quelques années que tout auteur qui présenterait un instrument serait tenu d'en déposer un modèle. Cette déci-

sion avait deux avantages; elle garantissait à l'auteur son droit de priorité, et elle aurait enrichi la collection de l'Académie. Je demande qu'elle soit remise en vigueur à l'avenir.

M. Mérat. Il y a des instrumens d'un si haut prix qu'on n'oserait en demander un exemplaire; à la vérité, l'auteur pourrait au moins en déposer un dessin, mais nous n'avons pas le droit de l'exiger.

M. Desportes. Il faut en faire une condition essentielle pour les auteurs qui voudront présenter des instrumens et obtenir un rapport.

M. Moreau. Cela est d'autant plus nécessaire que, faute de cette précaution, l'Académie a été quelquefois compromise. Ainsi, on lui présente un instrument; la commission en signale les avantages, mais aussi les défauts; l'auteur corrige son instrument sur ces indications, et va ensuite se plaindre de l'injustice des reproches de la commission. En conservant l'instrument ou le dessin primitif, on préviendra cet abus.

M. Velpeau. Enfin, cela peut devenir très-utile à la science même, et prévenir une foule de discussions interminables. Ainsi pour la lithotritie, on sait que le premier instrument lithotriteur fut présenté à la société de médecine de la Faculté en 1817; mais comme elle n'avait gardé aucune copie officielle du dessin, on a soutenu plus tard que l'instrument avait subi de grandes modifications d'après des idées étrangères, et l'on sait les débats qu'a excité la question de priorité.

Le rapport est adopté avec ses conclusions. La proposition de M. Maingault est également mise aux voix et adoptée.

Mémoire sur un cas grave de maladie syphilitique, par M. Reynaud, professeur à l'école de médecine de la marine à Toulon. — Rapport par M. Cullerier. — Discussion.

Un matelot âgé de 26 ans, de taille moyenne et d'embonpoint médiocre, fut admis dans le service de M. Reynaud le 9 avril 1833. Il était affecté depuis douze jours d'une gonorrhée, d'engorgement des ganglions inguinaux et d'ulcérations au pubis; au dire du malade, ces symptômes avaient commencé à paraître quinze jours après l'infection.

Le 12 avril, le cyanure de mercure associé à l'opium fut administré en pilules; le malade en avait pris 25 grains le 24 mai. A cette époque, un autre médecin prit le service; celui-ci substitua au cyanure la liqueur de Van Swieten, et les frictions après huit jours de repos. Le 20 juillet, on avait employé 4 onces d'onguent mercuriel et 29 cuillerées de liqueur. Une fluxion salivaire fit suspendre l'usage du mercure jusqu'au 28 juillet La liqueur mercurielle fut reprise et associée à un rob antisyphilitique. Le 7 septembre, le malade avait pris 9 bouteilles de rob et 62 cuillerées de liqueur; dès lors l'usage du mercure fut entièrement cessé. Il y avait donc eu d'employé : 1° 25 grains de cyanure de mercure; 2° 4 onces d'onguent mercuriel; 3° 91 cuillerées de liqueur. On ignore si le rob contensit du mercure Ce traitement dura six mois; les symptômes locaux, soignés convenablement, n'avaient éprouvé que des modifications sans disparaître complétement. Mais en août, après les premières doses du rob, la peau de la face, du tronc et des membres fut envahie par des pustules qui amenèrent la chute presque complète des cheveux, des sourcils, des cils et de la barbe.

Le 8 septembre, le médecin substitua au mercure les préparations iodées; on donna des dissolutions d'iode et d'iodure de potassium dans l'eau distillée. Du 8 septembre au 10 novembre, 49 gros d'iodure de potassium et deux gros et demi d'iode furent employés; ces médicamens furent donnés, comme on le voit, à haute dose. Dans les premiers jours de novembre, M. Reynaud reprit le service. Les ulcérations pansées avec des substances diverses, mercurielles ou autres, ne furent cicatrisées entièrement qu'à cette époque. Le malade était dans un état de maigreur extrême, les symptômes secondaires s'étaient aggravés, mais le moral du malade était bon. M. Reynaud crut devoir supprimer toute médication; il se borne à prescrire un bon régime et des bains repetés.

Le 5 décembre il prescrivit une tisane de saponaire et des frictions sur les croûtes des bras avec la pommade d'iodure de soufre, mais bientôt le testicule gauche se tuméfia et devint douloureux. Les cataplasmes émolliens apaisèrent les douleurs; mais l'épididyme resta engorgé. Dans le courant de décembre les symptômes d'une entérite violente se déclarèrent; cette inflammation résista pendant près de deux mois au traitement approprié. Cependant le premier février l'état du malade n'offrait plus rien d'alarmant; les symptômes s'amélioraient sensiblement, lorsque le 12 mars, le testicule droit s'enfla subitement sans douleur. Quelques jours suffirent pour réduire la tumeur à un simple engorgement de l'épididyme. Une ophthalmorrhée se déclara en même temps et vint compliquer encore la maladie.

Le 22 mars, M. Reynaud se décida à prescrire l'hydrochlorate d'or et de soude. Il quitta de nouveau le service; mais le médicament fut continué en son absence pendant les mois d'avril et de mai. Dès le 28 avril, des symptômes de congestion sanguine vers la tête nécessitèrent l'emploi des saignées, des vésicatoires, et ne disparurent qu'à la suppression des préparations d'or ordonnée par M. Reynaud à son retour.

Six grains d'hydrochlorate d'or et de soude avaient été administrés. Le malade était faible; un mouvement fébrile avec exacerbation le soir le fatiguait. Les symptômes d'ophthalmie persistaient; une tumeur gommeuse s'était développée au-dessous de l'angle droit de la mâchoire inférieure. Un traitement adoucissant ramena un peu de calme; mais le 14 juin une série de symptômes cérébraux incessamment croissante commença; accès épileptiformes, contracture des membres, hémiplégie à droite, affaiblissement des sens. La mort arriva le 24 juin après 14 mois et demi d'hôpital, 9 mois et demi après la cessation du mercure.

L'*autopsie* fit reconnaître des désordres en rapport avec les phénomènes pathologiques divers dont on vient de lire l'analyse, mais qui importent peu au résultat auquel l'auteur est arrivé.

M. Reynaud se demande quelle est la cause de tous ces désordres; faut-il les attribuer à la syphilis ou bien aux traitemens divers? Les symptômes primitifs sont bien le produit évident de relations avec une femme malade; les symptômes secondaires, tels que l'éruption qui a persisté jusqu'à la mort peut encore être rigoureusement attribuée à la syphilis, quoique pourtant il y eût eu déjà beaucoup de mercure employé; mais, ajoute-t-il, peut-on raisonnablement rattacher à cette maladie l'engorgement des testicules, la tumeur gommeuse, survenue alors que le malade avait pris des remèdes en quantité suffisante pour anéantir l'infection la plus formidable, et les symptômes d'entérite et cérébraux qui ont précédé la mort du sujet?

M. Reynaud répond par le doute à ces questions; il semble toutefois rattacher les derniers accidens à l'action des médicamens; et comme on a retrouvé le mercure dans la substance cérébrale, il se demande encore si l'on peut admettre que cette substance soit à l'état métallique, soit à l'état de chlorure, séjourne impunément dans nos tissus et surtout dans la masse cérébrale?

M. le rapporteur fait observer d'abord que quand les symptômes cérébraux graves se sont manifestés, il y avait neuf mois que le mercure avait cessé d'être employé; et si ce métal doit en être accusé, on a droit de s'étonner qu'il ne les ait pas produits plus tôt Ce n'est pas que M. Cullerier veuille dire que le mercure ne soit pas nuisible à l'économie; mais il faut encore ajouter ici que c'est pendant l'usage de l'iode et de l'hydrochlorate d'or, médicamens non moins actifs que le mercure, que l'entérite et la céphalite se sont développés; on peut donc présumer qu'ils n'ont pas été sans influence sur leur développement.

Une circonstance remarquable, c'est qu'à la mort du malade il existait encore des signes non-équivoques de la syphilis; car l'éruption cutanée avait conservé ses caractères, et la tumeur gommeuse, aussi bien que l'engorgement des testicules, ne peuvent se rapporter à une autre cause malgré le doute de M. Reynaud; et cependant, comme le dit l'auteur, des remèdes avaient été employés en quantité suffisante pour anéantir *l'infection la plus formidable*. Pourquoi la guérison n'a-t-elle pas eu lieu? C'est, il faut le reconnaître qu'il y a des syphilis qui résistent à tous les moyens thérapeutiques; ou pour mieux dire, c'est qu'il y a des individus infectés chez lesquels on ne peut détruire cette fatale impression apportée chez eux par la syphilis, malheureux privilège dont les exemples ne se représentent que trop souvent! Dans des cas de ce genre, nous avons souvent observé, dit M. le rapporteur, qu'il était préférable de ne rien faire du tout comme remède, et que le changement des conditions hygiéniques amenait quelquefois une guérison inespérée.

Désirant s'assurer s'il ne restait dans les tissus aucune trace des nombreux traitemens subis par le malade, M. Reynaud pria M. Marchand, chef des travaux chimiques, de l'aider dans cette recherche; ce chimiste soumit différens tissus à une série d'expériences qui paraissent avoir été faites avec le plus grand soin; ainsi il examina par le procédé indiqué par MM. Orfila et Devergie (*Dict. de méd. et de chir. pratique*, t. XI), la moelle cérébro-spinale, des parties musculaires et fibreuses de la jambe, et un tibia; le cerveau seul présenta des indices de la présence du mercure à l'état de chlorure

M. le rapporteur n'entreprend pas d'expliquer comment le mercure a pu séjourner dans la pulpe cérébrale seulement et non dans les tissus musculaire et osseux; mais il regrette que l'on ne se soit pas occupé en même temps de constater la présence ou l'absence de l'or et de l'iode dans les mêmes tissus.

Quelque ait été d'ailleurs le succès obtenu par M. Marchand, relativement au mercure, des expériences faites à Paris par M. Devergie par son procédé et dont les résultats ont été négatifs, laissent du doute dans l'esprit. M. le docteur Colson, ancien élève de l'hôpital du Midi, ayant retrouvé le mercure dans le sang extrait de la veine chez des personnes qui avaient pris une assez forte dose de sublimé (*Archives de médecine*, 1826), ce fait réveilla de nouveau l'attention des médecins. M. Devergie désira répéter les expériences de M. Colson, il pria M. Cullerier de lui fournir du sang, de l'urine et de la salive de vénériens qui avaient pris beaucoup de mercure. Ayant échoué d'abord, il attribua cet insuccès à l'insuffisance des procédés analytiques, et imagina celui qui a été indiqué ci-dessus, et par lequel on peut reconnaître le mercure étendu dans 120,000 parties de sang ou d'un autre liquide, mais il ne fut pas plus heureux avec ce procédé qu'avec les autres. M. Devergie n'a pas expérimenté sur les solides, mais ses expériences sur les liquides sont positives et ont eu M. Cullerier pour témoin. D'après cette contradiction entre les résultats des travaux de deux chimistes distingués et qui ont opéré par les mêmes procédés, il nous est permis, dit M. le rapporteur, de ne pas considérer la question comme jugée et d'en appeler à de nouvelles recherches

La commission propose de renvoyer l'observation de M. Reynaud au comité de publication, et d'inscrire l'auteur sur la liste des candidats aux places de correspondans.

M. Gérardin. Cette observation a d'autant plus d'importance qu'elle tend à réformer une opinion soutenue dans une des discussions de l'Académie par M. Cullerier lui-même. Il avait avancé qu'il était impossible de régénérer à l'état métallique le mercure entré par l'absorption dans nos tissus; le fait de M. Reynaud est positif, le mercure a été retrouvé. Mais est-ce donc là le seul fait de ce genre? Lorsqu'à notre retour de Russie, nous visitâmes le beau cabinet d'anatomie pathologique de Strasbourg, on nous montra un crâne affecté d'exostoses et d'ulcérations dues à la syphilis; on voit très-manifestement sur cette pièce le mercure à l'état métallique incrusté dans les fibres osseuses. En 1806, la société de Gœttingue proposa pour sujet de prix cette question : si la régénération du mercure absorbé dans l'économie peut avoir lieu? La plupart des concurrens soutinrent l'affirmative; et j'ajouterai que M. Lobstein a également adopté cette opinion.

M. Itard. M. Raynaud ne l'a pas retrouvé à l'état métallique, mais à l'état de chlorure, mais Hunter cite un cas dans lequel le mercure métallique fut retrouvé dans la trame osseuse du tibia

M. Velpeau. Il y a dans les auteurs un grand nombre de faits du même genre.

M. Chevallier demande si le mercure était à l'état de proto ou deuto-chlorure?

M. Cullerier. Cela n'est pas indiqué; probablement il s'agit de proto-chlorure.

M. Cruveilhier. J'ai fait à ce sujet quelques expériences qui me furent suggérées par la circonstance que voici : une femme avait été prise à l'hôpital de l'Observance d'une péritonite puerpérale; on la traita par les frictions mercurielles sur le ventre et sur les cuisses; elle succomba, et l'on m'assura qu'on avait retrouvé du mercure dans les mamelles. Pour fixer mon opinion à cet égard, je pris

des chiens sur lesquels je fis faire des frictions mercurielles et sur le ventre et à la partie interne des membres postérieurs; et pour être plus sûr qu'il y eût le moins possible de mercure perdu, après chaque friction, je faisais envelopper l'animal d'une chemise de cuir. En huit jours de ce régime, ils avaient les gencives gangrénées, ils succombèrent à une véritable infection mercurielle; car ils étaient tellement saturés de mercure qu'ils en rendaient par les selles. M. Guérard chercha à constater la présence du mercure dans les divers tissus par tous les moyens, il ne put pas en retirer un atome.

M. Louyer-Willermay. L'observation de M. Reynaud s'éloigne de la plupart des autres, en ce que le mercure séjournait depuis neuf mois dans la pulpe cérébrale. Je possède un fait qui montre que le mercure peut ainsi demeurer longtemps caché dans l'économie, puis révéler tout à coup son action. Un capitaine de hussards attrapa la syphilis, en 1807, à Barcelonne: il fut traité et guéri par le mercure. Un an après, de retour à Paris, il va à l'école de natation, y prend froid, et est subitement atteint d'une salivation intense. N'était-ce pas la suite probable du traitement fait un an auparavant ?

M. Cullerier fait ressortir cette singulière opposition entre les résultats de M. Reynaud, qui a retrouvé le mercure au bout de neuf mois, et ceux de M. Cruveilhier qui n'en a pu retrouver presque immédiatement après l'avoir administré à grandes doses. Il pense qu'il faut se méfier de certaines apparences, et que quelquefois le mercure retrouvé dans les tissus y avait été introduit après la mort pour quelque cause que ce fût, dans les os, par exemple, pour montrer la continuité de leurs cellules.

M. Rochoux. S'il est quelque chose de certain en logique, c'est que tous les faits négatifs du monde ne sauraient détruire un seul fait positif. Or ce fait positif, vous l'avez ici; M. Reynaud a retrouvé le mercure, M. Colson avait lui était arrivé au même but; j'ai donc été très-surpris d'entendre M. le rapporteur dire qu'il restait encore du doute. Mais d'ailleurs le mercure n'est pas la seule substance prise par absorption et retrouvée par l'analyse chimique; les Anglais et les Allemands, qui se sont beaucoup occupés de ce sujet, ont ainsi retrouvé plus d'une vingtaine de substances minérales.

La discussion est close, le rapport et les conclusions sont adoptés.

Séance levée à cinq heures

— La commission chargée de préparer les matériaux de la séance publique annuelle est nommée; elle se compose de MM. Dupuy, Velpeau, Itard, Villeneuve et Lodibert.

GUÉRISON D'UN ANUS ARTIFICIEL PAR LA SUTURE DE SON ORIFICE EXTERNE.

— L'individu qui fait le sujet de l'observation suivante a été montré à l'Académie par M. Velpeau dans la dernière séance.

Obs. — Un homme adulte portait une hernie inguinale qui s'étrangla; on le réduisit en bloc; les accidens persistèrent; et enfin il se forma un abcès stercoral qui s'ouvrit au-dessus du ligament de Poupart. Delà un anus contre nature, qui durait déjà depuis trois ans, lorsque le malade vint se mettre sous les soins de M. Velpeau. Comme il n'y avait pas d'éperon, on ne crut pas devoir se servir de l'entérotome; M. Velpeau aviva le contour de l'ulcère, en réunit les bords par suture; et pour en assurer l'effet et relâcher les parois du ventre, pratiqua une incision profonde à deux pouces de chaque côté de la plaie. La guérison fut complète; elle se soutient déjà depuis six semaines; les selles ont lieu sans difficulté, et la cicatrisation est parfaitement solide

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

PLAIE DE TÊTE COMPLIQUÉE DE FRACTURE DU CRANE AVEC ENFONCEMENT ET DE CONTUSION VIOLENTE DU CERVEAU, avec issue au dehors de quelques fragmens de substance cérébrale; guérison sans trépanation. Par M. Woiller, D.-M. P., médecin de l'établissement des aliénés de Clermont (Oise).

L'observation suivante, qui m'a été rappelée par la lecture du travail de M. Malgaigne inséré dans le numéro du 23 janvier dernier, me paraît offrir une nouvelle preuve à l'appui des conclusions posées par ce chirurgien.

Obs. — Le 8 novembre dernier, je fus appelé à Esquety, village des environs, pour secourir un homme qui avait reçu un coup de pied de cheval à la tête. J'arrivai auprès de lui deux heures après l'accident; on m'apprit qu'il avait 60 ans, une constitution frêle, mais du reste une bonne santé habituelle. Renversé et étourdi par la violence du coup, il était presque aussitôt revenu à lui, et, avec l'assistance de deux personnes, avait pu se relever et regagner sa demeure. Depuis l'accident, il avait perdu une grande quantité de sang.

Je trouvai le malade couché sur le dos, les yeux fermés. Ayant immédiatement débarrassé la tête des caillots qui la couvraient, je constatai l'existence d'une plaie de 2 pouces et demi de long. Une de ses extrémités était parallèle à la moitié externe du sourcil droit, dont elle était distante d'environ 6 lignes; de là, la solution de continuité se prolongeait en arrière et en haut en décrivant une courbe à concavité supérieure. La partie du crâne située au-dessus de cette plaie était notablement déprimée. Il s'écoulait, de la partie postérieure de la blessure, du sang d'un rouge vermeil; entre ses lèvres et parmi les caillots sanguins, je remarquai des particules blanches que j'enlevai pour les examiner au grand jour. Je reconnus que c'était des fragmens de la substance *blanche* du cerveau; l'un d'entre eux avait la grosseur d'un petit pois, et deux autres celle d'une lentille. Il était évident que j'avais affaire à un cas grave dans lequel il y avait, outre la plaie des tégumens du crâne, 1° fracture des os, 2° compression du cerveau au niveau de la dépression des parois crâniennes; 3° contusion violente du cerveau avec déchirure de ses membranes au niveau de la plaie. Les symptômes qui coïncidaient avec ces lésions étaient les suivans : les yeux étaient constamment fermés; il y avait un léger assoupissement sans perte de connaissance; les questions étaient entendues, et le malade y répondait très-bien à haute voix après un instant de silence. De temps en temps, il se retournait vivement dans son lit et faisait évidemment agir alors ses quatre membres Ces mouvemens ressemblaient à ceux que fait un homme agité et à moitié endormi, mais ils n'avaient rien de convulsif. Les muscles, sans être dans une résolution complète, n'offraient pas de rigidité. La sensibilité générale était intacte aux membres abdominaux et au membre thoracique droit, mais au membre supérieur *gauche*, elle était complètement éteinte; le malade laissait ce membre immobile, lorsque je pinçais celui-ci presque jusqu'au sang avec mes ongles. Le pouls donnait 70 à 80 pulsations par minute il était régulier, assez plein, quoique mou. Le corps avait sa chaleur naturelle; les mouvemens respiratoires étaient calmes, sans aucun râle; il n'existait pas de bruit de soufflet. Au niveau du cœur, aucune excrétion involontaire n'avait eu lieu depuis l'accident.

Je pensai qu'il était peu important de remédier à la compression du cerveau, attendu qu'il n'en existait aucun symptôme bien tranché; et que toute mon attention devait se fixer sur l'hémorrhagie et sur la contusion violente du cerveau. J'avais donc deux indications à remplir : la première, de prévenir les suites funestes de l'hémorrhagie prolongée plus long-temps; la seconde, de combattre d'avance l'inflammation consécutive du cerveau.

Le sang qui s'écoulait provenait, d'une part, de la lèvre inférieure de la plaie, et, d'autre part, du fond de la plaie elle-même. La compression de l'artère temporale au niveau de la tempe faisait presque entièrement cesser l'hémorrhagie, qui était alors réduite à un suintement de sang très-peu abondant provenant du fond de la plaie, et probablement alimenté par les vaisseaux des membranes déchirées à son niveau Connaissant les travaux de M. Gama sur l'emploi des émissions sanguines locales dans les plaies de tête, je résolus de laisser ce suintement subsister jusqu'au lendemain, et d'arrêter seulement l'écoulement du sang qui provenait de la temporale Je pensai que le dégorgement de la partie se ferait bien plus directement de cette manière que par l'application permanente de sangsues renouvelées. J'appliquai donc un tampon de linge sur le trajet de l'artère, au-dessous de la plaie; une simple compresse sur celle-ci, puis un bandage approprié. Je me retirai après avoir prescrit une potion stibiée et l'application de cataplasmes sinapisés sur les membres inférieurs.

Le lendemain, je rencontrai chez le blessé son médecin ordinaire, M. D., celui-ci m'apprit que la veille, ayant vu le malade deux heures après moi, il l'avait trouvé très-affaibli par l'hémorrhagie, redevenue considérable par suite des mouvemens du patient qui avaient dérangé l'appareil: qu'il avait réappliqué celui-ci et arrêté complètement l'hémorrhagie. Ce jour-là, le malade était dans le même état que la veille. Je fis remarquer à mon confrère l'anesthésie complète du membre supérieur gauche avec conservation entière des mouvemens. Nous convînmes d'insister sur les révulsifs aux membres inférieurs et l'emploi du tartre stibié. Je ne suivis plus le traitement à partir de cette époque, m'attendant à apprendre sous peu de jours la mort de l'individu. Aussi, quelle ne fut pas ma surprise lorsque, vingt jours après, M. D... me dit que le malade allait de mieux en mieux? Les facultés intellectuelles étaient en bon état; les mouvemens libres, la sensibilité était revenue au bras gauche, mais la vue était complètement abolie pour les deux yeux. Six semaines plus tard, je fus instruit que l'amélioration avait persisté, et la cécité, diminuant de jour en jour. avait presque entièrement cédé à l'emploi de révulsifs cutanés énergiques. La plaie était cicatrisée, et le malade commençait à reprendre une partie de ses occupations.

Cette observation, tout incomplète qu'elle est, n'en est pas moins intéressante sous le triple rapport des lésions, des symptômes et de l'heureuse terminaison de la maladie. Il est évident pour moi que la guérison doit être attribuée à la quantité de sang perdue par le malade et au dégorgement local du cerveau qui a pu se faire au-dehors au niveau de la contusion; dans ce cas, l'hémorrhagie a évidemment agi comme l'auraient fait les sangsues permanentes de M. Gama. Le tartre stibié doit cependant avoir aussi sa part dans la guérison survenue.

La première observation du mémoire de Quesnay sur les plaies du cerveau (Mém. Acad. chir., t. II, pag. 124, in-8°), a la plus grande analogie avec celle que je viens de citer.

Woiller,
Médecin de l'établissement des aliénés de Clermont (Oise).

— *La pratique des accouchemens en rapport avec le physiologie et l'expérience*, par J.-F. Schweighauser, médecin en chef de l'hôpital civil de Strasbourg. Un vol. in-8° de 320 pages. Prix: 5 fr.
A Paris, chez Germer-Baillière, rue de l'École-de-Médecine, n° 13 *bis*.

— Un concours pour la chaire de physiologie à la Faculté de Strasbourg s'ouvrira le 26 mai prochain.

BIBLIOGRAPHIE.

CLINIQUE DE LA MALADIE SYPHILITIQUE, par M. DEVERGIE, D.-M. P., chirurgien-major à l'hôpital du Gros-Caillou, etc.; enrichie d'observations communiquées par MM. Cullerier oncle, Cullerier neveu, Bard, Gama, Desruelles, etc.; avec un atlas de 126 planches gravées en taille douce et coloriées, représentant 140 sujets (1).

Ce grand ouvrage, qui n'a pas demandé moins de sept années pour être terminé, a été l'objet de jugemens très-divers. Commencé à une époque de lutte scientifique, lorsque la doctrine physiologique, parvenue naguère au plus haut degré de prospérité, n'avait pas encore fait vers sa décadence ces derniers pas que nous avons vus si rapides, la *Clinique de la maladie syphilitique*, qui semblait soumettre à la loi unique de l'irritation des affections qui jusque là y avaient échappé, fut reçue par les disciples de M. Broussais avec des cris de triomphe, tandis que les opposans, minorité assez faible alors, du moins dans la presse, ne lui épargnèrent pas les critiques. Comme il arrive d'ordinaire, et les éloges et les critiques, dictés par la passion du moment, ne s'arrêtèrent pas toujours dans de justes limites; et ce qui est bien remarquable, l'auteur tour à tour élevé ou rabaissé outre mesure pour avoir banni le mercure du traitement de la syphilis, n'a précisément rien fait ni rien dit de semblable; seulement il a cherché à préciser les cas dans lesquels le mercure doit être employé, et à la vérité il a beaucoup restreint les indications de ce médicament héroïque.

Aujourd'hui que la question de la syphilis est à l'ordre du jour, que toutes les opinions, lassées d'une lutte sans résultat, se traitent avec plus de tolérance et ne demandent qu'à s'éclairer l'une par l'autre, le temps est venu de juger ce livre, le plus important sans contredit que notre siècle ait produit sur la syphilis, et le seul qui représente bien l'état de la thérapeutique dans les deux grandes cliniques syphilitiques de Paris, le Val-de-Grâce et l'hôpital des vénériens. Il est divisé en deux parties; l'une presque purement théorique, destinée à la discussion des questions générales; l'autre pratique, dans laquelle le traitement de chaque symptôme est appuyé sur de nombreuses observations. Nous suivrons le même ordre dans notre analyse, et ainsi nous aurons occasion de toucher en passant à quelques-uns des grands problèmes dont la solution divise aujourd'hui les médecins.

Le premier qui se présente est celui de l'origine de la syphilis; et M. Devergie, profitant largement des recherches de M. Jourdan, n'hésite point à se ranger de la même opinion, savoir : que les accidens syphilitiques étaient connus des anciens. La thèse contraire a été récemment soutenue avec beaucoup de talent par M. Gibert dans la *Revue médicale*; et il ne sera pas sans intérêt de rappeler ici les argumens sur lesquels il s'appuie, et qu'il a d'ailleurs presque entièrement empruntés à Astruc.

Il semble au premier abord que la question soit des plus simples; et que pour savoir si la chaude-pisse, par exemple, était connue des anciens, il suffise d'ouvrir leurs livres et de voir s'ils en ont traité. Or, il n'y a sur ce point aucun doute; Moïse en parle fort clairement; Hippocrate, Celse, Arétée, Galien, Oribase, Aétius, Alex. de Tralles, Cælius Aurélianus, Paul d'Egine, la décrivent, de même que tous les autres symptômes, bubons, ulcères, végétations, pustules, chute des cheveux et des poils, maladies des os, etc. On accorde tout cela; mais, soit pour la gonorrhée, soit pour les autres symptômes, on nie qu'ils fussent *syphilitiques*. Mais ce mot lui-même a aussi besoin d'être expliqué; signifie-t-il seulement contagieux? La gonorrhée aiguë, quelle que soit sa cause, est toute aussi contagieuse que la gonorrhée par infection; quant à sa bénignité, alléguée par Astruc, nous pouvons affirmer, d'après des observations exactes et nombreuses, qu'elle est toute aussi douloureuse que l'autre. Ou bien un symptôme ne sera-t-il syphilitique que quand il donnera lieu à des symptômes consécutifs? Alors on peut bien admettre que les anciens n'ont fait mention de rien de semblable; mais ils avaient oublié aussi la contagion de la gonorrhée. On allègue à la vérité, que la gonorrhée vénérienne n'a paru qu'en 1550; c'est un non-sens qui mérite à peine d'être relevé et qui ne signifie autre chose que ceci : qu'en 1550 seulement on a commencé à rapprocher la gonorrhée des autres symptômes attribués à la vérole; opinion théorique dont la date n'a nulle valeur pour le fait. Et que diraient les partisans de l'origine récente de la syphilis si on leur faisait voir que la fameuse épidémie de 1495, à laquelle on la rapporte, n'offrait point non plus cette liaison des symptômes primitifs aux symptômes secondaires?

Mais il y a bien plus; c'est que cette épidémie était une affection tellement différente de la syphilis que nous observons aujourd'hui, que nous avons toujours eu peine à comprendre que l'on voulût rattacher l'une à l'autre. S'il y a quelque chose d'avéré dans cette histoire, c'est que la maladie se développait ou spontanément ou par contagion, sans qu'il fût besoin du coït avec une personne infectée. Alménar la définit : *une mauvaise disposition épidémique dans les diverses parties du corps, principalement dans le foie et les veines, et dans leurs humeurs, de laquelle suivent comme phénomènes des douleurs et des pustules partout le corps.* Grudpeck, en 1496, c'est-à-dire à l'époque de son apparition, lui donne le nom de *gorre* ou *gale pestilentielle*, et le nom même de *grosse vairolle* lui vient de là. Astruc lui-même a fait un chapitre fort curieux des changemens que subit la maladie; il lui distingue cinq périodes; et dans la première il n'y avait ni exostoses, ni végétations, ni gommes, ni bubons, ni chaudes-pisses; et il rapporte le témoignage d'Hercule Saxonia, qui assure très-expressément que *les premiers médecins qui ont traité de la vérole, tels qu'Aquilano, Leoniceno, Noel Montesauro, n'ont observé que trois symptômes, savoir : les maladies cutanées sous la forme de gratelle et de pustules, les douleurs et les tumeurs.*

Mais qu'était-ce donc que cette affection primitive? une dégénération de la lèpre, comme le veulent quelques-uns? C'est une imagination qui n'a pas même une apparence de preuve. Une maladie importée d'Espagne par les Juifs, ou d'Amérique par les Espagnols? cette dernière opinion a rallié un grand nombre de partisans, et M. Gibert la soutient encore, toutefois avec quelque réserve. M. Jourdan, et d'après lui M. Devergie, ont également traité cette question d'une manière satisfaisante; et il suffit de rappeler que la maladie se communiquait sans l'intermédiaire du coït, qu'elle se développait spontanément, que tous les médecins contemporains la rapportent à des causes météorologiques ou astronomiques, et enfin que, tandis qu'elle sévissait en Italie, l'Espagne en était à peu près exempte, pour se convaincre qu'il s'agit d'une épidémie vaste, intense, due à des causes inconnues, comme l'épidémie cholérique dont nous avons été témoins.

Il est donc très-naturel qu'on l'ait regardée à son apparition comme une affection inconnue, car elle l'était réellement; lorsqu'ensuite elle a cessé peu à peu, les médecins accoutumés à la voir partout, comme il arrive dans les grandes épidémies, lui ont rattaché des symptômes qui ne lui appartenaient point; Fernel est venu, avec sa théorie du virus, refaire entièrement son histoire, mais en donnant un démenti formel aux descriptions antérieures; à peu près comme nous avons vu de notre temps créer des gastro-entérites, en prenant dans les pyrétologistes quelques symptômes isolés, et regardant le reste de leurs descriptions comme non avenu.

C'est cette théorie du virus vénérien que M. Devergie examine ensuite; et il en rejette absolument l'existence, expliquant avec l'école physiologique tous les phénomènes consécutifs par les sympathies. Nous avouons que ni l'une ni l'autre théorie ne nous paraît inattaquable, et que celle du virus réunit peut-être encore le plus de probabilités. Peut-être d'ailleurs accorde-t-on trop d'importance à une discussion qui ne roule guère que sur des mots. Posez ces trois questions capitales : La syphilis se communique-t-elle par le contact d'une matière contagieuse? Les phénomènes locaux produits par ce contact peuvent-ils, même après un long temps, même après leur complète disparition, être suivis de phénomènes consécutifs qui semblent attester une infection générale? Ces symptômes consécutifs ne cèdent-ils pas mieux en général à un traitement particulier qu'à tout autre? Il est probable que toutes seront résolues par l'affirmative. Si cela suffit pour démontrer l'existence d'un virus, à la bonne heure; mais comme ce principe probablement matériel de la syphilis n'a pu encore tomber sous les sens, qu'il ne repose que sur une induction assez peu rigoureuse, nous n'y attachons, pour notre part, que la valeur d'une simple formule expliquant mieux les phénomènes de la syphilis que toute autre; de même que les physiciens se servent du mot d'électricité sans croire à l'existence démontrée d'un élément matériel électrique.

Une des plus fortes objections que l'on fasse valoir contre l'infection.

(1) Deux beaux vol. in-4° de texte, réunis en un seul, orné du portrait de l'auteur; et un vol. grand in-4° de planches. — Paris, 1826 — 1833, chez Maurice, libraire-éditeur, rue de Sorbonne, n° 3. — Prix net : 125 fr.

générale, est sans contredit la guérison de plaies accidentelles aussi rapides sur certains sujets syphilitiques chez des sujets; M. Devergie en rapporte des exemples. Mais cet heureux résultat n'a pas lieu toujours, et un argument non point puissant à opposer aux partisans des sympathies est l'hérédité de la vérole, que M. Devergie admet pleinement, en rapportant à l'appui deux observations de M. Cullerier.

Le chapitre consacré au traitement général de la syphilis est un des plus complets et des plus remarquables de l'ouvrage. L'auteur passe en revue la plupart des méthodes proposées jusqu'à nos jours, en insistant d'une manière toute particulière sur le mercure et les diverses manières de l'administrer. Ici revient encore une de ces questions oiseuses qui ont fait perdre plus de temps qu'elle ne méritaient sans doute. Le mercure est-il un spécifique de la vérole? M. Devergie cite des cas où le mercure a échoué, d'autres où il a accru les accidens, et prononce qu'il n'est pas spécifique. A ce compte le quinquina ne serait pas spécifique contre les fièvres intermittentes; car il s'en faut qu'il réussisse toujours; le vaccin même n'est pas absolument et sans exception préservatif de la variole. Posez la question d'une autre manière; quand l'inflammation est tombée, y a-t-il en général un médicament plus efficace que le mercure pour achever la guérison de la vérole? peu de médecins s'écarteront de la négative. M. Devergie admet qu'il peut être employé avec succès contre les maux vénériens, soit récens, soit consécutifs, employé à doses modérées, par des médecins judicieux; mais c'est une loi générale de thérapeutique, de n'administrer aucun remède qu'avec prudence et en suivant les indications. Il est beaucoup plus favorable au traitement par les sudorifiques, dont l'introduction dans la pratique fut, suivant ses expressions, un véritable bienfait pour l'humanité; toutefois, comme au mercure, il ne leur accorde qu'une propriété de révulsion. Mais s'il suffit d'une révulsion simple, pourquoi ne pas s'en tenir aux vésicatoires? Et s'il faut une révulsion spéciale, où est l'avantage d'adopter ce mot nouveau au lieu du mot ancien beaucoup plus clair et plus logique d'action spéciale?

Au reste, à tous ces traitemens, M. Devergie préfère de beaucoup, en thèse générale, le traitement par le repos, la diète et les antiphlogistiques. Il énumère dans de longs tableaux les résultats heureux obtenus par cette méthode dans les hôpitaux de la Suède, de Hambourg, de Munick, de Mayence, d'Angleterre, de Rennes, Lille, Strasbourg, Bayonne, Paris, etc.; et si l'on ne saurait tirer de ces tableaux des conséquences aussi absolues que l'auteur, du moins faut-il reconnaître que le traitement anti-phlogistique pur réussit fréquemment dans la syphilis soit primitive soit consécutive, et qu'il n'expose pas plus aux récidives en général que le traitement mercuriel. Ces deux propositions sont démontrées pour nous, qui avons suivi de près le service de vénériens de M. Desruelles, au Val-de-Grâce; et il est juste de reconnaître les éminens services qu'a rendus et que peut rendre encore cette nouvelle méthode. Mais nous sommes bien loin de la recommander d'une manière exclusive; d'une part, la pratique civile, soit que le repos et la diète soient moins bien observés, soit par toute autre cause, donne des résultats infiniment moins favorables que celle des hôpitaux; ensuite, un grand nombre de syphilis anciennes réclament presque impérieusement l'emploi du mercure, et y cèdent avec une rapidité admirable, comme on peut s'en assurer dans les salles de M. Gama, au Val-de-Grâce, et de M. Ricord, à l'hôpital des vénériens; enfin il est certains sujets, spécialement les constitutions scrophuleuses, chez qui la syphilis, même récente, résiste opiniâtrement au traitement simple, et force le médecin à recourir à une médication spécifique. C'est à l'expérience à préciser mieux encore les circonstances où le traitement simple suffit, et celle où le mercure devient nécessaire. Ces exceptions sont restées d'abord inaperçues ou ont été négligées comme peu importantes par les fondateurs et les partisans de la méthode simple. C'est un défaut trop naturel de l'esprit humain de se complaire et d'abonder trop dans ses idées; et si la lutte s'engage, de rejeter trop exclusivement les idées contraires; mais quand la guerre a cessé, que les passions se taisent, l'observation patiente et impartiale reprend son empire; et nous croyons pouvoir dire que M. Devergie lui-même, aussi bien que M. Desruelles, qui lui a succédé au Val-de-Grâce, ne sont plus si éloignés que dans le principe des idées que nous venons d'émettre et qui sont aussi, à peu de chose près, celles de MM. Ricord et Cullerier.

Mais c'est dans la seconde partie que cet ouvrage mérite réellement le titre de clinique de la maladie syphilitique. L'auteur y traite successivement des phlegmasies de la muqueuse génito-urinaire chez l'homme et chez la femme, en y comprenant le phimosis et le paraphimosis; des inflammations du testicule, du scrotum; des crevasses et des rétrécissemens de l'urètre; des ulcères vénériens selon toutes leurs formes et leurs différens sièges, des pustules, des bubons, des excroissances, et en un mot de tous les phénomènes primitifs ou secondaires de la syphilis. A chaque article sont jointes des observations puisées aux cliniques de l'Hôtel-Dieu, des vénériens, du Val-de-Grâce; les divers modes de traitement se trouvent ainsi mis en regard et jugés par l'expérience; et si l'auteur, entraîné par une prédilection un peu trop forte vers le traitement simple, avait un peu moins rétréci la part qu'il fait au traitement mercuriel, son livre serait certainement le traité le meilleur et le plus complet que nous eussions sur la matière. Peut-être, du reste, cette omission est-elle moins grave pour le principal but qu'il se proposait, savoir: de faire prévaloir, sinon toujours, au moins dans le plus grand nombre des cas, une méthode encore peu répandue et qu'il jugeait supérieure à l'autre. Les praticiens qui liront ces observations, sont suffisamment au courant de tout ce qui a été dit en faveur du traitement mercuriel; ce qui leur manque, et ce dont on a pu surtout signaler le défaut dans les discussions récentes qui ont eu lieu sur la syphilis, c'est la connaissance approfondie des progrès et des résultats de la méthode nouvelle; et l'ouvrage de M. Devergie en est certainement l'histoire la plus riche en documens généraux aussi bien qu'en observations de détail.

A part ce mérite incontestable, ce livre se fera encore rechercher pour le magnifique atlas qui y est joint; et qui, représentant tous les symptômes de la syphilis observés pendant une longue suite d'années dans les premiers hôpitaux de Paris, joignant aux observations écrites le complément de la gravure et du coloris, suppléerait à l'étude clinique même, si quelque chose pouvait y suppléer. Les belles horreurs modelées en cire par M. Dupont et qui attachent aujourd'hui les regards dans le Musée Dupuytren, ont toutes été reproduites; des dessins sur nature, faits par MM. Delestre et Vérollot, ont complété les lacunes qui restaient encore; et nous n'aurions que des éloges sans restriction à donner à la pensée qui a dirigé ce grand travail, et aux artistes dont le concours a si bien servi à l'édifier, si l'auteur, tout entier à la clinique vivante, pour ainsi dire, n'avait cru devoir laisser en dehors l'anatomie pathologique. Sans doute pour la plupart des phénomènes tout extérieurs de la syphilis, la vue des symptômes indique suffisamment leur nature; mais il en est d'autres, comme l'urèthrite, les rétrécissemens, les diverses variétés de l'orchite, pour lesquelles la dissection est indispensable. Espérons qu'un jour l'auteur sera en position de réparer cette lacune; et donnera ainsi à la France la gloire d'avoir produit pour les maladies syphilitiques un monument, auquel, tel qu'il est aujourd'hui, les autres nations n'ont encore rien à comparer.

VARIÉTÉS.

—M. Veret, chef des bureaux de la Faculté de médecine de Paris, prie instamment messieurs les docteurs reçus à cette Faculté, et qui n'ont pas encore retiré leur diplôme, de vouloir bien se présenter eux-mêmes pour le retirer; il leur sera délivré sur leur signature.

Ceux de messieurs les docteurs qui habitent la province voudront bien lui écrire directement en indiquant leur domicile, et il leur sera expédié *franco*, par l'entremise de M. le recteur de l'Académie d'où ils dépendent.

— Les argumentations des thèses pour le concours de clinique externe ont commencé vendredi 19 février, par la thèse de M. Jobert. Les séances auront lieu les vendredi, samedi, mardi et mercredi, à quatre heures.

— Le concours pour la chaire de clinique interne ouvert à Strasbourg le 2 janvier, doit se terminer cette semaine. Les deux concurrens qui se partagent à divers titres la faveur du public et des juges, sont MM. Forget et Aronssohn; nous instruirons nos lecteurs du résultat dans notre prochain numéro.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

PARIS. — ÉVERAT, IMPRIMEUR, RUE DU CADRAN, N° 16.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La Gazette médicale de Paris (*Gazette de santé* et *Clinique des hôpitaux* réunies) paraît tous les samedis de chaque semaine; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et équivaut à 6 feuilles in-8°. Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois. Pour l'Étranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Poissonnière*, n° 5, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

THÉRAPEUTIQUE GÉNÉRALE.

DES SAIGNÉES RÉPÉTÉES DANS LE DÉBUT DES MALADIES AIGUES.

(Deuxième et dernier article.)

Nous avons reconnu dans le premier article que les saignées copieuses et réitérées ont été recommandées par une foule de nos devanciers, dès le début de presque toutes les maladies aiguës prises en particulier. Nous avons prouvé de plus que cette pratique a été généralisée, et qu'elle a été proposée, sous une formule expresse, comme un système de thérapeutique, dans le traitement des maladies aiguës sans acception d'espèces ni de variétés, d'abord par Botal et son école, à la fin du seizième siècle, et plus tard par Dehaën au milieu du siècle dernier. De ces témoignages accumulés il est résulté cette vérité, que le traitement des maladies aiguës par les saignées répétées, qu'on avait fait passer pour une nouveauté, est âgé aujourd'hui de trois cents ans bien comptés, et que, dans cet intervalle, il a été deux ou trois fois au moins, tour à tour pratiqué, délaissé, repris et rejeté. Ces alternatives de faveur et de discrédit ne sont pas de bon augure pour ses prétentions nouvelles à une sorte d'infaillibilité. Ne nous prévalons pas encore des condamnations qui l'ont déjà frappé; prenons-le comme on nous le donne, ou comme s'il était fraîchement inventé; nous lui opposerons ensuite les épreuves contradictoires qu'il a eues à essuyer.

Un penseur a écrit que, pour se convaincre de la fausseté d'un principe, il fallait pousser ses conséquences aussi loin qu'elles pouvaient aller. En effet, ce mode d'argumentation le mène droit à l'impossible par le simple mouvement de la pente qu'il a tracée. Faisons l'essai de ce système dans la discussion de la pratique des saignées répétées : nous verrons bientôt qu'en l'abandonnant à ses conséquences rigoureuses, elle est loin d'offrir à la médecine clinique des motifs suffisans de sécurité.

Cette pratique, nous l'avons dit plusieurs fois, att que toutes les maladies aiguës par des saignées promptes, abondantes et réitérées. Un premier fait est impliqué dans cette prescription : c'est que toutes les maladies aiguës ne reconnaissent qu'une cause unique, et que cette cause est identique dans tous les cas. On ne peut comprendre sans cette condition que toutes les maladies soient accessibles à un seul et même traitement. Ainsi s'effacent devant le trait absolu de cette loi thérapeutique les distinctions étiologiques admises dans ces affections. De ce

---

Feuilleton.

AUTOPSIE DE LA TÊTE DE FIESCHI.

Le 21 février M. le docteur Lelut a procédé à l'autopsie de la tête de Fieschi à Bicêtre. La réunion était assez nombreuse : il y avait trois ou quatre notabilités phrénologiques et anti-phrénologiques, des hommes de lettres, des peintres, des dessinateurs, et pas un seul chirurgien. Cependant c'est sous le rapport chirurgical que le crâne de Fieschi était particulièrement intéressant. On publiera probablement cette observation avec tous les détails anatomiques nécessaires. Nous nous bornerons sur ce point à quelques remarques générales.

Le crâne présentait à l'extérieur les traces de deux plaies dont l'une occupait une notable portion de l'extrémité supérieure et postérieure du pariétal gauche; l'autre, beaucoup plus petite, était située un peu au-dessus de l'arcade sourcilière gauche. La lèvre inférieure présentait aussi, vers l'angle droit de la bouche, une cicatrice oblique de cinq à six lignes de longueur, si parfaitement formée, qu'on l'aurait facilement crue beaucoup plus ancienne, si l'époque des blessures n'eût pas été connue d'ailleurs. La plaie extérieure des tégumens au-dessus de l'oreille n'était pas entièrement fermée.

Les parties molles rabattues de tous côtés au moyen d'une incision cruciale, le crâne, mis à nu, offrait au point correspondant de la plaie du pariétal gauche, une élévation osseuse, ovalaire, de la grandeur d'une pièce de cinq francs à peu près, offrant à l'extérieur le même aspect physique que le reste de la surface crânienne. Le segment osseux était parfaitement circonscrit dans tout son pourtour. On ne pourrait mieux en faire comprendre la disposition, qu'en le comparant à un verre de montre enchassé dans son couvercle. Vers l'extrémité la plus inférieure de cette écaille existait une dépression ou plutôt un enfoncement irrégulier, de quelques lignes de diamètre; tout le reste de sa surface présentait une convexité unie, dans toute l'étendue de laquelle on n'apercevait aucune solution de continuité. La voûte du crâne sciée et enlevée, on a vu à l'intérieur une disposition complètement correspondante à celle de l'extérieur. A la portion convexe du segment ovalaire, répondait une concavité de même forme et de même dimension, et au point déprimé une saillie. Ce segment de cercle n'est autre chose qu'une portion du crâne même, enlevée en masse et d'un seul coup par la force du projectile comme aurait pu le faire un emporte-pièce, et qui, replacée ensuite dans tous ses rapports primitifs par le chirurgien, s'est consolidée et réunie. Quant à l'enfoncement qu'on y remarque, il a dû être produit par un projectile plus petit, et lancé dans une direction différente. Une pseudo-membrane très-mince tapissait toute la surface intérieure de la portion d'os, et la séparait de la dure-mère. Les membranes du cerveau sous la plaie et aux environs étaient parfaitement intactes, et n'offraient aucune trace de lésion extérieure ni même d'inflammation. Il est évident que le cerveau n'avait pas été atteint, ce qui

point de vue, des fièvres, s'il s'agit de citer des exemples, produites par des émanations marécageuses, par une grande fatigue intellectuelle ou morale, par un violent exercice, par des débauches de table ou par la présence des vers, passeront pour les mêmes maladies et figureront sur le même plan. On en peut dire autant des rhumatismes, des érysipèles, des phlegmons et des catarrhes, quelle que soit sous le rapport de l'origine la netteté de leur ligne de démarcation.

Un second fait ressort encore avec évidence du choix de ces moyens d'application; dans l'immense arsenal des instrumens de la thérapeutique, elle ne puise rien de plus que les émissions sanguines, saignées générales, saignées par les sangsues, saignées par les ventouses scarifiées. Que signifie cette préférence exclusive, si ce n'est que non-seulement toutes les maladies aiguës ont une cause unique et la même pour toutes, mais encore que cette cause n'est autre chose qu'une irritation phlogistique ou une inflammation? Et voilà la plus grande portion des domaines de la pathologie, retombée par suite de cette méthode sous le despotisme de la doctrine de l'irritation. Il est superflu de nous mettre en frais d'argumens contre ces retours tardifs à une doctrine trop usée pour laisser craindre qu'on parvienne à la restaurer. Contentons-nous de faire remarquer que la loi thérapeutique du traitement des maladies aiguës par les saignées répétées, n'est en définitive qu'une des queues des idées de M. Broussais.

Ce n'est pas assez d'être entraînés par cette loi à l'erreur palpable et surannée que toutes les maladies aiguës ont une seule et même cause, et que cette cause unique n'est que l'irritation. En y restant fidèle, on arrive encore à cette conclusion : que tous les malades ressentent uniformément l'action des causes morbides, et qu'ils réagissent tous dans le même sens. Que ces malades soient hommes ou femmes, jeunes ou vieux, faibles ou robustes, sanguins ou nerveux, bilieux ou lymphatiques, dès qu'il est constaté que l'affection est aiguë, en dépit des différences de sexe, d'âge, de tempérament, de constitution et d'idiosyncrasie, viennent le plus promptement possible des émissions sanguines réitérées! Cette méthode ne souffre qu'une restriction, c'est que selon les circonstances, il est nécessaire d'augmenter ou de réduire le nombre des saignées et de verser plus ou moins de sang. Cette réserve, exclusivement fondée sur le degré des émissions sanguines, est le seul changement que subisse la méthode en présence des différences frappantes ou de l'opposition radicale que les âges, les tempéramens et les constitutions introduisent à chaque instant dans le mode de sentir de l'organisme et dans les caractères pathologiques de sa réaction.

Les modificateurs de l'économie ne disparaissent pas moins que les dispositions individuelles sous la rigueur de cet inflexible niveau. Les influences de l'air, le pouvoir du régime, la longueur des habitudes, ne dispensent pas non plus de l'intervention de cette méthode curative, tant que la maladie est aiguë; ce qui revient à dire que l'action de ces influences se réduit à rien ou à si peu de chose, qu'on satisfait à toutes leurs exigences en ajoutant ou retranchant quelques onces à l'abondance moyenne des saignées; car d'ailleurs on doit toujours saigner largement et souvent, qu'on soit en hiver ou en été, que le temps soit rude ou tempéré, humide ou sec, constant ou irrégulier; que la maladie prenne naissance dans une exposition très-aérée ou dans le méphitisme d'un lieu trop renfermé; que les malades nagent dans l'opulence ou languissent dans la pauvreté. D'après les conséquences qu'elle entraîne, on voit que cette méthode thérapeutique renverse toutes les idées sur la nature des causes morbides, sur les aptitudes des malades et sur le rôle des modificateurs extérieurs. Nous allons montrer qu'elle n'est pas plus d'accord avec la saine pathologie sur la composition générale et la marche des maladies aiguës.

La méthode proposée se passe sans regret de l'étude analytique de ces maladies, ou plutôt elle n'a jamais dans ces maladies matière à analyser. L'analyse d'un état morbide suppose la présence d'un certain nombre d'élémens pathologiques dont il est intéressant de déterminer les propriétés. Les partisans des saignées à outrance n'ont que faire de cette analyse difficile. A leurs yeux, les maladies ne peuvent avoir qu'un seul élément, élément qui est toujours et partout le même, car il indique toujours et partout le même ordre de moyens. Il importe peu que la maladie soit bilieuse ou inflammatoire, muqueuse ou nerveuse; que ce soit une fièvre franche ou une fièvre larvée, une affection essentielle ou symptomatique, un état morbide simple ou un état morbide compliqué; que, par exemple, des symptômes d'embarras gastriques s'entremêlent avec des symptômes de maladie nerveuse; qu'une effervescence inflammatoire passagère déguise une fièvre des marais, se déclare par l'effet d'une irritation vermineuse, ou qu'elle soit le prélude d'une éruption cutanée. Il importe aussi peu que l'affection aiguë soit continue ou intermittente, qu'elle soit quotidienne tierce ou quarte; qu'elle attaque la tête, la poitrine, la gorge ou le ventre; qu'elle règne dans les viscères ou à la peau; qu'elle soit fixe ou vague, générale ou circonscrite, le fond du traitement reste invariable; il n'y a jamais qu'à saigner copieusement et coup sur coup. Les seules modifications consistent à changer les places où l'on applique les sangsues ou les ventouses scarifiées, à ôter ou à ajouter selon les cas au luxe des saignées.

Cette méthode thérapeutique ne s'embarrasse exclusivement que du début des maladies aiguës; elle ne tient pas compte des autres phases de leur durée. Aussitôt qu'une affection de cette espèce a franchi cette première période, quand on est appelé trop tard pour assister à sa naissance, ou lorsqu'enfin tous les efforts de l'art n'ont pu la faire avorter, la méthode en question ne pourvoit par aucun expédient à l'inopportunité de son intervention. Il y a plus, c'est qu'en versant dès le commencement de ces maladies des torrens de sang, elle enlève nécessairement à l'économie les ressources qu'elle aurait trouvées dans ses propres forces pour fournir aux frais d'une heureuse solution. Que parlez-vous de crises ou de puissance médicatrice? en restant fidèle à ses principes, on ne doit croire qu'à l'empire des causes irritantes et au pouvoir des larges émissions de sang. En deux mots, et pour résumer les conséquences de cette méthode, toutes les maladies aiguës proviennent d'une seule source, et cette source, la même dans toutes, c'est l'inflammation. Tous les sujets sensibles à cette cause unique s'y montrent accessibles uniformément. Le concours des circonstances extérieures n'est pas moins inhabile à rompre la monotonie de son action. En présence de ces maladies, il n'y a à s'arrêter qu'à un seul élément : cet élément correspond à l'unité de la cause et reste invariable au milieu des plus notables différences dans les phénomènes de ces affections. La période du début est la seule digne de remarque; quant aux autres, elles deviennent ce qu'elles peuvent; enfin tout est fait en faveur de cette classe de maladies, dès qu'à leur naissance et sans se mettre en

---

explique comment le blessé put encore sortir de la chambre et descendre dans la cour, suspendu à une corde. La commotion dut cependant être terrible. La plaie du front paraît n'avoir intéressé que la table externe des sinus frontaux.

Fieschi a parlé tantôt de dix-sept, tantôt de vingt morceaux d'os qui lui avaient été retirés du crâne. L'autopsie semble prouver qu'il y avait dans son dire au moins beaucoup d'exagération, car on n'apercevait nulle part de perte de substance.

La nature de la plaie du crâne et surtout son mode de réunion offrent des particularités fort curieuses et fort intéressantes pour l'art. Si cette tête est déposée, comme on l'assure, au musée Dupuytren, ce sera une des pièces les plus importantes de cette précieuse collection.

La phrénologie n'aura pas autant à se féliciter que la chirurgie. Le crâne de Fieschi est à peu près complètement insignifiant. Les plus intrépides commentateurs y trouveront difficilement de quoi échafauder quelques conjectures. Quelque opinion qu'on se fasse du moral de cet homme, on ne peut nier qu'il ne fût d'une trempe peu ordinaire. L'exécution de son crime suppose déjà une force de volonté et une énergie peu communes; sa tenue pendant sa maladie et pendant le procès, et enfin sa fermeté à l'échafaud, ont manifesté en lui une vigueur de caractère à toute épreuve. De l'ensemble de sa conduite pendant six mois et jusqu'au moment où sa tête est tombée, de tout ce qu'il a fait et tout ce qu'il a dit, il en est résulté pour tout le monde l'idée d'un esprit emporté, sensible, indomptable, susceptible des entraînemens les plus opposés, éminemment dominé par le besoin d'action et par un sentiment très-prononcé de personnalité, auquel il pouvait sacrifier la vie des autres aussi bien que la sienne, suivant les circonstances; capable de tout entreprendre et de tout exécuter, en bien ou en mal, pourvu qu'il y eut au bout de l'action quelque chose qui chatouillât sa vanité. Préoccupé avant tout de son importance personnelle, et ayant la conscience de l'énergie et de la détermination qu'il pouvait déployer au besoin, il ne prise guère dans les autres que la force de la volonté, et traite de lâchetés les hésitations de Pépin. Les hommes doués de forces physiques, aiment assez à en faire parade; il en est souvent de même des caractères énergiques. Fieschi se pose avec ostentation sur le terrible piédestal qu'il s'est élevé, et semble dire aux hommes épouvantés qui le regardent : qui d'entre vous en eût fait autant? Ce n'est pas du crime qu'il se vante, car il s'avoue coupable et plaint les victimes, mais de l'irrésistible *résolution* qu'il suppose. Telle est la supériorité qu'il s'arroge et dont il est fier. Que sa tête tombe, c'est bien, mais qu'on lui rende cette justice qu'il a bravement conduit, et exécuté son entreprise. Lui-même eût préféré mieux employer son courage. Après la lâcheté, ce qu'il méprise le plus, c'est l'ingratitude; et ce qu'il exalte le plus après le courage, c'est le dévoûment, la reconnaissance. Sa vie est pleine de beaux traits de ce genre : à Embrun il éteint, au péril de sa vie, un incendie qui pouvait ouvrir la porte aux prisonniers; à Paris, il se fait le bouclier d'un bienfaiteur contre les balles. Il propose à un autre de le défaire de ses ennemis, s'il en a, car en offrant sa vie pour gage de son dévoûment, il n'imagine pas qu'il puisse refuser celle des autres, s'il en est besoin. Il a la fidélité animale du chien qui se jette sur ceux que lui désigne son maître, et qui se noie ou se brûle avec lui s'il le faut. C'est là son point d'honneur, assez semblable à celui de ces *bravi* italiens du 16e siècle qui gagnaient leur vie à tuer pour le service des grands, et qui se laissaient pendre sans rien révéler.

D'autres élémens de ce caractère singulier et bizarre peuvent être rapportés à l'influence de la race. Ses paroles trahissent l'imagination et la vivacité italien-

peine de la mesure de leur durée et de la forme, on saigne en abondance et itérativement. Disons pour notre compte et sous forme de conclusion, que si les émissions sanguines très-fréquentes et très-copieuses ont rendu dans tous les temps, ainsi qu'on l'a prouvé par le premier article, d'excellens services au début de quelques maladies aiguës, ériger en méthode absolue dans le traitement de toutes ces maladies ces applications particulières, c'est abjurer ouvertement, comme on vient de le montrer d'après les conséquences de cette pratique, tous les principes de la saine pathologie.

Il est vrai que les partisans de ces idées en appellent aux faits de la proscription prononcée contre leur système; ils mettent en avant une série d'observations où les saignées reitérées ont complètement triomphé; et pour donner par leur contraste un plus grand éclat à leurs succès, ils citent parallèlement d'autres séries de faits où les mêmes maladies, disent-ils, différemment traitées, sont, sans aucune comparaison, beaucoup moins favorisées. En présence de tels témoignages dont nous admettons l'authenticité, il s'agit de se demander s'ils sont d'abord assez nombreux, et par-dessus tout s'ils ont été convenablement appréciés. Examinons-les de près sous ces deux aspects particuliers.

Comment s'y est-on pris pour les faire servir de preuve qu'aucun traitement ne réussit mieux contre les maladies aiguës que le traitement par les saignées multipliées? On a rassemblé un nombre donné d'affections, de cette classe, soumises à cette méthode; on a additionné à part les chiffres des malades guéris et des malades décédés, et d'après le rapport de ces deux sommes, on a établi que les résultats de cette pratique sont beaucoup plus heureux que les résultats des pratiques différentes calculés d'après les mêmes procédés. Soient, par exemple, d'un côté cent deux malades atteints de pneumonies traitées par des saignées coup sur coup; sur ce nombre, douze sont morts, quatre-vingt-dix sont guéris; soient, d'un autre côté, environ trois cent pneumoniques traités par d'autres méthodes; sur ce nombre cent sont morts, deux cents sont guéris. En mettant en regard ces deux sortes de produits, on trouve que chez les malades soumis à la pratique ordinaire, la proportion des morts est d'un sur trois, et que chez les malades traités par les saignées réitérées, cette proportion est d'un sur huit et demi, et même, d'après l'élimination de tous les cas mortels dont la méthode ne pouvait répondre, elle s'élève à un sur vingt-trois et demi.

Certes, si l'on veut accorder que l'on est en droit de réduire en chiffres les observations de maladies, force est bien de subir les conséquences de ces données et de proclamer que le traitement des maladies aiguës, à l'aide des saignées réitérées, est le plus efficace. Nous n'avons pas trop compris pourquoi les pathologistes arithméticiens se sont soulevés en masse contre la prétention de M. le professeur Bouillaud, quand elle est parfaitement justifiée par l'arithmétique. Ils n'avaient, à notre avis, qu'une question à examiner, savoir : si ces opérations numériques étaient exactes. Ce point vérifié, ils n'étaient plus reçus à refuser d'en passer par la pratique d'un médecin qui leur en demontre la supériorité, les chiffres à la main.

Quant à nous, nous déclinons absolument en pathologie la compétence de la statistique. Nous allons plus loin, et nous soutenons que les observations pathologiques sont par leur nature en contradiction patente avec les exigences de la statistique. « Dans toute étude de faits où les causes agissantes sont compliquées, variables et peu connues elles-mêmes, l'application des mathématiques est de nulle valeur, a dit M. de Lamarck, il y a bientôt une trentaine d'années; et il se récrie tout aussitôt pour fortifier sa pensée, sur l'inconvenance de s'appliquer par le calcul à connaître les maladies de l'homme. Un médecin de notre temps, une de nos plus grandes célébrités, M. Double, s'est chargé tout récemment, dans la même enceinte où M. de Lamarck s'était déjà si formellement prononcé, de prouver par un parallèle lumineux entre les principes de la statistique et les circonstances de l'observation pathologique, leur répulsion réciproque et leur incompatibilité.

Une condition indispensable aux applications de la statistique, c'est l'homogénéité des faits; les notions les plus élémentaires de l'arithmétique nous apprennent qu'il est impossible d'opérer sur des nombres à moins de les réduire, au préalable, en unités du même genre, c'est-à-dire à une parfaite homogénéité. Maintenant que faudrait-il aux observations cliniques pour être parfaitement homogènes; il leur faudrait ce qu'il est moralement impossible de rencontrer. Il faudrait, indépendamment de l'identité de la maladie, une identité pareille dans les manières d'être des malades; et dans le milieu où ils sont placés la plus petite dissemblance introduirait une erreur de chiffre, et l'on sait, pour peu qu'on soit familier avec les opérations de l'arithmétique, dans quelle progression désespérante on voit s'accroître les fruits d'une première erreur. A plus forte raison les erreurs seront considérables si les différences distinctes sont très-grandes sur tous les points. Or, tel est l'état des observations cliniques.

Une pneumonie, une angine, un érysipèle, en supposant que la maladie soit bien déterminée, ne sont pas, il s'en faut de beaucoup, la même maladie dans tous les sujets. Il y a des différences d'âge, des différences de sexe, des différences d'habitude, de condition et de tempérament. En outre, tous les malades n'ont pas été soumis aux mêmes modifications extérieures : les uns habitaient la ville, les autres la campagne; plusieurs ont été frappés pendant l'hiver, quelques autres pendant l'été. Si vous voulez apprécier juste toutes les dissemblances, vous verrez que toutes ces maladies, que vous appelez pour vous entendre par un même nom, présentent chacune une individualité distincte ou un état morbide individuel. La méthode numérique passe le niveau sur ces inégalités pathologiques; elle enlève aux faits cliniques leurs traits personnels ou caractéristiques, c'est-à-dire qu'elle les défigure en les dépouillant de leur existence réelle, et qu'elle leur transmet une condition abstraite ou factice, telle qu'il la faut à l'arithmétique avant de procéder. Les mathématiciens de profession protestent par leurs principes contre le vice de ces applications. N'en disons pas davantage au sujet de l'arithmétique médicale; et terminons ces considérations déjà trop longues sur les saignées réitérées au début des maladies aiguës, en opposant à l'expérience de trois ou quatre ans, et de quelques centaines d'observations dont ce système s'est appuyé, la pratique journalière des plus grands médecins pendant la suite de tous les siècles.

Si l'on prend la peine de compulser les travaux des médecins anciens, on sera frappé de l'uniformité des préceptes proposés dans le traitement des maladies aiguës. A part les extravagances de Botal et de ses disciples, à l'aide des saignées, nous n'en trouverons pas un seul qui se soit fait une loi de les attaquer toutes sans exception par des émissions sanguines répétées. Tous ont reconnu que, suivant les temps,

---

nes. La constance avec laquelle il garde pendant quarante jours son secret sur son lit de mort, est tout-à fait dans les mœurs corses. Plus tard, l'hypocrisie profonde avec laquelle il cherche à colorer par un prétendu sentiment de véracité et de patriotisme des aveux arrachés en réalité par l'espoir d'une commutation de peine, et l'apparence de naïveté avec laquelle il soutient ce rôle, fait le plus grand honneur à son talent pour cette espèce de fourberie qui a caractérisé long-temps la politique de sa nation, et dans laquelle les Italiens en général excellent, dans les grandes comme dans les petites affaires. Il y avait en lui de l'intrigant, du charlatan, du comédien et du brigand, c'est-à-dire qu'il offrait un résumé assez complet des mauvais côtés du caractère italien. Il y joignait la violence des passions, qui, bien ou mal dirigées, sont le principe de toutes les grandes décisions et de tous les grands résultats dans la vie des hommes, et qui ont fait des Italiens le premier des peuples. Enfin, dans un coin de ce cœur de fer, il y avait un reste de sensibilité humaine, un foyer d'émotions douces et sympathiques qui, mêlées aux penchans les plus redoutables, ont jeté quelque intérêt sur le dernier acte de la vie de ce malheureux.

Cette physionomie morale, réduite ici à ses traits les plus saillans, méritait bien d'être exprimée par quelques-uns de ces signes extérieurs dont parle la phrénologie. Une nature si énergiquement dessinée réclamait, ce me semble, un développement prononcé du cerveau au moins sur quelques points. Mais, autant que la rapidité de nos observations nous a permis de nous en assurer, ce sera encore ici pour la phrénologie un de ces cas *exceptionnels* qu'elle laisse prudemment dans l'ombre. Mais pour nous, à qui il importe fort peu que Gall ait raison ou tort, et qui aimons à vérifier les systèmes qu'on propose à notre admiration, ces cas exceptionnels nous paraissent très dignes d'être relatés et examinés, et avec d'autant plus de raison que, depuis que nous avons commencé nos investigations phrénologiques, nous n'avons guère rencontré que de ceux-là.

Ce résultat n'a rien d'extraordinaire. Il est tout simple que la nature ne s'astreigne pas à couler des têtes de scélérats ou de grands hommes dans les moules phrénologiques. Ce qui est bien moins concevable, c'est que les phrénologistes admettent les faits et en rejettent les conséquences les plus naturelles et les plus légitimes. Notre science, disent-ils, est une science de faits. Nous ne procédons pas par la spéculation, mais par l'observation. Or, nous disons qu'en fait, n'importe le pourquoi et le comment, toutes les facultés, qualités et tendances, soit affectives, soit intellectuelles des hommes, sont attachées matériellement et individuellement à un égal nombre de portions de la substance cérébrale, parfaitement distinctes les unes des autres, ayant chacune sa fonction spéciale, et que nous désignons en conséquence par le terme général d'*organes cérébraux*; de même que nous appelons *organe des sens*, les cinq appareils destinés à nous révéler l'existence et les propriétés diverses des corps. On voit par l'*œil*, on entend par l'*oreille*; sans l'œil on n'y verrait pas, sans l'oreille on n'entendrait pas. Sans l'organe pas de fonction, et la fonction implique l'organe. Il en est de même pour les phénomènes intellectuels et moraux, qui, étant des fonctions, supposent des organes appropriés. Ici encore l'organe et la fonction s'impliquent réciproquement; l'un ne se conçoit pas sans l'autre. Il n'est pas moins évident que des fonctions différentes supposent des organes différens, et que l'amour et la haine, par exemple, ne peuvent pas plus se suppléer que la vue et l'ouïe; donc, pluralité d'organes puisqu'il y a pluralité de fonctions.

Le crâne étant le relief exact du cerveau, on peut étudier sur le premier les variétés de forme et de dimensions relatives du second. Or, en observant des milliers de crânes d'hommes et d'animaux, nous avons vu qu'à ces variétés de for-

les personnes et les localités, ces affections changeaient de nature et demandaient par conséquent des modes de traitement plus ou moins variés. Presque tous pourtant ont eu recours aux émissions sanguines dès le début de la plupart de ces maladies; mais presque tous aussi se sont arrêtés à un certain degré, reconnaissant qu'il était une époque de leur durée où, sans cesser d'être commençantes, elles exigeaient pourtant d'autres moyens que les saignées. De Haën lui-même, en dépit de l'opinion théorique que nous lui avons prêtée, face à face avec ses malades, pratiquait souvent autrement qu'il n'avait parlé. Indépendamment des faits nombreux où il offre la preuve de cette inconséquence, on sait qu'il usait libéralement, dès le début de beaucoup de ces maladies, des préparations antimoniales, du nitre et d'autres sels. Nous ajouterons, sans prétendre d'ailleurs nous prévaloir des résultats de quelques faits, que tous les péripneumoniques que nous avons cités chez lesquels il avait prodigué les émissions sanguines réitérées, tous, à l'exception d'un ou deux, ont succombé.

FUSTER.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ANGLAIS.

I. THE EDINBURGH MEDICAL AND SURGICAL JOURNAL.

Le numéro de janvier contient huit articles originaux, savoir : 1° *Revue clinique de l'été de* 1835, par J. Syme; 2° *histoire d'une varioloïde épidémique qui a régné, dans l'été de* 1835, *dans l'hôpital de George Waston*, par J. Bell; 3° *dissection d'un œuf humain présumé âgé de six semaines, avec remarques* par W. Mackenzie; 4° *anévrisme de l'artère sous-clavière droite guéri par l'opération*, par Samuel Hobart; 5° *sur la dysentérie qui a régné épidémiquement à Bolton, dans l'automne de* 1831, par Black; 6° *observations sur la fièvre continue, comme elle se montre dans la ville et les hôpitaux de Glasgow*, par R. Perry; 7° *notice sur quelques expériences touchant les propriétés vitales des artères qui se rendent à des parties enflammées, et sur la cause immédiate de la mort par asphyxie*, par Alison; 8° *sur les obstructions des parties molles comme obstacles au travail de l'enfantement*, par Ingleby.

COMPTE-RENDU DE LA CLINIQUE DURANT L'ÉTÉ DE 1835 par J. SYME, professeur de chirurgie clinique à l'université d'Edimbourg, chirurgien à l'Infirmerie royale.

Ce compte-rendu se compose d'observations en général intéressantes, mais presque complètement isolées; en sorte qu'elles perdent beaucoup de l'intérêt que le rapprochement de plusieurs faits du même genre ne manque guère d'offrir. Ce sont d'abord quelques cas de nécrose du tibia, de la mâchoire, de l'humérus; de carie de l'atlas et de l'axis, du calcanéum; un cas de luxation du fémur dans l'échancrure ischiatique, réduite le treizième jour; quelques fractures, et diverses espèces de tumeurs.

1° *Fracture de la mâchoire inférieure à la symphyse.* — Boyer a écrit : « Jamais la fracture n'a lieu dans le point central de la longueur de la mâchoire appelé symphyse du menton. » Dans un des comptes-rendus précédens, M. Syme avait rapporté un cas dans lequel la fracture allait obliquement de la symphyse à l'un des côtés de l'os; mais ce n'était encore qu'une exception incomplète et équivoque à la règle posée par Boyer. Le fait suivant paraît plus décisif.

Peter Kellie, âgé de 28 ans, entra le 27 mai pour une fracture de la mâchoire inférieure située exactement à la symphyse, et dirigée perpendiculairement en haut et en bas, en séparant les deux incisives antérieures; la fracture datait de trois jours et avait été produite par un coup de poing. Il y avait à peine tendance au déplacement, et par conséquent le traitement fut très-simple.

2° *Fracture du tibia vers sa tubérosité, et fracture du péroné avec luxation du pied en arrière.* — James Docherty, âgé de 34 ans, en chargeant un navire à Leith, le 28 juillet, reçut un coup qui le renversa, et eut les deux jambes fracturées. Le tibia gauche était cassé immédiatement au-dessous du ligament de la rotule, en sorte que le genou ne pouvait être fléchi sans déplacer les fragmens; le fragment supérieur était tiré en avant, pendant la flexion, par les muscles extenseurs. Il y avait un épanchement de sang considérable dans l'articulation, dans l'espace poplité et dans le voisinage de la fracture. Le membre fut maintenu dans la position étendue par une attelle et une semelle, et les parties molles humectées avec la solution d'acétate de plomb. Nous ajouterons que Dupuytren, dans un cas analogue, avait reconnu le même déplacement et adopté le même appareil, c'est-à-dire l'extension de la jambe.

Le tibia droit était brisé à environ deux pouces au-dessus du cou-de-pied et le pied luxé en arrière, ce qui causait une saillie remarquable du talon et un raccourcissement du cou-de-pied. L'appareil recommandé dans ces cas par Dupuytren, et qui consiste dans un coussin étendu du mollet au talon, et soutenu par une attelle sur laquelle on fixe le membre à ses deux extrémités, de manière à repousser l'os déplacé dans sa position, fut essayé sans succès. Le coussin et l'attelle furent donc appliqués sur la face antérieure de la jambe, et alors on n'éprouva aucune difficulté à maintenir le pied en avant.

La rencontre de deux lésions aussi rares chez le même individu a quelque chose de remarquable. C'est seulement dans les fractures du tibia près de sa tubérosité que la position droite du membre est convenable; dans tous les autres cas, non-seulement elle n'est point nécessaire, mais elle est nuisible, en empêchant le relâchement des muscles gastro-cnémiens, qui ne peut être produit que par la flexion du genou. Quant à la luxation du pied en arrière, l'appareil de Dupuytren pour les déplacemens latéraux avec fracture du péroné est si efficace, qu'il semble qu'on ne devrait pas s'écarter du même principe pour cet autre déplacement. Mais j'ai essayé à plusieurs reprises, dit M. Syme, la méthode qu'il recommande, et toujours sans réussir; et je n'hésite pas à donner comme préférable l'appareil dont je me suis servi dans le cas que je viens d'exposer.

3° *Amputation de Chopart.* — A propos d'une amputation de ce

---

me et de volume correspondaient des différences dans la nature et l'énergie des facultés. De là la découverte des organes cérébraux, la détermination des fonctions spéciales qu'il remplissent, etc.., etc... Telle est notre science, elle n'est que l'expression des faits recueillis par l'observation.

On ne peut mieux parler certainement et pour être tout-à-fait raisonnables, les phrénologistes n'auraient qu'à appliquer ces raisonnemens avec un peu plus de rigueur et dire par exemple : Si l'observation montrait de petits esprits avec un vaste front, de grands esprits avec de petits fronts, le vol et la rapine avec des tempes déprimées, des tempes saillantes avec la probité; des sinciputs écrasés avec l'équité; la trahison et l'injustice avec des sinciputs pyramidaux; des tigres à temporaux enfoncés, des agneaux à temporaux saillans, des satyres à cervelet écrasé, des impuissans à nuque volumineuse; des béats à front de poisson, des athées à front recourbé; des mezzofanti à yeux creux; des muets à yeux saillans; si l'observation montrait la mansuétude sur la tête de Lacenaire, la religion et la vertu sur celle d'Avril, la nullité d'esprit et de caractère sur celle de Napoléon, la vocation d'un artisan sur celle de Descartes, les instincts des voleurs, des assassins, des faussaires et des traîtres, sur celle de Scipion l'Africain, etc., il faudrait conclure en vertu des faits et de l'observation que les déterminations des organes cérébraux et de leurs fonctions, telles que la phrénologie les donne, sont complètement erronées, que loin d'être des faits ce sont de pures suppositions qui ne méritent pas plus de confiance que les décisions de l'astrologie et les cures de la médecine homœopathique.

Eh bien! les phrénologistes ont vu ou peuvent voir tous les jours ces démentis donnés par la nature à leurs classifications; quand ils ne les voient pas eux-mêmes nous les leur montrons, et ils n'en continuent pas moins à croire, sans voir et sans toucher, à la manière des catholiques orthodoxes, ce qui ne les empêche pas en outre de poursuivre ce qu'ils appellent leurs observations et leurs expériences. Mais qu'en veulent-ils donc faire, grand Dieu? O curieuse organisation de l'esprit humain, que de mystères tu nous caches! Qui nous dira dans quelle case du cerveau se loge l'esprit de système, et par quelle fine opération nerveuse un être doué du logos peut concevoir clairement les deux prémisses régulières d'un syllogisme, sans admettre la conclusion?

Mais revenons à Fieschi.

Sa tête, disons-nous, est tout-à-fait insignifiante sous le rapport phrénologique; son volume absolu est des plus ordinaires, et ses proportions relatives n'offrent rien de prononcé ni de saillant. Le front est des plus nuls; les diamètres latéraux très-courts; il n'y a qu'une portion du crâne qui s'élève d'une manière un peu sensible, c'est celle qui, dans la topographie phrénologique, répond à l'*habitativité* et à la *philogéniture*. On en fera ce qu'on voudra. Les organes prétendus de l'*orgueil* et de la *vanité*, deux facultés tout-à-fait distinctes selon cette profonde psychologie, n'offrent aucune proéminence appréciable. Fieschi était cependant abondamment pourvu de cette propriété morale, double ou simple, n'importe : c'était là sans doute la maîtresse roue de la machine. Nous avons pris soigneusement les dimensions exactes de cette tête, et de quelque manière que nous les combinions, nous ne pouvons rien faire sortir de bon pour la phrénologie. Nous ne les transcrivons pas pour ne pas trop ennuyer nos lecteurs.

La physionomie de Fieschi était repoussante; il n'y avait pas trace de ces lignes énergiques et souvent nobles qu'on rencontre dans les têtes des brigands Romains. Elle est du type le plus vulgaire.

genre suivie d'un bon succès, M. Syme ajoute quelques réflexions qui ne sont pas sans importance.

On a coutume d'alléguer contre cette opération que les extenseurs du talon gardant leurs attaches, tandis que les tendons des fléchisseurs du coude-pied ont perdu les leurs, le moignon doit être porté en bas, ce qui rendrait le membre inutile au malade Il y a environ douze ans que se trouvant à Gœttingue, M. Syme vit un individu récemment amputé dans cette articulation par Langenbeck; et sachant que ce chirurgien avait déjà mis plusieurs fois cette méthode en usage, il s'enquit soigneusement si cet inconvénient avait été observé. Bien assuré du contraire, il conclut que l'objection était purement théorique et non fondée sur l'expérience, et résolut d'adopter cette amputation dans les cas où elle serait indiquée. En conséquence, il l'a pratiquée six fois, et toujours avec un succès complet. Les adhérences que les tendons coupés contractent avec la cicatrice suffisent pour rendre aux muscles leur puissance et leur faire contrebalancer l'action des muscles du talon. Toutefois, nous devons faire observer que si l'objection a été trop généralisée, elle est cependant fondée sur quelques faits qu'il est inutile de rappeler ici, et qu'on peut lire dans la *Médecine opératoire* de Sabatier.

DE LA DYSENTÉRIE QUI A RÉGNÉ ÉPIDÉMIQUEMENT A BOSTON pendant l'automne de 1821; par le docteur BLACK.

La circonstance la plus remarquable qu'offre l'histoire de cette épidémie, c'est la facilité avec laquelle les cas de dysentérie étaient changés en choléra, et la facilité avec laquelle le choléra présentait subitement les symptômes les mieux dessinés de la dysentérie. Les individus qui avaient échappé au choléra étaient singulièrement exposés à une attaque de dysentérie s'ils ne prenaient pas tous les moyens les plus énergiques pour rétablir la sécrétion bilieuse ou lui donner plus de force. Quand on voyait succéder aux symptômes du choléra, qui étaient presque toujours fournis par les premières voies, ceux de la dysentérie, le malade ne tardait pas à tomber dans un état de débilité telle que les selles amenaient quelquefois la syncope.

OBSERVATIONS SUR LA FIÈVRE CONTINUE QUI RÈGNE A GLASCOW; par le docteur PERRY, médecin de l'hôpital des fiévreux de Glascow.

L'auteur de ce mémoire nous apprend qu'en 1831 le typhus contagieux régnait avec tant de force à Glascow, que les salles de l'infirmerie royale suffisaient à peine pour recevoir la moitié des malades qui se présentaient, bien qu'elles continssent plus de cent trente lits. On fut donc obligé d'ouvrir un hôpital supplémentaire contenant cent vingt lits, et dont il fut chargé. Cet hôpital, ouvert le 9 janvier 1831, avait déjà reçu, le 1er février, 180 malades, et, le 1er mars, 587. Cette affluence continua jusqu'au mois de mai, où le nombre des malades commença à décliner un peu, et au mois de février, l'infirmerie royale suffisant pour recevoir tous les nouveaux cas de fièvre, l'hôpital temporaire fut fermé.

Pendant les sept mois que cet hôpital fut ouvert, il reçut 1145 malades, dont 96 moururent. L'un des faits les plus remarquables dans l'histoire de cette épidémie, c'est le nombre considérable des cas de récidive qui furent observés. Cependant le docteur Perry prétend que ce n'étaient pas de véritables récidives, car il ne pense pas que le typhus puisse récidiver. Il est aussi absurde, dit-il, de parler de la récidive de la fièvre typhoïde, que de celle de la variole ou de la rougeole. Il paraît que, dans les cas où les médecins de Glascow avaient cru voir une récidive de la fièvre typhoïde, il y avait simplement une autre maladie. Nous signalons spécialement ce fait parce qu'il tombe d'accord avec les recherches les plus exactes qui ont été faites depuis quelques années parmi nous, et d'après lesquelles les cas de récidive de la fièvre typhoïde doivent être au moins fort rares, si même on en a jamais observé.

L'auteur admet, avec les autres praticiens de Glascow et même avec la plus grande partie des médecins anglais, que la fièvre typhoïde est éminemment contagieuse; qu'à la manière de toutes les maladies éruptives dont elle fait partie, elle a une éclatante durée qui ne peut jamais être diminuée et est ordinairement de quatorze jours, mais qu'elle peut souvent dépasser ce terme. Le sang, d'après l'auteur, éprouve dans cette maladie des modifications importantes; il devient plus foncé en couleur, perd de sa disposition à se coaguler après la saignée, et reste fluide dans les vaisseaux après la mort, lorsqu'elle survient dans le cours de la maladie. Il dit encore que l'augmentation de volume des follicules de l'intestin s'observe dans environ le sixième des cas.

Depuis 1833 M. Perry a été attaché à l'infirmerie royale de Glascow comme médecin, et dit que le nombre des cas de fièvre typhoïde qu'il a observés s'élève à 4,000, et celui des autopsies à 300. Les conclusions que nous venons de signaler dans son mémoire, diffèrent peu des opinions généralement admises en France; si nous en exceptons cependant ce qui a rapport à la contagion de la maladie et au nombre des cas dans lesquels on trouve les follicules de l'intestin altérés; mais nous ne devons point oublier, quant à ce dernier point, que c'est en France qu'on a commencé à étudier ces altérations des follicules, et que probablement les diverses formes sous lesquelles elles se manifestent échappent quelquefois aux médecins de Glascow, comme nous savons que cela arrive, même à Paris, auprès des médecins qui n'ont pas étudié ce point scientifique avec toute l'attention qu'il mérite.

Voici quelques autres conclusions que l'auteur a tirées de ses nombreuses observations, mais qu'il présente comme moins certaines que les précédentes.

La fièvre typhoïde ne devient pas transmissible avant le neuvième jour, et n'est plus contagieuse pendant la convalescence, lorsque la desquammation s'opère.

L'époque la plus rapprochée à laquelle paraît la fièvre typhoïde, après que le malade s'est exposé à la contracter, c'est le huitième jour; rarement cependant elle paraît avant le quatorzième, et quelquefois même au bout de deux mois.

HISTORIQUE DE QUELQUES EXPÉRIENCES SUR LES PROPRIÉTÉS VITALES DES ARTÈRES QUI VONT AUX PARTIES ENFLAMMÉES, et sur la cause immédiate de la mort causée par asphyxie; par le docteur ALISSON, professeur de médecine à l'université d'Edimbourg.

Ce mémoire avait été lu par l'auteur à la dernière réunion de l'association des savans anglais à Dublin, et a pour objet principal de rechercher si les fluides contenus dans les corps vivans possèdent, ainsi que le disent les Allemands, un *mouvement spontané*, c'est-à-dire s'il existe dans ces corps un principe de mouvement inhérent à leurs fluides, ou aux fluides qui sont en contact avec eux, appartenant à leur état de vie, et indépendant de l'action des parties solides.

Le professeur d'Edimbourg regarde la solution de cette question comme d'une haute importance en médecine; car, dit-il, si un tel principe de mouvement existe dans les corps vivans, on doit croire que les modifications qu'il éprouve ont une grande part dans la production des maladies les plus formidables et les plus fréquentes. Si ce principe existe, c'est surtout dans les vaisseaux capillaires qu'il doit opérer, et il est assez généralement admis aujourd'hui que c'est de là que partent la plupart des maladies les plus graves, locales ou générales.

Le fait sur lequel reposent toutes les inductions qui font elles-mêmes la base de ce mémoire, c'est que la force de contraction que possèdent les artères ou leur tonicité, qui agit dans tous les cas lorsqu'une artère vivante est vide de sang, qui détermine le degré de contraction que présentent les artères quelques heures après la mort, est *diminuée* dans tous les vaisseaux qui se dirigent vers les parties enflammées, et que leur volume permet de mesurer; d'où l'on peut conclure, en tenant compte des observations microscopiques faites sur les vaisseaux capillaires des parties enflammées elles-mêmes, que tous les vaisseaux qui sont compris dans une inflammation locale sont dans un état de relâchement et de distension, comparativement à leur état normal.

Les expériences suivantes prouvent l'exactitude du fait anatomique énoncé ici par M. Alisson. La première fut faite sur quelques portions des artères axillaires d'un cheval, chez lequel il y avait eu pendant trois semaines une inflammation d'une jambe de devant produite par un accident. L'inflammation avait beaucoup diminué, mais on avait appliqué trois jours avant la mort un vésicatoire qui l'avait renouvelée. On employa des tubes courbes et des robinets comme ceux que M. Poisseuille employait pour constater la force contractile des vaisseaux. Deux portions des artères axillaires, chacune longue de 11 lignes, furent successivement attachées entre deux tubes courbes, et distendues avec de l'eau par la pression d'une colonne de mercure de 10 pouces, introduite dans l'un des tubes. Cette pression, agissant sur l'eau qui la distendait, élevait la colonne d'eau dans l'autre tube à un degré qu'il était facile de mesurer. Le résultat fut que la réaction de l'artère du membre sain éleva le niveau de l'eau de 16 lignes, tandis que celle du membre enflammé ne l'éleva que de 10 lignes.

Cette expérience ayant été faite sur les artères d'un cheval qui était mort depuis douze heures et pouvant sous ce rapport laisser quelque doute dans l'esprit, la suivante fut faite dans des circonstances différentes: Un cheval atteint d'une violente inflammation d'un genou fut saigné à mort et des portions exactement correspondantes. Des deux ar-

tères axillaires et humérales de deux pouces et demi de longueur chacune furent examinées aussitôt qu'il fut possible. L'artère du côté malade se trouva dans ce cas, comme dans tous les autres cas analogues, la plus grosse, ayant dans sa portion la plus large 12/8 de pouce de circonférence et dans la plus étroite 7/8, tandis que la circonférence de l'artère du membre sain était pour les points correspondans de 11/8 et de 3/8 seulement.

L'auteur rapporte deux ou trois autres expériences qui prouvent également que les artères qui se rendent aux parties enflammées sont dilatées comparativement à celles qui se dirigent vers d'autres points. Il paraît donc, dit-il, comme résultat uniforme de tous les examens que nous avons pratiqués, que les artères des parties enflammées examinées sur différens points de leur trajet et à différentes époques de l'inflammation, et lorsqu'elles semblent offrir des pulsations d'une force extraordinaire, sont réellement *relâchées* ou *affaiblies*, transmettant en conséquence de leur état de relâchement l'impulsion donnée par le cœur, avec moins de modifications qu'elles n'en reçoivent dans les artères des parties saines, mais exerçant aussi une force de contraction moins énergique sur le sang, qu'elles ne le font dans l'état de santé.

Ce point une fois établi, M. Alissou examine si cette diminution de la force contractile des artères, qui est le seul changement perceptible dans leur mode d'action, suffit pour expliquer tous les phénomènes de l'inflammation. Nous n'avons pas besoin de le suivre dans cet examen, car il est évident que cette simple altération ne pourrait donner l'explication de tous les phénomènes que présente l'inflammation. Nous nous contenterons de présenter les conclusions par lesquelles il termine cette discussion, c'est que ce n'est pas dans les parois des vaisseaux des parties enflammées qu'on doit chercher la cause de l'accélération de la circulation, mais bien dans le sang lui-même.

II. THE DUBLIN JOURNAL OF MEDICAL AND CHIMICAL SCIENCE.

Le numéro de novembre contient : 1° *des observations pratiques sur l'art des accouchemens*, par W.-F. Montgomery; 2° *observations d'anévrismes avec quelques circonstances extraordinaires*, par John Brown; 3° *notice sur des hydatides trouvées dans l'épiploon d'un axis sauvage mort au jardin zoologique de Dublin*, par John Houston; 4° *empoisonnement par l'acide sulfurique*, par W. Corbet; 5° *remarques sur l'amputation partielle du pied*, par Francis Rynd; 6° *sur la structure de la glande mammaire chez les cétacés; avec des observations sur la manière dont le jeune animal y applique la bouche et le palais pour opérer la succion*, par Arthur Jacob, 7° *extrait d'une communication touchant les maladies vénériennes du testicule*, par J.-W. Cusack; 8° *empoisonnement par l'acide hydrocyanique, traité avec succès par le carbonate d'ammoniaque, avec des observations touchant les rapports médico-légaux sur ce poison, etc.*, par Geoghegan; 9° *observation de pulsations dans les veines des extrémités supérieures*, par Charles Benson; 10° *sur le traitement du croup*, par le professeur Kirby.

SUR UNE ESPÈCE PARTICULIÈRE DE RELACHEMENT DU TISSU UTÉRIN APRÈS L'ACCOUCHEMENT; par W. MONTGOMERY, professeur d'accouchemens au collége du roi et de la reine des médecins d'Irlande, etc.

Il y a deux formes de l'inertie utérine bien connues des accoucheurs, savoir : celle qui succède immédiatement à l'accouchement, et celle qui a lieu un peu plus tard, soit après plusieurs heures, soit après plusieurs jours. Mais il en est une autre variété que M. Montgomery a reconnue et constatée dans plusieurs cas, et qui ne paraît avoir été mentionnée par personne; elle se distingue des autres en ce qu'elle persiste sous forme chronique, se manifestant le plus fréquemment après des avortemens rapprochés de la conception; quelquefois après l'accouchement à terme, lorsqu'il y a en une abondante hémorrhagie; et quelquefois enfin elle est le résultat d'un allaitement prolongé et inopportun.

1. Quand elle arrive à la suite de l'avortement, elle n'est pas nécessairement précédée d'une perte de sang durant les douleurs; mais quand la malade continue à reprendre ses occupations habituelles, et qu'un exercice plus soutenu accroît la rapidité et la force de la circulation, tout à coup il survient une hémorrhagie ou un écoulement leucorrhoïque fort abondant, qui amène directement une débilité considérable, et excite de vives craintes de l'existence de quelque maladie cachée. En général la malade n'éprouve que peu de douleur, et le plus souvent elle n'en ressent aucune; mais elle sent une plénitude intérieure qui paraît diminuer lorsqu'elle a rendu ses urines; il y a dans la région lombaire une sensibilité obtuse, et elle se plaint constamment d'une sensation de relâchement de toutes les parties contenues dans le bassin. A l'examen, le vagin paraît en effet considérablement relâché et sans ressort; l'orifice utérin largement ouvert; ses lèvres gonflées, épaissies, saillantes, mais en même temps flasques et mollasses; et à travers le col dilaté, on peut sentir au bout du doigt l'utérus lui-même engorgé, pâteux et tout-à-fait insensible. Cet état de l'utérus peut persister plusieurs semaines, quelquefois des mois entiers, s'accompagnant d'accidens généraux qui varient selon que les écoulemens sont assez abondans pour mettre la vie en danger; ou qu'ils sont plus légers, revenant à intervalles et attirant seulement l'attention à la longue plutôt par leur continuation que par les désordres qu'ils causent. Quand l'inertie du tissu utérin est peu considérable, la conception non-seulement est possible encore, mais M. Montgomery incline à penser, d'après l'expérience, qu'elle est même plus facile; mais si l'utérus ne reprend point complétement sa tonicité naturelle, l'avortement est presque inévitable.

L'auteur rapporte quatre observations à l'appui de cette description générale; l'intérêt et la nouveauté du sujet nous engagent à les reproduire pour la plupart avec tous leurs détails.

OBS. I. — En juillet 1830, je fus appelé, dit l'auteur, près d'une dame qui venait d'avorter au second mois de grossesse; elle avait eu à la suite une hémorrhagie abondante qui l'avait epuisée; l'œuf sorti en entier était du volume d'une noix. J'appris d'elle qu'elle avait eu deux avortemens semblables dans les six mois précédens. Cette fois encore elle parut se rétablir fort bien, et ne garda pas même le lit une semaine. Je prescrivis un régime tonique, soutenu par des médicamens analogues; mais à la fin du mois la force n'était pas encore revenue, et depuis l'avortement un écoulement vaginal continuait toujours. Craignant que quelque portion de la membrane caduque ne fût restée dans l'utérus, j'y portai le doigt, et trouvai cet organe comme il était un mois auparavant, son col très-ouvert, et lui-même flasque, relâché, mollasse. Je recommandai expressément à la malade de quitter la ville, de prendre une maison sur le bord de la mer, afin de s'y baigner, et d'éviter tout rapprochement avec son mari. Elle suivit ces conseils, continua en outre à prendre de petites doses de quinine et de gentiane avec l'acide sulfurique aromatique, et prit tous les jours des bains à la mer jusqu'au mois de novembre, époque à laquelle elle revint complétement rétablie. Elle redevint immédiatement enceinte; mais la grossesse suivit son cours sans aucune tendance à l'avortement, et le 6 août suivant, elle mit au monde un enfant très-bien portant qu'elle essaya de nourrir par mon avis, ce qui lui réussit parfaitement. Elle avait eu auparavant quatre enfans, et elle en a eu deux depuis qu'elle a également nourris, et sa santé est plus florissante qu'elle n'a jamais été.

OBS. II. — Le 29 janvier 1832, madame V... me fit appeler parce qu'elle était menacée, dit-elle, d'un avortement au troisième mois, ayant éprouvé le même accident au mois de juin précédent et à pareille époque de gestation. Elle avait une forte fièvre, avec un écoulement rouge et glaireux par le vagin, mais pas de douleur. L'orifice et le col de l'utérus étaient dans un état sain et normal, ne donnant aucune indication d'un avortement prochain; cet accident arriva toutefois dans la nuit du 30 sans douleur ni hémorrhagie. Tandis que la malade était à uriner, elle eut la sensation d'un corps solide qu'elle laissait échapper, mais elle ne sut que c'était le fœtus que quand elle l'aperçut le lendemain matin; il était au troisième mois, mais fort décomposé et altéré dans sa forme. Elle parut se rétablir parfaitement, et à la fin de la semaine elle avait pu reprendre ses occupations accoutumées. Le 29 mars, deux mois juste après l'avortement, elle me consulta et me dit que depuis cette époque elle n'avait jamais été entièrement délivrée de l'écoulement vaginal, lequel s'accompagnait de temps à autre de douleurs ressemblant aux tranchées puerpérales; elle se plaignait aussi d'une irritation vésicale avec dysurie, et elle était fort alarmée de l'idée que ces accidens pouvaient être des indices de la gravelle ou d'un cancer. A l'examen je trouvai l'utérus exactement dans le même état que je l'avais senti deux mois auparavant, après l'avortement; son orifice ouvert dans l'étendue d'un shilling, et les lèvres du museau de tanche molles, relâchées, gonflées, sans la moindre sensibilité à la pression. Je prescrivis le même régime tonique que dans le cas précédent, et de plus des lotions de la partie inférieure du tronc avec de l'eau salée froide, que l'on devait remplacer par des bains à la mer aussitôt que la saison le permettrait. Ce traitement rétablit complétement la santé en six semaines environ, durant lesquelles la malade vécut *absque marito*. Elle redevint enceinte à la fin de mai, et accoucha le 27 février 1833.

L'observation suivante montre avec quelle facilité on peut prendre le change sur la nature de cette affection, et de quelles conséquences fâcheuses pourrait être suivi un traitement basé sur un diagnostic erroné.

OBS. III. — Le 12 mai 1834, on me vint chercher en hâte pour la sœur de ma première malade, déjà mère de six ou sept enfans, affectée de pertes sanguines abondantes qui alarmaient beaucoup sa famille. Il y avait un peu plus de trois semaines qu'elle avait avorté au troisième mois de grossesse, avec fort peu de douleur et d'hémorrhagie; elle s'était bien rétablie en apparence, en sorte qu'à la fin de la quinzaine elle avait été à l'église; mais cette sortie la fatigua beaucoup; elle fut prise soudainement d'une grave hémorrhagie utérine qui la fit presque tomber en défaillance; et il avait fallu la rapporter chez elle. Le lendemain, son médecin qui la visita prescrivit un régime sévère, de l'eau pour boisson; puis de fortes doses de laudanum; l'application constante de linges trempés dans du vinaigre étendu d'eau; et enfin pour compléter le traitement, un sachet de craie imbibée de vinaigre fut introduit dans le vagin. Ces moyens continués sans interruption durant une semaine, ne firent qu'accroître l'écoulement; et quand

j'arrivai, la malade était couchée sur un sopha dans sa chambre à coucher, incapable de se mouvoir, presque sans pouls, la peau pâle et blême; tout le corps transi et frissonnant de froid, à raison de l'humidité dans laquelle elle était maintenue; et enfin l'esprit abaissé aux derniers degrés du désespoir. A l'examen je trouvai un relâchement excessif du vagin; l'orifice utérin tellement ouvert qu'il admettait facilement l'extrémité de trois doigts; ses lèvres tuméfiées, mais molles et bouffies; l'utérus même augmenté en volume et empâté. Je fis enlever à l'instant les linges mouillés, et j'en fis appliquer d'autres secs et chauds; je fis mettre aux pieds une jarre d'eau chaude; je prescrivis un scrupule de seigle ergoté en infusion dans du vin chaud; un régime composé de gelées, de bons bouillons, de poulets et de vin rouge; les mêmes toniques que dans le premier cas, et enfin le séjour à la campagne aussitôt qu'elle pourrait y être transportée sans danger. Sous l'influence de ce traitement elle se trouva bientôt beaucoup mieux; mais elle demeura à la ville, devint enceinte vers la fin de juin, et eut un nouvel avortement le 15 août. J'avais été appelé; il n'y eut point d'hémorrhagie notable; mais l'utérus était toujours évidemment dans un état de relâchement que je combattis par la position horizontale gardée durant plusieurs jours, un régime généreux, et l'administration des toniques. J'obtins cette fois qu'elle laisserait son mari à la ville, et ferait quelque séjour sur le bord de la mer. Elle y resta jusqu'au commencement de l'hiver; alors elle avait entièrement recouvré sa santé et ses forces. Aussitôt après son retour elle conçut de nouveau, et accoucha heureusement d'une fille le 9 septembre 1835.

M. Montgomery cite encore un autre cas tout semblable aux premiers, qu'il a eu récemment occasion d'observer. On avait cru à l'existence d'une affection de mauvais caractère dont il n'y avait aucune trace. Cette femme avait eu, en moins de neuf mois, trois avortemens; elle était tourmentée et affaiblie par des écoulemens continuels; mais pas de douleurs une fois l'avortement terminé. Elle se trouva également très-bien de l'usage des toniques.

II.—Le relâchement du tissu de l'utérus après les grandes pertes sanguines se conçoit facilement; alors en effet l'épuisement général fait participer à cette perte de ton tous les autres tissus musculaires de l'économie; mais la constatation de l'état de la matrice a cet avantage, qu'il nous indique de joindre aux moyens généraux capables de relever les forces, l'application locale de toniques et de stimulans spéciaux, pour agir directement sur l'utérus. L'hémorrhagie est en effet une cause de débilitation qui amène le relâchement utérin; mais ce relâchement, devenant cause après avoir été effet, entretient à son tour l'hémorrhagie; et l'on ne peut détruire cet enchaînement d'actions et de réactions morbides qu'en laissant l'organe dans un repos complet, jusqu'à ce que le traitement indiqué ait réparé tous les désordres. Les observations qui précèdent ont montré toute l'efficacité de cette méthode; celle qui suit fait voir par l'autopsie quelle est, dans cette affection, la condition anatomique de l'utérus.

OBS. IV. — Madame T... accoucha le 20 mai, après une perte abondante produite par l'implantation du placenta sur le col utérin. Pendant quelques jours tout alla bien; mais la malade ayant été fatiguée par l'empressement inopportun de sa famille autour d'elle, fut prise d'une petite fièvre et d'une affection d'un des membres qui ressemblait à la *phlegmasia alba dolens*, et elle succomba quatre semaines après environ.

A l'autopsie on trouva l'utérus beaucoup plus volumineux qu'il ne l'est d'ordinaire à cette distance de l'accouchement; il avait quatre pouces et un quart de longueur, et plus de deux pouces et demi de largeur; sa cavité auraient aisement contenu un petit œuf de poule; son col était tout ouvert et suffisamment dilaté pour permettre l'introduction du doigt indicateur; ses parois étaient épaisses d'environ 3/8 de pouce, et le tissu utérin était aussi mou et aussi flasque que celui des autres muscles du corps, en sorte qu'on pouvait l'enrouler autour du doigt, et que, quand on divisait ses vaisseaux avec le scalpel, ils paraissaient béans et nullement revenus sur eux-mêmes.

Par le résultat de plusieurs observations dans lesquelles l'auteur a constaté ce même état pendant la vie, il est amené à conclure qu'il se présente très-fréquemment sous l'influence de causes semblables; et il se pose cette question importante : si l'on doit permettre de nourrir aux femmes qui ont éprouvé une perte considérable pendant le travail? Dans son opinion, dit-il, on le doit s'il n'y a pas d'autres raisons contraires, attendu que l'excitation et l'irritation que les premiers mois de l'allaitement déterminent dans les seins, réagiront sur le système utérin, et, en sollicitant ses contractions actives, serviront efficacement à ramener la matrice dans sa condition normale. Il regarde même comme très-probable que, si ce relâchement chronique est plus fréquent après les avortemens, indépendamment de toute hémorrhagie, qu'après l'accouchement à terme, il faut l'attribuer au défaut d'excitation des mamelles. Mais, par la même raison qu'il recommande l'allaitement durant quelque temps, il pense qu'il ne faut pas le continuer au-delà de la moitié et même du quart du temps qu'on le fait durer d'ordinaire, attendu les conséquences fâcheuses et bien connues d'un allaitement inopportun. On ne peut d'ailleurs poser ici de règle générale; telle femme sera plus épuisée après avoir nourri trois mois, qu'une autre après avoir allaité douze; c'est donc aux effets qu'elle produit sur l'économie, qu'il faut juger si la lactation doit être continuée ou suspendue; mais il est d'autant plus important d'y apporter une sérieuse attention, que l'un de ces fâcheux effets est précisément, selon M. Montgomery, le relâchement de l'utérus qui fait l'objet de cet article.

III.—Il est parfaitement bien connu que quand l'allaitement fatigue la mère ou a été trop long-temps continué, il donne lieu aux accidens que nous avons vus accompagner le relâchement de l'utérus produit par d'autres causes; maux d'estomac, difficultés de la digestion, douleurs dans les lombes, leucorrhée alternant avec de fréquentes pertes utérines. A l'examen on peut se convaincre qu'alors très-fréquemment, sinon toujours, l'utérus est dans un état plus ou moins prononcé de relâchement. En voici un exemple.

OBS. V. — En juillet dernier, dit l'auteur, je vis une dame de bonne santé, et d'une constitution saine en apparence, qui avait nourri pendant près de sept mois un enfant très-avide; l'économie était considérablement affectée, et présentait les effets morbides d'un allaitement poussé trop loin, tels qu'un dérangement de la digestion, de la douleur dans le dos et le côté gauche, avec une perte rouge légère, mais à peu près constante, et une leucorrhée revenant par intervalles. Le toucher ayant été jugé nécessaire, je trouvai le vagin fort relâché, l'utérus un peu descendu, évidemment accru en volume, ramolli dans sa texture, et son orifice suffisamment dilaté pour admettre l'extrémité du doigt. Le sevrage immédiat, des moyens propres à restaurer les organes digestifs, quelques bains d'eau salée tièdes, des toniques, un séjour sur la côte de Wicklow et des bains de mer eurent bientôt rétabli complètement la santé. Le 9 septembre, j'ai revu cette dame, qui m'a appris que ses écoulemens ont entièrement disparu, et que deux fois déjà ses règles sont revenues à leurs époques accoutumées.

Le relâchement de l'utérus dû à l'allaitement trop prolongé, expose également à l'avortement les femmes qui viendraient à concevoir tandis qu'il existe.

Le traitement général de cette affection peut se déduire des observations précédentes; les toniques en font la base, tels que le sulfate de quinine et les autres préparations de quinquina, la gentiane, les martiaux, les acides minéraux, l'air de la campagne, les bains de mer, les ablutions locales froides. Si l'hémorrhagie est abondante et menace même d'un danger prochain, on peut recourir au tamponnement du vagin et au seigle ergoté. Quelquefois les opiacés et l'application du froid sont employés avec avantage; mais le froid surtout est un moyen trop prodigué et avec trop peu de précaution. Ces linges imbibés de liquide dont on recouvre l'hypogastre, font souvent plus de mal que de bien; on en a vu un exemple dans la troisième observation; et j'ai sous les yeux, dit l'auteur, les notes de deux ou trois autres cas du même genre, où ces applications froides long-temps prolongées avaient réduit les malades à un état d'affaissement des plus alarmans, qu'on faisait disparaître en substituant aux linges froids et humides d'autres linges chauds et secs. Le principe général de l'emploi du froid dans ces circonstances, c'est qu'il n'agit qu'à l'instant de son application, en sollicitant la contraction. Déjà Pasta avait émis des idées analogues. « Il importe, dit il, de proportionner les degrés et la durée du froid aux forces de la femme; sans cette précaution, *on risquerait de provoquer en elle des frissons qui mettraient sa vie en danger, ou redoubleraient les accidens auxquels on se propose de remédier.*

OBSERVATION D'UN CAS D'EMPOISONNEMENT PAR L'ACIDE SULFURIQUE; par le docteur COBBET.

Les cas analogues à celui qui fait l'objet de cette notice, ne sont pas rares; aussi nous l'aurions passé sous silence, si quelques-unes des réflexions qu'il a inspirées à l'auteur ne nous avaient semblé mériter quelque attention.

OBS.—Anne Taylor, âgée de 18 ans, fut apportée le 2 août, un quart d'heure ou une demi-heure après qu'elle avait pris un breuvage corrosif que l'on soupçonna être de l'acide sulfurique aux taches noirâtres qu'elle avait sur les lèvres, les joues, les bras et même jusque sur ses vêtemens. Peu de temps après son arrivée elle vomit des matières noirâtres glaireuses. On lui donna du carbonate de magnésie dissous dans l'eau qu'on put se procurer sur-le-champ. Elle continua à vomir, mais les matières rejetées parurent moins noires que les premières. Traitées par une solution de carbonate de soude, il ne s'en dégagea pas de gaz, tandis que les premières soumises au même réactif en fournissaient abondamment. Elle fut couchée; peu à peu la réaction se développa; le pouls prit de la fréquence; elle se plaignait de douleurs le long de l'œsophage; la langue, les joues, les gencives se tuméfièrent. Il y avait de la dypsnée. On introduisit à l'aide du tube œsophagien une demi-pinte de lait frais.

Le lendemain, les vomissemens allaient en diminuant. Il y avait une salivation abondante; peu de densité à l'épigastre et une assez vive douleur le long de l'œsophage. Le col étant gonflé, on appliqua quelques sangsues à la gorge, qui affaiblirent beaucoup la malade, mais lui procurèrent un peu de soulagement.

Le 8, après avoir éprouvé une amélioration manifeste pendant plusieurs jours elle vomit des matières mêlées de sang et dans lesquelles on trouve un tube membraneux de quatre à cinq pouces de long qui, examiné avec soin, paraît être une portion de l'estomac; il est teint par de la bile sur quelques points, et sur d'au-

tres est charbonné. Le même jour elle rejette un autre tube membraneux que l'on reconnait être une portion de l'œsophage.

Depuis cette époque jusqu'au 17 son état s'améliora rapidement. La sensibilité de l'estomac et les vomissemens avaient disparu; mais ces derniers revinrent alors. Le col offrit de nouveau un gonflement manifeste et la déglutition devint extrêmement douloureuse, on ne put même faire pénétrer la sonde œsophagienne jusque dans l'estomac. On put constater la formation d'un abcès à la partie inférieure du col et la malade mourut le 3 septembre après avoir rejeté une ou deux onces d'un liquide purulent.

A l'autopsie, l'estomac offrit environ cinq pouces de longueur sur trois et demi dans sa plus grande largeur; la moitié la plus rapprochée du pylore n'offrit aucune altération appréciable. Quelques portions apparaissaient épaissies Le reste offrait une couleur grisâtre et livide. Les intestins semblaient un peu rétrécis. Il y avait au voisinage de l'œsophage deux abcès dont l'un s'ouvrait dans ce cana par deux ouvertures.

C'est dans des cas de ce genre que l'on doit chercher à étudier les symptômes de la gastrite, et non pas dans ceux qui, par la violence des causes et des symptômes, aussi bien que par les lésions trouvées après la mort, ne peuvent fournir que des documens très-peu certains. Ce n'est, dit l'auteur, que vers le quatrième ou le cinquième jour, que la malade commença à éprouver de la douleur dans l'abdomen, et encore cette douleur était-elle bornée à la région sus-ombilicale et ne devenait sensible que par la pression sur l'abdomen. N'est-ce pas une chose étrange que de voir une altération aussi grave, et aussi étendue de l'estomac, donner lieu à un si petit nombre d'accidens, et la mort ne survenir ensuite que sous l'influence de lésions placées en dehors de l'estomac; tandis qu'à la suite de ces maladies si graves, que Broussais et les pathologistes français attribuent à l'inflammation de l'estomac, on ne trouve le plus souvent que quelques altérations de couleur de la muqueuse. Chez la fille dont nous venons de voir l'histoire, ce n'est point l'exfoliation de l'estomac qui a été la cause immédiate de la mort, mais bien le développement des abcès près des voies aériennes.

OBSERVATION D'UN CAS D'EMPOISONNEMENT PAR L'ACIDE HYDROCYANIQUE TRAITÉ AVEC SUCCÈS PAR LE CARBONATE D'AMMONIAQUE, avec quelques remarques sur diverses questions médico-légales relatives à ce poison, et sur le moyen de découvrir les impuretés que contient quelquefois l'acide médicinal; par le docteur GEOGHEGAN, professeur de jurisprudence médicale au collége royal des chirurgiens d'Irlande.

OBS. — Un jeune homme de 21 ans, éprouvait depuis quelque temps dans la région de l'estomac des douleurs qui n'étaient point assez intenses pour être considérées comme dépendant d'une gastrodinie. Après avoir essayé en vain divers moyens, on l'engagea à recourir à l'acide hydrocyanique, et il commença par une goutte de l'acide de la pharmacopée de Dublin Il prit cette dose douze fois dans la même journée sans aucun effet appréciable. Le lendemain il en prit une demi-drachme sans plus de résultat Le surlendemain il porta la dose à une drachme qu'il prit de nouveau le quatrième jour; et le cinquième jour, il en prit un drachme et demie sans en éprouver encore aucun effet sensible. Le sixième jour il éleva la dose à deux drachmes. Deux minutes environ après avoir pris cette dernière quantité qui lui laissa une extrême amertume dans la bouche, et après avoir fait quelques pas il éprouva la sensation d'une grande confusion, avec céphalalgie et de forts bourdonnemens dans les oreilles. Il commença à chanceler, perdit connaissance et tomba en arrière. Il resta dans cet état pendant trois ou quatre minutes éprouvant de fortes convulsions.

On étendit aussitôt dans un peu d'eau deux drachmes d'esprit d'ammoniaque aromatisé (*spiritus ammoniæ aromaticus*) qu'on lui approcha le plus tôt possible de la bouche, mais comme les dents étaient très serrées, il ne put en avaler la moindre quantité; on lui tint alors continuellement près des narines le carbonate d'ammoniaque solide qui produisit aussitôt un effet bienfaisant. Au bout de quelques instans le malade put avaler un peu de liquide. La sensibilité revint alors promptement et fut suivie de vomissemens qui procurèrent beaucoup de soulagement, et au bout d'une demi-heure, le malade ne se plaignait plus que d'une légère douleur et d'un sentiment de distension à la tête, qui persistèrent pendant le reste de la journée. Son ancienne indisposition fut entièrement guérie par cette dose extraordinaire. Pendant les convulsions, on avait remarqué que les cuisses se rapprochaient de l'abdomen dans un état de contraction violente. Les extrémités supérieures présentèrent aussi les mêmes phénomènes; et quand, après les avoir écartées du corps par la force, on les abandonnait à elles-mêmes, elles se rapprochaient promptement de la poitrine. Les yeux étaient fermés, les dents serrées et les muscles de la face violemment convulsés. On calcula que le malade avait pris un peu plus de 6 drachmes et demie de l'acide hydrocyanique de la pharmacopée de Dublin, mais étendu dans une certaine quantité d'eau.

Après quelques considérations sur la classe des moyens thérapeutiques à laquelle appartient l'acide hydrocyanique et avoir exprimé qu'il doit être rangé plutôt parmi les sédatifs que les narcotiques, l'auteur fait ressortir la circonstance la plus importante qu'a offert ce fait, savoir que le même acide qui, à la dose d'une drachme et demie n'a produit aucun effet appréciable, à celle de deux drachmes a amené des accidens aussi graves. D'où vient une différence aussi considérable dans les effets manifestés pour une si petite différence dans la quantité? De quelque manière que l'on explique ce fait, soit par la propriété qu'ont quelques médicamens de n'agir qu'à une certaine dose, soit par l'acide hydrocyanique soit du nombre de ceux qui peuvent s'accumuler dans l'économie, il n'en résulte pas moins que ce n'est qu'avec la plus grande précaution que l'on doit augmenter les doses de ce médicament, qui présente les anomalies les plus extraordinaires dans son action.

L'auteur signale ensuite la rapidité avec laquelle a agi dans ce cas le poison; et il rappelle à cette occasion un jugement qui a fait beaucoup de bruit en Angleterre, il y a quelques années. Une fille enceinte avait été trouvée morte dans son lit, ayant à côté d'elle une bouteille qui avait contenu cinq onces d'acide médicinal, bouchée et enveloppée dans du papier; et l'on agita vivement la question de savoir si la rapidité avec laquelle agit l'acide à une dose aussi considérable avait permis à cette fille de boucher la bouteille et de l'envelopper après avoir bu le poison, ou si elle avait été empoisonnée par son amant, apprenti pharmacien dans la maison où elle était domestique. Dans le cas que nous venons de rapporter, une quantité égale à 25 gouttes de l'acide anglais ayant commencé à agir au bout de deux minutes, si l'on suppose que la rapidité de l'action soit en raison de la quantité, alors cinq drachmes qui sont environ douze fois autant auraient pu opérer, en un douzième de temps, c'est-à-dire en dix secondes, qui auraient pu suffire pour qu'elle fit les actes que nous venons de signaler.

Cette observation met en évidence les heureux effets de l'ammoniaque et de son carbonate, effet qu'il ne faut point attribuer à une action chimique de l'ammoniaque qui neutraliserait l'acide, mais qui dépend de l'action stimulante de cette substance, propriété entièrement opposée à celle du poison.

La méthode proposée par M. Orfila pour découvrir l'acide hydrocyanique dans les fluides mélangés, est extrêmement facile si l'on prend une précaution qu'il n'a pas indiquée. Cette méthode consiste, comme on sait, à humecter un morceau de papier Joseph avec une solution de potasse caustique, à la plonger ensuite pendant quelques minutes dans le fluide suspect et à la tremper après dans une solution de proto-sulfate de fer; on obtiendra du bleu de Prusse s'il y a un peu d'acide hydrocyanique.

Mais lorsque l'expérience est faite de cette manière, il se détache toujours en même temps que le bleu de Prusse, une certaine quantité d'oxide de fer mélangé qui donne au précipité une teinte d'un vert sale. Il est important, quand on veut obtenir la couleur caractéristique de plonger le papier dans de l'acide sulfurique ou de l'acide muriatique étendu pour redissoudre la portion d'oxide qui reste; si l'on ne prend pas cette précaution on peut être induit en erreur et conclure à tort qu'un mélange donné ne contient pas d'acide hydrocyanique.

CAS DANS LEQUEL LES VEINES DES EXTRÉMITÉS SUPÉRIEURES ONT OFFERT DES PULSATIONS MANIFESTES, par le docteur BENSON.

Il est rare que l'on observe des pulsations dans d'autres veines que dans les jugulaires; sous ce rapport l'observation rapportée ici par le docteur Benson est digne de quelque intérêt. Mais comme elle est extrêmement longue, nous allons nous contenter de donner les principaux résultats.

Le sujet qui était une femme, âgée de 60 ans et présentant les principaux signes d'une affection organique du cœur, offrait une pulsation manifeste dans toutes les veines superficielles des deux membres supérieurs. Une saignée faite à la malade fit disparaître entièrement ces pulsations qui revinrent au bout de quelques jours, aussitôt que les veines eurent repris leur premier état de plénitude. Ces pulsations étaient aussi fréquentes que celles des artères et ne se faisaient qu'un peu après elles. Après la mort de la malade on trouva l'oreillette et le ventricule du col droit dilatés et hypertrophiés. Les valvules tricuspides étaient épaissies et parsemées de petits noyaux cartilagineux. L'oreillette gauche était dilatée et hypertrophiée; il y avait rétrécissement notable de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche et le ventricule de ce côté offrait un peu de dilatation avec un léger degré d'hypertrophie. Les veines du tronc et des membres inférieurs n'ont pas offert la moindre altération.

L'auteur ne balance pas à attribuer les pulsations observées dans les veines chez cette femme à l'altération du côté droit du cœur et à la régurgitation qui résultait de la forte impulsion du ventricule droit et qui se communiquait le long de toute la colonne du sang veineux lorsque les veines étaient distendues par le sang; tandis que quand elles étaient à moitié pleines seulement, la pulsation ne dépassait pas les jugulaires.

DU TRAITEMENT DU CROUP, par le docteur KIRBY, professeur de médecine pratique au collége royal des chirurgiens.

L'auteur de cette communication commence par rappeler le traite-

ment conseillé par le docteur Lehman de Turgau qui, a quelque rapport avec celui qu'il va exposer, et consiste dans l'application d'eau chaude sur la région du larynx au début de la maladie. Quant au moyen qui est propre au docteur Kirby et dont il affirme avoir obtenu les plus heureux résultats, voici en quoi il consiste : il commence d'abord par faire couvrir le col avec un sac de sel chaud, et assez grand pour l'envelopper entièrement. Le sel doit être assez chaud pour que la main ne puisse en supporter le contact, et il se refroidira suffisamment pendant le temps nécessaire à l'application pour qu'il soit supporté facilement. Alors ce moyen agit avec beaucoup de rapidité comme rubéfiant, et son effet s'étend beaucoup au-delà des parties avec lesquelles il est en contact. La face se colore bientôt, ainsi que la partie supérieure du thorax; la température de toute la surface du tronc et des extrémités s'élève rapidement; le pouls prend plus de vitesse, de force; bientôt il s'amollit et tout annonce une transpiration subite, générale et abondante. Lorsqu'une fois elle est établie on voit disparaître, avec une rapidité vraiment étonnante, la douleur du larynx, la toux caractéristique et l'embarras de la respiration. La transpiration commence d'abord en dehors et autour du cataplasme sec; de là elle gagne la face, la poitrine et le reste du corps.

Lorsqu'une fois cette transpiration abondante est établie, on peut croire que l'on est maître de la maladie. Mais on doit employer tous les moyens propres à l'entretenir et éviter tout ce qui pourrait la supprimer.

III. THE LONDON MEDICAL GAZETTE.

REVUE DES CAS TRAITÉS A L'HÔPITAL SAINT-GEORGE, et spécialement de l'emploi de la saignée dans le traitement du rhumatisme articulaire; par le docteur MACLEOD.

L'auteur de cet article, passant généralement parmi ses compatriotes pour le rédacteur principal de la *Gazette médicale de Londres*, celui des journaux de médecine de Londres qui se fait le plus remarquer par la sagesse de la rédaction et l'importance des travaux qu'il contient, nous devons apporter quelque attention à reproduire ici les opinions qu'il émet dans cette revue sur quelques-uns des points dont on s'occupe le plus actuellement.

Bronchite chronique. On sait combien il est rare de trouver une altération notable d'épaisseur ou de consistance de la muqueuse des bronches; le rapport de M. Macleod contient une observation de ce genre, et qui est pleine d'intérêt : c'est l'histoire d'un homme âgé de 55 ans, qui avait été sujet à des attaques répétées de toux avec expectoration, et s'était à la fin compliqué d'anasarque. Ces symptômes ayant pris tout à coup beaucoup d'intensité, il entra à l'hôpital et il offrit un râle sibilant tout-à-fait particulier dans toute la poitrine, à l'exception des grosses bronches où l'on entendait un ronchus très-sonore. L'expectoration était peu abondante et consistait en un mucus extrêmement compacte et tenace. A l'autopsie, la muqueuse de la trachée n'offrit rien d'anormal; mais immédiatement au-dessous de la bifurcation et jusque dans les plus petites ramifications où on put la suivre, elle était épaissie et formait des plaques et des plis saillans dirigés dans le sens de la longueur et séparés par d'étroits interstices. Une planche dessinée par le docteur Hope donne une idée assez exacte de cette curieuse altération.

Emploi de la saignée dans le traitement du rhumatisme. Le docteur Macleod nous apprend que la plupart des praticiens anglais emploient la saignée dans le cours du rhumatisme, non pas dans le but de l'enlever et de le faire disparaître, comme on le fait dans le traitement des phlegmasies franches, mais seulement dans le but de diminuer son intensité, et même plus souvent de faciliter l'action de quelques médications spéciales. L'auteur repousse cette opinion, et apporte une foule d'argumens à l'appui de celle qui tend à considérer le rhumatisme aigu comme une simple inflammation, et ne différant des autres phlegmasies que par les tissus dans lesquels elle a son siége. Il n'admet même pas que cette inflammation présente rien de spécifique.

Quant à la métastase du rhumatisme sur les organes centraux de la circulation, il la regarde comme imaginaire; car, dit-il, il est extrêmement rare qu'au moment où le cœur ou le péricarde est affecté, les articulations cessent de l'être; tandis qu'il est extrêmement fréquent de voir le rhumatisme occuper à la fois le cœur, le péricarde et une ou plusieurs articulations. J'ai vu plus d'une fois, continue-t-il, des malades présenter le symptôme de la péricardite à une époque où ils n'avaient rien éprouvé qui pût faire penser qu'ils eussent à redouter une attaque de rhumatisme, et chez lesquels le lendemain ou le surlendemain une ou plusieurs articulations devenaient tout à coup douloureuses, tuméfiées, rouges, et offraient tous les signes de l'inflammation rhumatismale.

Cette manière de considérer le rhumatisme est assez conforme à celle adoptée parmi nous par M. Bouillaud, pour que nous y retrouvions la même origine; mais ici s'arrête la ressemblance. La manière dont M. Macleod considère l'emploi de la saignée, diffère de celle adoptée par le professeur de l'école de Paris. Il ne conseille pas les saignées coup sur coup; et dans les cinq observations de rhumatisme que contient son travail, nous voyons deux et au plus trois saignées pratiquées dans l'espace de quatre à six jours. Une autre différence remarquable que nous trouvons entre la méthode du docteur Macleod et celle de M. Bouilland, c'est que le premier emploie constamment, en même temps que les émissions sanguines, des purgatifs assez énergiques.

Il examine ensuite si la saignée prédispose, ainsi qu'on l'a dit, à l'inflammation du péricarde dans le cours du rhumatisme aigu; et d'abord il ne nie pas absolument les faits, ainsi que d'autres l'ont fait; mais si la péricardite est plus fréquente chez les sujets qui ont été saignés pendant la durée du rhumatisme, c'est, dit-il, parce que la plupart des praticiens ne saignent que dans les cas les plus aigus, c'est-à-dire précisément dans ceux où l'on voit le plus fréquemment survenir la péricardite, quel qu'ait été le traitement employé. Dans ces cas ce n'est pas la saignée qui dispose à la péricardite, mais cette dernière n'arrive que parce que la saignée a été insuffisante pour en empêcher le développement.

TRAVAUX ACADEMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 22 FÉVRIER.

— M. Paraire annonce qu'il est parvenu, au moyen d'une préparation qu'il fait subir au papier, à rendre ineffaçables les caractères qui y seraient tracés avec l'encre ordinaire, en changeant seulement la couleur de cette encre. Il adresse un échantillon de papier ainsi préparé, en demandant qu'on le soumette aux épreuves nécessaires, étant prêt, si le résultat répond à son attente, à faire connaître à l'Académie son procédé.

La lettre et l'échantillon sont renvoyés à la commission des papiers de sûreté.

MÉTALLURGIE. — THÉORIE DE HAUTS-FOURNAUX.

M. Chevremont, ingénieur en chef des mines en Belgique, écrit de Mons, à l'occasion de la communication faite par M. Leploy. Il y a long-temps, dit M. Chevremont, que j'ai fait ces découvertes, et que je connais cette théorie de la réduction des minerais de fer dans les hauts-fourneaux, théorie que j'ai déduite de plusieurs faits que j'avais observés, et dont j'ai entretenu il y a trois ans environ diverses personnes, entre autres MM. Thénard, Dumas et Perdonnet, Grouvel, etc. J'ai aussi communiqué en 1827 cette théorie des hauts-fourneaux à M. Guillery, professeur de chimie à Bruxelles, et il l'a consignée brièvement dans une note ajoutée à la page 135 de l'édition belge de la *Chimie appliquée aux arts* de Chaptal, imprimée à Bruxelles, avec le consentement de l'auteur, en 1830.

Toujours préoccupé de ma théorie des hauts-fourneaux, j'ai fait en 1832, ajoute M. Chevremont, quelques essais de laboratoire qui n'ont fait que la confirmer; ces essais ont consisté à faire passer dans un tuyau en terre réfractaire, contenant des morceaux de mine de fer spathique préalablement grillés, et en élevant la température du tuyau jusqu'à environ 409° cent., un courant de *gaz oxide de carbone*. Les morceaux de fer qui, au moment de leur introduction dans le tuyau de terre, étaient peroxidés et de couleur rouge, avaient, quand je les ai retirés de ce tuyau, une couleur noirâtre, et ils étaient jusqu'à leur centre entièrement réduits en métal très-attirable à l'aimant. Le gaz qui s'est dégagé, après avoir passé sur les morceaux de minerai de fer à l'état d'incandescence, était un mélange de gaz oxide de carbone et de gaz acide carbonique.

NOTE SUR UNE TÊTE FOSSILE D'OURS DES CAVERNES.

M. Flourens lit une notice sur une tête d'ours fossile donnée à l'Académie par M. Larrey, et qui provient des grottes de Mialet (Gard), où elle avait été découverte par M. A. Juliet.

Cette tête, qui est dans un très-bel état de conservation, appartient à la grande espèce des cavernes à l'ours à front bombé, espèce qui, comme on sait, a reçu plus particulièrement le nom d'*ursus spelæus*.

M. Cuvier, qui n'avait compté que deux espèces d'ours fossiles dans la première édition de son grand ouvrage, en a compté trois dans la deuxième : 1° la grande espèce, à front bombé, *ursus spelæus*; 2° une grande espèce à front plat, *ursus arctoïdeus*; 3° une espèce plus petite, *ursus priscus*. Il en a même indiqué une quatrième, d'abord sous le nom d'*ursus etruscus*, et puis sous celui d'*ursus cultridens*.

Sans nous arrêter à la détermination de ces espèces fossiles considérées en elles-mêmes, ni à celle de quelques autres espèces, indiquées ou proposées depuis par divers naturalistes, MM. Marcel, de Serres, Croizet et Jobert-Schmerling, etc., venons, dit M. Flourens, à ce qui touche plus directement à l'objet de ce rapport, à l'existence de l'ours fossile en France, et d'abord rappelons que M. Cuvier n'a connu ce fait qu'au moment même où il terminait la publication de

la seconde édition de son grand ouvrage; M. Duvernoy, jadis son coopérateur pour la rédaction des derniers volumes de l'anatomie comparée, lui ayant transmis des os qui avaient été découverts dans la fissure d'un rocher, près de Châtillon, sur la rive gauche du Doubs.

Depuis cette époque, l'ours fossile a été découvert sur plusieurs autres points de la France; dans la grotte d'Osselle (Doubs), à Fouvent Haute-Saône), dans les cavernes de Lunel-Viel (Hérault), dans celles de Sallès (Aude), dans le département du Puy-de-Dôme.

La tête que M. Larrey a offerte récemment à l'Académie ajoute donc, sous le point de vue qui nous occupe, un nouvel élément à cette connaissance des richesses fossiles, richesses dont on peut regarder chaque nouvelle découverte comme un nouvel hommage à la mémoire du grand homme qui a créé la science des *ossemens fossiles*. Aussi l'Académie s'est-elle empressée d'accueillir le don de M. Larrey, et je proposerai qu'elle lui en adresse de nouveau ses remercîmens.

— Après la lecture de la notice de M. Flourens, M. Geoffroy-Saint-Hilaire prend la parole et fait remarquer quelques traits de configuration de cette tête. Le rétrécissement latéral de la boîte crânienne, l'écartement des arcades zygomatiques, laissent dans les fosses temporales un espace énorme que remplissaient les muscles élévateurs des mâchoires, muscles qui devaient avoir une effrayante puissance. Ces caractères, et plusieurs autres encore qu'on pourrait indiquer, concourent à prouver que les ours des cavernes devaient être des animaux d'une férocité au moins égale à celle des espèces les plus redoutables du genre felis, du tigre et du lion. Les espèces vivantes d'ours d'Europe ont un régime au moins autant végétal qu'animal; les espèces fossiles devaient être éminemment carnassières, plus même que l'ours polaire, qui tient aussi le milieu entre les unes et les autres.

J'ai déjà eu occasion, ajoute M. Geoffroy, d'insister sur ces caractères des ours fossiles dans les Etudes progressives d'un naturaliste, p. 91. J'ai fait voir que les espèces vivantes ou perdues du genre *ours* pouvaient se ranger en quatre petits groupes, dont le premier, formant le sous-genre *spelearctos*, renferme les grandes espèces fossiles; dans le second est placé l'ours polaire; dans le troisième sont les ours des régions tempérées d'Europe, d'Asie, et peut-être d'Amérique; dans le quatrième enfin les ours indiens, ours jongleurs, ours aux longues lèvres, etc., les moins carnassiers de tous.

Le muséum d'histoire naturelle possède déjà une très-belle tête appartenant au premier groupe, mais non à la même espèce que celle qui est en ce moment sous les yeux de l'Académie. Il serait intéressant pour la science que les deux pussent être placées en regard dans les galeries d'anatomie, et que la tête que M. Larrey a offerte à l'Académie pût figurer près de celle que M. Hericart de Thury a donnée au muséum.

EXAMEN DE LA FÉCULE.

M. Payen lit des observations sur le mémoire de M. Guérin-Vary relatif à la fécule, mémoire dont nous avons donné précédemment l'analyse. Nous publierons un extrait de ce travail dans notre prochain numéro.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 23 février.—Présidence de M. Louyer-Willermay.

La correspondance comprend une lettre de M. Malgaigne sur la nature des luxations accidentelles primitives de l'articulation coxo-fémorale. (Voir cette lettre à la correspondance.)

NOTICE SUR LA TOPOGRAPHIE MÉDICALE DE LA VILLE DE CHARTRES, SUIVIE D'UN TABLEAU SUR L'ÉTAT SANITAIRE DES HOMMES DU 7e RÉGIMENT DE CHASSEURS PENDANT LEUR SÉJOUR DANS CETTE VILLE; par L.-F. LEURET, chirurgien aide-major au 7e chasseurs.—M. Villeneuve, rapporteur.

Ce rapport, présenté au nom de la commission de statistique, et qui n'est d'ailleurs qu'une fidèle analyse du mémoire lui-même, ne présente pas un intérêt assez général pour que nous croyions devoir le reproduire. Nous en extrairons seulement ce qui a trait aux établissemens hospitaliers de la ville de Chartres. On en compte quatre qui sont :

1° L'Hôtel-Dieu, établissement peu considérable et dont les bâtimens, trop près de la cathédrale, en reçoivent un ombrage qui les rend tristes et insalubres. En 1834 on y a admis 1,080 malades, 505 hommes, 314 femmes, et 261 militaires. Sur ce nombre il en est mort 64, dont 10 militaires,

2° Un hospice pour les aveugles.

3° Un hospice pour les vieillards et les orphelins.

4° Enfin l'hospice Josaphat, où l'on reçoit des vieillards des deux sexes et des enfans atteints de la teigne.

D'après un tableau de la mortalité dans la ville de Chartres pendant l'année 1834, il résulte qu'il y est mort 432 individus, ce qui, sur une population de 14,439 personnes, ne fait guère qu'un décès par cinquante habitans.

La commission propose d'adresser des remercîmens à l'auteur, et de l'engager à continuer de s'occuper de semblables travaux.—Adopté.

— M. GIMELLE fait un rapport sur la lettre de M. Jalade-Lafond, dont nous avons rendu compte il y a quelques mois. Le sujet annoncé par M. Lafond ne s'est pas présenté à la commission; elle propose en conséquence de passer à l'ordre du jour, et de ne donner suite à des communications semblables qu'autant que les auteurs feraient constater la maladie par les commissaires de l'Académie, les rendraient témoins du traitement, et les mettraient par suite en position de constater des résultats.—Adopté.

— Le même membre avait à faire un rapport sur plusieurs observations de M. Ruyer, docteur à Senones; mais ces observations ayant été publiées dans les journaux de médecine, la commission propose de passer à l'ordre du jour — Adopté.

— M. CAPURON fait un rapport sur une réclamation de M. le docteur Bonhoure touchant un précédent rapport fait à l'Académie sur un de ses mémoires. La réclamation ne contenant aucun argument nouveau, la commission persiste dans ses conclusions et propose de passer à l'ordre du jour.—Adopté.

— M. GIMELLE fait un rapport sur une observation d'une énorme tumeur sublinguale extirpée avec succès par le docteur Cattin Dunoyer, D.-M. à la Chapelle-Blanche (Indre-et-Loire). Cette observation, qui n'offre rien de remarquable sous le rapport scientifique, laisse encore beaucoup à désirer pour les détails de la rédaction; toutefois la commission accorde des éloges à l'opérateur, et propose de le remercier et de déposer son mémoire dans les archives.

M. CASTEL regrette que les auteurs de semblables observations ne fassent aucune mention du tempérament des malades, circonstance qui exerce cependant une si grande influence sur les maladies chirurgicales.

M. MAINGAULT pense que le tempérament influe peu sur la nature de semblables tumeurs.

Après quelques observations de MM. Emery, Castel et Maingault, le rapport et ses conclusions sont adoptés.

NOUVELLES EXPÉRIENCES SUR LE TRITOXIDE DE FER HYDRATÉ (hydrate ferrique) CONSIDÉRÉ COMME CONTREPOISON DE L'ACIDE ARSÉNIEUX; par M. BISCHOFF, pharmacien, et M. LEVRAT, médecin-vétérinaire à Lausanne.— M. Henry, rapporteur.

Ces expériences, faites sur des chevaux, ont paru à la commission fort incomplètes. En effet, les auteurs, pour constater les bons effets du contrepoison, ont omis de rechercher auparavant à quelle dose l'acide arsenieux peut amener la mort chez le cheval. Ils n'ont en conséquence administré que des doses de poison incapables de la produire. C'est ainsi que trois chevaux de différens âges ont pris successivement 20, 40, 60 grains, et enfin 4 gros d'acide arsenicux, et à des époques variables, 5 onces d'hydrate ferrique; dans aucun cas les animaux n'ont succombé, et même ils ont généralement paru peu incommodés. Les auteurs attribuent au contrepoison, dans cette circonstance, ce qui vient en grande partie de la faible dose de poison administré.

Il y a cependant un point de ce travail qui a attiré l'attention de la commission. Tous les chevaux soumis à l'action de l'oxide blanc d'arsenic et de l'oxide rouge de fer, ont rendu des crottins dont la couleur était d'un vert noirâtre plus ou moins intense. MM. Bischoff et Levrat pensent que cette teinte provenait d'une certaine quantité d'arsénite de fer passée à l'état de proto ou de deutosel, et existant dans les excrémens. La commission s'exprime ainsi :

« Cette explication ne nous paraît pas très-plausible; nous avons tenté la réduction de l'arsénite rouge de fer récemment préparé; ce sel, mis en contact avec des corps désoxigénans tels que la limaille de fer, le sulfate de potasse, etc., n'avait éprouvé, au bout de plusieurs mois, qu'un changement peu visible. Nous avons alors présumé que dans la coloration des crottins en noir, l'arsénite de protoxide de fer n'était pour rien, mais que l'hydrate de fer modifié ou combiné à quelque substance particulière l'avait déterminée. Afin de voir si la teinte noire n'était pas due à du sulfate de fer formé par l'action de quelque produit sulfuré de la digestion sur l'hydrate ferrique, les crottins noirs ont été traités avec soin par l'acide hydrochlorique étendu d'eau, et il ne s'est dégagé aucun indice de gaz hydrosulfurique. Des crottins frais rendus par un cheval en bonne santé, mis en présence des réactifs propres à déceler la présence de cet acide, n'en ont également point offert d'indices appréciables. Pour chercher autre part la cause de la coloration en noir des crottins, nous avons soumis à l'alcool bouillant une certaine partie des crottins frais ordinaires dont il vient d'être question. La liqueur alcoolique filtrée était jaunâtre, et par l'évaporation elle dégageait une odeur excrémentitielle non sulfureuse; le résidu filtre ne fournit, au moyen d'un parchemin ramolli, aucune trace de tannin; il était d'une couleur jaunâtre, d'une saveur amère; et produisait avec les persels de fer un précipité noir verdâtre. Nous pensons que cette substance jaune était de la nature de celle de la bile; et que c'est elle qui, dans l'estomac et les intestins, agit sur l'hydrate ferrique pour donner naissance à un composé noir rejeté avec les débris solides de la digestion. »

La commission propose d'adresser des remercîmens aux deux auteurs, et de déposer leur mémoire dans les archives.—Adopté.

EXTIRPATION DU COL DE L'UTÉRUS; TORSION DES ARTÈRES UTÉRINES, par M. AMUSSAT.

M. Amussat communique l'observation suivante;

OBS. — Madame L..., âgée de 43 ans, mariée à l'âge de 27 ans, s'était toujours bien portée dans sa jeunesse; elle eut une fausse couche, et plus tard une grossesse à terme, il y a maintenant 13 ans. Son mari a eu plusieurs maladies vénériennes, cependant elle ne s'est jamais aperçue qu'elle-même en fût atteinte.

Madame L... se livrait à des travaux assez pénibles, travaux auxquels elle croit devoir attribuer plusieurs inflammations de bas-ventre dont elle fut affectée. En 1834 se firent sentir les premières douleurs dans le côté, à l'hypogastre, aux reins et aux lombes. A la suite de ses règles qui survenaient trois fois dans le mois, et pendant l'acte de la reproduction, elle avait de fortes cuissons dans le vagin, suivies d'élancemens semblables à ceux qui résulteraient de coups de canif, et d'un écoulement d'un blanc jaunâtre.

En janvier 1836, l'état général de la santé commença à s'altérer. L'écoulement continuait et les douleurs dans le vagin étaient devenues très-fortes; elle se toucha elle-même, et crut sentir dans le vagin quelque chose d'anormal très-sensible à la pression; elle vint alors consulter M. Amussat qui, après avoir exploré les parties avec le doigt et ensuite avec le spéculum, reconnut que le col de l'utérus était abaissé et surmonté d'un champignon assez volumineux, mou, et répandant une odeur désagréable, qu'il jugea de nature cancéreuse M. Bodson, accoucheur et médecin ordinaire de la malade, examina lui-même les parties et fut du même avis. En conséquence on procéda à l'opération de la manière suivante.

La malade couchée sur une commode garnie d'un matelas; les jambes fléchies sur les cuisses et ces dernières maintenues fortement fléchies sur le bassin et écartées l'une de l'autre, on introduisit un speculum brisé, et après avoir saisi et tiré en avant la tumeur avec des erignes à deux et trois branches et des pinces droites à polypes, M. Amussat retirant le spéculum et faisant dilater la vulve

par ses aides, incisa dans le tissu sain avec un bistouri boutonné et recourbé sur son tranchant. L'opération fut retardée par un jet de sang artériel assez fort ; M. Amussat fit la torsion du vaisseau qui fut fermé aussitôt. L'opération faite, plusieurs petites artères donnaient encore, mais M. Amussat et M. Bodson pensèrent que ces vaisseaux étaient assez petits pour ne pas fournir d'hémorrhagie inquiétante.

La malade fut replacée dans son lit et les parties recouvertes de linges ; mais au bout de quelques heures toutes les pièces de l'appareil étaient teintes de sang, et le vagin fortement distendu par un énorme caillot d'où suintait encore du sang à la superficie ; on fit un nouveau pansement avec de la charpie trempée dans du vinaigre, mais sans enlever le caillot, et on la maintint en place à l'aide d'une compression assez forte, en ayant le soin d'arroser de temps en temps les parties avec de l'eau froide.

M. Amussat présente à l'Académie ce col qu'il a excisé et qu'il croit de nature cancéreuse, quoique cette tumeur ait quelque analogie avec les végétations syphilitiques, qui sont d'un moindre volume.

Cette observation doit engager les praticiens à faire dans un pareil cas la torsion des artères utérines, opération pratiquée pour la première fois, et avec succès, par M. Amussat (1). Ainsi on pourra toujours se mettre à l'abri de ces hémorrhagies à la suite d'opérations dangereuses d'amputation du col de la matrice, dont le résultat est souvent si funeste. Mais pour pratiquer la torsion, il faut avoir le soin de ne pas lâcher l'utérus ; car alors cet organe fortement attiré pendant l'opération, une fois débarrassé des érignes, remonterait à sa place et rendrait très-difficile la recherche des artères dont on voudrait faire la torsion.

Toutefois, quand dans l'amputation du col de l'utérus on ne pourra pas suivre ce procédé, M. Amussat conseille de toujours faire la cautérisation, ce qui a le double avantage d'arrêter l'hémorrhagie et de faire tomber la portion d'utérus malade qui n'aurait pu être enlevée avec l'instrument.

La malade est aujourd'hui au quatorzième jour de son opération ; elle va parfaitement bien, le sang n'a point reparu et tout porte à croire que sa santé sera promptement rétablie.

Séance levée à 4 heures trois quarts.

— Samedi prochain, à 3 heures, séance supplémentaire pour la lecture des mémoires des auteurs étrangers à l'Académie.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

DE LA NATURE DES LUXATIONS COXO-FÉMORALES PRIMITIVES ; lettre adressée à l'Académie de médecine, dans sa séance du 23 février 1836, par M. MALGAIGNE, professeur agrégé à la Faculté de Paris, chirurgien du bureau central.

Monsieur le président,

Désirant prendre une date certaine et m'assurer une priorité sans contestation, permettez-moi de mettre sous les yeux de l'Académie les conclusions d'un grand travail que d'autres occupations ne me permettent pas de terminer en ce moment.

Dans l'état actuel de la science, on n'admet que des luxations complètes du fémur sur l'os iliaque ; Boyer regarde les luxations incomplètes comme à peu près impossibles ; sir A. Cooper n'en dit pas un seul mot ; et les deux ou trois observations qu'on en possède passent pour des exceptions dont la rareté même atteste la difficulté. Il y a bientôt un an que, dans un concours public au bureau central et dans une composition écrite, j'avais avancé que les luxations incomplètes étaient plus fréquentes peut-être que les complètes ; un examen plus approfondi du sujet m'a conduit encore plus loin ; je suis aujourd'hui fermement convaincu que *toutes les luxations primitives du fémur produites par une violence extérieure sont incomplètes*. Je ne ferai qu'indiquer ici les cinq ordres de preuves sur lesquelles je fonde mon opinion.

1° En produisant toutes les variétés de luxations coxo-fémorales sur le cadavre, l'articulation étant dans des conditions normales, on ne peut obtenir que des luxations incomplètes, même en déchirant les trois quarts de la capsule. Je viens de démontrer publiquement ce fait dans mon cours d'anatomie chirurgicale ;

2° Les symptômes donnés par les luxations incomplètes sont absolument les mêmes que ceux décrits par tous les auteurs pour les prétendues luxations complètes ; et il est facile de s'assurer que si la tête était complètement luxée, les symptômes seraient fort différens ;

3° Il serait impossible de comprendre le mécanisme de la réduction par les méthodes les plus généralement employées, si ces luxations étaient complètes ; tandis que tout est clair et évident en plaçant les os dans la condition des luxations incomplètes ;

(1) Nous devons dire que nous l'avons vu pratiquer plusieurs fois par M. Lisfranc dans des opérations du même genre ; mais les observations n'en ont point encore été publiées.

4° Il est impossible de comprendre les réductions spontanées observées par quelques chirurgiens, hors dans le cas de luxations incomplètes ;

5° Enfin, et j'insiste particulièrement sur ce point, qui me paraît bien propre à rabaisser la valeur des argumens qui précèdent, *la théorie actuelle des luxations coxo-fémorales complètes n'est appuyée sur aucun fait*. Je ne nie point la possibilité des luxations accidentelles et primitives complètes ; mais je nie qu'il en existe un seul cas démontré par l'autopsie ; ce qui est la seule démonstration admissible, puisque les symptômes des auteurs sont les mêmes que ceux de mes luxations incomplètes.

Lors même que la luxation, non réduite, a été examinée après un très long-temps, souvent on la trouve encore évidemment incomplète ; mais quelquefois elle est devenue complète, et il faut admettre ici un déplacement consécutif. J'ai nié ailleurs, et je n'admets pas davantage à présent la production de ces déplacemens par l'action musculaire ; mais il y a ici une cause plus puissante à la fois et plus durable ; c'est la pression du corps dans la marche sur la tête demi-luxée du fémur, pression qui tend évidemment à la faire glisser dans un sens ou dans l'autre, après avoir distendu ce qui reste du ligament capsulaire.

Enfin, ce qui est bien contraire à l'opinion générale, c'est en avant et en bas que la tête du fémur peut le moins s'écarter de sa cavité ; c'est en dehors et en haut qu'elle peut s'en éloigner davantage. Cela tient à la différence de longueur des portions de la capsule restées intactes ; pour le ligament rond, il est constamment rompu dans la moindre de ces luxations.

J'ai l'honneur, etc.,

MALGAIGNE.

Paris, 23 février 1836.

NOUVELLES REMARQUES ET OBSERVATIONS SUR LE CATHÉTÉRISME AVEC LES SONDES DE GROS CALIBRE DANS LES RÉTRÉCISSEMENS DE L'URÈTRE, par M. MAYOR de Lausanne.

Nous avons reçu de M. Mayor une longue lettre en réponse au mémoire et aux remarques ultérieures de M. Boinet, touchant le cathétérisme avec les sondes d'étain. M. Mayor croit pouvoir aussi rejeter les insuccès de M. Sanson sur trop de précipitation apportée dans l'introduction successive des sondes.

« M. Sanson, dit-il, s'est jeté sans réserve dans une pratique extraordinaire, non-seulement sans l'avoir étudiée, mais sans avoir lu le peu de pages où le système est développé, où des règles de prudence sont précisées à chaque page, et où le mode de procéder est rappelé avec le plus grand soin, afin de ne laisser aucun prétexte à la présomption, à la témérité, à l'ignorance et à la mauvaise foi. Nulle part, dans ma brochure, je n'encourage à la brusquerie, quand on a le temps d'attendre ; et j'ai soin d'avertir, dans maint endroit, qu'on s'expose avec mes moyens bien plus qu'avec tout autre, à des accidens inflammatoires. Partout je m'empresse d'accoller à mon cathétérisme les expressions de *lent*, *long*, *gradué*, *prudent*, *sage*, *judicieux*. J'en appelle même au tact, à l'expérience et au savoir-faire. J'excepte formellement de l'action de mes sondes d'étain, « ceux enfin (les cas) où, contre toute attente, l'introduction réitérée d'un tube métallique serait accompagnée de douleurs vives, de répugnance et d'aversion du côté du malade ; p. 24. » Je recommande expressément page 17 : « Que le calibre des cathéters soit en rapport avec les dimensions naturelles qu'on peut supposer au canal excréteur, ou plutôt avec celles qu'il est susceptible d'acquérir sans inconvénient..... »

« J'en suis navré, mais les observations de M. Boinet et son mémoire resteront en témoignage de ce qu'on se plaît à faire de nos jours à Paris, et dans le premier hôpital du monde, lorsqu'il s'agit d'expérimenter sur un objet de la plus haute importance, et de se mettre en mesure d'éclairer le public médical tout entier. A coup sûr, M. Sanson a été ici, comme on dit vulgairement, *plus royaliste que le roi* ; et on pourra lui reprocher qu'il s'est en quelque sorte appliqué à gâter, par une étrange exagération, un procédé que déjà j'avais poussé suffisamment loin. On sait assez, en effet, que tout auteur et inventeur n'est déjà que trop disposé à abonder dans son sens, à demander le plus pour avoir le moins, et que la prudence veut qu'on le suive plutôt que de le devancer.

Nous avons retranché de cette lettre tout ce qui, sans jeter plus de jour sur la discussion, avait un caractère trop purement polémique. Les amis de M. Mayor de Lausanne, et nous nous honorons qu'il veuille bien nous compter dans ce nombre, savent que si cet excellent

chirurgien pense toujours avec la maturité et l'expérience d'un vieillard, il écrit quelquefois avec la vivacité d'un jeune homme. Mais il nous a adressé en même temps des observations nouvelles à l'appui de sa méthode, recueillies par M. le docteur Mercier, et nous nous empressons de les reproduire.

OBSERVATIONS DE RÉTRÉCISSEMENS DU CANAL URÉTRAL, traités par la dilatation avec les sondes ou cathéters de gros calibre; par M. le docteur MERCIER de Morges, chirurgien de division.

OBS I. — En mars 1831, le nommé Jean N., âgé de 36 ans, cocher et domestique d'écurie, a été atteint à plusieurs reprises de gonorrhées vénériennes qui ont été mal soignées et entretenues par des excès de vin et de libertinage; il en est résulté un rétrécissement du canal de l'urètre, tel que le malade n'urinait que goutte à goutte et avec des efforts très-longs et fatigans. Ayant été consulté, je proposai de le sonder; mais avant de le faire je pratiquai une forte saignée que je fis suivre d'un purgatif rafraîchissant, et le troisième jour, j'introduisis après un bain tiède d'une heure le cathéter n° 2. Je parvins à franchir avec lenteur deux obstacles à un pouce d'éloignement l'un de l'autre, et aux trois quarts du canal, et j'arrivai dans la vessie, que je vidai d'une assez grande quantité d'urine. L'opération ne fut pas très-douloureuse, et ne fut suivie d'aucun accident; les urines coulèrent mieux, et le malade voulut être sondé le jour suivant, ce qui eut lieu assez facilement et sans douleur. Pendant huit jours, les cathéters n°s 2, 3 et 4 furent introduits, et au bout de ce temps le malade urinait largement. J'ai vu deux ans après Jean N., qui me dit qu'il urinait toujours librement.

OBS. II. — En mars 1835, le nommé Burky de Rolle, âgé de 38 ans, eut, à la suite d'une gonorrhée mal soignée ou négligée, un rétrécissement du canal urétral. Des excès de vin et son état de fournier, qui l'exposait continuellement à la chaleur d'un grand four à pain, augmentèrent le mal à tel point qu'il urinait goutte à goutte. Pendant deux ans, Burky maigrit beaucoup, perdit l'appétit et parut tomber dans une fièvre lente. La vessie, fatiguée par des contractions presque constantes, paraissait atteinte de catarrhe. Traité pendant ces deux ans par divers moyens empiriques qui augmentèrent le mal, il vint en mars de cette année 1835) me consulter. Je proposai de suite le cathétérisme forcé, auquel il se soumit, et je parvins après bien des difficultés à introduire dans la vessie un n° 2. Quelques accidens nerveux le fatiguèrent pendant vingt-quatre heures, au bout duquel temps je passai de nouveau le même cathéter à deux ou trois reprises. Au bout de huit jours, cet homme, qui avait été sondé cinq fois, retourna chez lui, urinant largement; sa santé s'est améliorée, et il n'a éprouvé aucun retour de la maladie.

OBS. III — En décembre 1834, le nommé Croisier, cultivateur, âgé de 56 ans, atteint d'une rétention d'urine, me fit appeler. Voici ce que le malade me dit sur la cause de cette rétention. Deux mois auparavant, en descendant d'un char très-élevé, il manqua le marchepied et tomba sur une traverse sur le périnée; il y eut contusion très-forte, et une hémorrhagie pendant vingt-quatre heures, par rupture du canal urétral à 3 pouces du col de la vessie. Cette rupture fut suivie de suppuration très-abondante; mais insensiblement le jet de l'urine diminua, et depuis deux fois vingt-quatre heures il n'urinait plus que goutte à goutte. Jugeant alors qu'il y avait rétrécissement, je n'eus pas de peine à m'en convaincre en introduisant un cathéter n° 2. Je ne parvins qu'après plusieurs reprises à passer l'obstacle, et je pénétrai dans la vessie, que je vidai d'une énorme quantité d'urine. L'introduction du cathéter fut douloureuse, donna lieu à une petite hémorrhagie, et à quelques accidens inflammatoires que les cataplasmes seuls calmèrent. Le lendemain, le malade, quoique ayant mieux dormi, demanda à être sondé de nouveau, ce qui eut lieu avec facilité et peu de douleur. Le cathétérisme, répété huit jours de suite, réussit parfaitement à rétablir le calibre du canal, et depuis lors la guérison s'est soutenue.

OBS. IV. — En septembre 1834, Louis Z., âgé de 22 ans, vint me consulter pour un rétrécissement du canal de l'urètre, suite de rupture et de déchirure. Voici ce qui était arrivé trois mois auparavant. Ce jeune homme, conduisant un char à deux vigoureux chevaux, tomba de son siége sur le derrière d'un des chevaux, et se frotta violemment sur le harnais très-dur; la verge fut courbée, serrée, meurtrie, et le canal de l'urètre se rompit à 3 pouces du gland. Une hémorrhagie assez forte eut lieu pendant quelques heures; l'inflammation fut violente, les urines douloureuses; la verge devint complètement noire, la suppuration fut très-abondante, et tout le traitement pendant un mois se borna à des compresses d'eau froide et des lotions, ce jeune homme n'ayant pas osé en parler à personne dans la crainte d'être soupçonné d'avoir quelque affection vénérienne. Dès le premier mois, il urinait toujours moins librement, et quand il vint me consulter, il n'urinait presque que goutte à goutte et douloureusement. On sentait alors parfaitement comme un nœud à 3 pouces du gland; le rétrécissement était très-dur, et l'urine, en arrivant sur le point rétréci, dilatait le canal et formait une espèce d'entonnoir. Le rétrécissement pouvait avoir une ligne et demie à deux lignes. Je pris un cathéter n° 2, que je redressai, et saisissant la verge, j'arrivai au rétrécissement, que je parvins à franchir d'autant plus facilement que j'avais la possibilité de pousser la partie postérieure du rétrécissement contre le bec de la sonde. Pendant cinq jours, cette dilatation fut continuée avec le même cathéter; la dilatation forcée de cette cicatrice, qui paraissait très-dure, s'est faite, et la guérison a été complète. J'ai revu le jeune homme six mois après, et il m'a dit uriner comme auparavant.

J'ai traité encore trois cas de rétrécissemens du canal de l'urètre, par suite de gonorrhées et affections vénériennes anciennes, dont une avait été traitée inutilement par la cautérisation, par un chirurgien de Marseille qui n'avait jamais pu faire arriver aucune sonde dans la vessie. Ces trois cas ont été traités par le cathétérisme forcé, par une dilatation lente, après avoir préalablement employé bains et saignées; et tous les trois ont été guéris sans retour.

J'ai surtout soigné plusieurs vieillards pour rétrécissement du canal par engorgement probable de la prostate: tous se sont parfaitement trouvés des cathéters de gros calibre n. 2, 3 et 4, et je n'ai jamais vu en résulter aucun accident. Dernièrement encore un vieillard de 75 ans me consulta pour une difficulté d'uriner, par rétrécissement graduel du canal. On avait plusieurs fois tenté de le sonder dans une ville voisine, mais sans succès. Je lui proposai de le sonder, et je parvins, après quelque difficulté, à pénétrer dans la vessie avec un cathéter n° 2. Le lendemain je me servis du n° 3, et le troisième jour le vieillard se sonda lui-même. Les urines coulent maintenant à plein canal, sans qu'il y ait eu le moindre accident.

NOUVEAU SYSTÈME GÉNÉRAL DE RÉDUCTION DANS LES LUXATIONS ET LES FRACTURES; par M. ALLIOT, médecin à Montagny.

La perfection de la méthode des réductions chirurgicales serait, ce me semble, de produire par une seule et même puissance l'extension et la contre-extension toujours sagement coordonnées, et de pouvoir déterminer le plus grand effet ou le meilleur avec le plus petit nombre de moyens, avec le moins d'efforts. Or, dans les méthodes actuelles de réduction, soit que l'on rappelle les manières anciennes perpétuellement suivies, soit que l'on nomme la réhabilitation des poulies systématisées avec le dynamomètre, quelle complication de forces et d'intelligences combinées, combien d'appareils encore qu'un seul homme ne peut faire jouer! La principale puissance empruntée à la mécanique qui puisse produire en même temps deux mouvemens de rapprochement ou contraires, et donner lieu, avec le moins de travail, aux plus grands effets, est le levier spiral ou la vis attachée à deux corps opposés. Par le mouvement unique que vous lui imprimez, vous faites avancer ou reculer ses deux sommités mobiles. Avec une force graduée à volonté et pour ainsi dire infinie, vous domptez les plus grands obstacles. Si cette idée d'une tige spirale, faisant reculer par une même action deux points opposés avec une force graduée à volonté et toujours soutenue, est applicable aux réductions chirurgicales, le problème que nous avons proposé plus haut est par là même résolu. Or, nous allons voir dans les faits cette possibilité d'application heureuse.

Un jeune homme sur le point de tomber en arrière en courant, se retient en cramponnant son pied dans une ornière et en se contournant un peu. Sur-le-champ douleur, difficulté de marcher. Il revient à cloche-pied, avec peine; mais on n'aperçoit encore aucune déformation à la jambe ni au pied. Trois jours plus tard, le pied tourné en dedans révèle une lésion dans le système osseux. En effet, le tibia est fracturé vers son tiers inférieur, le fragment inférieur dépasse de beaucoup le supérieur, et proémine sous la peau; la jambe est courbée, et le membre est raccourci de près d'un pouce. Le gonflement inflammatoire étant à peu près entièrement dissipé, nous procédâmes à la réduction par extension et par contre-extension, selon la manière ordinaire; mais tous nos efforts, plusieurs fois réitérés, furent décidément vains. Alors un anneau en acier et bien matelassé est placé en bas au-dessus des malléoles; un autre est fixé de même à la partie supérieure de la jambe; deux tiges métalliques terminées en vis les traversent; on tourne seulement celle du côté du tibia au moyen d'un petit levier, et la réduction se fait avec la plus grande facilité. Le moindre effort d'un seul homme accomplit ici ce que les forces réunies de cinq ou six autres, s'épuisant dans de longues manœuvres, n'avaient pu exécuter.

Un garçon de onze ans, portant une luxation de l'extrémité supérieure du radius en avant depuis quinze jours, me fut amené. Malgré l'emploi des cataplasmes, l'article resta gonflé, et l'extension et la contre-extension à la méthode commune furent impuissantes pour déterminer la réduction. Un anneau ou brassart matelassé fut donc arrêté à la partie inférieure de l'humérus; deux forts liens furent appliqués par des tours de bandes au-dessus du poignet, et passés dans des têtes mobiles que traversaient deux petits cylindres métalliques terminés en vis. Ces petits cylindres furent tournés, et l'extension suffisante fut pour ainsi dire instantanée.

On sait combien est difficile la réduction des luxations du pouce en avant. M. Velpeau cite un cas où ni lui, ni le professeur Bougon, ni M. Roux dont il loue l'habileté, ne parvinrent à ramener dans son article l'os déplacé.

Une servante m'a fourni naguère l'occasion de constater en ce cas les avantages et la puissance de la nouvelle méthode. La première phalange

était luxée sur l'os métacarpien, et nulle manœuvre ne pouvait rétablir leurs rapports. Deux anneaux disposés, l'un à la racine du pouce, et l'autre sous la seconde phalange, furent bientôt écartés par le mouvement de deux vis latérales mises en jeu, et la déformation disparut.

Ce système puissant, où le médecin se suffit à lui-même et peut produire d'immenses effets, est non-seulement applicable à la réduction de toutes les luxations et fractures des membres, mais peut servir, ce nous semble, au redressement des déviations de l'épine dorsale, et déterminer une courbure en sens inverse; car deux anneaux matelassés ayant été fixés, l'un sous les aisselles, et l'autre au-dessus du bassin et retenu par un sous cuisse, une vis écartera à volonté les deux points extrêmes du côté de la courbure produite, et l'autre pourra les rapprocher du côté de la courbure à produire. Les fractures de la cuisse, si rarement guéries sans difformité et sans raccourcissement, pourront être maintenues dans d'exacts rapports par ces mêmes moyens qui les y auront ramenées. Le membre serait soutenu dans une sorte d'appareil en même temps inamovible et amovible; car on pourrait le lever à volonté et en changer les points d'appui sans altérer la valeur ni la précision des pressions contentives. L'extension permanente, cherchée, tentée par Desault et Boyer, mais toujours exécutée d'une façon fort imparfaite, trouverait aussi dans notre méthode une voie de plus complète réalisation.

Dans la réduction des luxations et des fractures, au lieu d'anneaux en acier matelassés, on pourrait se servir, pour les points d'appui d'extension et de contre extension, de liens en tôle d'une force suffisante, qu'on attacherait solidement par des tours de bande sur les deux os ou sur les deux fragmens à réduire. On passerait en haut et en bas les bouts de ces liens dans des têtes en acier, échancrées du côté du membre, où seraient engagées les deux vis latérales; le jeu de ces leviers produirait le même effet qu'en s'appuyant sur des anneaux métalliques. Ce procédé serait peut-être le plus simple, et le chirurgien appelé pour un des cas où il est obligé de déployer le plus d'appareils, infructueusement quelquefois, pourrait porter tous ses auxiliaires dans sa poche.

BIBLIOGRAPHIE.

THÈSES DU CONCOURS POUR LA CHAIRE DE CLINIQUE EXTERNE (1).

I. Des collections de pus et de sang dans l'abdomen, par M. Jobert, chirurgien de l'hôpital St-Louis.

Il y a diverses manières de faire une thèse. Tantôt, en effet, l'auteur épris de sa matière, se plaît à la traiter d'une manière complète, à ne laisser aucune sorte de lacune, à faire en un mot une véritable monographie; et c'est là la marche que nous préférons pour les sujets nettement circonscrits, principalement pour ceux qui n'ont pas encore trouvé d'historiens à raison de leur nouveauté, ou dont des progrès récens ont rapidement accru l'importance. Quand, au contraire, une question se détache avec peine d'un plus vaste sujet; quand elle a été étudiée sous toutes ses faces et ne présente guère à un auteur que quelques points de détail où il puisse mettre son opinion à la place des autres, il suffit d'un simple résumé; on n'a pas besoin de déduire si longuement des choses qu'un mot suffit à faire entendre de tous. C'est cette seconde manière que M. Jobert a choisie, et qui était naturellement dictée par la nature de son sujet. Il y a alors peu de choses à reprendre pour l'analyse; si l'auteur a fidèlement reproduit l'état de la science, si ses descriptions sont exactes, ses déductions thérapeutiques justement fondées, il a rempli tout ce qu'on pouvait attendre de lui. La thèse de M. Jobert mérite d'abord cet éloge; elle a même encore un autre mérite qui la fera toujours lire et consulter avec fruit; c'est que l'auteur, riche de sa propre expérience, appuie presque partout les principes qu'il adopte sur des faits qu'il a lui-même observés, et tâche autant que possible de donner une sorte de clinique complète des collections abdominales.

L'argumentation était donc assez difficile pour tout ce qui touchait à la doctrine; c'est sur la forme que les débats ont principalement roulé. Tous les argumentateurs ont reproché à M. Jobert de n'avoir parlé que des épanchemens dans le péritoine. Jusqu'à quel point ce reproche est fondé, c'est ce qui peut rester douteux même après le débat. M. Jobert a très-bien fait observer que les épanchemens des parois de l'abdomen ne sauraient faire partie de ceux qui ont lieu dans l'abdomen même; M. Velpeau, dans le Dictionnaire de médecine, a traité la question sous le même point de vue; et nous avouons que nous inclinons fortement vers cet avis. En effet, les épanchemens dans le tissu cellulaire du bassin n'ont jamais passé pour des épanchemens dans l'abdomen, fussent-ils même situés sous le péritoine.

M. Blandin est entré dans des considérations plus intéressantes. M. Jobert avait dit que les épanchemens se font le plus souvent vers la partie inférieure de l'abdomen; son adversaire aurait voulu plus de précision; c'est vers la fosse iliaque droite, suivant M. Blandin, que ces collections se montrent de préférence; et ceci est dû à l'obliquité de l'axe de l'abdomen qui pousse les liquides épanchés vers ce point, comme elle y pousse les viscères dans la production des hernies. La question suivante est plus grave parce qu'elle intéresse la pratique. M. Jobert, rassemblant une assez grande quantité de faits où un épanchement purulent venu d'ailleurs se fait jour dans le péritoine, a trouvé que tous les malades avaient succombé. Il s'était demandé dès lors si l'on ne pourrait pas inciser les parois de l'abdomen et injecter de l'eau à 32°, pour diminuer l'influence funeste de la présence du pus? M. Blandin a nié que le pus fût irritant; mais M. Jobert a répondu par le fait: tous les malades sont morts. M. Blandin a soutenu ensuite que l'incision ne conviendrait pas. M. Jobert s'est retranché dans la formule dubitative sous laquelle il avait exposé sa pensée. Sans doute l'expérience seule peut trancher un pareil débat; mais s'il est vrai cependant que la mortalité en pareil cas soit sans exception, comme l'a trouvé M. Jobert, ne serait-il donc pas permis de tenter une ressource douteuse sans doute, mais la seule enfin qui promette quelque bon résultat?

M. Guerbois a signalé une cause d'épanchement émise par M. Jobert, la rupture de la veine ombilicale. Il a avancé aussi un fait assez important, savoir, que le plus souvent les ruptures de la vessie se font dans sa portion extra-péritonéale, d'où il résulte que l'urine s'épanche dans le tissu cellulaire du bassin, et non dans le péritoine.

M. Laugier aurait voulu un article consacré au diagnostic différentiel; et il a noté, comme cause d'épanchement oubliée par le candidat, la rupture du kyste dans les grossesses extra-utérines. M. Lepelletier a cité une autre cause beaucoup plus rare, dont il dit cependant avoir observé deux exemples: c'est une hémorrhagie par la trompe, l'utérus étant dans un état de vacuité. Les deux femmes succombèrent. A l'autopsie on trouva plusieurs livres de sang dans la cavité abdominale.

Nous omettons les objections secondaires, les petites chicanes de détail que M. Jobert a repoussées avec beaucoup de vigueur. Ce candidat ne se borne pas à une défense ordinaire: il répond à une attaque par une autre, à une question par une question, forçant ainsi souvent ses adversaires à parer, et changeant pour ainsi dire les rôles. A plusieurs reprises il a eu pour lui les rires de l'auditoire, qui a d'ailleurs beaucoup applaudi la fin de cette argumentation.

II. De l'autoplastie, par Ph.-Fréd. Blandin, chirurgien de l'hôpital Beaujon.

La thèse de M. Blandin est conçue sur un autre plan. L'autoplastie, mot nouveau inventé pour une science nouvelle, n'avait été traitée jusqu'ici que dans des monographies spéciales, et qui ne l'avaient jamais comprise tout entière; c'était donc à la fois une tâche très-belle et très-difficile que les juges avaient imposée au candidat auquel ce sujet devait échoir; et elle est heureusement tombée sur un homme capable de la bien remplir. M. Blandin est en effet l'un des chirurgiens qui ont naturalisé et perfectionné parmi nous l'autoplastie. Connaissant à fond les travaux antérieurs et contemporains sur cette matière, il pouvait les éclairer et les contrôler par son expérience personnelle; aussi cette thèse, qui ne compte pas moins de 267 pages, est-elle tout-à-fait hors de ligne, et devra compter à l'avenir comme l'un des titres les plus brillans de son auteur.

Il commence par fixer le sens des mots *autoplastique*, *autoplastie*; le premier, selon lui, signifie l'art de réparer une perte de substance au moyen d'un emprunt fait à une autre partie du même individu. L'autoplastie est cet art mis en exécution. Puis, dans un historique qui nous a paru à la fois très-consciencieux et très-complet, il montre de siècle en siècle, pour ainsi dire, les progrès ou les pas rétrogrades de l'autoplastie, et arrive ainsi à sa rénovation au 19e siècle.

La seconde partie a pour titre: *De la sphère d'application de l'autoplastie*. Il est difficile de dire dès à présent où s'arrêteront les services qu'elle peut rendre à la chirurgie. Elle a particulièrement

(1) Nous laisserons en général, dans ce compte-rendu, la partie critique aux argumentateurs dont nous rapporterons les objections principales, nous réservant d'indiquer ce que l'argumentation omet d'ordinaire, c'est-à-dire ce que chaque thèse nous aura offert de mérite réel.

mission de remédier à certains vices de conformation naturels ou accidentels; à la perte du nez, des lèvres, des paupières, etc. : mais les grandes plaies avec perte de substance, la destruction des parties par les ulcères, par la brûlure; les cicatrices vicieuses, peuvent lui demander une réparation efficace. On l'a appliquée récemment en France et en Angleterre à l'oblitération de certaines fistules; et M. Martinet pense y avoir trouvé un sûr moyen de prévenir la récidive des cancers enlevés par l'instrument tranchant. D'après ces nombreuses applications, on voit que les opérations autoplastiques tantôt sont d'une urgence qui ne permet pas de délai, tantôt peuvent être remises à un temps d'élection plus ou moins éloigné. les unes aussi sont indispensables, et le chirurgien serait blâmable de ne pas les tenter; telle est, par exemple, la réparation de la lèvre inférieure. D'autres sont pour ainsi dire de luxe: et comme elles sont sujettes à tous les accidens qui peuvent compliquer les moindres opérations, M. Blandin recommande, sagement à notre avis, d'en exposer au malade les résultats probables, et de le laisser ensuite juge de leur opportunité.

Dans sa troisième partie, M. Blandin examine les diverses espèces d'autoplastie; *rhinoplastie, bléphoroplastie, otoplastie, chéiloplastie, génioplastie, staphyloplastie, uranoplastie, bronchoplastie, oschéoplastie, urétroplastie, cystoplastie, entéroplastie*, et cette autre autoplastie qui a pour but la guérison radicale des hernies. Chacune de ces variétés est décrite d'une manière concise; et à la plupart M. Blandin a joint, comme un exemple à côté du précepte, des observations empruntées à MM. Græfe, Dieffenbach, Krimer, Velpeau, Jobert, etc., ou tirées de sa propre pratique.

Mais la quatrième partie, qui traite *des moyens opératoires de l'autoplastie*, est la partie capitale de l'ouvrage. C'est là en effet que se présentent et les grandes questions de théorie et les préceptes d'application; et comme les lois de l'autoplastie sont loin d'être partout formulées de la même manière, leur discussion approfondie par un homme bien capable de faire lui même autorité, en offrant un vif intérêt au lecteur, semblait promettre à l'argumentation une large carrière. Suivons d'abord les idées de l'auteur.

Le principe sur lequel repose l'autoplastie, c'est la possibilité de réunir ensemble des parties séparées par un véritable greffement de ces parties les unes sur les autres. Peut-on toutefois greffer sur le corps humain, comme on fait pour les végétaux, des parties qui en auraient été complétement séparées? Bien que l'on ait des exemples nombreux et authentiques de succès de pareilles tentatives, dont l'histoire du nez de Garengeot est sans doute la plus célèbre, cette réunion échoue trop souvent pour qu'on ose jamais la tenter, hors les cas où il s'agit de rajuster une partie qu'un accident vient de détacher à l'instant. La véritable greffe autoplastique consiste à rapprocher des parties séparées dans l'origine, et à favoriser leur agglutination en conservant au moins quelques-unes de leurs relations vasculaires avec le reste du corps. L'agglutination obtenue, on peut avec sûreté, si le besoin l'exige, détruire les anciennes adhérences de l'une d'elles; ses nouvelles relations vasculaires suffisent à sa nutrition, et l'on conçoit qu'à la faveur de la succession d'un certain nombre de déplacemens autoplastiques, on puisse faire cheminer un lambeau de peau d'un point du corps vers un autre fort éloigné. M. Roux a mis le premier cette idée à exécution. Ayant à remédier à une perte de substance de l'aile du nez et de la partie supérieure de la joue, il emprunta un lambeau à la lèvre inférieure et le greffa sur la supérieure; puis, quand les adhérences furent bien solides, il le détacha de nouveau pour le porter au point convenable, et un plein succès couronna cette remarquable tentative.

Toutes les régions du corps ne se prêtent pas aussi volontiers à la confection des lambeaux autoplastiques; il faut en général que la peau présente une grande vascularité et un certain degré de mobilité. Toutefois, ce n'est pas dans le tissu cellulaire sous-cutané qu'il faut chercher cette mobilité; loin de là, quand la peau adhère à ce tissu, le lambeau aura une consistance beaucoup plus favorable. De là une des raisons de la supériorité de la rhinoplastie frontale sur la rhinoplastie brachiale.

Mais une condition organique plus favorable encore au succès de l'autoplastie est l'existence de troncs vasculaires cutanés qu'on a soin de ménager dans le pédicule du lambeau. Sous ce rapport, la peau du crâne et de la face l'emporte encore sur celle des autres régions du corps.

Ce n'est pas tout que de réunir ces conditions dans le lambeau, il faut, autant que possible, que la cicatrice qui succédera à son ablation soit peu apparente, et il faut donner au lambeau les dimensions nécessaires. Quelques chirurgiens ont conseillé de préparer ce lambeau sans s'attacher beaucoup à la forme, se réservant plus tard de le modeler sur place quand il aura pris racine. M. Græfe, au contraire, veut qu'on le taille tout d'abord sur un beau modèle de la partie qu'on veut refaire. Il y a exagération des deux parts. Remettre à raccourcir plus tard son lambeau selon le besoin, c'est ajouter à la première opération autant d'opérations nouvelles; mais on ne saurait s'attendre que la forme qu'on lui donnera dès l'abord sera toujours conservée; le retrait naturel des parties et le travail de la cicatrisation apportent toujours à cette forme des modifications plus ou moins possibles à prévoir. On conçoit que la rétractilité de la peau variant selon la région, l'étendue du lambeau, etc., on ne puisse établir à cet égard de règle fixe; cependant on peut dire en général que le lambeau doit être d'un tiers environ plus étendu que la partie qu'il a à recouvrir. La rétraction est moindre dans le sens de l'épaisseur; cependant il ne faut jamais que le lambeau soit réduit aux seuls tégumens, la mortification en serait presque infaillible. En effet, les vaisseaux pénètrent dans la peau presque perpendiculairement à sa surface et s'y terminent sans ramper dans son tissu; une dissection immédiate de la peau les couperait donc sûrement, et priverait le lambeau de l'apport des matériaux nutritifs.

Pour éviter cette mortification, la racine ou le pédicule du lambeau doit toujours être ménagée du côté que viennent les vaisseaux; et dans la dissection du pédicule, il est encore plus nécessaire que dans celle du lambeau de ne pas raser la peau de trop près, afin de laisser le plus de vaisseaux possible dans son épaisseur. Toutefois, M. Dieffenbach n'admet pas ces principes. « Il est avantageux, dit-il, quand on forme le pédicule du lambeau, de ne pas y laisser de grosses branches artérielles susceptibles d'envoyer au lambeau beaucoup de sang, et *s'il s'en trouve une, il faut la couper*. Agit-on ainsi, le lambeau, après avoir été attaché, est pâle pendant quelque temps et flasque, tandis que dans le cas contraire, il ne tarde pas à reprendre sa couleur normale, devient rouge, se gonfle beaucoup, et meurt en grande partie par réplétion sanguine. »

M. Blandin se prononce vivement contre cette règle posée par le chirurgien de Berlin. D'abord les faits lui sont contraires; ainsi M. Blandin a fait trois fois la rhinoplastie en conservant avec soin dans le pédicule les branches frontales de l'ophthalmique, et il n'est pas survenu la moindre gangrène aux angles du lambeau, comme cela a eu lieu sur plusieurs des opérés de M. Dieffenbach; et le lambeau conservé la chaleur et la couleur de la peau naturelle. La théorie la réfute également; car si une artère apporte du sang dans le lambeau, à côté d'elle se trouvent une ou deux veines satellites pour le reprendre, et il y a au moins compensation. Les résultats de Delpech peuvent servir à compléter la démonstration. Douze fois il a pratiqué la rhinoplastie frontale sans que la mortification s'en soit jamais suivie; deux fois il a pris le lambeau sur le bras, et la gangrène est survenue; et la seule cause appréciable de cette différence est évidemment le défaut de troncs artériels dans le lambeau brachial.

Le lambeau taillé, les parties avivées, comment doit-on le réunir? Faut-il tenter la réunion immédiate ou attendre la suppuration? La réunion immédiate est en général préférable. La suture est le plus souvent nécessaire, soit la suture entrecoupée, soit la suture entortillée. M. Dieffenbach emploie pour cette dernière les épingles fines dont on se sert en entomologie pour fixer les insectes, et multiplie beaucoup les points de suture; M. Blandin se contente de cinq points de suture pour la rhinoplastie; et il maintient le lambeau par la simple compression dans la blépharoplastie.

Quelques observations d'autoplastie demandent une préparation préalable; ainsi M. Roux et M. Gensoul se sont vus obligés d'enlever une portion de l'os maxillaire inférieur dont la trop forte saillie aurait empêché la coaptation des parties molles. Généralement toutes s'achèvent en un seul temps; mais quelquefois l'étendue de la difformité, le chemin qu'il faut faire faire au lambeau ne permettent pas de terminer en une seule séance; il ne faut pas confondre ces délais imposés par la nécessité avec ces raccoutremens ultérieurs qui prolongent sans raison une opération qu'on aurait pu mener à fin en une seule fois.

Quand enfin le lambeau a contracté de solides adhérences, faut-il couper son pédicule? M. Blandin pose en règle générale que cette section ne doit se pratiquer que quand le lambeau a été emprunté à des parties très-éloignées; il la rejette dans tous les autres cas. Ainsi, dans la rhinoplastie frontale, on conseil le généralement de couper le pédicule parce qu'en général on le tord sur lui-même pour mettre le lambeau en place; mais M. Lisfranc et M. Blandin, par des procédés différens, sont arrivés à le faire tourner sur lui-même sans le tordre; et la conservation du pédicule a non-seulement pour effet de conserver au lambeau plus de vie, mais elle est le seul moyen d'assurer au nez nouveau une forme régulière; en effet la section du pédicule le privant de tout soutien par le haut, ce nez s'affaisse vers la pointe, s'arrondit, et finit par ressembler beaucoup plus à une tumeur informe qu'à un nez véritable.

A part ces principes généraux, l'autoplastie en a d'autres pour chacune de ses méthodes. Ainsi on peut la diviser d'abord en deux grandes sections; *l'autoplastie à distance* dans laquelle le lambeau est pris sur le bras, sur la paume ou sur le dos de la main; et *l'autoplastie au voisinage*, presque exclusivement employée de nos jours. A celle-ci se rattachent pour la formation du pédicule, le procédé indien, le procédé de MM. Lallemand et Lisfranc; le procédé de Chopart, par simple glissement du lambeau; le roulement du lambeau imaginé par M. Jameson et heureusement appliqué par M. Velpeau; l'autoplastie par migration successive du lambeau; l'autoplastie par dedoublement d'une partie; le soulèvement du lambeau; celle qui consiste dans son doublement; celle par agglutination secondaire du pédicule; et enfin l'autoplastie par enfoncement de la peau, à laquelle se rattache l'unique procédé de M. Gerdy pour la cure radicale des hernies. Tantôt le chirurgien a le choix entre ces diverses méthodes; tantôt ce choix est impérieusement dicté par la région sur laquelle il opère, et par la nature de la difformité. Nous sommes obligés de glisser sur ces considérations toutes spéciales pour arriver à des questions d'un ordre supérieur; celles qui concernent le traitement nécessaire après l'opération autoplastique, et qui font l'objet de la cinquième partie de cette thèse.

L'opération terminée, la partie d'où le lambeau a été extrait doit attirer d'abord les premiers soins du chirurgien. Il y a là une plaie d'une étendue variable; si les bords en sont mobiles et faciles à rapprocher, on doit en opérer la réunion par la suture; mais pour peu qu'on éprouve de difficulté, M. Blandin est d'avis qu'on y renonce et qu'on laisse suppurer. C'est particulièrement après la rhinoplastie frontale qu'il suit cette ligne de conduite; tandis que M. Dieffenbach, pour forcer la réunion, va jusqu'à pratiquer sur les tempes deux incisions parallèles à la plaie, M. Blandin panse à plat, et la cicatrice ainsi obtenue est aussi rétrécie que par tout autre procédé. Je n'ai pas trouvé, dit-il, la plus petite différence sur les malades que j'ai examinés comparativement.

Le lambeau mérite ensuite une attention toute spéciale. Immédiatement après sa séparation il pâlit, s'affaisse et devient froid; mais bientôt succède une teinte légèrement violacée; une sorte de gonflement œdémateux se manifeste et la chaleur reparaît. Le chirurgien, jusque-là simple spectateur, doit alors chercher à stimuler doucement le système capillaire frappé d'atonie par le défaut d'influx nerveux; la chaleur et les stimulans agiraient sur le lambeau comme sur une partie engourdie par le froid, détermineraient un engorgement plus considérable et souvent la gangrène; les applications froides sont meilleures. Si après quelques heures, le lambeau reste gonflé et bleuâtre, il est bon d'appliquer quelques sangsues vers ses parties les plus excentriques; on obtient ainsi un dégorgement très-avantageux. MM. Dieffenbach et Lisfranc ont particulièrement préconisé ce moyen, et M. Blandin y a eu recours dans un cas très-périlleux avec beaucoup d'avantage.

Il faut d'abord éviter toute compression, surtout vers le pédicule. Mais quand les premiers jours sont passés et toute crainte de mortification dissipée, une légère compression sur le lambeau est nécessaire pour l'empêcher de se recoquiller, et aussi pour effacer la saillie que le mouvement de rotation a imprimée au pédicule. Cette compression doit être continuée pendant tout le temps que s'accomplit le travail de la cicatrisation, et même au-delà, parce que, comme on le sait, le tissu de la cicatrice conserve long-temps sa rétractilité.

C'est vers le troisième ou le quatrième jour qu'on enlève les points de suture. A cette époque un bandage contentif est nécessaire pour soutenir les adhérences encore molles des parties, et fixer les pièces de l'appareil. Nous ne disons rien du traitement général, qui est celui de toutes les opérations.

La sixième partie traite des suites de l'autoplastie. Nous venons de voir les premiers phénomènes qui se passent dans le lambeau; ajoutons qu'il est presque insensible, et que, probablement à raison de cette diminution de vitalité qui ne permet pas à une inflammation très-forte de s'y développer, la réunion a lieu avec une rapidité surprenante; du troisième au quatrième jour, elle est presque générale; après le dixième jour, elle est presque toujours complète. Du dixième au quinzième jour, le lambeau se contracte et prend de la solidité; après un mois, il a acquis une densité proportionnée à l'étendue qu'il a perdue en surface par sa rétraction; il est redevenu sensible; mais, chose étonnante, souvent les malades rapportent l'impression au lieu d'où le lambeau a été tiré. Ce curieux phénomène a été constaté pour la première fois par M. Lisfranc, et vérifié ensuite par M. Blandin; c'est donc à tort que M. Dieffenbach le révoque en doute; mais il paraît aussi qu'il n'est pas constant, et qu'il n'a pas été observé après d'autres opérations que la rhinoplastie. Du reste, au bout de quelques mois cette aberration de la sensibilité diminue et finit enfin par disparaître.

A mesure qu'on s'éloigne de l'époque de l'opération, d'autres phénomènes se passent. Les bulbes des poils s'atrophient le plus souvent et les poils tombent; aussi y a-t-il peu d'inconvéniens à transplanter un lambeau de peau velue sur une partie naturellement glabre; chez un des opérés de M. Blandin, la sous cloison du nez avait été taillée dans le cuir chevelu; les cheveux ne tardèrent pas à tomber et furent remplacés par des poils fins, soyeux, courts, et plus blancs que n'étaient les poils primitifs.

Le lambeau reprend la couleur et la chaleur normales dans certains cas; il n'en est pas ainsi dans d'autres; il est bien entendu d'ailleurs qu'il ne s'agit ici que des lambeaux à pédicule étroit, comme dans la rhinoplastie. Il y a sous ce rapport une étrange différence entre les résultats de M. Dieffenbach et ceux de M. Blandin, et qu'on ne peut attribuer qu'à la différence des procédés. « Un homme à qui j'avais fabriqué un nez avec la peau du front, dit M. Dieffenbach, fut atteint d'ictère six mois après sa parfaite guérison; la peau de tout son corps, celle de la face surtout, était aussi foncée que si on l'eût frottée avec de la gomme gutte; mais le nez, d'ailleurs de couleur naturelle et rougeâtre, était d'un blanc éblouissant quand il avait chaud, et devenait d'un bleu foncé dès qu'il était frappé par le froid. » A côté de cette observation M. Blandin en rapporte une qui lui est propre, où l'on voit au bout de six semaines le nez nouveau participer à un érysipèle de la face qui disparut et revint plusieurs fois.

Mais nous n'avons vu jusqu'ici que le côté favorable de l'opération; elle a plus d'un danger à craindre. Le premier est la gangrène du lambeau, le plus souvent partielle et bornée aux angles éloignés; quelquefois générale. Du reste, il ne faut pas trop se hâter de déclarer qu'un lambeau est frappé de gangrène; il est arrivé plus d'une fois, suivant M. Walter de Munich, qu'on enlevait comme frappés de mort des lambeaux qui auraient pu vivre. La gangrène commence en effet par la surface de la peau; l'épiderme noircit, se ride, se détache, et souvent le mal ne va pas au-delà. Pour éviter toute méprise, il importe donc beaucoup de n'enlever le lambeau que quand on le voit se détacher lui même.

Les causes de ce grave accident doivent être recherchées avec soin. M. Blandin met en première ligne l'absence de vaisseaux suffisans dans le lambeau, et à cette occasion il rappelle la règle importante de laisser toujours le pédicule du côté où arrivent les vaisseaux. Si l'on a pris le lambeau dans une partie couverte d'anciennes cicatrices, le tissu de cicatrice ne contenant point de vaisseaux volumineux, il sera plus exposé à la gangrène. La torsion du lambeau y dispose encore; M. Dieffenbach le remarque fort bien; en effet cette torsion, obstacle trop faible à l'abord du sang par les artères, peut suffire pour en empêcher le retour par les veines; de là l'engorgement et la mortification. Le tiraillement d'un lambeau trop court génerait également la circulation; et enfin les applications existantes, la chaleur, en favorisant la congestion, tendraient encore à produire la gangrène.

La gangrène survient à trois époques distinctes: du deuxième au troisième jour, elle est presque toujours produite par le défaut de sang; aussi alors est-ce une gangrène sèche. Passé le sixième jour, elle est due à l'engorgement et à l'inflammation du lambeau; c'est une gangrène humide. Enfin, on dit que long-temps après on a vu un nez artificiel se gangréner sous l'influence du froid; mais M. Blandin n'a trouvé aucun exemple de cette sorte de gangrène.

A part la gangrène, on a souvent à craindre d'obtenir un résultat différent de celui que l'on poursuit, ce qui tient ou aux dimension ou au travail de cicatrisation du lambeau. Enfin la vive irritation qui résulte de la dissection souvent laborieuse du lambeau, dispose aux accidens nerveux, au délirium tremens et aux érysipèles; mais ces accidens ne présentent ici rien de particulier.

Dans une dernière section, l'auteur cherche à fixer l'importance de l'autoplastie, d'abord relativement à la structure de l'organe qu'elle restaure; et s'il est bien évident qu'elle ne répare guère que la forme, toutefois en certains cas c'est un résultat bien précieux pour les organes voisins comme dans la blépharoplastie, et même pour l'économie toute entière, quand, par la création d'une lèvre inférieure, on arrête une perte de salive continuelle. Sous le rapport des fonctions, la cystoplastie, la bronchoplastie donnent tout ce qu'on peut désirer. Enfin, sous le rapport clinique et thérapeutique, la nouvelle application de l'autoplastie ou traitement des cancers, par M. Martinet de la Creuse, a déjà donné des succès éclatans.

M. Blandin termine par une sorte de statistique qu'il reconnaît lui-même comme bien peu rigoureuse, mais qui doit engager les chirurgiens à noter avec soin les faits à venir avec toutes leurs circonstances. Sur 84 autoplasties qu'il a recueillies dans les journaux ou dans sa pratique, 39 appartenaient à la rhinoplastie, 7 à la blépharoplastie, 14

à la cheiloplastie, 9 à la génioplastie, 1 à l'otoplastie, 3 à la bronchoplastie, 2 à la cystoplastie, 4 à l'urétroplastie, et cinq à des autoplasties cutanées variables. Sur ce nombre d'opérés, 5 sont morts; 42 ont été affectés d'accidens variés; ainsi chez 9 on a observé la gangrène du lambeau; chez 3 la réunion ne s'est pas opérée; 27 ont été pris d'accidens inflammatoires, d'érysipèles presque toujours; 6 ont eu des symptômes nerveux plus ou moins graves, 61 ont obtenu une guérison satisfaisante; chez les autres, l'opération n'a pas réussi ou n'a donné que des résultats fort peu avantageux. Enfin, sur 15 cas où il a fallu d'abord enlever un cancer, deux fois il y a eu récidive; mais dans ces deux cas la maladie était fort ancienne, et l'autoplastie opérée par le simple procédé du glissement des parties.

Sur un travail aussi vaste, aussi nouveau dans bien des points, aussi plein de questions controversées, l'argumentation a été très faible. Il est vrai que M. Blandin avait sur ses argumentateurs un avantage immense, celui d'avoir beaucoup fait et beaucoup vu. M. Guerbois a prétendu que le chirurgien ne devait jamais laisser au malade à décider de l'opportunité de l'opération; puis il a révoqué en doute la possibilité de la réunion d'un nez totalement séparé; et un fait d'un autre genre, dû à Desault, de la réduction tentée avec succès d'un intestin offrant une escarre d'un pouce de diamètre. M. Laugier a argumenté sur la définition et la valeur du mot autoplastie, et a nié que la chose en elle-même méritât cette expression de M. Blandin, disant qu'elle était le triomphe de l'art. M. Blandin a répondu ici par un fait qui a paru à l'auditoire sans réplique: il a montré le plâtre d'un individu privé du nez, puis le plâtre du même sujet opéré et guéri par lui; et l'amphithéâtre a interrompu la discussion par ses applaudissemens.

M. Lepelletier a fait deux objections très-spécieuses et qui ont donné au débat un véritable intérêt scientifique. Il pense d'abord que, d'après les expériences physiologiques, le sang placé dans des conditions voisines de l'inflammation ayant plus de plasticité, il faudrait chercher à le mettre dans cet état pour favoriser la réunion, en excitant la partie d'où on enlève le lambeau. Græfe a suivi en effet une fois ce procédé; mais, comme l'a remarqué M. Blandin, il y a renoncé lui-même; et pour opposer des faits à la théorie, d'une part la réunion se fait en général très facilement, et d'autant plus qu'il y a moins d'inflammation; d'autre part l'érysipèle est un des accidens les plus communs et les plus défavorables de l'autoplastie, et l'irritation préalable du lambeau ne ferait qu'en favoriser le développement. M. Lepelletier voudrait aussi qu'en taillant un nez, par exemple, on le fît d'une belle conformation, comme le veut M. Græfe; mais la conformation, selon l'argumentateur, devait varier pour s'harmonier avec la forme du visage même. Comme M. Blandin avait montré dans sa thèse l'inanité de la proposition de M. Græfe, il a eu peu de peine à réfuter celle de M. Lepelletier.

M. Sanson a perdu beaucoup de temps à démontrer qu'une paupière inférieure refaite par autoplastie ne pouvait jouir d'aucun mouvement; il reprochait à M. Blandin d'avoir reproduit une observation de M. Jobert, où cependant on disait qu'elle se mouvait encore. M. Blandin s'est borné à dire qu'il n'avait pas voulu modifier la rédaction de l'auteur. Cette observation a été publiée par la GAZETTE MÉDICALE; et nous nous souvenons que nous fîmes à M. Jobert une semblable objection. M. Jobert répondit par le fait d'abord; mais ensuite il nous fit observer que la paupière nouvelle adhère en dedans et en dehors à des fibres de l'orbiculaire; que ses mouvemens dans l'état naturel ne sont guère d'ailleurs qu'imprimés par ceux de la paupière supérieure; et l'on conçoit très-bien, à notre avis, que le lambeau qui la remplace jouisse de cette mobilité communiquée. M. Sanson a ensuite attaqué M. Blandin sur son procédé de rhinoplastie, et lui a ainsi fourni l'occasion de montrer en quoi il diffère de celui de M. Lisfranc. Celui-ci est le meilleur de tous peut-être quand il y a perte complète des os du nez; mais lorsque ces os existent encore en partie, le pédicule du lambeau forme par-dessus la peau qui les recouvre une sorte de pont qu'il faut rattacher à ces os plus tard; et l'opération secondaire, blâmée par M. Sanson, serait de nécessité dans tous les procédés, et dans celui de M. Blandin donne certainement le résultat le plus favorable. En résumé, le candidat a eu tous les honneurs de la séance, et il est descendu de sa chaire au bruit d'unanimes applaudissemens.

VARIÉTÉS.

— La prime d'encouragement que l'Académie de médecine a si complaisamment accordée à M. Hossard n'a pas tardé à porter ses fruits. Dans la séance de mardi, on faisait passer de main en main l'annonce suivante, qui a été successivement répétée par plusieurs journaux politiques :

« L'Académie royale de médecine, par l'organe du docteur Paul Dubois, vient » de constater de nouveau les cures *vraiment miraculeuses obtenues en peu de » mois*, sur plusieurs difformités *de taille*, par la méthode de M. Hossard, » directeur de l'établissement orthopédique d'Angers. Si nous jugeons des avan» tages de ce traitement par les éloges qu'en ont fait *avec énergie* nombre des » membres les plus recommandables de cette société savante, M. BRICHETEAU, » dans son premier rapport, et depuis, MM. HUSSON, VILLERMÉ, DUMÉRIL, » GUÉNEAU DE MUSSY, OLLIVIER, BOUILLAUD et autres, nous devons considé» rer cette découverte *comme une des plus belles de notre époque*, et nous » nous empressons, dans l'intérêt des familles, de la signaler à l'attention pu» blique, etc., etc. »

Comme on le voit, nous voilà loin de ces trois guérisons si suspectes, commencées de longue main à Angers, et dont une seule même, et la plus douteuse, a pu être achevée à Paris; nous sommes loin de ces deux rapports, où le blâme devait tempérer la louange et sauver la dignité de l'Académie. Quelques-uns des honorables membres mentionnés *avec tant d'énergie* dans l'annonce de M. Hossard n'en paraissaient flattés qu'à demi.

TRAITÉ COMPLET D'ANATOMIE, COMPRENANT LA MÉDECINE OPÉRATOIRE; par MM. BOURGERY et JACOB; Delaunay, éditeur. Les 27e et 28e livraisons viennent de paraître.

Sommaire de la livraison 27e, t. IV.

Texte. Continuation de l'examen et des détails du cœur; — des cavités du cœur et de leur comparaison entre elles. — Texture du cœur : 1° charpente fibreuse; — 2° fibres musculaires, — fibres ventriculaires d'après M. Gerdy, — fibres ventriculaires d'après l'opinion de l'auteur, etc. — Vaisseaux du cœur, — du péricarde.

Planches. Tom. IV, n° 5. — Cœur, poumons et gros vaisseaux vus dans leur ensemble par le plan postérieur; grandeur naturelle.
— — N° 56. — Veines superficielles du membre abdominal vues par la face interne; demi-nature.
— — N° 62. — Veines de la main accompagnées de leurs artères; arcades superficielle et profonde; grandeur naturelle.
— — N° 64. — Veines de la face dans leurs rapports avec les artères; vaisseaux de la couche superficielle et de la couche profonde; grandeur naturelle.
— — N° 66. — Veines profondes de la face dans leurs rapports avec les artères; grandeur naturelle.
— — N° 69. — Vaisseaux axillaires dans leurs rapports, artères et veines; grandeur naturelle.
— — N° 70. — Veines du bassin dans leurs rapports avec les artères; grandeur naturelle.
— — N° 74. — Veines du rachis; demi-nature.

Sommaire de la livraison 28e, t. IV.

Texte. Continuation de l'examen du péricarde; sa texture et ses vaisseaux. — Développement du cœur. — Anomalies du cœur. — Action du cœur, — des poumons; — leur importance relative dans l'organisme, etc.

Planches. Tom. IV, n° 65. — Artères et veines superficielles de la face et du cou vues sur le profil; grandeur naturelle.
— — N° 68. — Cœur, gros vaisseaux et vaisseaux du cou; grandeur naturelle.
— — N° 71. — Artères et veines de l'aine et du périnée; grandeur naturelle.
— — N° 72. — Sinus cérébraux et canaux veineux des os du crâne; demi-nature.
— — N° 73. — Sinus veineux cérébraux et rachidiens; demi-nature.
— — N° 75. — Cœur et gros vaisseaux du tronc vus dans leurs rapports; demi-nature.
— — N° 76. — Grandes veines du tronc; demi-nature.
— — N° 77. — Ensemble des artères et des veines du tronc sur le squelette, vu par la face postérieure; demi-nature.

La 28e livraison est en vente au bureau des auteurs, librairie anatomique, rue de l'École-de-Médecine, n° 13, où l'on souscrit. Écrire *franco*.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

PARIS. — ÉVERAT, IMPRIMEUR, RUE DU CADRAN, N° 16.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La Gazette médicale de Paris (*Gazette de santé* et *Clinique des hôpitaux* réunies) paraît tous les samedis de chaque semaine; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et équivant à 6 feuilles in-8°. Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois. Pour l'Etranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Poissonnière*, n° 5, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

PATHOLOGIE CHIRURGICALE.

MÉMOIRE SUR LES FISTULES VÉSICO-VAGINALES, et sur leur traitement par une nouvelle méthode opératoire; lu à l'Académie des sciences, le 14 février 1836, par M. Jobert, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien de l'hôpital St-Louis.

La cloison vésico-vaginale qui résulte de l'adossement du bas-fond de la vessie, à la paroi antérieure du vagin, éloignée du péritoine en arrière, et bornée en avant au commencement de l'urètre, peut être détruite en partie ou en totalité, de manière qu'il résulte de cette destruction une communication plus ou moins facile entre la vessie et le vagin, qui ne forment plus quelquefois qu'une seule poche. Cette communication permet au liquide urinaire et au mucus vésical de se répandre dans l'intérieur du vagin, tantôt en quantité plus ou moins petite, tantôt en totalité. Les urines sortent donc alors par une voie qui ne leur est pas habituelle; c'est à cette voie que l'on a donné le nom de fistule *vésico-vaginale*, maladie cent fois plus dégoûtante et plus affreuse pour les femmes que ne le sont pour les hommes les fistules urinaires, qui cependant constituent une infirmité si pénible et si grave.

C'est pour me conformer à l'usage, que je désigne cette maladie sous le nom de fistule. Par ce mot, en effet, on veut exprimer un trajet plus ou moins étendu, tapissé par une membrane organisée, direct ou tortueux, etc. Or, la fistule vésico-vaginale ne se présente que sous la forme d'une perforation sans trajet, d'un trou, d'une espèce d'ulcère sans profondeur, avec perte de substance, variable en dimension. Cependant, comme ce mot, consacré par le temps, a vieilli dans la science, j'ai dû le respecter. Il arrive quelquefois d'ailleurs, bien que dans des cas d'exceptions rares, qu'il existe une véritable fistule, un trajet formé dans l'épaisseur de la cloison.

§ I. — Étiologie.

On a distingué avec raison les fistules vésico-vaginales en congéniales et en accidentelles. Les premières sont beaucoup plus rares que les secondes. Les deux exemples de fistule vésico-vaginale congéniale dont a parlé J.-L. Petit, trouvent leur explication dans le développement embryonnaire et dans un arrêt de développement de la cloison. On sait en effet que le vagin n'est pas exclu de cette admirable loi de symétrie qui veut, comme l'a démontré M. Serres, que les organes se développent par deux parties latérales qui, cessant de s'accroî-

Feuilleton.

MISCELLANÉES.

N° VII.

Quæ ex quibus...

Il manque un livre à la science, c'est celui des *probabilités* médicales dans les divers états morbides. J'ai long-temps médité sur ce sujet, très-digne d'occuper un médecin; mais le temps, l'âge et la force manquant également, il m'a fallu y renoncer. L'illustre Laplace, dans son *Essai philosophique sur les probabilités*, n'oublie pas la médecine; mais en le lisant, on s'aperçoit que la matière est à peine effleurée. Laplace, partant de l'idée émise par Jacques Bernouilli, *de arte conjectandi*, se renferme dans le calcul et les mathématiques. Or, chacun sait si une pareille base est admissible en médecine. C'est donc un sujet entièrement neuf, je l'indique aux jeunes médecins, surtout à une époque où l'on voit tant de gens guetter les travaux des autres, et fondre comme un pulk de cosaques sur toute idée nouvelle

La probabilité médicale renferme les plus hauts problèmes de notre art; d'une part, elle touche les sommités de la science, de l'autre, elle descend aux applications les plus positives. Tout rentre dans son cercle, parce qu'en définitive, bien juger l'issue probable d'une maladie, c'est l'examiner sous toutes ses formes, c'est apprécier sa marche avec la justesse convenable, c'est donner à chaque signe sa valeur et sa portée. Or, *qui benè judicat benè curat.* Ainsi la probabilité médicale est le but et le terme des réflexions du médecin, car tout ce qu'il sait, il l'applique au cas morbide actuel; il cherche à dégager l'X d'un problème dont les données sont très-compliquées, pour arriver mentalement à un résultat prochain ou éloigné. Ce qu'on a dit du pronostic dans tous les temps, fait partie de la probabilité médicale; mais celle-ci me semble beaucoup plus vaste; elle embrasse non-seulement les signes propres à chaque maladie, mais leur liaison la plus étroite, et, de plus, leur mode de reproduction l'une par l'autre. C'est à ce propos que le père de la médecine s'est servi de cette expression *quæ ex quibus*, devenue ensuite le titre d'un ouvrage assez peu intéressant de Roderic a Castro.

Toutefois, avouons-le, malgré les recherches faites dans les siècles précédens, la probabilité médicale est à peine ébauchée à cause du peu de vérités conquises et du peu de rapports connus de ces vérités. Etudiez avec soin les œuvres d'Hippocrate, pénétrez-vous de ses sentences, que les oracles de Cos vous soient familiers, à la première maladie un peu compliquée seriez-vous assez hardi pour prédire à coup sûr? Non, sans doute, vous serez forcé d'hésiter, de tâtonner, de rester dans une cruelle incertitude. Ces signes qui doivent vous annoncer ce qui a été, ce qui est et ce qui doit être, vous abandonnent; leur fil se rompt à chaqu

tre, laissent un intervalle et donnent lieu à un vice de conformation auquel la vessie et le vagin n'ont pas pu se soustraire.

On comprend qu'il n'y a aucune espèce de rapprochement sous le rapport du mécanisme de leur formation entre les fistules vésico-vaginales congéniales et celles qui sont accidentelles.

Les fistules vésico-vaginales accidentelles varient entre elles par leur siége, par leur forme, par les causes nombreuses qui les produisent. Je n'entreprendrai pas d'examiner ici toutes ces causes; mais j'appellerai l'attention sur quelques-unes, les plus importantes, qui offrent un véritable intérêt pour l'explication du mécanisme de la formation de ces fistules. Ces causes peuvent agir, soit de l'intérieur de la vessie sur le vagin, soit de ce dernier organe sur la vessie, ou bien avoir leur point de départ dans l'utérus. Enfin ce sont quelquefois des instrumens qui, introduits dans l'intérieur des organes, agissent sur la cloison vésico-vaginale.

Ainsi je rangerai dans le premier ordre de causes des épingles qui de la vessie pénètrent dans le vagin, *des calculs qui détruisent la cloison*.

Au second ordre appartiennent les pessaires de diverses formes, de diverses dimensions, de diverse nature; les cancers, les ulcères syphilitiques.

Le troisième ordre est constitué par la cause la plus fréquente de toutes, celle qui consiste dans la descente de la tête de l'enfant, et la pression qu'elle détermine sur la cloison vésico-vaginale.

Parmi les causes du quatrième ordre, enfin, il faut ranger l'emploi des dilatateurs (Fabrice de Hilden, Murat), le perce-crâne, les os brisés, les instrumens portés sur la cloison vésico-vaginale pour retirer un calcul, etc. (Bichter, Desault, Boyer, Richerand, Clemot.)

Morgagni et Morand ont cité des exemples de fistules vésico-vaginales produites par des épingles qui avaient traversé la cloison en enflammant le trajet qu'elles avaient parcouru, et produisant la formation de fausses membranes qui en organisaient le trajet. (V. les *Mémoires de l'Académie des sciences*, 1735.) Les calculs, en détruisant la cloison vésico-vaginale, et en déterminant une perte de substance plus ou moins étendue, donnent lieu à des fistules urinaires bien plus graves que celles dont je viens de parler.

Il y a plusieurs exemples de pessaires qui ont détruit cette cloison; mais alors le plus ordinairement il n'existe pas de perte de substance; et comme le pessaire était entouré de végétations nombreuses, l'espace rempli par l'instrument a pu s'effacer par la fusion des végétations entre elles. Dupuytren, MM. Jules Cloquet et Breschet ont parlé de cas de ce genre dont l'issue a été heureuse. (*Dict. des sciences méd.*, t. 7, p. 48.) Ces fistules n'ont eu qu'une courte durée, et leur guérison a suivi de près l'extraction du pessaire.

Hunter, dans son Traité des maladies vénériennes, Ploncquet, dans sa Bibliothèque, M. Breschet, dans le Dictionnaire de médecine, t. 9, p. 147, ont cité des exemples de fistules vésico-vaginales produites par des ulcères syphilitiques.

Il arrive trop souveot que le cancer après avnir désorganisé le col de la matrice, envahit la cloison et la perfore. Le plus ordinairement alors, la perforation est double, c'est-à-dire que le cancer a d'abord envahi la paroi postérieure du vagin, et ensuite le rectum. Il résulte de ces deux accidens une poche dans laquelle sont versées les urines et les matières fécales, véritable cloaque qui rappelle la disposition naturelle qui existe chez certains animaux.

Comme je l'ai dit plus haut, la cause la plus fréquente de toutes est sans contredit la pression de la tête de l'enfant contre la cloison vésico-vaginale: mais la désorganisation de cette cloison ne s'opère pas avec la même rapidité dans tous les cas.

Cette pression agit différemment suivant telles ou telles conditions importantes; suivant que la vessie est vide ou pleine, par exemple, suivant qu'elle contient des calculs, par exemple, ou qu'elle n'en renferme pas. Lorsqu'il y a des calculs dans l'intérieur de la vessie, on a pensé qu'au moment de l'accouchement, s'ils ne se déplaçaient pas, il pouvait arriver une déchirure à la cloison vésico-vaginale. C'est ce que croyait Stein, qui pratiqua sur une femme enceinte l'opération de la taille, pour éviter cet accident. Pour moi, cette déchirure me semble bien difficile. Je comprendrais mieux que la gangrène d'un des points de la cloison fût inévitable, si le bassin n'était conformé de manière à permettre à la tête de l'enfant de s'échapper, en ne produisant sur les calculs vésicaux qu'une compression faible et très-passagère.

La pression de la tête est surtout une cause très-fréquente de fistule vésico-vaginale, lorsque le bassin est mal conformé, lorsque la tête, très-volumineuse, est arcboutée contre les pubis; enfin des tumeurs développées dans l'intérieur du vagin, et tendant à prolonger le séjour de la tête dans ce conduit, peuvent encore être des causes indirectes. J.-L. Petit raconte qu'il a vu le vagin obturé par une tumeur représentant une espèce de poche, qu'il compare à un nid de colombes, et qui recevait le produit des règles. La femme devint enceinte, et l'accouchement se prolongea tellement, que la vessie, le vagin et cette poche accidentelle tombèrent en gangrène.

Des morceaux d'os du crâne extraits avec peu de précaution, des crochets mal introduits peuvent blesser la cloison et la perforer. Quelques personnes ont cru à la possibilité de la déchirure du vagin, de l'urètre, de la vessie et de son col pendant l'accouchement. Assurément une tête volumineuse peut déchirer le vagin, moins facilement toutefois que le périnée: mais ces cas sont rares, et il faut pour cela une distension extrême; encore on observe plutôt alors un écartement des fibres qu'une véritable déchirure.

Cependant il peut arriver que la muqueuse, le tissu dartoïde et le tissu érectile qui en est entouré, soient déchirés malgré leur résistance, dans les points où le vagin est le plus mince, soit à sa partie postérieure, soit à l'antérieure. Quant à la vessie, qui est unie d'une manière assez lâche avec la partie antérieure du vagin, et qui peut se soustraire à cette distension par une sorte de locomotion, il est impossible d'admettre sa rupture, à moins qu'on ne pense qu'elle ait lieu lorsqu'elle est distendue par l'urine.

Lorsque la tête a comprimé plus ou moins long-temps la cloison vésico-vaginale, il se forme une escarre qui occupe toute l'épaisseur de cette cloison, et qui le plus ordinairement a son siége au col de la vessie, ou bien à un pouce en arrière de ce col. Elle peut aussi intéresser à la fois et le col et le bas-fond de l'organe. La tête frappe donc de mort la partie qu'elle comprime, en empêchant l'abord du sang artériel, et en s'opposant au retour du sang veineux. D'uo autre côté, en se précipitant dans l'excavation du bassin, elle plisse la paroi antérieure du va-

instant, et votre esprit reste perplexe, enlacé dans le dubitatif *peut-être*, humiliante expression, signe infaillible de notre ignorance. A dire vrai, il est plus facile de signaler cette triste situation de notre art que d'y remedier. C'est qu'en médecine plus que dans toute autre science, le stable, le fixe, la realité absolue sont choses inconnues. Nous manquons de ce *criterium* à l'aide duquel on decouvre dans sa mobilité, dans son obscurité, le caractère immuable du vrai. Nous n'avons que cette certitude hypothetique et conditionnelle des faits, soumise elle-même aux chances d'interprétations et d'expériences futures qui peuvent la renverser. De là les perpetuelles variations des doctrines qui, se succédant sans fin, ne laissent souvent de traces que dans l'histoire de l'art. Pour obtenir ce *criterium*, on abstrait fixe, il nous faudrait savoir ce que c'est que la vie et l'organisme. Or, nous sommes à cet égard, dans une ignorance que dix siècles de travaux ne dissiperont peut-être qu'imparfaitement. On a sollicité la nature de toutes manières, pour en arracher quelques vérités; souvent on a su l'interpréter avec justesse, l'interroger avec habilete, la poursuivre de toute la pussance intellectuelle du genie; on se glorifie de quelques aperçus; puis, quand on arrive aux applications, les résultats sont ou médiocres, on nuls, ou opposés aux esperances conçues. Il y a donc des régions scicotifiques vierges encore de tout abord humain, et ces régions se trouvcot en nous. Ainsi il est possible de comprendre jusqu'à un certain point le jeu des fonctions; les organes nous sont peu connus, car on est loin d'avoir l'idee d un organe lorsqu'on n'en sait que la structure, la forme, les tissus, les rapports généraux; mais la nature intime des tissus, les affinités vitales moleculaires, aggrégatives ou divellentes, l'action des impondérables, sont couvertes pour nous d'un voile impenetrable. Il en résulte que l'alteration fonctionnelle est pour nous très-évidente, l'alteration organique peu appréciable, et l'altération moléculaire tout-à-fait inconnue. Comment donc établir des évaluations précises de cette alteration, puisque c'est dans les profondeurs mêmes de l'organisme que se trouvent les sonrces de la vie, de la sante, de la maladie et de la mort. En partant du globule qui constitue le point initial de l'existence, jusqu'à celui de la perfection, de l'organisme et de son déclin, il y a une série d'actions et de reactions dans des nuances infiniment variees, mais dont l'influence parait être inaccessible à nos recherches et peut-être à notre intelligence

La seconde cause qui rend la probabilite médicale très-incertaine, est la complète ignorance où nous sommes des principes morbifiques et surtout de leur mode d'action. Cette cause se lie à la première, car, puisque nos lumières ne vont jamais jusqu'à la cause qui produit immédiatement les phenomènes, vous ne pouvez plus établir les rapports de l'organisme avec les modificateurs externes, causatifs ou curatifs des maladies. Si on l'essaie, c'est d'une manière vague, hypothetique, sans base réelle; aussi les données varient-elles d'un individu à un autre. La thérapeutique causale serait sans contredit la meilleure et la plus directe, si nous pouvions y avoir recours. Au fait, qu'est-ce qu'une maladie? une cause en action, mais quelle est cette cause? comment agit-elle? voilà la question dans toute sa difficulte! Enfin il est une troisième cause qui empêche la probabilité médicale de s'élever jusqu'à la certitude, c'est que les faits cliniques, même considérés sous une grande échelle, ne peuvent être que bien rarement rapportés à des lois générales et connues. Que devient alors cette haute puissance logique fondée sur les faits, que tout systématique tant soit peu adroit ne manque jamais d invoquer? Il n'en est pas moins vrai que les réalités morbides individuelles ne representent qu'imparfaitement un fait radical qui serve ensuite dans les cas analogues; car ainsi que je l'ai dit autre part (GAZETTE MÉDICALE, 1835, n 44, Miscellan. n. 5),

gin, et pousse la vessie au-devant d'elle; or, comme le vagin est uni d'une manière intime au col de la vessie, et à la vessie même jusqu'à un pouce au-dessus de son col, le même désordre résulte de leur intimité.

Quelquefois il suffit d'un temps très-court pour que la gangrène ait lieu; d'autres fois au contraire elle ne se manifeste qu'après un espace de temps assez long. Pourquoi cette différence? Faut-il l'attribuer à la constitution de l'individu, ou à l'intensité de la pression? Il est raisonnable, je pense, d'admettre les deux explications.

Il faut ajouter que l'on doit tenir compte des contractions utérines, et je m'étonne que les accoucheurs aient passé si légèrement sur ce point. Lorsque, par exemple, la pression de la tête est continue, et que les contractions utérines la maintiennent toujours dans la même position, la mort des parties comprimées arrive plus vite, toutes choses étant égales, que lorsque les contractions de la matrice, ne se succédant pas rapidement, permettent à la tête de ne comprimer la cloison que par intervalles, ou au moins d'une manière inégale, et de laisser, pour ainsi dire, la vie se continuer par instans. C'est là sans doute pourquoi l'escarre se forme lentement chez certaines femmes et promptement chez d'autres.

Je ne parlerai pas des fistules vésico-vaginales qui ont été faites par un instrument tranchant, pendant l'extirpation de l'utérus, ni de celles qui résultent de la taille vésico-vaginale. Sur trois femmes opérées par M. Clémot, deux guérirent de l'opération de la taille, et la troisième conserva une fistule vésico-vaginale. Trois autres malades opérées par Flaubert, ont conservé des fistules du même genre. Enfin, chez la malade dont parle M. Rigal, l'urine s'est écoulée également par le vagin.

§ II. — Anatomie pathologique.

Les fistules vésico-vaginales, bien que dans les temps modernes elles aient été l'objet de curieuses recherches, ont été cependant très-peu étudiées sous le rapport de l'anatomie pathologique: on en trouve la double raison dans la direction exclusive des vues des chirurgiens vers le traitement, et dans la rareté des occasions qui se présentent d'étudier ces sortes de fistules sur le cadavre.

Qu'elles occupent le col de la vessie, qu'elles soient voisines du col de la matrice ou qu'elles aient leur siége, comme cela a lieu le plus ordinairement, entre ces deux points, les fistules vésico-vaginales peuvent être bornées à la cloison; mais elles se déjettent souvent à droite ou à gauche, et alors le vagin a été par conséquent détruit dans une étendue plus considérable que la vessie. On pourrait même établir en règle générale qu'il en est ainsi, quoique cependant il puisse arriver que la vessie soit désorganisée dans une étendue égale à la désorganisation du vagin. La vessie est donc, dans beaucoup de cas, moins ouverte que le vagin.

Dans les premiers instans il existe une escarre. Celle-ci tombe après un espace de temps qui varie suivant certaines conditions sur lesquelles je ne reviendrai point, et aussi suivant le traitement qui a été suivi. Il en résulte un véritable *trou* par lequel passent les urines. Tapissées toutes par une membrane accidentelle qui se continue avec les membranes vésicale et vaginale, ces fistules subissent des changemens dans leur consistance et leur organisation à mesure qu'elles deviennent plus anciennes. C'est ainsi que de molles elles deviennent très-denses, très-résistantes par le temps, et établissent une véritable continuité entre la vessie et le vagin.

Il y a, comme on le sait, entre le vagin et la vessie, un tissu cellulaux filamenteux, comme dartoïde, en très-grande abondance; on le démontre surtout, d'une manière très-évidente, par le moyen de la macération. Eh bien! celui-ci a été lui-même frappé de gangrène dans le même point; il suppure et avec le temps il prend la consistance fibreuse à mesure qu'il se recouvre de la membrane accidentelle dont je viens de parler. Il résulte de son inflammation une union intime entre la vessie et la paroi antérieure du vagin.

Les vaisseaux sanguins sont oblitérés dans l'étendue d'une ligne en-deçà de la cicatrice; les membranes cellulaire, musculeuse et muqueuse de la vessie se sont confondues dans le même point, et sont devenues denses et serrées.

Quant au vagin, il se présente dans l'état suivant. Au point cicatrisé, les tissus dartoïde, érectile, muqueux et cellulaire qui le composent sont devenus encore plus denses; ils sont confondus. La muqueuse s'est épaissie, elle devient rugueuse; des duretés se développent dans les parois de ce conduit.

Lorsque la fistule se rapproche du col de la matrice, l'inflammation se propage au péritoine; elle donne lieu à la formation de fausses membranes qui déterminent des adhérences, et s'opposent par là à l'infiltration de l'urine.

La vessie et l'urètre subissent eux-mêmes des changemens fort remarquables; l'une, ne servant plus de réservoir à l'urine qui tombe sans cesse dans le vagin, se rétrécit et revient sur elle-même; et l'autre, qui ne la conduit plus au dehors, diminue de calibre et finit par s'oblitérer.

Je terminerai cet article par la relation d'un fait curieux d'anatomie pathologique qui s'est présenté dernièrement à mon observation.

Obs. I. — La nommée Marotte (Marie-Madeleine), âgée de 57 ans, demeurant rue Charonne, n° 71, entra à l'hôpital St-Louis le 24 janvier 1835, et succomba le 24 avril de la même année.

Depuis 18 mois cette femme portait une fistule vésico-vaginale qui s'était manifestée à la suite d'un accouchement laborieux. Elle était accouchée de deux enfans, et huit jours après, lorsqu'elle se leva, les urines commencèrent à couler dans le vagin. Pendant son séjour à l'hôpital, elle eut un dévoiement opiniâtre que rien ne put arrêter; ses forces s'épuisèrent et elle succomba.

L'extérieur du cadavre présentait l'aspect d'un entier épuisement.

Ayant plus particulièrement dirigé mes recherches sur la cavité abdominale, je trouvai diverses altérations qu'il n'est pas sans intérêt de faire connaître.

L'extrémité libre du grand épiploon était adhérente à la face postérieure et au bas-fond de la vessie. Les adhérences n'étaient pas très-solides, ce qui me permit de croire qu'elles n'étaient pas très-anciennes. L'épiploon était poli et blanchâtre à sa face adhérente; il empruntait ce poli à la présence de fausses membranes. Sa face libre était rougeâtre et granulée; les vaisseaux y étaient bien dessinés; il y avait peu de graisse. Le péritoine qui se porte de la face postérieure de la vessie à l'utérus, était injecté, friable, épaissi, granuleux dans les points qui adhéraient à l'épiploon; au contraire, lâchement uni à la vessie par sa face viscérale, on trouvait dans ce point une certaine quantité de graisse très-vasculaire; on apercevait dans son épaisseur des granulations blanchâtres, opaques, et de la grosseur d'un grain de millet; elles étaient dues évidemment à la lymphe déposée dans l'épaisseur de cette membrane.

Après avoir décollé le péritoine sur le bas-fond de la vessie et sur l'utérus, j'aperçus une grande vascularité à la jonction du corps et du col de ce dernier organe; les veines avaient doublé de volume.

---

les faits montrent tout ce qu'on veut, suivant l'intelligence qui les voit et l'esprit qui les explique.

Telles sont les causes principales qui font que la probabilité médicale reste à jamais inférieure à la probabilité mathématique. C'est contre ces obstacles que notre science lutte depuis des siècles. Tous les travaux accumulés depuis l'antiquité, toutes les recherches qui se font à notre époque, n'ont en effet que ce seul but, connaître, induire et prévoir avec le plus de précision possible. Malheureusement on a si long-temps tourné dans un même cercle d'idées, on s'est arrêté si souvent à la flatteuse idée qu'on avait enfin découvert le *criterium* si désirable et si désiré; tel phraseur systématique se balançant habilement sur un principe ou sur un axiome, a tant de fois persuadé que cet axiome était décidement la clé de voûte de la science, que cette même science a été agitée, sillonnée en divers sens, mais sans mouvement progressif. Car l'expérience arrive, l'application des principes se fait, les mécomptes se multiplient, et on ne tarde pas à s'apercevoir que le *résidu vrai* de tant de recherches, d'assertions, d'affirmations, se réduit à peu de chose pour le progrès réel.

Pour donner à la probabilité médicale quelques fondemens solides, on a cherché à l'établir sur l'induction tirée des faits cliniques, sur les rapports des symptômes et des lésions organiques, enfin sur les statistiques médicales.

L'induction tirée des faits pour asseoir les bases de la probabilité médicale, remonte à la plus haute antiquité. Les travaux d'Hippocrate, les ouvrages faits depuis touchant le pronostic roulent sur ce point. On ne saurait disconvenir qu'on n'ait extrait de cette mine féconde d'incontestables vérités, mais comme les faits sont toujours susceptibles d'une interprétation variable et transitoire, on conviendra que la probabilité médicale est loin d'avoir cette fixité capable de guider le praticien; aussi ce qui semble de plus vrai, de plus positif dans le pronostic, s'évanouit-il souvent en face de l'individualité morbide. Une sentence tirée des prénotions d'Hippocrate, la plus évidente, la plus formelle, perd tout à coup de sa clarté quand vous l'appliquez à un cas présent et instant. C'est qu'il y a toujours des circonstances ignorées, imprévues, des rapports cachés de symptômes, des liaisons sympathiques inappréciables qui compliquent les termes du problème. On croyait toucher aux élémens de la certitude et l'on obtient à peine ceux d'une probabilité illusoire. Ainsi par la méthode purement clinique, pourtant très-convenable, souvent notre seule ressource, on voit ce qui est, on l'observe, on l'expérimente, mais ce qui devait être, mais la raison des phénomènes, mais la nature de la maladie, ne se voit pas, ne se touche pas, ne saisit pas, ne s'observe pas; on arrive toujours à une série de faits qui ne tombe pas sous les clartés de la simple expérimentation. Cette méthode, la plus importante pour nous cependant, n'offre donc pas des moyens aussi assurés de la probabilité médicale qu'on le croirait d'abord, et Hippocrate finit par dire que, dans les maladies aiguës, les prédictions de la mort et de la vie ne sont nullement certaines. Pitcairn demandait s'il y avait un médecin capable de sentir son bien assuré, au cas qu'il le fût seulement sur les mêmes titres que l'art de connaître et de prévoir l'issue des maladies. La même question nous embarrasserait singulièrement à notre époque d'orgueil et d'égoïsme.

Mais l'organicisme est arrivé et a dit: le problème doit être ainsi posé: Trouver dans la mort la raison de la vie et de ses anomalies. Remontez aux lésions de structure et vous augmenterez de beaucoup le degré de la probabilité médicale. Qu'est-ce que cela veut dire? Si vous affirmez en général que toute maladie a pour *substratum* une altération organique primitive, vous énoncez le lieu-commun le

La vessie, incisée dans sa face postérieure, présentait trois lignes et demie d'épaisseur ; les fibres musculaires, plus apparentes, étaient évidemment plus friables. La muqueuse, plus molle, se montrait parsemée d'une multitude de petites plaques vasculaires, d'une couleur rouge-cerise et rouge-brun. Le sang était évidemment combiné avec la muqueuse, comme nous l'a montré le lavage ; les veines nombreuses qui la sillonnaient lui donnaient une apparence marbrée. La capacité de la vessie avait diminué ; elle présentait de petites cavités dans lesquelles on trouva un pus lié et blanc. Il fut facile de lui rendre, en la distendant, son premier degré de dilatation. Le col était entouré de toutes parts par des plexus veineux. L'urètre avait perdu de son calibre ; son extrémité antérieure était rouge et rétrécie.

L'examen de la fistule vésico-vaginale présentait les caractères que j'ai indiqués ; aussi me contenterai-je d'en dire brièvement quelques mots. On voyait au bas-fond de la vessie une ouverture presque arrondie offrant depuis dix jusqu'à onze lignes de diamètre, du niveau de l'orifice vésical de l'urètre à quelques lignes de la lèvre antérieure du col de la matrice, cette ouverture était bornée par une espèce d'anneau dense, fibreux, blanchâtre, et recouverte d'une membrane parfaitement organisée qui se continuait avec la vessie et le vagin.

Le vagin était rougeâtre et injecté ; il en était de même du col utérin, dont la membrane interne, épaissie, présentait de petites ulcérations. L'intérieur du corps de l'utérus était vasculaire ; on y trouvait de fausses membranes nouvellement déposées dans sa cavité. Coupé par tranches, le corps de la matrice laissait écouler à chaque section une grande quantité de sang veineux. J'ai pu, sur cette femme, enlever un lambeau de la muqueuse utérine, après avoir fait macérer cet organe pendant quelques jours.

Si l'on interroge ce fait au profit de la science, il me semble que l'on peut raisonnablement y trouver les considérations suivantes. D'abord on n'aurait pu guérir une fistule si ancienne par aucun des procédés connus, ni par la cautérisation, ni par la ligature. Dans le premier cas, on n'aurait pu déterminer, sur une surface aussi dense, le développement de bourgeons capables d'oblitérer l'intérieur de la fistule, soit que l'on eût suivi le procédé de M. Lallemand, soit que l'on eût employé celui de M. Laugier. Par la ligature on n'aurait pu déterminer le dépôt d'une lymphe propre à coller les deux bords de la division, et assez promptement organisée, pour être, si je puis dire ainsi, vivante avant que les fils eussent ramolli et coupé les bords de la fistule.

D'un autre côté, ce fait peut faire apprécier l'influence fâcheuse du contact de l'urine, qui macère le col de la matrice et pénètre dans sa cavité à travers son orifice. Il nous montre l'inflammation toujours croissante de la vessie, son état de suppuration, et cette désorganisation en vertu de laquelle elle finit par se déchirer avec facilité ; et enfin cette inflammation, bornée en haut par le péritoine qui semblait lui servir de barrière, envahissant l'épiploon, qui chez cette femme se prolongeait sur la partie postérieure de la vessie.

§ III. — SYMPTÔMES.

On devait retrouver, et l'on retrouve en effet dans la physionomie des fistules vésico-vaginales, la plupart des traits qui appartiennent à toutes les fistules urinaires. Elles peuvent être rondes, transversales ou longitudinales. Les premiers sont assez communes ; elles représentent le plus souvent un cercle assez régulier. Les fistules transversales sont plus fréquentes. Elles sont produites par la pression de la tête de l'enfant, qui plisse et pousse en effet d'arrière en avant, la cloison vésico-vaginale, de manière à former une espèce de duplicature transversale.

Toutefois, il faut dire qu'une fistule vésico-vaginale ronde peut devenir transversale, lorsque la partie postérieure de la vessie tend à se rapprocher de la partie antérieure ; et que la transversale peut prendre une forme arrondie ou ovalaire, lorsque l'on tiraille sa lèvre postérieure.

Quant aux fistules longitudinales, ce sont les plus rares ; elles consistent dans un véritable fente dirigée d'avant en arrière ; et sont produite par des instrumens tranchans, qui ont été portés dans le diamètre antéro-postérieur de la cloison vésico-vaginale.

Les fistules vésico-vaginales ont une étendue très-variable ; quelquefois elles dépassent à peine quelques lignes, tandis que dans d'autres circonstances elles occupent toute la cloison. J.-L. Petit et Chopart en ont cité des exemples. M. Lallemand a publié deux cas de ce genre : la cloison du vagin manquait en totalité dans l'un, et toute sa moitié supérieure dans l'autre.

Lorsque la cloison vésico-vaginale a été intéressée par un instrument tranchant, les urines coulent à l'instant même dans l'intérieur du vagin ; mais les choses ne se passent pas ainsi, quand la fistule est la suite d'un accouchement laborieux. La cloison est alors instantanément frappée de mort. Les parties s'engorgent, s'enflamment, au point de déterminer une rétention d'urine et de forcer le chirurgien de vider la vessie à l'aide du cathétérisme. Il faut que l'escarre tombe, et laisse une perte de substance qui permet l'écoulement des urines. Le travail inflammatoire qui préside à la séparation de l'escarre, n'est pas aussi prompt chez certains sujets que chez d'autres. C'est ainsi que l'on a vu des femmes être dans une sécurité complète pendant huit et dix jours, tandis qu'au contraire dès le second ou le troisième l'urine coulait chez d'autres. On peut d'ailleurs se rendre compte de cette différence dans la formation plus ou moins tardive des fistules vésico-vaginales. Si la tête de l'enfant qui, dès le principe, a frappé de mort la cloison, demeure très-long-temps dans l'intérieur du bassin, il en résulte que la portion gangrénée est chassée par elle lorsque l'accouchement se termine. Lorsqu'au contraire la tête est restée peu de temps dans le bassin, la chute de l'escarre ne peut nécessairement être que tardive, puisque pour avoir lieu, elle a besoin du travail inflammatoire qui isole plus ou moins lentement les parties mortes des parties vivantes.

Lorsque la fistule est large, les urines coulent involontairement et d'une manière continue dans le vagin, à mesure qu'elles arrivent dans la vessie. Si, au contraire, elle a une étendue peu considérable, et si elle occupe le col de la vessie, l'urine n'y passe pas en totalité, et la malade a la conscience de son écoulement par le vagin.

L'écoulement de l'urine par le vagin peut d'ailleurs être tout-à-fait modifié par la position de la malade et même d'une manière relative : ainsi il cesse quelquefois complètement dans la position verticale, comme l'a observé Saucerotte. Dans d'autres circonstances c'est dans la position horizontale qu'il a cessé d'avoir lieu, comme Dcyber l'a observé chez une malade qui était à sa clinique.

Quand la fistule occupe le col de la vessie, l'urine peut être retenue plus ou moins long-temps, mais jamais au-delà de deux heures ; et l'on comprend qu'alors l'écoulement est d'autant moins facile que la position de la malade sera plus complètement horizontale, puisque dans ce cas le liquide a moins de tendance à gagner le col de la vessie.

L'écoulement de l'urine est encore modifié par les changemens de rapports que les viscères environnans peuvent apporter aux bords

---

plus commun qu'il y ait en médecine. Mais si vous voulez indiquer, préciser le système, l'organe, le tissu, les élémens organiques, altérés, vous restez dans un incroyable vague qui ressemble fort à l'ignorance. Non, répondent les organiciens et les physiologastres, nous établissons pour l'organe malade, les rapports de sa lésion avec les symptômes extérieurs. *Cela fait*, nous sommes en fond pour obtenir un très-haut degré de probabilité. On dirait à voir cette assurance systématique, que le problème a trouvé sa solution, que l'inconnue est dégagée et entourée des rayons d'une évidence formelle. Malheureusement il n'en est rien. Qu'on nous dise donc où est le siége de la fièvre intermittente dans toutes ses formes ? Où est le siége du tétanos, de l'hydrophobie, de l'hystérie, de la fièvre jaune, etc. L'autopsie, c'est-à-dire, *l'évidence oculaire* ne peut-elle rien nous apprendre ici et faudra-t-il dire avec Baillou : *Cum ipsâ animâ mortis occasio evolasset*. Un médecin qui vient d'écrire tout récemment sur l'asthme, compte vingt-cinq avis différens sur le *siége* de cette maladie ; où donc est le vrai ? D'ailleurs il s'en faut que les organiciens-physiologastres soient d'accord sur l'organe malade. Prenez l'affection typhoïde la mieux caractérisée, est-ce dans tout l'appareil digestif, est-ce dans le cæcum, est-ce seulement dans les glandes de Peyer qu'on doit en placer le siége ? La discussion continue encore. Voici l'hypochondrie ; l'un dit que c'est tout simplement une gastrite chronique, un autre assure qu'il faut placer dans le foie le siége du mal ; enfin un troisième soutient que la lésion organique est dans l'encéphale, que hors de là tout est erreur ; je n'invente pas, je cite. Bien plus, ces systématiques à la vue si claire et si profonde sur les altérations organiques, ne s'entendent plus quand ces altérations sont palpables ; et il faut avouer que les cris de l'organe souffrant sont parfois bien confus. Ces altérations sont-elles la cause ou l'effet de la maladie ? Comment distinguer celles qui sont primitives de celles qui sont secondaires ? Jusqu'à quel point ces dernières réagissent elles ensuite sur la maladie ? Quel est le point de départ de la lésion et celui où elle s'est terminée ? Est-il primitivement dans les solides et dans les fluides ? Comment établir les corrélations des lésions avec les symptômes extérieurs d'une manière fixe, car il y a sur ce point d'énormes différences individuelles ? Quant au traitement, s'en rapportera-t-on dans tous les cas à un type identique d'inflammation, reconnu à l'avance ? etc. Il s'en faut qu'on ait donné la solution de ces questions ; alors que devient la probabilité médicale en l'établissant sur la donnée anatomique, toujours précaire et décevante. Ainsi pâlissez sur les cadavres jusqu'à leur dérober leur lividité, vous ne sortirez pas du vague, tant reproché aux autres méthodes. C'était bien la peine de donner un dédaigneux et formel démenti aux vieilles vérités de la science, de prendre hardiment l'écho de sa propre voix pour la réponse de la vérité, de faire résonner sans cesse le monochorde physiologique, pour arriver au même point d'incertitude que nos devanciers.

Enfin on a voulu donner la statistique comme une base assurée de probabilité médicale. Cependant les calculs algebrico-cliniques n'ont pas encore pris rang quoiqu'on en dise parmi nos meilleures méthodes d'investigation. On n'a pas tardé à en découvrir le faible, et notre honorable confrère, M. Double (GAZETTE MÉDICALE, 1835, n° 42), a signalé avec une grande force de raison les inconvéniens et les erreurs de cette manière de philosopher en médecine. Le vice de la méthode numérique est de mettre sur la même ligne des unités hétérogènes, et ce vice est fondamental ; car comment se fier à des conclusions dont les prémisses manquent de logique. Un savant statisticien a posé ce principe :

même de la fistule, à tel point que, dans certaines circonstances, l'urine finit par cesser de couler. Ainsi la pression de l'utérus, celle de l'intestin grêle, tendent à rapprocher la lèvre postérieure de la fistule de l'antérieure, et en oblitèrent momentanément l'ouverture.

Enfin la marche, les efforts de la défécation, de la toux, le travail de la menstruation, sont autant de conditions qui facilitent et augmentent le cours de l'urine par le vagin.

Le contact continuel de l'urine avec l'intérieur du vagin, avec les cuisses, avec les fesses, est toujours l'occasion d'inconvéniens fâcheux, et quelquefois d'accidens graves. On a dit que par l'excitation qu'il détermine sur les organes génitaux, ce contact pouvait produire le cancer: on pourrait tout au plus admettre qu'il pourrait en devenir alors la cause occasionelle. Mais le vagin, les cuisses sont souvent le siége d'ulcérations plus ou moins profondes; et dans tous les cas, il y a un état de turgescence habituel de ces parties, qui détermine des érysipèles, des éruptions de caractères divers, etc. Le plus ordinairement les femmes qui sont dans cet état finissent par tomber dans un tel dégoût d'elles-mêmes, qu'elles vivent entièrement isolées.

Les fistules vésico-vaginales peuvent être accompagnées de concrétions calcaires, véritable dépôt de l'urine, qui deviennent l'occasion de douleurs souvent très-vives, et d'ulcérations plus ou moins étendues.

Obs. II. — J'en ai vu entre autres un exemple remarquable chez une jeune femme de 22 ans qui entra à l'hôpital Saint-Louis dans le mois de juin 1834. Elle avait une fistule vésico-vaginale. Il se déposait dans le vagin de la matière cystique, sous forme de concrétions qui adhéraient tellement aux parois de ce conduit, que la malade les détachait avec ses ongles, on les faisait sortir avec de petits morceaux de bois. Sans cette précaution, le vagin aurait été sans aucun doute rempli de ces graviers que j'ai plusieurs fois retirés moi-même en grande quantité. Cette malade avait d'ailleurs souvent des érysipèles, et ses cuisses et ses petites lèvres étaient couvertes d'ulcérations et de pustules rouges très-enflammées, dont la teinte, légèrement cuivrée, aurait pu en imposer pour des pustules syphilitiques. Elle n'obtenait un peu de soulagement que par le lavage à l'eau froide. Si elle voulait retirer ses urines à l'aide d'une éponge, elle éprouvait des douleurs très-vives. Cette jeune femme, d'ailleurs très-débile, portait une tumeur volumineuse dans l'hypocondre gauche, tumeur due au développement de la rate, qui avait pris une dimension démesurée sous l'influence d'accès répétés de fièvre intermittente. Toutefois, l'état déplorable dans lequel elle se trouvait par suite de sa fistule vésico-vaginale m'engagea à l'opérer, malgré les complications fâcheuses qui existaient. La malade se soumit avec courage à tous les moyens que je voulus mettre en usage, et la suture et la cautérisation échouèrent successivement. Je me décidai alors à avoir recours au procédé que je vais décrire un peu plus loin. Cette fois il n'eut pas non plus un résultat heureux. Je reviendrai plus tard sur les causes qui en ont compromis le succès. Quoi qu'il en soit, cette femme sortit quelque temps après de l'hôpital, sans avoir éprouvé aucun changement dans l'état de sa fistule.

Un phénomène assez remarquable, c'est la constipation opiniâtre qui tourmente certaines malades. Il est difficile de s'en rendre compte, à moins d'en rapporter la cause à la contraction permanente déterminée dans les fibres du rectum par l'écoulement incessant de l'urine dans le vagin. J'aurai l'occasion de citer l'exemple d'une malade chez laquelle cette constipation opiniâtre n'existe plus depuis l'opération.

Les fistules vésico-vaginales peuvent être compliquées d'indurations qui rendent la maladie plus opiniâtre et plus difficile à guérir; de rétrécissement circulaire du vagin, de brides, de destruction de la paroi antérieure et postérieure du vagin. Enfin on a dit que les urines pouvaient s'épancher dans une espèce de sac situé entre les lames qui composent la cloison vésico-vaginale. Vanderwiel, cité par M. Lewzisky, rapporte que son frère a rencontré un épanchement entre la vessie et le vagin d'une femme de La Haye, qui s'aperçut ensuite de l'écoulement de ses urines par le vagin. On comprend que dans les premiers jours l'urine puisse s'infiltrer entre la vessie et le vagin décollés; mais cette disposition, qui d'ailleurs n'a été notée qu'une seule fois, ne saurait être admise que comme exception.

Les rétrécissemens du vagin peuvent précéder l'accouchement ou le suivre, lorsque ses parois ont été gangrénées dans une grande étendue. Enfin les brides peuvent diviser ce canal et le partager pour ainsi dire en compartimens plus ou moins nombreux. Elles peuvent coïncider avec une vessie rétrécie, à parois épaisses, comme squirrheuse, ainsi que Chopart l'a observé chez une femme dont le pourtour de la fistule était entouré d'un bourrelet calleux, et imprégné de matière salino-terreuse.

§ IV. — DIAGNOSTIC.

Il n'est pas difficile de porter un diagnostic sûr et précis lorsque la fistule est formée; mais il ne l'est pas autant d'établir avec exactitude si elle doit ou non avoir lieu. Ainsi, l'on éprouve beaucoup d'embarras à indiquer positivement si la cloison a été frappée de gangrène pendant un accouchement laborieux; si l'ischurie dont la malade est tourmentée après un accouchement difficile, peut faire craindre l'existence d'une fistule vésico-vaginale non encore établie; ce n'est qu'à la chute de l'escarre qu'on peut réellement la reconnaître. Or, comme je l'ai dit plus haut, l'escarre se détache à des époques indéterminées; elle tombe le dixième, le douzième jour, et quelquefois seulement un mois après l'accouchement, comme l'a observé J.-L. Petit, qui, après un pareil intervalle, a vu l'urine passer involontairement de la vessie dans le vagin.

On sait qu'après un accouchement laborieux, le col de la vessie, long-temps comprimé par la tête de l'enfant, reste plus ou moins long-temps avant de retrouver l'énergie de sa contraction. Il y a même des femmes qui, toute leur vie, ont conservé de la difficulté à retenir leur urine, laquelle, aussitôt qu'elles sont dans une position horizontale, se répand par gouttes. Ce liquide alors s'épanche dans le vagin à mesure qu'il descend, et il finit par en sortir, absolument comme s'il existait une communication directe entre ce conduit et la vessie. Dans le cas où les choses ne reviendraient pas d'elles-mêmes à l'état normal, on dissiperait facilement, au moyen du cathétérisme, l'erreur qui alors serait possible.

Il pourrait arriver par les mêmes raisons que l'on méconnût une fistule vésico-vaginale, en attribuant à une paralysie du col de la vessie les accidens qui dépendraient d'une communication directe de cet organe avec le vagin. C'est encore le cathétérisme qui pourra dans ce cas éclairer le diagnostic. En portant le doigt le long de la paroi antérieure du vagin, on s'assurera de l'absence d'une portion de cette paroi, de l'étendue de la perte de substance, et s'il n'y a qu'une division, on la reconnaîtra bientôt. En même temps qu'une injection colorée ou non sera poussée dans la vessie, le doigt porté dans le vagin sentira le liquide sortir par l'ouverture fistuleuse. C'est ainsi que se comportait Chopart.

L'introduction d'une sonde dans la vessie par l'urètre, et celle du

---

Que toutes choses égales d'ailleurs : « *La précision des résultats croît comme la racine carrée du nombre des observations.* »

Oui, toutes choses égales, mais c'est ce qui n'a point lieu dans l'expérimentation clinique où l'on ne se dirige jamais que sur la conjecture et le probable. En effet, une fois bien démontré que l'identité radicale des faits ne saurait avoir lieu pour nous; que dans la plupart des cas, nous ne pouvons remonter des effets aux causes; que les différences individuelles d'un si grands poids dans la pratique, nous échappent souvent; que dans ce composé d'actes morbides, qu'on nomme une maladie, l'analyse de ces actes n'est jamais complète; que la corrélation des lésions organiques aux phénomènes n'est qu'imparfaitement connue, que si les faits s'expliquent par des faits antérieurs qui les engendrent et les contiennent, l'enchaînement des rapports nous échappe à chaque instant; on ne peut donner à ces calculs qu'un acquiescement très-conditionnel, car ils sont loin de présenter le caractère de tout calcul, la certitude. Ce qui le prouve, c'est que ces statistiques médicales varient elles-mêmes dans leurs bases; certains médecins sont de puissans chiffreurs, mais ils trouvent des adversaires qui leur opposent statistique à statistique, tout en partant de points opposés. Non, la vérité ne se prend pas dans des filets de chiffres aussi facilement qu'on le croit, et surtout la vérité médicale, si différente quelquefois de la vérité scolastique et *livresque*. Ce serait à tort néanmoins qu'on rejetterait entièrement ces calculs, et on tomberait dans un autre excès. Il faut seulement les considérer comme un des moyens à employer pour arriver à des conclusions quelconques, mais les faire concourir à ce but dans des proportions convenables. Sans attacher donc une importance trop rigoureuse aux supputations statistiques, il convient de prendre la moyenne d'une grande quantité de faits semblables. Cette voie conduit non-seulement à des résultats positifs, mais encore à d'importantes généralisations, fondemens de la science; celle-ci n'est en effet qu'une série logique d'axiomes; or, qu'est-ce qu'un axiome? la somme complète de toutes les valeurs de faits analogues.

On voit par ce que je viens de dire, sur quels fragiles fondemens repose la probabilité médicale. Doit-on maintenant s'étonner si très-souvent nous ne pouvons tirer des inductions évidentes des symptômes les plus saillans, bien que le symptôme, comme dit Galien, soit projeté par la maladie, comme l'ombre est projetée par le corps. Il me semble avoir démontré autant qu'il est possible de le faire ici, pourquoi les rapports des symptômes nous échappent dans la plupart des cas, pourquoi *la loi de continuité* de Leibnitz, loi exprimée bien avant lui par Hippocrate dans la célèbre expression : *quæ ex quibus*, nous est imparfaitement connue dans son origine, dans ses effets et ses applications. On dit que pour pénétrer de tels secrets, il faut observer les malades et les maladies; qui en doute? mais bien observer est rare et difficile. Quand Bacon, ce promoteur de la vraie méthode philosophique, répète sans cesse, observez de telle ou telle manière, il aurait plutôt fait de dire *soyez Bacon!* Rappelons-nous toujours que voir les faits est souvent bien éloigné d'en saisir la portée, d'en comprendre la valeur. En général l'ignorance est si satisfaite d'elle-même, le défaut d'attention, de sagacité est si commun, les minorités intelligentes si nombreuses, l'art d'étudier les actes morbides si abstrus, si peu connu, qu'on ne doit pas s'étonner de voir commettre journellement les plus grossières erreurs.

Cependant on ne peut disconvenir que, malgré l'incertitude de nos moyens, il est des médecins dont le coup-d'œil est tellement juste et sûr, le jugement si prompt et si net, qu'ils saisissent avec une étonnante rapidité, même dès les troubles prodromiques, le caractère d'une maladie et ses suites *probables*; ils savent

doigt dans le vagin, sont sans contredit les deux moyens qui permettent le plus parfaitement de reconnaître l'existence de la fistule. Le doigt sentira la sonde dans la vessie, et il distinguera très-bien la perforation complète de la cloison vésico-vaginale, d'un ulcère syphilitique, par exemple, qui aurait commencé par le vagin, et qui n'intéresserait encore qu'une partie de ses parois. Enfin on peut faire pénétrer la sonde dans le vagin par l'ouverture fistuleuse, et alors il ne reste plus de doute.

Il y a encore un moyen d'investigation très-précieux, pour faire apprécier la forme, le siége précis et l'étendue positive de l'ouverture fistuleuse : c'est l'inspection du vagin à l'aide du spéculum. Cet instrument, en déplissant l'organe, peut même faire découvrir une fistule qui n'aurait pu être reconnue, ni par le doigt, ni par la sonde, ce qui peut arriver surtout lorsque l'ouverture au travers de laquelle filtre l'urine est trop étroite, ou lorsqu'elle suit un trajet plus ou moins long dans la double paroi qui forme la cloison vésico-vaginale. C'est surtout alors que son trajet compliqué, que sa reptation lui donne véritablement le caractère d'une fistule. Le professeur Ehrmann reconnut une fistule vésico-vaginale avec le spéculum trivalve, et cet instrument lui servit encore à en faire la suture.

Le spéculum ordinaire de M. Récamier, modifié par Dupuytren, ne peut guère servir pour cette espèce de fistules. La modification que M. Duméril y a apportée en faisant couper son sommet en bec de flûte, le rend déjà plus propre à cette exploration, qui est encore devenue plus facile par la division que M. le professeur Dubois a fait pratiquer à sa partie supérieure. Enfin, on peut employer avec avantage le spéculum de M. Lisfranc, celui de madame Boivin et celui de M. Deyber, qui permet d'explorer la partie antérieure du vagin. Pour moi, je me suis toujours servi de mon spéculum à bascule; j'ai aussi employé avec bonheur une des valves qui le composent, pour déprimer les parties molles qui s'opposent à l'examen facile de la paroi antérieure du vagin. J'ai donné ailleurs une description détaillée du spéculum, auquel l'expérience me permet tous les jours d'attribuer réellement des avantages positifs et incontestables.

(*La suite à un numéro prochain.*)

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX FRANÇAIS.

I. ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE.

Le cahier de janvier contient les articles originaux suivans : 1° *deuxième mémoire sur les maladies du système lymphatique*, par M. Velpeau; 2° *de l'extirpation du goître*, observation recueillie à la clinique de M. Roux, avec quelques observations sur cette affection, par M. Rufz; 3° *mémoire sur l'introduction des vers dans les voies aériennes*, par M. Aronssohn; 4° *observations pratiques sur l'incontinence d'urine*, par M. Mondière,

DEUXIÈME MÉMOIRE SUR LES MALADIES DU SYSTÈME LYMPHATIQUE; INFLAMMATION DES GANGLIONS OU ADÉNITE LYMPHATIQUE; par M. VELPEAU.

C'est moins un mémoire sur une question spéciale de l'inflammation des ganglions, qu'un bon chapitre de pathologie ou un bon article de dictionnaire sur cette affection. Toutefois, M. Velpeau y a émis quelques opinions nouvelles assez importantes à connaître.

La cause la plus fréquente de l'adénite tient à l'arrivée de quelque principe irritant puisé à une certaine distance dans quelque organe ou dans quelque région malade; c'est ainsi que naissent les adénites syphilitiques, cancéreuses, tuberculeuses, etc. D'après la manière dont M. Velpeau a formulé sa pensée, il semble donc qu'il admette l'absorption par les lymphatiques; il déclare toutefois qu'il ne prend parti ni pour ni contre. Tant de réserve est impossible ici; puisqu'il nous montre les fluides de la partie enflammée pris molécule par molécule, et arrivant aux ganglions; puisqu'il déclare ailleurs que l'adénite par cause indirecte a *pour point de départ fondamental une altération des liquides destinés à traverser les ganglions*, peu importe qu'il évite de prononcer le mot d'absorption, quand il décrit la chose elle-même. Ainsi toute plaie, toute inflammation, toute lésion peut déterminer une adénite; et il rappelle qu'en 1823, il avançait déjà que tout exutoire est une cause de maladie, toute suppuration exposé à d'autres suppurations.

En poursuivant cette idée, il se demande si les tumeurs scrophuleuses ne se développeraient pas par le même mécanisme? « Depuis près de 20 ans, dit-il, que je m'occupe de ce point de doctrine, le nombre des scrophuleux que j'ai questionnés, dans le but d'éclairer ce problème, s'élève à 900. Chez 750 d'entre eux, j'ai pu constater que des phlegmasies, des suppurations du système tégumentaire ou cellulaire avaient précédé l'apparition des tumeurs lymphatiques. Sur 95 autres la maladie était si ancienne que je n'ai pu obtenir aucun renseignement positif. Enfin les 95 derniers (*sic*; il y a évidemment une erreur de chiffres) étaient des enfans nés dans la misère, et dont les parens avaient eu si peu de soin qu'une de ces causes éloignées, qui ne m'a cependant point été avouée, peut être hardiment supposée. »

Si ces tumeurs scrophuleux étaient toujours secondaires, il ne serait donc plus besoin de *vice* particulier, de principe héréditaire dans l'économie; or, c'est là l'opinion de M. Velpeau, plus nettement résumée encore en ce peu de mots : « Il n'existe réellement point de maladie spéciale qui mérite le nom de scrophuleuse. »

M. Velpeau s'attend à de nombreux contradicteurs; nous serions volontiers de ce nombre. S'il dirige son attaque contre les mots de *vice* et de *principe héréditaire*, formules plus ou moins malheureuses pour rendre raison d'un fait, nous les lui abandonnons sans regret. Mais à part les causes locales des engorgemens ganglionnaires, n'y a-t-il pas une prédisposition générale, fort souvent héréditaire, qui rend ces engorgemens plus faciles et plus durables chez certains sujets que chez d'autres, qui leur imprime un cachet particulier, et qu'il est essentiel de combattre pour assurer la cure? M. Velpeau, trop bon observateur pour le nier, déclare lui-même que ce qu'il a avancé ne s'applique qu'aux causes déterminantes. Mais alors la prédisposition, ou ce que d'autres ont nommé vice et principe, demeure intacte; et la maladie

---

apprécier les analogies les plus fugitives, les conjectures les plus fugaces, et le drame pathologique leur est connu dans toutes ses difficultés et sa péripétie. Selon Bordeu, ils vous diront : ce malade est mal; et vous devez les en croire; celui-ci ne risque rien, et l'événement justifie sa prédiction. Si vous leur demandez des raisons, ils n'en sauraient donner dans bien des occasions. C'est demander à un peintre pourquoi ce tableau est dans la belle nature, à un musicien les raisons de ces accords mélodieux qui enchantent l'oreille. Cette intuition spontanée de la vérité, cette sorte de vaticination médicale qui tient du *mens divinior*, donnée à quelques privilegiés de la nature, a été remarquée dès la plus haute antiquité. Un si rare talent ne tient pas à des connaissances plus ou moins étendues, car le *studio doctor, experientiâ medicus*, sera eternellement vrai. Dépend-il davantage de l'habitude de traiter des malades? cela peut être jusqu'à un certain point, mais non absolument. Martianus voyait peut-être à Rome autant de malades que Galien, et il ne sut jamais prédire comme lui. Il manquait de cette presensation des phénomènes à venir dont était doué à un haut degré le médecin de Pergame. Aussi Eudemus, sénateur et philosophe romain, ayant vu la vérité d'une prediction que lui fit Galien sur une maladie, s'écria-t-il, plein d'admiration, qu'Apollon lui-même était venu annoncer aux malades, par la bouche de ce médecin, ce qui leur devait arriver. Le celèbre Chirac, medecin du régent, assez peu instruit d'ailleurs, possédait aussi cet instinct médical, et ce fut la base de son immense réputation. Le maréchal de Schomberg racontait que ce médecin étant sur le point de mourir, la tête lui revint à moitié; tout à coup il se tâta le pouls. « J'ai été appelé trop tard, s'écria-t-il : l'a-t-on saigné? — Non, lui répondit-on. — Eh bien! tant pis, c'est un homme mort. » Chirac mourut le lendemain. Quoi qu'il en soit de la vérité du fait, remarquons qu'il ne faut pas confondre l'étonnante perspicacité dont nous parlons avec cette expérience commune du praticien, qui s'acquiert à la longue. Il est une conviction, une sorte de foi médicale qui vient avec l'âge, avec la répétition de l'observation des mêmes faits et de leurs résultats; mais il s'agit ici de ce tact exquis qu'ont certains médecins de saisir aussitôt les rapports les plus étendus des phénomènes morbides. Voilà certainement le plus haut degré du génie médical, qui consiste à interpréter de la sorte les symboles de la vérité, à saisir par une sorte de prescience sibylline ce que les autres peuvent à peine conjecturer à force de savoir et de logique. C'est une chose triste néanmoins, d'avouer qu'il n'est donné qu'à certains hommes de bien voir en médecine, science dont les applications sont si journalières et si importantes. Rien de plus affligeant que le talent se mette sans cesse à la place de l'art. D'ailleurs, ces hommes dont nous exaltons le génie ne sont-ils pas eux-mêmes exposés à l'erreur? L'inspiration qui les guide, resultat si l'on veut d'un jugement exquis, perfectionné par l'attention passée en habitude, ne peut-elle donc faillir dans bien des cas? En définitive, il n'y a que les medecins sans malades qui ne se trompent jamais. Ne vaudrait-il pas mieux, ne serait-il pas plus digne de notre science, d'avoir quelques bases assurées sur l'important sujet qui nous occupe? S'il faut décidément renoncer à trouver un *criterium* invariable, faisons en sorte que le praticien ne reste pas toujours dans ce vague odieux tant reproché à la médecine. Voici quelques données à cet égard; je les presente de bonne foi, sans sortir des *réalités* observables. C'est, comme on peut le croire, un simple canevas; de plus habiles achèveront la trame et le tableau.

R.-P.

scrophuleuse qui n'est que la manifestation extérieure de cette prédisposition, mise en jeu, si l'on veut, par des causes locales, n'en existe pas moins. Je ne sais même si l'on a jamais soutenu que les accidens divers de la maladie scrophuleuse survinssent sans causes déterminantes. Le véritable point où M. Velpeau diffère des autres est donc celui-ci; que pour lui les engorgemens scrophuleux des ganglions sont toujours sympathiques d'une autre affection siégeant à distance; tandis que dans l'opinion générale, des causes directes très-simples, le froid, l'humidité, etc., peuvent déterminer immédiatement ces engorgemens. La question, ainsi réduite, a bien encore son importance et mérite d'être étudiée avec soin.

Nous ne suivrons pas M. Velpeau dans l'histoire du développement, des terminaisons et du traitement de l'adénite aiguë. Peut-être est-il bon de rappeler avec lui que la suppuration a divers siéges; tantôt occupant le ganglion lui-même, tantôt seulement le tissu cellulaire, et d'autres fois l'un et l'autre. Mais parmi les traitemens variés dont il fait l'énumération, nous nous arrêterons un moment sur les *vésicatoires volans*, qu'il a souvent expérimentés. Il en couvre toute la région tuméfiée; et quand ils sont enlevés, il fait quelquefois mettre à leur place de larges cataplasmes ou de la pommade mercurielle. Dans quelques cas ils lui ont paru faire rétrograder l'inflammation; d'autres fois ils se bornent à circonscrire le foyer morbide, à resserrer en quelque sorte le mal autour des ganglions; le plus souvent enfin, et quand la résolution n'est plus possible, ils activent et accélèrent la suppuration. Toutefois, dans certaines régions où les ganglions sont plus superficiels, comme à l'aîne, le vésicatoire volant jouit d'une efficacité remarquable; et M. Velpeau n'hésite pas à avancer que c'est le meilleur résolutif qu'on puisse opposer aux bubons syphilitiques qui ne sont point encore à l'état de suppuration.

DE L'EXTIRPATION D'UN GOÎTRE, par M. le professeur Roux; observation communiquée par M. Rufz, interne à l'Hôtel-Dieu, agrégé à la Faculté, avec quelques réflexions sur cette affection.

Obs. — Girard Jouvain, âgé de 22 ans, n'ayant eu en toute sa vie que quelques engorgemens du cou qui s'abcédèrent vers l'âge de 10 à 11 ans et dont il garde encore aujourd'hui deux cicatrices, et depuis quatre à cinq ans quelques épistaxis sans autres symptômes, entra à l'Hôtel-Dieu le 16 mai 1835, pour un goître, dont il faisait remonter l'origine à la même époque que les engorgemens du cou. Ce goître augmenta jusqu'à l'âge de 16 ans; alors il demeura stationnaire; c'est aussi vers cet âge que Jouvain cessa de grandir. A son entrée, la tumeur située sur la ligne médiane du cou et d'un volume égal à celui d'une très-grosse pomme de reinette, s'étendait depuis un pouce au-dessous du menton jusque sur le sternum; mais elle ne descendait sur cet os que par son propre poids et sans avoir contracté aucune adhérence. Elle était irrégulièrement arrondie, bosselée, et paraissait composée de deux lobes très-distincts que l'on pouvait isoler l'un de l'autre, de manière à distinguer sur la ligne médiane la forme de la trachée et du larynx. En quelques points on sentait une fluctuation obscure; en d'autres une dureté osseuse ou cartilagineuse. La peau qui la recouvrait était tout-à-fait libre, et de couleur naturelle; la tumeur suivait les mouvemens de la trachée et du larynx; elle était tout-à-fait insensible même à la pression, et ne gênait que par son poids. On distinguait au-dessus l'os hyoïde; latéralement la saillie des muscles sterno-mastoïdiens, et les pulsations des carotides sur les flancs mêmes de la tumeur. A peu près à la place des thyroïdiennes inférieures, on sentait très-distinctement battre deux artères ayant au moins le calibre de la radiale. La santé était d'ailleurs excellente, toutes les fonctions en très-bon état. Ce fut dans ces circonstances que M. Roux se décida à tenter l'ablation de la tumeur, qui eut lieu le 26 mai.

Une incision longitudinale fut faite sur la ligne médiane, de l'os hyoïde au sternum; une autre formant le T fut menée par le milieu de la tumeur de gauche à droite. La peau, le peaucier et les sterno-thyroïdiens disséqués et rejetés sur les côtés, l'opérateur détacha la tumeur moitié par incision, moitié par énucléation; mais en s'arrêtant fréquemment pour lier des vaisseaux et principalement des veines. Les plus volumineuses provenaient des parties inférieures et supérieures de la tumeur; quelques-unes avaient le volume du doigt. Les artères moins nombreuses venaient des parties latérales. En somme, on fut obligé de placer 40 et 47 ligatures. La perte du sang put être évaluée à une livre et demie environ. L'opération dura une heure et 10 minutes. La tumeur fut extraite en trois portions; la première, grosse comme le poing, qui parut être le lobe du corps thyroïde; les autres, moins volumineuses, semblaient être des glandes lymphatiques tuméfiées. Les ligatures furent coupées à ras, et la plaie recouverte d'un linge fenêtré et de charpie.

Le malade avait bien supporté l'opération; seulement vers la fin il pâlit beaucoup, sans toutefois tomber en syncope. La journée fut assez paisible; la nuit sans sommeil; mais le 27 au matin, il y eut une heure d'assoupissement; le pouls à 124; légère céphalalgie, soif assez forte; langue cependant rose-pâle et humide, et le malade demandait à manger. Il but quatre pots de petit lait et suça une datte entière. La journée du 27 se passa également bien. Il eut, comme la veille, quelques sueurs à la face, et éprouva un moment une gêne légère à la gorge. Le 18, jusqu'à une heure après-midi, il fut paisible; alors, bien qu'il n'eût éprouvé aucune espèce de frisson, il commença à s'agiter: à trois heures la face était souffrante, jaune pâle, les lèvres décolorées, les narines largement dilatées, la respiration élevée, à 38; le pouls fort et vibrant, à 180. On fit une saignée de six onces; le pouls descendit immédiatement à 140; le malade était froid et ne paraissait pas sentir. Il mourut à six heures, sans convulsions.

AUTOPSIE 33 HEURES APRÈS LA MORT.

Raideur cadavérique très-prononcée. Les cavités crâniennes n'offrent rien d'anormal, si ce n'est un caillot fibrineux blanchâtre dans le sinus longitudinal supérieur. Un caillot de même nature adhère aux parois du ventricule et de l'oreillette droite. Les plèvres et les poumons sans inflammation, ni tubercules, ni aucune sorte d'épanchement; seulement dans tout le lobe inférieur du poumon gauche sont des noyaux violacés, diffus, se prolongeant dans l'épaisseur d'un pouce, légèrement grenus, s'écrasant facilement et très-distincts par leur aspect et leur consistance des parties voisines qui paraissent plus saines. Les bronches ne contiennent point de mucosités; leur muqueuse est légèrement violacée, mais nullement épaissie. Mais le larynx, la trachée et le pharynx étaient remplis d'une mucosité spumeuse, qui obstruait l'orifice du larynx; la muqueuse trachéale offrait une injection notable; mais n'était ni épaissie ni ramollie; celle du pharynx était pâle. Les organes abdominaux étaient sains.

Nous omettons la description de la tumeur elle-même, et l'état de la plaie; seulement celle-ci n'offrait aucun commencement de réunion; et il restait une portion de goître égale en volume à une petite pomme d'api qui n'avait pas été enlevée.

M. Rufz fait suivre cette observation de quelques réflexions sur le goître en lui-même, et sur les tentatives qu'on a faites pour l'enlever par une opération. L'ablation du goître paraît avoir été tentée assez souvent en Allemagne. Hedenus fils dit que son père l'a pratiquée six fois avec succès; mais il n'en cite aucun exemple. Il donne, avec de grands détails, une opération de Græfe, et ajoute que ce chirurgien l'a répétée deux autres fois. On n'en trouve que deux cas en Angleterre, mentionnés par Gooch; en France, Desault l'a faite deux fois; Dupuytren, deux fois; M. Brun, dans sa thèse, dit l'avoir vu tenter par un chirurgien de province: elle fut suivie d'une hémorrhagie mortelle. De toutes ces observations, trois seulement ont été publiées avec assez de détails pour pouvoir être comparées avec celle de M. Roux, savoir une de Desault, une de Dupuytren et une de Græfe.

En rapprochant ces quatre faits sur lesquels il y eut deux succès et deux morts, on trouve que les procédés opératoires varient peu. Desault et M. Roux ont employé l'incision en T; Dupuytren, une incision cruciale; Græfe une incision elliptique; Desault et Dupuytren détachèrent la tumeur par dissection; Græfe et M. Roux moitié par dissection, moitié par énucléation. Dans aucun cas il n'y eut d'hémorrhagie; dans les deux succès un seul lobe de la glande avait été extirpé. Dans les deux insuccès, la mort arriva avec des symptômes assez analogues, une grande gêne de la respiration, de la pâleur. L'opéré de Dupuytren succomba après 36 heures; celui de M. Roux après 56.

M. Rufz ne paraît pas avoir eu connaissance des beaux résultats obtenus par M. Mayor dans plusieurs cas de ce genre, et qui sont consignés dans le *Traité de la ligature en masse*. Il est vrai que le procédé opératoire est fort différent; mais il importe d'autant plus de rappeler ces faits, que M. Rufz ne balance pas à attribuer la mort, dans le cas de Dupuytren et dans celui de M. Roux, *à la gravité de l'opération*. Ceci est infiniment vague: l'autopsie permet, à notre avis, de donner à la mort une cause plus précise. C'est par asphyxie que les deux malades sont morts; asphyxie par écume trachéale, complication jusqu'à présent oubliée des chirurgiens, et qui nous paraît l'un des dangers les plus redoutables des grandes opérations faites sur le cou. Nous aurons prochainement l'occasion de rapporter l'observation d'un cancer sous-maxillaire énorme, enlevé par l'instrument tranchant; la mort, imprévue pour tout le monde, arriva dans un moment où l'opérateur se félicitait de l'état du malade; l'écume obstruait également les voies respiratoires. On sait que ce mode d'asphyxie, mais considéré seulement sous le rapport médical, a fourni à M. Piorry le sujet d'un de ses plus importans mémoires. Nous aurons à rechercher le parti que la thérapeutique chirurgicale peut retirer de ces idées.

Enfin il n'était pas possible, après un cas si grave, de passer sous silence cette question capitale: est-ce là une de ces opérations qui soient permises au chirurgien? M. Rufz se déclare franchement pour la négative. Il faut distinguer cependant, et ne pas priver l'art d'une ressource qui peut quelquefois être nécessaire. Quand le goître menace la vie du malade, soit par suffocation, soit à raison de quelque dégénérescence, nous pensons qu'il est permis et même que c'est un devoir d'opérer, sauf à choisir le procédé le moins périlleux, et à veiller attentivement sur les complications. Mais quand le goître ne constitue qu'une simple difformité, et que l'opération est purement de complaisance, non-seulement le chirurgien ne devrait pas la proposer, mais il devrait la refuser même aux plus vives instances du malade. L'émulation, le désir des nouveautés, l'amour de la gloire, ont servi souvent sans doute à reculer les limites de l'art; mais souvent aussi nous les avons vus pousser des chirurgiens trop hardis à des entreprises que le succès même ne saurait complètement absoudre; et pour tenter des opérations de ce genre, la première excuse et la seule peut-être que l'humanité puisse admettre, c'est la nécessité.

MÉMOIRE SUR L'INTRODUCTION DES VERS DANS LES VOIES AÉRIENNES; par L. ARONSSOHN, agrégé en exercice près la Faculté de médecine de Strasbourg.

M. Aronssohn ayant eu occasion d'observer trois faits d'introduction des vers dans les voies aériennes, s'est occupé de recueillir les observations du même genre rapportées par les auteurs; et cette circonstance semblerait être assez rare, puisqu'il n'a pu en trouver que trois cas. Il pense toutefois qu'elle a lieu bien plus fréquemment, et il appelle sur ce point l'attention des praticiens.

Sur ces six cas, l'accident est arrivé cinq fois sur des enfans de 8 à 9 ans, dont quatre filles; une fois chez un homme de 52 ans. Les symptômes et le traitement sont d'ailleurs les mêmes que pour tout autre corps étranger introduit dans les voies aériennes.

OBSERVATIONS PRATIQUES SUR L'INCONTINENCE D'URINE, par M. MONDIÈRE, médecin à Loudun.

L'incontinence nocturne d'urine est une affection beaucoup plus commune qu'on ne serait tenté de le croire au premier abord; et si l'homme de l'art est rarement consulté, ce'a tient à ce préjugé propagé par les médecins eux-mêmes, qu'ils ne peuvent rien pour les guérir. Les auteurs classiques se bornent à recommander vaguement les amers, les toniques, les excitans, l'électricité, etc. Or nulle part M. Mondière n'a trouvé consigné un seul cas de guérison par l'emploi des toniques; il connaît une dame qui a été sujette jusqu'à l'âge de 14 ans à l'incontinence nocturne d'urine, et qui pendant plusieurs années fut inutilement mise à l'usage d'un vin généreux, des viandes grillées et rôties, et des médicamens toniq es et les plus excitans. Quant à l'électricité, M. Guersent avoue qu'il l'a toujours employée inutilement.

L'emploi des vésicatoires volans ou à demeure, autour du bassin et au périnée, a réussi quelquefois. M. Canin a publié deux cas de succès par l'emploi des ventouses sèches au périnée. Le sujet de sa première observation était un enfant de 14 ans, d'un tempérament lymphatique, affecté de la maladie depuis deux ans; dix-huit ventouses sèches au périnée l'en délivrèrent dans l'espace d'un mois. Un second malade, âgé de 16 ans, fut guéri par le même moyen répété vingt fois et secondé par l'application d'un vésicatoire au sacrum.

Dupuytren prescrivait les bains froids; et on lit dans la *Nouvelle bibliothèque médicale*, 1828, le fait suivant:

Une jeune fille de 12 à 13 ans, non encore réglée, avait depuis quelque temps une incontinence d'urine. Dupuytren ordonna un bain froid tous les jours; on devait y plonger la malade, l'en retirer, l'y replonger encore, pendant deux ou trois minutes; l'essuyer ensuite, l'habiller chaudement et lui laisser prendre de l'exercice. Le premier bain fit disparaître l'incontinence; mais par précaution on en continua l'emploi.

Les bains aromatiques ne seraient pas moins efficaces, puisque M. Lallemand assure ne les avoir jamais vus échouer. On les prépare en jetant de l'eau bouillante sur quatre ou cinq poignées de plantes labiées, dites *espèces aromatiques*; on couvre exactement, on laisse refroidir jusqu'à température agréable; on ajoute un verre d'eau-de-vie en mettant l'enfant dans le bain; on le couvre et on l'y laisse tant qu'il s'y trouve bien; puis on le frotte avec de la flanelle et on l'habille chaudement. Mais il faut quelquefois 15, 18 et même 30 bains pour obtenir une cure complète. Après chaque cinq ou six bains, il est essentiel d'augmenter la quantité de plantes aromatiques et d'eau-de-vie; et si les premiers produisaient trop d'excitation, on mettait entre chaque un intervalle de deux ou trois jours.

En 1781, Leiger publia trois observations d'incontinence d'urine guéris par l'usage interne de la poudre de cantharides. Il fit mettre pour la première malade, âgée de 24 ans, six grains de mouches cantharides dans deux gros d'extrait de bourrache, partagés en 24 doses, à prendre une tous les soirs. Richter, Baumes, Stœller, Howship, et récemment M. Morillon ont obtenu de semblables succès; ce dernier avait à traiter une jeune fille de 22 ans, forte et bien réglée; l'incontinence datait de l'âge de 7 ans. Le traitement dura quinze jours et consista, matin et soir, en une pilule composée d'un quart de grain de cantharides en poudre et d'un extrait amer.

Dickson multipliait les vésicatoires autour du bassin; M. Samuel Lair a proposé d'appliquer la teinture de cantharides sur le point affecté même, savoir sur toute la longueur de l'urètre chez la femme; et sur la portion prostatique et le col de la vessie chez l'homme, à l'aide d'une sonde introduite avec les précautions nécessaires. Il a rapporté trois cas de succès; il ne paraît pas avoir eu d'imitateurs. La théorie se rend facilement compte de l'efficacité des cantharides, par quelque voie qu'elles soient employées; toutefois M. Guersent assure que les cantharides à l'intérieur ne lui ont pas paru avoir une action très-marquée; et que la teinture en frictions et à forte doses à l'intérieur ne lui a jamais réussi.

La cautérisation du col de la vessie a été récemment tentée par M. Lallemand dans des cas de ce genre, mais sans succès.

Enfin, il y a quelques années, M. Mauricet a publié deux cas de guérison par l'extrait de noix vomique; et l'influence du médicament fut tellement marquée que, le médecin en ayant suspendu l'emploi à deux reprises, l'incontinence reparut pour disparaître enfin par l'effet d'un traitement plus prolongé. M. Deslandes a également guéri par ce moyen une incontinence d'urine, suite de couche, chez une femme de 43 ans. C'est à ce traitement que M. Mondière a donné la préférence dans divers cas qui se sont présentés à lui; il en rapporte deux seulement avec détails. Voici le premier:

OBS. — Une jeune fille de 20 ans souffrait, depuis l'âge de 6 ans, d'une incontinence d'urine. Elle raconta que dans son enfance elle avait été souvent et rudement battue par sa mère; à l'âge de six ans elle avait commencé à uriner involontairement toutes les nuits et sans en avoir la conscience. Pendant long-temps sa mère la reveilla au milieu de la nuit pour la faire uriner; mais malgré cette précaution, elle urinait souvent au lit vers la pointe du jour. Les règles vinrent à 14 ans et ne changèrent rien à son état. Enfin amenée à M. Mondière, celui-ci prescrivit:

Extrait de noix vomique,	8 grain.
Oxide noir de fer,	4 grain.

Faites 24 pilules; à prendre trois par jour.

Après les douze premières pilules, l'incontinence avait disparu. Mais pour éviter la récidive, on continua l'emploi du médicament dont 24 grains furent pris par la malade, et la guérison depuis un an ne s'est pas démentie.

Sur cinq autres malades la guérison a été également prompte et complète; hormis chez un seul, jeune homme de 14 ans, auquel, dans l'espace de six semaines, on arriva à faire prendre par jour jusqu'à six grains d'extrait de noix vomique en trois fois. Celui ci n'a éprouvé qu'une amélioration notable; au lieu de pisser au lit toutes les nuits, cet accident ne lui arrivait que tous les 8 ou 10 jours.

Enfin l'auteur cite une autre observation tendant à prouver quel'extrait de noix vomique réussit aussi bien dans les incontinences d'urine accidentelles. Une femme de 70 ans rendit par l'urètre un calcul du poids d'une once et demie; l'urètre fut déchiré; et l'urine en sortait continuellement goutte à goutte. La femme guérit par l'emploi des sondes à demeure, des frictions avec la teinture de cantharides, et de l'extrait de noix vomique; mais l'examen attentif de ce fait laisse présumer que les sondes ont eu la plus grande part et auraient pu suffire seules à la guérison.

II. JOURNAL HEBDOMADAIRE.

Nous avons laissé en arrière les deux mois de novembre et décembre de ce journal; ils contiennent en articles originaux: 1° une *note sur certaines rétractions musculaires de courte durée, qui atteignent particulièrement les muscles fléchisseurs des doigts et des orteils*, par M. Louis de la Berge; long et consciencieux travail où l'auteur ajoute quelques faits qui lui sont propres aux observations de MM. Tonnelé et Guersent (GAZETTE MÉDICALE, 1832, n. 1 et 8), et de leur comparaison, essaie de tirer des conclusions générales; 2° *description d'un œuf provenant d'une grossesse interstitielle de la matrice*, par M. Thomson; 3° *observation d'un anévrisme faux consécutif à la suite d'une plaie faite par un instrument piquant*, par le docteur Hirsh; 4° *observation sur un cas de rupture considérable du foie suivie de mort*, par M. Ch. Gérard; 5° *des céphalœmatomes, ou tumeurs sanguines du crâne chez les nouveau-nés*, par M. Valleix; 6° *extrait d'un mémoire sur une nouvelle méthode de débrider les anneaux herniaires*, par M. Thomson; 7° le commencement d'un article de M. Vidal de Cassis, intitulé: *Examen du cathétérisme adopté par M. Mayor de Lausanne*, qui ne se termine que dans le mois de janvier; 8° deux articles extraits de la clinique de M. Velpeau.

Les cinq numéros de ce mois renferment les articles suivants: 1° *observations de maladies de la moelle épinière*, par M. Grisolle; 2° *mémoire sur les anastomoses des nerfs*, par M. Lacroix; 3° *Réflexions sur quelques points concernant les maladies des organes lacrymaux*, par M. Carron du Villards; rien de nouveau; 4° *deux observations* de M. Bonnafont, touchant une *amputation du bras faite sur un Arabe*; et une *hémorrhagie utérine arrêtée par la compression de l'aorte*; 5° *recherches sur la formation et la composition de la couenne inflammatoire du sang*, par M. Montault.

OBSERVATION SUR UN CAS DE RUPTURE CONSIDÉRABLE DU FOIE, suivie de mort environ cinq heures après l'action des causes qui paraissent l'avoir occasionée; par Ch. GÉRARD, médecin à Gray (Haute-Saône).

Cette observation est bien plus importante sous le double rapport de la pathologie et de la médecine légale, que son titre ne l'indique.

OBS. — Un chaudronnier nommé Rail, âgé de 21 ans, est trouvé mort dans sa voiture le 29 septembre 1835, à neuf beures du soir, au moment où le cheval qui la conduisait s'arrêtait à la porte du défunt. Il était comme assis dans la voiture, pâle et encore chaud; son aspect annonçait une mort calme; aucune déjection n'avait eu lieu; à l'examen juridique fait 36 heures après, on ne put rencontrer aucune lésion ni à la peau, ni aux ouvertures natu[illegible] dans les membres; la rigidité était très-prononcée, et un peu de sang no[illegible]lait par la bouche. Le crâne et la poitrine n'offrirent rien de remar[illegible]dès qu'on eût ouvert l'abdomen, il s'en échappa des gaz et du sang [illegible]avité péritonéale contenait près de trois litres de ce liquide. Les inte[illegible]nt été détournés à gauche, et le foie relevé doucement à droite, on remarqu[illegible] à sa face concave ou inférieure une vaste rupture multiforme dirigée d'avant en arrière et de bas en haut, suivant toute l'étendue du sillon de la veine ombilicale entre le lobe moyen et le grand lobe, et se bifurquant à la base du lobule pour s'étendre encore dans tout le sillon de la veine-porte. Cette lésion pénétrait par places jusqu'aux deux tiers de l'épaisseur du foie, et présentait à son fond une multitude de déchirures difficiles à décrire. La substance du viscère était très molle, grisâtre, analogue à celle du placenta, facile à déchirer; il était peu volumineux et ne présentait aucun indice d'affection organique quelconque. La vésicule du fiel était vide, mais intacte. Aucun vaisseau considérable du foie n'était rompu Le reste de l'autopsie n'offrit plus rien d'important.

Qu'elle était la cause d'une lésion si profonde, sans aucune lésion superficielle, et comment la mort était-elle arrivée? voici ce que l'enquête judiciaire apprit à cet égard. Le 27 au matin, le chaudronnier s'était rendu à l'usine de Farincourt avec son associé, ayant une charrette pour les deux. Ils la chargèrent d'ustensiles de fonte, et s'en revinrent avec un de leurs amis conduisant une pareille voiture. Après avoir fait environ deux lieues, une roue de la première charrette se brisa; il fallut remonter les marchandises et la charrette brisée elle-même, dans une autre voiture montée d'une banne. après tout ce travail, les trois amis et le propriétaire de la voiture à banne s'en allèrent au cabaret, burent quatre bouteilles de vin, mangèrent peu, puis se remirent en route. Rail marchait aussi bien que ses compagnons et ne se plaignait de rien. Après avoir voyagé deux heures, les autres le quittèrent; il ne lui restait plus qu'une lieue à faire Il se portait tellement bien alors, qu'il voulait, avant qu'on se séparât, boire encore une bouteille au prochain village. A partir de ce moment, on ne sait ce qui est arrivé jusqu'à l'instant où il fut trouvé mort dans sa voiture. Il faut ajouter que son associé, qui était allé en avant pour pourvoir à leurs besoins communs, était arrivé depuis seulement un quart d'heure.

M. Gérard conclut de toutes ces circonstances que la rupture du foie, cause évidente de la mort, avait été effectuée par les efforts considérables que l'individu avait faits quatre ou cinq heures auparavant. Le sang n'ayant coulé que des vaisseaux capillaires, n'a pu produire qu'à la longue une hémorrhagie assez forte pour déterminer la mort; et il est probable que l'individu, homme d'une sensibilité obtuse, n'aura éprouvé de malaise notable qu'au moment où l'hémorrhagie aura été assez copieuse, et qu'alors seulement il sera remonté dans sa voiture, où on l'a trouvé à son arrivée chez lui.

Ce fait peut laisser dans les esprits quelque doute; quant à nous, nous ne voudrions ni l'admettre ni le rejeter d'une manière absolue. C'est par sa comparaison avec des faits analogues, qu'on pourra juger de sa véritable valeur; et on le rapprochera avec intérêt de cette observation non moins curieuse de rupture du diaphragme avec hernie de l'estomac, que nous avons rapportée l'année dernière, et qui, dans les premières heures, n'avait non plus occasionné aucune espèce d'accidens.

DES CÉPHALÆMATOMES OU TUMEURS SANGUINES DU CRANE CHEZ LES NOUVEAU-NÉS, par M. VALLEIX.

L'auteur a publié en 1834, dans la GAZETTE MÉDICALE, deux observations très circonstanciées de céphalæmatomes, éclairées par l'autopsie; et en les comparant aux faits cités par les auteurs, il en déduisit d'intéressantes considérations. Il a cherché depuis lors à compléter ses recherches; et le travail qu'il publie aujourd'hui est à la fois un résumé des opinions des auteurs et de son propre travail, et un exposé de ce qu'il a rencontré de nouveau.

Le céphalæmatome est une collection sanguine qu'on peut distinguer suivant son siége en *sous-aponévrotique*, *sous-péricrânien* et *sus-méningien*. M. Valleix, sur 500 enfans, n'a rencontré que deux fois le sous-aponévrotique; et dans les deux cas il y avait eu de fortes violences extérieures. D'ailleurs il ne présente rien de remarquable et se dissipe comme une tumeur sanguine ordinaire. Le sus-méningien est beaucoup plus rare; il est probablement dû aux mêmes causes qui produisent des épanchemens sanguins dans le cerveau ou entre ses membranes, et qu'on a toujours cherchées dans les pressions exercées sur la tête pendant le travail. Le sous-péricrânien est celui dont on s'est le plus occupé. C'est une maladie assez rare; car sur 1937 enfans, M. Valleix n'en a rencontré que quatre exemples.

Sur six cas qu'il en a vus en tout, trois siégaient sur le pariétal droit, deux sur le gauche; sur le dernier sujet, il y avait deux tumeurs, une sur chaque pariétal. D'abord simple collection sanguine, après quelques jours il survient à sa circonférence un bourrelet osseux, que l'auteur a très bien décrit dans son mémoire de 1834; ses nouvelles recherches n'ont fait que confirmer les anciennes pour tout ce qui regarde l'anatomie pathologique. Mais ses vues sur l'étiologie sont neuves et fort ingénieuses.

Il pense avec beaucoup d'accoucheurs que ces tumeurs se forment durant le travail, et par une pression circulaire que subit la tête à son passage à travers le col utérin. Cette compression suffit pour exprimer à la face externe des os du crâne le sang dont ces os sont gorgés à cette époque de la vie; si l'épanchement est peu considérable, il n'y aura qu'une simple ecchymose; s'il l'est davantage, un céphalæmatome. Mais tous les fœtus ayant à traverser le col utérin, ceux qui y présenteront la tête la première devraient donc tous avoir au moins une ecchymose au vertex ou sur l'un des pariétaux, entre les os et le péricrâne. Or, c'est là l'opinion de M. Valleix; sur 28 sujets âgés de 5 à 40 jours, il a trouvé cette ecchymose sur 17; trois des autres étaient jumeaux; deux avaient 40 jours, âge auquel n'a atteint aucun de ceux qui présentaient l'ecchymose; il en reste encore six qui ne l'ont point offerte; mais il est possible qu'ils se soient présentés dans une position peu favorable à son développement.

Le traitement du céphalæmatome, surtout d'après ces nouvelles idées, est fort simple; attendre la résolution, et si elle ne se fait pas, ou si elle marche trop lentement, donner issue au sang par une incision; et panser simplement, en introduisant seulement quelques brins de charpie entre les bords de la plaie pour en éviter la trop prompte adhésion.

EXTRAIT D'UN MÉMOIRE SUR UNE NOUVELLE MÉTHODE DE DÉBRIDER LES ANNEAUX HERNIAIRES, par M. A. THOMSON.

Sous ce titre quelque peu ambitieux, nous ne trouvons que la description d'un nouvel instrument destiné à couper les anneaux herniaires sur leur bord seulement, et qui doit, selon l'auteur, faire éviter à la fois la lésion des vaisseaux et la lésion des intestins. C'est un bistouri présentant une lame tranchante d'une ligne de large et d'une ligne et demie de long, dont le long axe fait avec l'axe prolongé du manche un angle d'à peu près 35 degrés. L'extrémité antérieure de la lame se termine sur la face plane d'un bouton ovalaire de deux lignes de long, placé, relativement à la lame tranchante, de manière que son long axe est parallèle à l'axe antéro-postérieur de celle-ci. On peut assez bien se représenter l'instrument par un crochet terminé par un bouton, et dans la courbure duquel se trouverait une lame tranchante présentant les dimensions indiquées; ce crochet emmanché à plat dans un manche de quatre pouces de longueur.

EXAMEN DU CATHÉTÉRISME ADOPTÉ PAR M. MAYOR DE LAUSANNE, précédé d'un aperçu sur l'anatomie pathologique des rétrécissemens de l'urètre, par M. VIDAL de Cassis.

Nous avons eu occasion nous-même, lors de l'apparition du mémoire de M. Mayor, de faire un examen critique de sa méthode et de poser, d'après les faits connus, les limites qu'elle nous semblait ne pas devoir dépasser. C'est un travail de même genre qu'a fait M. Vidal de Cassis; et comme nous, sans méconnaître les avantages de ce nouveau mode de cathétérisme, il a cherché à préciser plus rigoureusement que l'auteur ne l'avait fait peut-être, les cas où il peut convenir et ceux dans lesquels il serait dangereux de le tenter.

M. Vidal commence par examiner quelles sont les diverses formes des rétrécissemens de l'urètre. « Je ne sais s'il est permis de nos jours, dit-il, d'agiter la question des rétrécissemens spasmodiques. Il faut d'abord les admettre pour faciliter la pratique; quitte ensuite à faire des réserves pour la théorie. Il est aussi peu philosophique d'admettre des rétrécissemens, essentiellement spasmodiques, qu'il l'est peu d'admettre des rétrécissemens inflammatoires, organiques, etc. Ces distinctions qui ne sont basées que sur un phénomène ne peuvent supporter l'analyse la moins sévère. Quelquefois, j'ose dire souvent, le rétrécissement est à la fois spasmodique, inflammatoire et organique. » Nous admettons volontiers cette dernière proposition; mais ce qui précède nous paraît moins clair. Puisque tous les rétrécissemens ne sont pas à la fois spasmodiques, inflammatoires et organiques, les autres ne peu-

vent-ils être uniquement spasmodiques ou organiques? Et pour les premiers, comment les admettre en pratique si la théorie les rejette? M. Amussat a été plus net; il les rejette et en théorie et en pratique; encore, bien que ses argumens soient certainement de nature à faire impression, ne nous paraît-il pas avoir levé toute espèce de doute.

Le nombre et le siége des rétrécissemens sont des données essentielles à connaître pour bien apprécier le cathétérisme de M. Mayor. M. Lallemand parle d'un malade atteint de sept rétrécissemens; Collot en a reconnu huit, et Hunter six. Mais les moyens d'exploration, surtout avant notre époque, n'étaient pas assez certains pour qu'on admette le nombre des rétrécissemens indiqué par Collot et Hunter; jamais l'autopsie n'en a fait voir un si grand nombre. Toutefois, il suffit qu'ils puissent être multipliés pour constituer une présomption contre le cathétérisme de M. Mayor.

Quant au siége, M. Vidal admet qu'ils se présentent le plus souvent dans les points qui forment les limites des divers renflemens de l'urètre, savoir : 1° le cercle qui sépare la portion bulbeuse de la membraneuse; 2° celui qui distingue celle-ci de la prostatique; 3° enfin les deux qui circonscrivent la fosse naviculaire, dont un forme le méat. Nous sommes surpris de voir un esprit aussi rigoureux que M. Vidal admettre des rétrécissemens prostatiques sur la seule foi des observations de M. Lallemand. Ce chirurgien a pris des empreintes de rétrécissemens à sept pouces du méat et même plus; mais s'il est vrai que l'urètre tout entier n'ait pas même, le plus ordinairement, six pouces de longueur, ne sera-t-il pas évident ou que M. Lallemand a tiraillé la verge outre mesure, ou que ses instrumens se sont recourbés dans l'urètre; et qu'en définitive des observations ainsi faites ne sauraient être regardées comme concluantes? Nous ne nions point d'une manière absolue les rétrécissemens de la portion prostatique; mais pour y croire fermement, nous voudrions des observations plus précises sur le vivant, ou mieux encore une démonstration anatomique sur le cadavre. Quant au cercle qui borne en arrière la fosse naviculaire, on sait que son existence est au moins un sujet de doute parmi les anatomistes. M. Amussat la nie formellement, et nous n'avons pas été plus heureux que lui dans nos recherches directes pour le rencontrer.

Les rétrécissemens varient beaucoup en étendue et en épaisseur; depuis le plus mince repli jusqu'à 20 lignes et même 2 ou 3 pouces, depuis l'apparence d'une simple ligne très-peu saillante jusqu'à l'épaississement de tous les élémens organiques de l'urètre. M. Vidal examine la nature et le mode de formation de ces diverses strictures; les ulcérations de l'urètre en sont une cause aujourd'hui démontrée; M. Vidal en a constaté une autre. « Une chose dont les pathologistes se doutent fort peu, dit-il, c'est que les abcès sous-muqueux sont assez fréquens après ou pendant des blennorrhagies intenses. J'ai prouvé leur extrême fréquence chez les jeunes filles pendant que je dirigeais le service de l'hôpital du Midi. Quand le foyer de ces abcès est vidé et qu'il s'efface, il se forme là une bride ou une dépression. » Quelquefois enfin le calibre de l'urètre est diminué par la présence des végétations; le fait suivant en est un exemple remarquable chez la femme.

Obs. — J'ai observé, dit l'auteur, un cas où l'urètre en était entièrement hérissé; c'était chez une fille publique que j'ai traitée pendant que je dirigeais un service chirurgical de l'hôpital du Midi. Les végétations étaient blanchâtres, molles et saignaient avec la plus grande facilité. Je pus constater leur existence dans tout le trajet du canal par le cathétérisme et un doigt porté dans le vagin. Cette fille était très-lymphatique; elle n'offrait aucun autre symptôme vénérien; mais les végétations récidivaient avec une prodigieuse facilité. J'attaquai les plus extérieures avec des ciseaux très-fins; les autres étaient cautérisées avec le nitrate d'argent que j'introduisais très-profondément. Cette malade avait été envoyée deux fois à l'hôpital pour la même affection. Je n'ose garantir une guérison radicale : car cette malheureuse n'a jamais voulu se soumettre à un traitement mercuriel.

Après quelques autres détails d'anatomie pathologique puisés aux meilleures sources, M. Vidal passe enfin à l'examen de la méthode de M. Mayor. Il discute les argumens et les comparaisons sur lesquels s'appuie ce chirurgien. Comme nous avons fait en temps et lieu un travail analogue, il est inutile d'y revenir. Puis il analyse les observations publiées sur cette méthode par MM. Mayor, Devergie, Sanson et Boinet; tous ces travaux, et d'autres encore depuis sur le même sujet, ont été publiés par la Gazette médicale; nos lecteurs en ont donc une parfaite connaissance. M. Vidal conclut :

« 1° Comme cathétérisme évacuatif et quand il n'existe point de rétrécissement, on fera bien de choisir une sonde d'un grand diamètre;

» 2° Un rétrécissement peu ancien, celui surtout qui est considéré comme spasmodique, sera traversé plus facilement et traité avec plus de succès par les premiers numéros des sondes en étain;

» 3° Les rétentions d'urine dues au gonflement de la partie de la prostate que Home appelle lobe moyen, seront traitées plus avantageusement par des sondes d'un gros volume et pesantes;

» 4° Jamais on ne devra faire un cathétérisme forcé; cette épithète n'est pas chirurgicale;

» 5° Les sondes de M. Mayor doivent compléter l'appareil des chirurgiens qui traitent les affections des voies urinaires; mais seules elles suffiront rarement. Dans le plus grand nombre des cas, elles seront mises en usage après l'application des bougies et des sondes élastiques, et après la cautérisation. »

Observations de maladies de la moelle épinière, par le docteur Grisolle.

Ce mémoire [illegible]x observations longuement détaillées, l'une de paraplégie a[illegible]ssement de la moelle allongée dans une longueur de onze po[illegible] l'autre d'apoplexie et de ramollissement de la moelle avec paralysie survenue subitement. Ces deux observations sont importantes; la dernière surtout nous paraît digne d'intérêt sous divers points de vue. Nous allons en présenter les principaux traits.

Obs. — Ronger, âgé de 40 ans, travaillait depuis un mois à la halle, occupé à porter de lourds fardeaux. Sans aucune cause appréciable, sans accidens et sans antécédens d'aucune espèce, le 20 mai 1835 il est pris subitement de douleurs vives entre les deux épaules qui le forcent à quitter son ouvrage immédiatement. Cet état persiste sans phénomène de paralysie jusqu'au 5 juin, époque à laquelle il ressent des douleurs lancinantes dans la partie postérieure et médiane du col. Dans la nuit du 6 au 7 les douleurs dorsales prennent une intensité tellement forte qu'il veut se jeter par la fenêtre. Dans la matinée, il est pris d'étourdissemens; tombe sans perdre connaissance, et à dater de ce moment, il ne peut remuer ni bras ni jambes. Depuis cette époque, il n'a pas eu de selles et a uriné par régorgement. Le 7, dans la journée il est survenu de l'étouffement, de l'oppression avec aphonie. Le malade est apporté le 8 juin à l'Hôtel-Dieu où il présente une gêne extrême de la respiration. Il offre en outre une immobilité complète des pupilles qui ont le diamètre d'une tête d'épingle; tous les reins sont à l'état normal. Il y a relâchement de tous les muscles des parois thoraciques; les muscles sterno-cleido-mastoïdiens sont les seuls qui prennent part à la respiration. 76 pulsations par minute, égales et régulières. Résolution aussi complète que possible des membres supérieurs et inférieurs, sans contracture. La sensibilité est intacte dans toutes les parties de la tête. Dans l'espace d'une demi-heure, il y a tantôt insensibilité absolue des membres inférieurs; tantôt le malade paraît sentir très-faiblement. Tout le tronc, depuis les aînes jusqu'au mamelon, est complètement insensible. Les membres supérieurs ont conservé leur sensibilité intacte. Le rachis n'offre ni saillie, ni déviation, ni sensibilité à la pression ou à la percussion. Il n'y a eu ni éjaculation, ni érection; la chaleur est modérée; besoin continuel de dormir. Une saignée et quelques autres moyens n'empêchent pas le malade de mourir le 9 dans la journée.

Autopsie. Le crâne n'offre qu'une injection générale des méninges par stase, tout le reste est à l'état normal.

La *moelle* présente, à la hauteur de l'épine de l'omophate et au-dessus, un ramollissement de six pouces de long qui cesse brusquement en bas, et au dessous une coloration plus rouge produite par du sang épanché. Tout-à-fait au centre on trouve un caillot noirâtre, demi-fluide, du volume d'une amande dépouillée de son enveloppe. Supérieurement le ramollissement s'arrête à un pouce au-dessous de l'insertion de la moelle à la protubérance. On trouve à cette hauteur trois petits caillots noirs, isolés, du volume d'un pois. Au-dessous la partie ramollie a, dans toute l'étendue d'un pouce, l'aspect d'un tissu gangrené, mais sans odeur caractéristique. Dans la partie moyenne du ramollissement, on trouve sur une surface de quatre à six lignes de long, une portion plus consistante, d'apparence granulée, paraissant formée par la substance grise-roussâtre, et par un tissu cellulaire résistant; on eût dit la cicatrice de quelque autre foyer. Le ramollissement était centrale et occupait toute l'épaisseur de la moelle, à l'exception d'une demi-ligne de substance blanche qui formait l'enveloppe.

Tous les autres organes étaient à peu près à l'état normal.

Cette observation est très-importante. Il est facile de suivre, dans la succession des phénomènes morbides annotés, le développement successif des altérations trouvées après la mort. Ainsi il ne nous paraît pas possible de douter que les premières douleurs dont se plaignait le malade et qui le forcèrent à cesser son travail, dépendissent du ramollissement qui avait dû précéder l'hémorrhagie, tandis que c'est à cette dernière que l'on doit attribuer la paralysie qui a suivi si subitement les autres phénomènes qui s'y rattachaient.

L'auteur dit qu'en opposition des cas analogues à ceux dont il vient de rapporter l'histoire, il n'est pas rare de rencontrer des cas de paraplégie sans altération appréciable de l'axe cérébro-spinal. Il rappelle à cette occasion, mais sans fournir de détails, deux observations de paraplégie presque complète avec atrophie des membres inférieurs, datant déjà de plusieurs années; une autre observation de paralysie saturnine; enfin un cas de chorée dans lequel l'examen anatomique, fait avec le soin le plus scrupuleux, n'a fait découvrir dans la moelle épinière aucune lésion appréciable. Il conclut de ces faits que l'on est forcé d'admettre dans les maladies de la moelle, identiques en apparence, des lésions de structure et des lésions purement fonctionnelles.

MÉMOIRE SUR LES ANASTOMOSES DES NERFS considérées comme servant à coordonner les mouvemens involontaires à la sensibilité dans l'accomplissement des fonctions organiques et sensoriales; par M. E. LACROIX, aide d'anatomie à la faculté.

Tout ce mémoire est le développement des propositions suivantes : 1° jamais les nerfs de la sensibilité ne s'anastomosent entre eux; 2° ils s'anastomosent au contraire fréquemment avec les nerfs du mouvement; 3° les premiers peuvent donc mettre les autres en action sans l'intermédiaire du cerveau. Pour prouver cette troisième assertion, M. Lacroix allègue que lorsque sur un membre entièrement séparé du tronc, on pince ou on brûle la peau, les muscles se contractent. Cette expérience est fort équivoque, et il eût fallu la bien constater avant de la donner comme preuve. Nous aurions voulu aussi voir discuter la première proposition, qui ne nous paraît pas démontrée d'une manière absolue. Au demeurant, l'influence de la sensibilité sur les mouvemens ne saurait être mise en doute, principalement pour les viscères; mais il reste à prouver, pour les muscles volontaires, qu'ils peuvent agir sans l'intermédiaire du cerveau.

OBSERVATION SUR UNE HÉMORRHAGIE UTÉRINE FOUDROYANTE, suite de fausse-couche, arrêtée par la compression de l'aorte ventrale, par M. BONNAFONT, démonstrateur à l'hôpital d'instruction d'Alger.

Ce fait pourra être ajouté à ceux dont la science est déjà redevable à MM. Trehan et Baudelocque.

Une dame avait eu un avortement suivi d'un écoulement sanguin considérable. M. Bonnafont fut appelé; comme il logeait à un quart d'heure de marche, l'hémorrhagie avait donc pu se faire au moins pendant une demi-heure; aussi trouva-t-il la malade pâle, tourmentée par des frissons généraux, presque sans pouls, et nageant dans le sang. Le sang sortait à flots par le vagin. M. Bonnafont se mit en devoir de comprimer l'aorte ventrale : la laxité des tégumens du ventre lui permit d'arriver assez facilement sur l'artère. Au bout de dix minutes d'une compression forte et permanente, l'écoulement diminua; au bout de vingt, le sang ne sortait plus qu'en petite quantité. Les mains du chirurgien étant fatiguées, il fit appliquer des compresses trempées dans l'oxicrat sur le bas-ventre et les cuisses. L'écoulement avait cessé à peu de chose près; mais craignant qu'il ne se renouvelât, M. Bonnafont resta quatre heures près de la malade, en ayant soin de comprimer de temps en temps l'aorte, afin de ralentir la circulation des parties inférieures et par conséquent des vaisseaux qui se rendent à la matrice. Un plein succès suivit cette manière d'agir; le caillot rendu le troisième jour ne fut suivi que d'une faible quantité de sang; et à l'aide de cordiaux et d'autres moyens appropriés, la dame fut bientôt remise de sa débilité extrême, conservant toutefois dans sa pâleur une trace de la grande perte de sang qu'elle avait faite.

RECHERCHES SUR LA FORMATION ET LA COMPOSITION DE LA COUENNE INFLAMMATOIRE DU SANG, ET SUR LES CAUSES QUI PEUVENT DÉTERMINER DES MODIFICATIONS DANS SES PROPRIÉTÉS PHYSIQUES; par le docteur MONTAULT.

On a déjà proposé un grand nombre d'explications pour rendre compte de la formation de la couenne; et malgré les recherches faites sur ce sujet par de nombreux auteurs, on peut la considérer encore aujourd'hui comme enveloppée dans une grande obscurité. M. Montault a voulu jeter quelque lumière sur quelques points de cette étude, et a fait dans ce but plusieurs expériences qu'il rapporte dans son travail après avoir rappelé les différentes opinions des auteurs les plus récens sur la formation de la couenne, et parmi lesquelles nous distinguons surtout celles de Berzélius, qui pense qu'elle contient tous les principes élémentaires qui constituent le caillot, celle de M. Denis, qui la regarde comme de la fibrine solidifiée, celle de MM. Piorry et Monduzert, d'après lesquels elle provient du sérum et se compose d'albumine.

On a attaché trop d'importance à la présence de la couenne dans certaines maladies et à son absence dans d'autres, pour qu'on n'ait pas cherché à rattacher les principales modifications qu'elle présente à quelques circonstances accessoires. Les expériences que rapporte M. Montault avaient surtout pour but de vérifier quelle part peuvent avoir sur les propriétés physiques de la couenne la forme et la grandeur du vase où le sang est reçu, l'état de l'ouverture faite à la veine et la manière de couler du sang. Nous ne détaillerons pas les expériences, mais nous rapporterons les conclusions que l'auteur en a tirées.

1° La forme du vase influe sur les propriétés physiques de la couenne inflammatoire, comme l'ont avancé Dehaën et Babington. Son épaisseur est en général en raison directe de la petitesse et de l'étroitesse du vase où le sang est reçu.

2° Le nombre des saignées pratiquées, l'état physique et moral de l'individu, influent encore sur les propriétés de la couenne dans la même maladie. Ainsi, chez le même sujet et dans la même maladie, l'auteur a vu le sang d'une saignée très-couenneux, bien qu'il eût été reçu dans le vase le moins favorable à la formation et à l'épaisseur de la couenne, tandis que le sang tiré deux jours auparavant du même individu, et reçu dans un vase où la couenne se forme facilement, avait été moins couenneux.

3° Toutes choses étant égales d'ailleurs, la couenne est plus forte et plus prompte lorsque le sang coule, avec un jet plein et continu, par une large ouverture faite à la veine, que dans le cas où l'ouverture est petite et où le sang coule en bavant. Ces faits, déjà admis généralement, reçoivent, des expériences rapportées ici par M. Montault, une nouvelle confirmation.

III. BULLETIN DE THÉRAPEUTIQUE.

CAS REMARQUABLE DE GALACTURRHÉE. RECHERCHES SUR LE TRAITEMENT QUI CONVIENT A CETTE AFFECTION RARE; par le docteur PETREQUIN.

On a conseillé l'emploi de divers moyens dans le traitement de la golacturbée; mais jusqu'à ce moment il n'en est aucun qui ait réuni l'assentiment de tous les praticiens. Nous ne savons si celui que fait connaître ici le docteur Petrequin jouira d'une renommée plus durable que les autres; cependant, comme le cas suivant où son emploi a été suivi de succès est remarquable par l'apiniâtreté et la longueur de la maladie, nous allons en présenter les principaux traits.

OBS. — Le sujet est une femme, âgée de 26 ans qui, à la suite de son premier accouchement, avait eu des abcès dans les deux seins, et avait conservé ensuite un suintement blanchâtre par les deux mamelons; ce suintement augmenta beaucoup pendant une seconde grossesse qui survint au bout de deux ans. Après la couche l'écoulement du lait s'établit des deux côtés avec une telle abondance qu'elle en était inondée. Les soins de propreté, les purgatifs, les astringens, furent employés successivement ainsi que les absorbans, les révulsifs et les bains de vapeur. Ces derniers produisirent un effet très-avantageux. La douleur et l'écoulement avaient presque complétement disparu; mais il restait des nodosités des deux côtés et la galactirrhée ne se supprimait pas complétement, bien que trois mois se fussent écoulés depuis l'accouchement. La malade maigrissant et l'efficacité des bains de vapeur paraissant épuisée, on voulut rapeler l'écoulement menstruel Des sangsues furent appliquées aux cuisses et suivies d'une légère amélioration pendant deux ou trois jours, alors M. Petrequin songea à paralyser localement la suractivité morbide des mamelles en narcotisant ces glandes par des applications stupéfiantes.

On commença par faire deux onctions par jour avec de l'huile de morphine; on laissait sur le sein des linges qui en étaient imbibés. La malade prenait en outre une pilule d'un grain d'extrait thébaïque et le mélange stomachique suivant :

Prenez :	Conserve de roses,	1 grain.
	Sirop diacode,	2 onces.

La malade était du reste soumise à un bon régime.

Après six embrocations le volume anormal du sein avait presque disparu; l'écoulement aussi; mais à mesure qu'il diminuait à droite il semblait vouloir renaître à gauche où il n'existait plus depuis long-temps Le 16, il en suinta quelques gouttes de lait; le sein d'ailleurs n'était ni engorgé ni douloureux. On commença alors à soumettre ce sein aux mêmes onctions que l'autre, et cette galacturhée ne reparut plus. Au bout de deux jours on donna deux grains d'extrait thébaïque et on les continua pendant une semaine; mais bientôt le sein s'engorgea et devint le siége de douleurs et d'élancemens qui entraînaient la gêne dans les mouvemens du bras et font craindre la formation d'un abcès. Il y avait un peu de fièvre; on fit appliquer sur les deux seins un cataplasme émollient largement arrosé d'huile de jusquiame. La douleur disparut et l'engorgement diminua de nouveau. Les règles furent provoquées à leur époque ordinaire par des sinapismes aux cuisses. La santé se rétablit lentement, mais complétement.

Une seule observation ne peut servir de base pour une règle générale; cependant le fait signalé ici par M. Petrequin mérite à notre avis plus d'attention que l'on n'en attache d'ordinaire aux observations isolées, et par l'insuccès de tous les moyens employés jusqu'au moment où l'on eut recours aux narcotiques, et par la manière dont ces derniers moyens furent employés, et le soin qu'a paru avoir pris le médecin de ne pas compliquer le traitement par l'emploi simultané d'autres médications.

IV. BULLETIN CLINIQUE.

RECHERCHES SUR LA NÉVRALGIE BRACHIO-THORACIQUE (angine de poitrine); par M. PIORRY.

Ce travail contient trois observations d'angine de poitrine recueillies à l'Hôtel-Dieu, les souvenirs de quelques autres cas observés par M.

Piorry dans d'autres circonstances; et quelques réflexions générales suggérées à l'auteur par ces différens faits. Les cas d'angine de poitrine sont, on peut dire, assez rares pour que l'on doive accueillir avec empressement tous les travaux sur ce sujet, où de nouveaux faits sont rapportés. Au reste, ce mémoire ne contient qu'un petit nombre de réflexions générales sur les névralgies, et qui encore découlent immédiatement des faits qui en font la base. Nous analyserons d'abord ces derniers.

NÉVRALGIE BRACHIO-THORACIQUE, AYANT SUCCÉDÉ A UNE SCIATIQUE, ALTERNANT OU COÏNCIDANT AVEC D'AUTRES NÉVRALGIES; GUÉRISON.

OBS. — Une femme, âgée de 28 ans, couturière, dit éprouver, depuis deux ans qu'elle est accouchée, des douleurs dans la région du cœur, et qui au commencement furent accompagnées de frissons. Depuis trois semaines elle a ressenti des douleurs dans le côté droit de la face, pour lesquelles elle a pris des fumigations chaudes qui, loin de la soulager lui ont paru augmenter ses souffrances. La rate a cinq pouces du haut en bas; c'est principalement sur le lieu occupé par cet organe que la douleur existe. Cependant elle s'étend un peu vers le sein, et s'étend vers le bras gauche où elle se porte aux trois derniers doigts. C'est surtout vers la partie inférieure gauche du cou, et sur le lieu occupé par le plexus brachial que la souffrance s'irradie et est plus vive. La douleur qui a lieu du côté droit de la face a paru même prendre son point de départ dans le plexus brachial gauche, et s'étendre de là vers le point où on l'observe.

La souffrance dans le côté gauche qui depuis un mois, est extrême, consiste dans des battemens, des arrachemens Pendant les accès, la peau est douloureuse. C'est vers minuit que les accidens sont les plus graves. Trois doses de vingt grains de sulfate de quinine sont administrées, et l'on fait deux applications de sangsues. Ce moyen fait disparaître les accès; mais les douleurs reviennent; l'application de l'hydrochlorate de morphine par la méthode endermique détermine à plusieurs reprises, un soulagement manifeste et la maladie finit par disparaître lentement. La rate avait diminué de volume sous l'influence du sulfate de quinine. Un mal de gorge intermittent, et dont les accès revinrent quatre jours de suite, à la même heure, se manifesta, puis cessa, et la malade sortit de l'hôpital, quarante jours après son entrée, dans un état à peu près parfait.

Cette observation ne nous offre pas un exemple bien caractérisé d'angine de poitrine; il n'y est pas question de ces angoisses, de ces défaillances imminentes que l'on observe dans les cas graves, et qui, si souvent, se terminent par une mort subite; mais en revanche nous y trouvons tous les caractères de la névralgie et même de la névralgie périodique, qui alternait avec une névralgie de la face. Sous ce rapport, la dénomination adoptée par M. Piorry nous paraît convenir parfaitement au cas dont nous venons de parcourir l'histoire.

Les deux autres observations rapportées par l'auteur diffèrent peu de celle-là; cependant le sujet de la seconde sortit sans guérison, malgré l'emploi des divers moyens que l'on oppose ordinairement à cette maladie. La rate, qui était encore hypertrophiée, perdit bien de son volume, mais les douleurs persistèrent toujours; tandis que chez celui de la troisième observation, chez lequel existait en même temps une hypertrophie notable du cœur, le soulagement fut prompt.

Arrivons maintenant aux conclusions que tire l'auteur de ces trois faits et de deux autres qui ne sont rapportés que très-sommairement. 1° La maladie désignée sous le nom d'angine de poitrine ne dépend pas, le plus souvent, d'une maladie du cœur; et dans le cas où il existe une lésion organique des viscères, il n'y a pas simple coïncidence. 2° Le plus souvent les symptômes attribués à l'angine de poitrine consistent dans une névralgie des nerfs thoraciques, du plexus brachial et du nerf cubital. 3° S'il y a, dans ces cas, des palpitations si vives et une dyspnée si forte, c'est que les pulsations du cœur et les mouvemens inspiratoires impriment aux parois très-douloureuses une impression très-pénible à supporter.

TRAVAUX ACADEMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 29 FÉVRIER.

RÉDUCTION DU MINERAI DE FER.

M. Le Play écrit à l'occasion de la réclamation adressée dans une des précédentes séances. Il résulte des termes mêmes de la lettre, dit M. Le Play, que M. Chevremont ignore encore complètement les principaux résultats de mes recherches, et que par conséquent la théorie qu'il a pu imaginer sur le haut fourneau doit différer de la mienne dans les points les plus essentiels. La réclamation de M. Chevremont est donc la suite d'une méprise que l'académie pourra constater d'autant plus aisément, que deux des personnes citées par cet ingenieur en témoignage des découvertes qui lui seraient propres font partie de la commission à laquelle a été renvoyé l'examen de mon mémoire.

EXTRACTION DE L'ARGENT DE SES MINERAIS.

M. Becquerel lit une note sur ce sujet. « Je suis parvenu, dit-il, sans l'intermédiaire du mercure, en construisant un appareil électro-chimique avec le fer, une solution concentrée de sel marin et un minerai d'argent convenablement préparé, à retirer de ce dernier l'argent qu'il renferme, et à l'obtenir sous forme de cristaux. Les minerais soumis à l'expérience sont ceux qu'on exploite dans la Colombie et que je tiens de M. Boussingault, et le minerai d'Allemont, qui se prête très-facilement à ce mode d'expérimentation, parce que, pour donner le métal, il n'exige pas de grillage préalable.

» On parvient, par le même procédé, à retirer des pyrites cuivreuses de Chessy, près de Lyon, l'argent qu'elles renferment sans toucher au cuivre. Jusqu'ici, il n'y a que les galènes argentifères qui se sont prêtées difficilement à l'extraction de l'argent.

» Quand un minerai, comme celui d'Allemont, renferme plusieurs métaux, plomb, cuivre, etc., chacun de ces métaux est réduit séparément, et à des époques différentes, de sorte que le départ s'effectue naturellement Il en résulte que les minerais de cuivre et de plomb peuvent être traités de la même manière que celui d'argent, mais avec beaucoup moins de facilité; en raison des différens degrés d'oxidation qu'ils prennent, et des composés qu'ils forment pendant le grillage. »

M. Becquerel présente ensuite divers appareils dans lesquels on voit la réduction immédiate de l'argent, du plomb et du cuivre.

ACTION DE L'IODE SUR LES BASES SALIFIABLES D'ORIGINE ORGANIQUE.

M. Pelletier lit une note sur ce sujet. Ses recherches l'ont conduit à conclure, 1° que l'iode peut s'unir à la plupart des bases salifiables organiques, et que de son union avec ces corps résultent des combinaisons définies dans lesquelles l'iode et la base sont en rapports atomiques;

2° Que l'acide iodique peut s'unir aux bases salifiables organiques, et former des sels neutres ou acides dans lesquels l'analyse démontre que l'acide et la base sont dans les rapports qu'indique la théorie, et qui correspondent aux iodures respectifs;

3° Que l'acide hydriodique s'unit à toutes les bases salifiables, et forme des sels qui ont une tendance à se constituer avec excès de base;

4° Que les hydriodates organiques sont décomposés par l'acide iodique, et que de cette décomposition résulte de l'iode provenant de l'acide iodique, tandis que l'hydriodate se change en iodure;

5° Que l'iode, dans son action sur la morphine, fait exception et réagit irrégulièrement sur cette substance. Une partie de l'iode s'unit à de l'hydrogène soustrait à la morphine pour former de l'acide hydriodique, tandis que l'autre partie de l'iode s'unit à une substance provenant de la morphine, sans qu'on puisse retrouver trace de cette dernière, si l'iode a été mis en quantité suffisante;

6° Enfin, que lorsque l'on fait agir de l'acide iodique sur la morphine, cet acide perd son oxigène qui se porte sur les élémens d'une partie de la morphine, et la convertit en *matière rouge*, comme le ferait l'acide nitrique, tandis que l'iode mis à nu réagit sur une autre portion de morphine, comme par contact direct; mais que la combinaison qui en résulte ne peut résister à l'action d'une nouvelle quantité d'acide iodique, qui la décompose entièrement en iode et en matière rouge.

RECHERCHES SUR LES ESCHARES, par M. Milne Edwards.

Lorsqu'on examine les coquilles, les plantes sous-marines et mêmes les galet qui abondent sur les bords de la mer, on ne tarde pas à remarquer à la surface d'un grand nombre de ces corps une sorte de croûte mince et rude que les pêcheurs appellent souvent une teigne. Vues à l'œil nu, ces croûtes de couleur terne n'offrent que peu d'intérêt; mais observées à la loupe, elles présentent une structure délicate et élégante. Tantôt on croirait voir une dentelle d'un travail régulier et à mailles remplies par une membrane plus fine encore; tantôt ce sont des multitudes de petites cellules saillantes, diversement réunies et ornées de stries, de pores ocellés ou de granulations miliaires, etc.

Une structure semblable se voit aussi dans les touffes foliacées que le filet ramène fréquemment du fond de la mer, et elle existe également dans diverses productions de consistance pierreuse et d'un volume assez considérable qui se trouvent fixées aux flancs des rochers sous-marins.

Rondelet, dit M. Edwards, est, à ce que nous croyons, le premier naturaliste qui, à l'époque de la renaissance, ait signalé un de ces corps singuliers. Dans son ouvrage sur les poissons, il figura sous le nom de *giroflade de mer*, le rétipore celluleux des auteurs modernes, et le considéra comme pouvant bien être l'*eschare* mentionné par Elien; il le rangea parmi les zoophytes, c'est-à-dire à la place qui lui appartient, mais n'entra dans aucun détail propre à étayer l'opinion qu'il semblait avoir sur la nature animale de ce produit de la mer.

Cinquante ans après, Imperato ajouta davantage à nos connaissances sur ces êtres; parmi les divers corps marins plus ou moins calcaires qu'il a étodiés, se trouve à côte du retipore, le *porus cervinus*, qui n'est autre chose que l'eschare cervicorne des classificateurs modernes. Imperato alla aussi plus loin que Rondelet sur la nature de ces êtres, car il leur reconnut les caractères de l'animalité.

Pendant le 17° siècle et la moitié du 18°, on eut sur ces corps des observations nombreuses; mais si la science s'étendit en superficie, elle fut si loin de gagner en profondeur qu'on s'accorda généralement à exclure ces êtres du regne animal; de sorte que c'est dans les écrits des botanistes qu'il faut en chercher les descriptions. Marsigli ayant signalé dans le corail des parties qu'il considéra comme des fleurs, Peyssonnel examina ces prétendues fleurs, et y vit des animaux analogues aux actinies ou orties de mer. M. de Jussieu constata par des observations suivies que l'opinion de Peyssonel était celle qu'il fallait adopter, et ayant consacré deux étés aux bords de la mer à étudier un grand nombre de productions marines, il communiqua en 1742 ses découvertes à l'academie. Dans le mémoire qu'il lut à cette occasion, et où se trouvent la description et la figure de la flustre foliacée, on apprend que chacune des mailles des expansions lamelleuses est une cellule renfermant un animal dont l'extrémité antérieure est couronnée de tentacules dé-

liés, et dont le corps semblable à un petit ver blanchâtre est un peu renflé au milieu et attaché au fond de la loge par son extrémité postérieure. En examinant un autre animal de la même famille, cet habile observateur découvrit un canal intérieur communiquant au dehors par une ouverture buccale, et semblant faire les fonctions d'un estomac. Enfin il fit connaître les animaux de quelques autres productions marines, et il désigna tous ces êtres sous le nom commun de *polypes*, pour rappeler l'analogie qu'ils présentent avec les hydres ou polypes d'eau douce, sur lesquelles l'attention du public venait d'être fixée par les belles expériences de Trembley.

Peu de temps après, le Suédois Lœfling étudia à l'état vivant une autre espèce de flustre qui envahit la surface des fucus de nos mers (eschare pileux. *Pall.*) Il en observa les polypes et vit le développement des bourgeons reproducteurs qui naissent à l'extrémité de la cellule dans laquelle apparaît un nouveau polype, fait qui explique la disposition sériale qu'affectent toujours ces animaux agrégés.

Ces travaux, ceux de Lœfling, d'Ellis, de Pallas, de Cavolini, de Moll, de Lamarck, de Lamouroux et de plusieurs autres naturalistes contribuèrent à étendre nos connaissances relatives à la forme extérieure des zoophytes; mais jusqu'à ces dernières années on ignora leur organisation, et l'on s'accorda généralement à leur supposer une structure semblable à celle des hydres, c'est-à-dire des polypes les plus simples,

M. de Blainville fut conduit par ses observations sur quelques espèces de flustres, à placer ces polypes près des ascidies. Ce rapport s'est trouvé juste, quoique le premier fait qui en avait inspiré l'idée se soit trouvé n'être pas ce qu'on croyait d'abord.

Les observations de M. Grant, publiées en 1827, jetèrent une nouvelle lumière sur l'anatomie et la physiologie des eschariens. Cependant, l'auteur méconnut le trait le plus important de leur organisation, la conformation particulière de leur appareil digestif. MM. Audouin et Milne Edwards, qui, en 1828, s'occupèrent aux îles Chausey de recherches sur le même sujet, arrivèrent aux résultats déjà obtenus par M. Grant, dont le travail ne leur était pas encore connu; mais ils firent un pas de plus, et s'assurèrent que la cavité digestive de ces polypes n'est pas un cul-de-sac, comme le pensait le naturaliste que nous venons de nommer.

Ce fait paraissait devoir changer les idées généralement admises sur les affinités naturelles des *eschariens* avec les autres polypes, et acquit plus d'intérêt par la découverte que firent vers le même temps les deux auteurs d'un mode d'organisation analogue chez d'autres animalcules marins, rangés parmi les vorticelles et les hydres. Profitant de ces observations, MM. Milne Edwards et Audouin proposèrent de classer ces êtres d'après l'organisation intérieure et non d'après leur dépouille solide comme on l'avait fait jusque-là. La distribution en quatre groupes principaux, qu'ils proposèrent pour les animaux de cette classe, ne fut pas cependant généralement adoptée; mais leurs découvertes relatives à la structure ont été depuis confirmées par les observations de plusieurs naturalistes justement estimés. Aujourd'hui donc il n'est plus permis de douter que l'organisation des flustres ne soit très-différente de celle des sertulaires, des alcyoniens et des zoanthaires, et ne constitue un type distinct. Par analogie, on est porté à croire que les autres polypes dont la dépouille solide ressemble à celle des flustres doivent présenter une structure semblable; mais on ne sait encore que peu de chose à cet égard, et on ignore si parmi les polypes dont la conformation extérieure est différente, il existe de nouveaux exemples d'une pareille organisation intérieure. Les recherches qui font le sujet du mémoire présenté aujourd'hui par M. Milne Edwards, rempliront en partie cette lacune. L'auteur a constaté que non-seulement les eschares proprement dits, les discopores, les rétepores, les cellepores, les salicornaires et plusieurs autres genres voisins présentent intérieurement la même structure, mais aussi qu'un assez grand nombre de zoophytes rangés jusqu'ici parmi les sertulariens, tels que les sérialaires, les valkeries, etc., appartiennent au même type organique et lient en quelque sorte les eschariens aux vorticelles. En poursuivant ces observations anatomiques, j'ai cherché, dit l'auteur, à rendre mon travail aussi complet que possible sous le rapport purement descriptif, et je crois être arrivé à des résultats de nature à jeter quelque lumière sur la physiologie aussi bien que sur l'histoire zoologique de ces animaux.

Dans les eschares cervicornes, les premiers que l'auteur considère, chaque individu se compose d'une membrane tégumentaire en forme de sac, dont la majeure partie s'ossifie pour constituer une espèce de cellule, et dont la portion supérieure, restée molle, se reploie en dedans comme une gaîne pour les tentacules, ou se renverse en dehors comme la trompe d'un annélide, suivant que l'animal se contracte ou s'étend. A l'extrémité de cette dernière partie de l'enveloppe extérieure se trouvent les tentacules, la bouche et l'anus; le tube alimentaire recourbé sur lui-même et ouvert à ses deux extrémités y est appendu, et des muscles destinés à le mettre en mouvement y sont fixés; d'autres muscles s'insèrent au repli de la membrane tégumentaire qui constitue l'opercule, et à l'extrémité de l'anse intestinale se trouve un organe spongieux dont le volume varie beaucoup et dont les usages ne nous sont pas connus; mais qui, vraisemblablement, se rapporte à la reproduction.

Il n'existe donc rien de rayonné dans la conformation de ces animaux, si ce n'est dans la couronne tentaculaire dont leur bouche est entourée; la majeure partie de leurs organes sont au contraire disposés symétriquement des deux côtés de la ligne médiane, et leur organisation montre la plus grande analogie avec celle des ascidies composées.

Quant au polypier, il est formé tout entier par l'assemblage et la soudure intime de la portion tégumentaire solide des divers polypes qui le constituent, et il ne paraît présenter aucune partie réellement commune à toute cette suite de générations agrégées. Chaque cellule formée par l'enveloppe de ces polypes est complète; et si on a cru que ces cavités n'étaient séparées les unes des autres que par une cloison simple et commune, c'est qu'on n'avait pas employé les moyens convenables pour les disjoindre.

L'*eschare grêle* est celui qui, par son aspect général, se rapproche le plus de l'eschare cervicorne : il en a le port; et, examiné à l'œil nu, ne paraît en différer que par des branches plus arrondies; mais vu au microscope, il s'en éloigne davantage; car les cellules tégumentaires sont d'une autre forme, leur ouverture est aussi moins saillante, et elle est toujours circulaire. Mais ce qui distingue surtout l'eschare grêle de l'espèce précédente, c'est l'existence d'une seconde ouverture occupant la ligne médiane de la paroi antérieure de chaque cellule, et située à peu de distance au-dessous de celle que traversent les tentacules du polype. Il paraît probable que cette ouverture accessoire se rattache à la fonction de la respiration.

En examinant attentivement cet eschare, M. Edwards a constaté l'existence d'un certain nombre de jeunes cellules semblables en tout à celles dont elles étaient environnées, à cela près qu'elles étaient fermées de toute part. On est naturellement porté à croire que ces loges anomales sont des polypes dont le développement a été ralenti ou arrêté; mais s'il en est ainsi, il faudrait admettre que cet arrêt de développement n'a pas empêché ces animaux incomplets de se reproduire et de donner ainsi naissance à de nouveaux individus plus parfaits qu'eux; car, dans plusieurs points, M. Milne Edwards a trouvé une de ces cellules sans ouverture, suivie de plusieurs autres ayant la forme normale appartenant à la même série linéaire que la première.

M. Edwards donne ensuite des descriptions des diverses espèces. Son mémoire est accompagné d'un grand nombre de dessins faits la plupart, du moins ceux qui concernent les parties molles, durant le voyage de l'auteur à la côte d'Afrique.

NOUVELLES OBSERVATIONS SUR LA FÉCULE.

M. Payen présente des observations sur le mémoire de M. Guérin-Vary et annonce plusieurs faits nouveaux.

Il cite un passage d'un mémoire qu'il a lu le 3 novembre dernier à l'Institut, et dans lequel il annonçait les trois premiers résultats suivans du mémoire de M. Guérin :

« Dans l'eau aérée ou privée d'air, l'iode bleuit l'amidon;
» La fécule et l'amidon, chauffés en vases clos dans l'eau même à 140°, sont
» colorés en bleu par l'iode, après leur refroidissement;
» L'amidone, en se dissolvant par la diastase dans un appareil distillatoire, ne
» donne pas de produits volatils qui puissent représenter la propriété de bleuir
» par l'iode. »

Dans les tissus vivans, ajoute M. Payen, la fécule peut être rompue bien au dessous des températures auxquelles la rupture a lieu dans des expériences de laboratoire; ces dernières ne sont donc pas des objections suffisantes contre les assertions de MM. Edwards et Colin, ni contre la théorie de l'action de la diastase dans la végétation : des dessins de MM. Turpin et Payen, joints à cette notice, montrent la rupture en question dans un cas spécial relatif à une variété de pommes de terre.

Toutes les fécules commerciales de pommes de terre observées contiennent du carbonate de chaux, et ont une réaction légèrement alcaline; elles sont accompagnées d'une substance volatile à odeur spéciale, quant à la chlorophile, M. Payen ne l'a trouvée que dans la fécule extraite de tubercules assez peu enfoncés en terre pour que la lumière y eût accès.

La diastase, séparant les corps étrangers, enlève cette odeur et peut donner des produits agréables au goût.

L'auteur indique la disposition organique de l'amidone comme une cause de différence entre la digestibilité de cette substance, et celle de la dextrine complètement soluble. Il fait connaître l'énorme fabrication des sirops et autres produits de la fécule, qui, en ce moment, a fait doubler le cours de celle-ci.

M. Payen ajoute que la grande question des réserves se trouve résolue par les approvisionnemens en matière première des fabricans de sirops de fécule; cette opinion, émise dans l'un de ses mémoires, est confirmée par un projet que conçut M. de Chabrol, et qui motiva dernièrement la proposition de M. Darblay, relative à une réserve en fécule. Ces grandes applications renversent actuellement les programmes de prix sur les mélanges entre les farines et la fécule; il ne s'est donc encore jamais rencontré de circonstances plus favorables à la production de cette substance; ainsi de toutes parts l'industrie s'unit à l'agriculture pour lui offrir de nouveaux débouchés, et par suite les bases de cultures variées et d'un bon assolement.

Il ajoute qu'on ne conçoit pas comment la fécule déchirée ne se dissoudrait pas rapidement dans l'eau, si elle contenait 0,98 de matière soluble directement comme le croit M. Guérin. M. Payen, discutant les formules différentes attribuées à l'amidon et aux trois produits qu'on en a extraits par l'eau, les broyages et la chaleur, ainsi que les analyses du sucre dans lequel ils se peuvent transformer, les regarde non pas comme des principes immédiats, distincts, mais comme résultant d'altérations de l'amidone; cela résulterait même encore de la dernière hypothèse émise, qui les présenterait comme intimement combinés dans la fécule et l'amidon, puisque alors il faudrait décomposer ou altérer l'amidon pour les isoler, hypothèse bien peu probable d'ailleurs; car une fois désunis, ces trois produits ne peuvent plus se combiner de nouveau. Enfin, lors même que l'on admettrait cette combinaison, il n'en serait pas moins convenable de désigner sous le seul nom d'*amidone* la substance qui forme la fécule, et qui se distingue par tant de propriétés applicables et en grande partie appliquées aux arts. Les caractères distinctifs de l'amidone, qui n'appartiennent à aucun autre principe immédiat, sont :

1° Sa transformation par la diastase;

2° Son extensibilité prodigieuse par l'eau à 100°, et sa contractilité par l'abaissement de température;

3° Sa coloration en bleu pur par l'iode;

4° La contraction et la précipitation totale, par une foule d'agens, de cette substance bleue;

5° Son extensibilité dans la fécule et à froid par de très-faibles solutions alcalines;

6° Sa séparation par simple infiltration dans les radicelles des plantes, de l'eau qui la distendait;

7° Son hydratation dans la fécule par rupture de celle-ci, puis sa conversion en sucre, sous l'influence de la germination.

M. Payen résume en outre les points sur lesquels les recherches de M. Guérin

Vary confirment ses résultats et ceux qu'il a obtenus en commun avec M Persoz; ce sont, après les trois premiers résultats précités :

4° L'existence de la diastase;

5° Son énergie énorme sur la fécule ou l'amidon hydraté;

6° La production de la dextrine et du sucre sous cette influence;

7° L'inertie de la diastase sur tous les autres principes immédiats, et qui distingue nettement de l'amidon l'*inusine* observée par M. Payen dans les tubercules des dahlias et des topinambours, dont elle forme la plus grande partie de la substance;

8° Le succès du mode d'extraction indiqué par MM. Persoz et Payen (depuis M. Payen en a indiqué un plus simple encore);

9° L'altération spontanée de la diastase dissoute; l'auteur indique la même altération, quoique très-lente, sur la substance en poudre;

10° L'absence du dégagement gazeux pendant la réaction de la diastase;

11° La saccharification plus avancée de la fécule par une plus complète hydratation, et même la conversion totale, suivant M. Guérin;

12° La séparation complète des matières étrangères à la fécule, séparation qui justifie bien la dénomination de diastase donnée à l'agent qui l'opère, et qui est généralement admise aujourd'hui.

— La séance supplémentaire de samedi, à l'Académie de médecine, a été remplie par la lecture du rapport de la commission de vaccine; et la séance de mardi, par la discussion de ce même rapport. Nous en rendrons compte dans notre prochain numéro.

BIBLIOGRAPHIE.

THÈSES DU CONCOURS POUR LA CHAIRE DE CLINIQUE EXTERNE.

III. QUELLES SONT LES AFFECTIONS QUI COMPLIQUENT LE PLUS FRÉQUEMMENT LES PLAIES, par M. GUERBOIS, chirurgien de l'hôpital de la Charité.

Nous dirons peu de chose de cette thèse, qui n'a pas moins de 92 pages. Aux nombreuses observations dont elle est semée, on reconnait sans peine un homme qui a beaucoup vu; mais M. Guerbois, habile et expérimenté praticien, n'a pas au même degré l'habitude d'exposer clairement ses idées; et plus d'une fois dans l'argumentation, il a été obligé de convenir que son texte ne rendait pas complètement sa pensée.

L'argumentation grave et digne dans la bouche de M. Laugier, un peu vive avec M. Lepelletier, redevenue grave et dogmatique avec M. Sanson, a pris sur la fin un caractère que nous n'avons vu qu'avec regret. Sans doute dans cette lutte des concours, où l'intérêt de la science se trouve mêlé à l'intérêt des personnes, où si l'on ne triomphe pas, il faut au moins sauver sa défaite, l'ironie est souvent une arme excellente; et nous sommes d'avis encore qu'une bonne objection ne perd point de sa force pour être présentée sous une face moins sérieuse. Mais il est certaines convenances qu'on ne saurait dépasser; et l'âge et les services de M. Guerbois devaient le mettre à l'abri de ces formules de sarcasme, bonnes tout au plus entre concurrens du même âge. Du reste, M. Guerbois, ainsi attaqué, a trouvé pour se défendre plus de vigueur qu'il n'en avait opposé à des objections plus graves, et n'a pas laissé à beaucoup près à son trop jeune adversaire tout le succès que celui-ci semblait espérer.

IV. DES RÉTRÉCISSEMENS DE L'URÈTRE ET DE LEUR TRAITEMENT, par M. LAUGIER, chirurgien à l'hôpital Necker.

Voici sans doute une question nettement circonscrite dans les termes, mais tellement agitée depuis quelques années que beaucoup de détails sont devenus vulgaires et n'auraient pu être répétés sans une sorte d'ennui, si étendue d'ailleurs qu'il serait bien impossible d'en tracer en dix jours une monographie complète. M. Laugier a parfaitement senti ces deux écueils; il s'est attaché principalement à l'éclaircissement des questions indécises; et en effet, s'il en a peu résolu, il les a du moins abordées à peu près toutes. Il a donc fait sous ce rapport une fort bonne thèse de concours; peut-être y désirerait-on seulement quelquefois un esprit moins réservé, et une lutte plus décisive avec les difficultés que le sujet présente; trop souvent M. Laugier expose le pour et le contre, et n'ose dire nettement son avis. Quelle est par exemple la longueur de l'urètre? M. Laugier donne les opinions de MM. Lisfranc, Velpeau, Amussat, Meckel, Wathely, Rougier, Malgaigne, et semble incliner pour cette dernière, mais en laissant le lecteur dans le doute. Quant à la structure, M. Velpeau par exemple pense que la prostate fait le tour du canal; M. Lisfranc avec M. Amussat professent au contraire qu'elle n'en embrasse que les trois-quarts inférieurs. Qui des deux faut-il croire? M. Laugier n'en dit rien. Il admet d'abord des rétrécissemens spasmodiques; puis à la fin de sa thèse, il cite le récent mémoire de M. Amussat sur ce sujet, et paraît rentrer dans son doute. Pour le traitement de ces sortes de rétrécissemens, il cite l'opinion de M. Bégin, qui regarde comme déraisonnable l'introduction de toute sonde ou bougie; puis celle de M. Civiale, qui en fait son principal moyen de traitement; mais critiquera-t-il l'une ou l'autre? pas le moins du monde. Cependant il préfère en général la dilatation aux autres moyens, et il rejette le cathétérisme forcé avec la sonde conique, qui lui paraît plus propre à produire des fausses routes que les sondes de M. Mayor.

On conçoit que l'argumentation ait été un peu embarrassée avec cette thèse, et n'ait su souvent où se prendre; elle n'a guère attaqué que quelques négligences de forme et de rédaction. M. Bérard jeune a cependant soutenu que dans les cas de rétrécissement organique très-étroit, où le cathétérisme forcé a paru nécessaire, on courait moins de risques de faire fausse route avec la sonde conique qu'avec une sonde mousse; par cette raison, a-t-il dit, que la sonde conique a au moins une chance de rencontrer le passage rétréci, tandis que la sonde mousse ne l'a pas même. Le fait est qu'elles y exposent toutes deux; mais M. Laugier a très-bien fait remarquer que plus l'instrument est pointu, plus la perforation est facile; et tout récemment encore, un malade, sondé à l'Hôtel-Dieu par le procédé de Boyer, a succombé à l'infiltration d'urine et à la gangrène du périnée.

V. DES DIFFÉRENTES ESPÈCES D'ÉRYSIPÈLE ET DE LEUR TRAITEMENT, par M. LEPELLETIER, de la Sarthe, ex-chirurgien en chef à l'Hôtel-Dieu du Mans.

M. Lepelletier aime en général à embrasser son sujet dans toute son étendue; opinions diverses, discussions, expériences, observations, il rassemble tout avec une diligence et une facilité surprenantes. Dans un des concours précédens, il avait à traiter du tartre stibié; jamais peut-être on n'avait réuni et comparé tant de faits sur le tartre stibié. Le sort cette fois lui a donné à traiter de l'érysipèle; en dix jours il fait un traité de l'érysipèle, qui n'a pas moins de 300 pages.

Cette thèse est divisée en deux parties, la première qui traite de l'érysipèle en général, la seconde de ses variétés. Il recherche d'abord quelle est la nature de la maladie, met en regard les opinions de 25 auteurs, et arrive à cette conclusion que l'érysipèle participe à la fois de l'inflammation et de l'exanthème; de l'inflammation par ses symptômes; de l'exanthème, parce qu'il tient le plus souvent à une disposition générale, constitutionnelle. Il étudie ensuite le siége, l'anatomie pathologique, les prédispositions, les causes, les symptômes de l'érysipèle; marche, terminaison, diagnostic, pronostic et traitement. Il reconnaît dix méthodes principales, qu'il désigne sous les noms d'*expectante, antiphlogistique, répercussive* ou *réfrigérante, dérivative, ectrotique, évacuante et perturbatrice, mercurielle, tonique, compressive* et *divisante*. La plupart de ces méthodes sont connues, et il suffit de les nommer; mais quelques autres ont besoin d'être mieux indiquées. Ainsi sous le nom de méthode dérivative, M. Lepelletier comprend les onctions avec le liniment de Kentisch, l'application du fer incandescent et des vésicatoires, tantôt sur l'érysipèle, tantôt moitié sur la peau enflammée et moitié sur la peau saine. Ce n'est pas là, à proprement parler, une dérivation; et ces moyens pourraient bien plutôt être rapprochés de l'application du nitrate d'argent qui forme la méthode ectrotique. La méthode évacuante consiste dans l'emploi des émétiques. On sait les bons résultats que produisent les onctions mercurielles. Enfin sous le nom assez obscur de méthode divisante, M. Lepelletier comprend les incisions plus ou moins profondes, appropriées au traitement de l'érysipèle.

La seconde partie, qui constitue à vrai dire le véritable sujet de la thèse, commence, comme la première, par l'énumération des divisions admises par une foule d'auteurs. On a reproché avec raison à M. Lepelletier de n'avoir établi par la discussion ni le défaut de ces classifications, ni les avantages de celle qu'il préfère. Il admet d'ailleurs quatorze espèces d'érysipèles : 1° *simple*; 2° *phlegmoneux*; 3° *œdémateux*; 4° *traumatique*; 5° *bilieux*; 6° *typhoïde*; 7° *asthénique ou gangréneux*; 8° *erratique*; 9° *périodique*; 10° *des enfans nouveau-nés*; 11° *des vieillards*; 12° *de la tête*; 13° *du tronc*; 14° *des membres*. Mais ce qu'il faut louer surtout ici, c'est le soin avec lequel M. Lepelletier a cherché à appuyer ses descriptions et sur des autorités respectables, et principalement sur des observations détaillées; il

en a rapporté presque textuellement cinquante. En résumé, on sent un peu de précipitation dans la rédaction de cet ouvrage, chose presque inévitable en pareille circonstance; et, comme on le lui a reproché, il cite trop souvent et discute trop peu ses citations; mais si par ces raisons on ne peut dire que ce soit un traité fini de l'érysipèle, au moins faut-il reconnaître que c'est le recueil le mieux fait et le plus complet de matériaux pour l'édifier.

L'argumentation a été chaude. M. Sanson a trouvé que l'auteur avait admis trop de variétés; M. Lepelletier, répondant *ad hominem*, a trouvé l'objection toute simple de la part de M. Sanson, qui n'en admet que deux dans son ouvrage. Toutefois, de cette longue liste, M. Sanson n'a guère attaqué que le traumatique et l'erratique; avec raison, selon nous, pour le premier, qui se rattache certainement à l'érysipèle simple; avec moins de succès pour le second, qu'il a paru confondre avec l'érysipèle ambulant. Mais le cadre ne se rétrécirait point encore par la suppression de ces deux espèces; car M. Sanson en admet deux ou trois autres, celui qui commence par une angioleucite, un autre par une phlébite, et un troisième, qui se présente sous forme de taches marbrées, se termine par suppuration, et paraît avoir son siége dans les dernières radicules veineuses. M. Sanson a signalé aussi ce fait intéressant, que dans quelques cas la tuméfaction des ganglions avant tout autre symptôme permet de prévoir l'explosion d'un érysipèle.

M. Sédillot a commencé par blâmer une masse aussi énorme de citations; et sur 309 pages, il a eu la patience de calculer qu'il y en avait 173 de guillemetées; jusque-là M. Lepelletier l'a repoussé avec vigueur et en excitant même les applaudissemens de l'auditoire. Mais M. Sédillot a repris l'avantage quand il a poursuivi le candidat sur le défaut de discussion et conséquemment l'inutilité de beaucoup de ces citations.

M. Bérard a continué cette argumentation; mais de plus il a ajouté que plusieurs des faits cités par M. Lepelletier ne convenaient point au sujet. Ainsi, page 179, il s'agit d'une observation intitulée : *érysipèle phlegmoneux*. Les symptômes sont ainsi décrits : « Les bords de la plaie étaient rouges et douloureux; tout le bras et la moitié supérieure de l'avant-bras gonflé et rougi par une vaste inflammation; le pouls était accéléré; l'appétit avait disparu. » M. Bérard n'a pas voulu reconnaître là l'érysipèle phlegmoneux; et son principal argument, c'est que le diagnostic avait été porté le jour même ou le lendemain du développement des symptômes, et qu'on ne peut diagnostiquer un érysipèle phlegmoneux que vers le quatrième ou le cinquième jour. Cette opinion nous paraît singulièrement inexacte; dès le premier jour, principalement pour l'érysipèle qui complique les plaies et les fractures, le chirurgien peut très-bien préjuger si l'érysipèle menace ou non d'abcès ou cutanés; et quand *tout le bras et la moitié supérieure de l'avant-bras sont gonflés et rougis par une vaste inflammation*, nous croyons qu'on peut, sans crainte d'erreur, affirmer que cette terminaison est à craindre.

M. Jobert a poussé vivement sur l'anatomie, sur la définition de l'érysipèle, et sur le traitement de l'érysipèle phlegmoneux; il a rejeté l'incision cruciale des aponévroses, que M. Lepelletier avait recommandée, et insisté sur la position qu'il faut donner au membre pour éviter les brides qui suivent les abcès cellulaires et gênent les mouvemens.

M. Lepelletier occupe très-bien la chaire; il s'est défendu avec beaucoup de verve et d'esprit; quelquefois un peu trop de vivacité lui a fait prêter le flanc; mais il ne tardait pas à reprendre ses avantages. Inutile de dire qu'il a été beaucoup applaudi.

VI. DES HÉMORRHAGIES TRAUMATIQUES; par M. SANSON, chirurgien de l'Hôtel-Dieu.

S'il fallait juger du mérite d'une thèse par son volume, celle de M. Sanson l'emporterait évidemment sur toutes les autres; elle ne compte pas moins de 350 pages, avec une planche; encore l'auteur nous a appris dans la discussion qu'il avait été obligé de refaire un chapitre qui s'est trouvé perdu, et qui était bien plus complet que celui qui l'a remplacé. Du moins faut-il reconnaître ici un immense travail et le désir de traiter à fond la matière. On conçoit également que M. Sanson, comme il l'a dit, n'ait pas pu relire sa thèse et ait été obligé d'en abandonner la correction à son imprimeur; mais la thèse elle-même n'a pu qu'en souffrir, et l'on regrette d'y trouver, à côté de chapitres vraiment dignes de la réputation de l'auteur, d'autres passages où il n'a pas eu le temps de mettre son cachet.

Il traite d'abord des hémorrhagies traumatiques en général, après quoi il les aborde toutes en particulier. Dans la première partie, il débute par des considérations générales, étudie les effets généraux des hémorrhagies traumatiques, puis leurs effets locaux, soit qu'elles viennent des capillaires, des artères ou des veines, ou de ces deux ordres de vaisseaux à la fois; et enfin selon qu'elles sont primitives ou consécutives. Les causes appellent ensuite son attention, puis les symptômes et le diagnostic différentiel, et les méthodes générales de traitement, où se trouve omise la méthode des mâchures proposée par M. Amussat, et qui nous paraît supérieure à toutes les autres.

Dans la seconde partie se trouvent traitées successivement : 1° les hémorrhagies fournies par les artères de la surface du crâne; 2° celles de l'intérieur de cette cavité; 3° celles des artères de la face, comprenant les hémorrhagies fournies par le sinus maxillaire et les alvéoles; 4° celles de la bouche et de la langue; 5° des artères du cou; 6° de la poitrine, comprenant celles des poumons, des gros vaisseaux, du cœur, et celles des parois thoraciques; et pour ne pas prolonger cette sorte de table des matières, il n'est pas, en un mot, une artère un peu notable du corps humain dont M. Sanson n'ait cru devoir décrire et traiter l'hémorrhagie. C'était embrasser près de la moitié de toute la pathologie chirurgicale; c'était aborder les questions les plus graves qui aient trait aux lésions traumatiques; plaies de tête, plaies de poitrine, etc., etc.; c'était tenter en un mot ce qu'aucune intelligence isolée ne pourra jamais exécuter en dix jours, du moins avec les développemens que M. Sanson a voulu y mettre. S'il n'a pas rempli son programme, certes nul autre n'aurait pu se flatter de le remplir; mais il n'a pas échappé à cette objection de ses compétiteurs, qu'il aurait dû adopter un plan moins vaste, et laisser en dehors, par exemple, toutes les hémorrhagies particulières.

La première partie de cette thèse est sans contredit la meilleure; M. Sanson y expose et y juge les faits avec la sagacité pleine de réserve qui fait le caractère de son talent. Il y a semé un bon nombre d'observations tirées de sa pratique ou de celle de Dupuytren, qu'on lira avec un grand intérêt; et pour les hémorrhagies en particulier, il a puisé dans les auteurs une masse immense de faits qu'on n'avait point encore rassemblés ainsi. Cette méthode, suivie aussi par plusieurs autres compétiteurs, offre certainement de grands avantages.

M. Sédillot a commencé l'attaque : il a démontré que la tunique interne des artères avait quelque résistance, ce que M. Sanson avait nié d'une manière trop absolue. M. Sanson avait dit que les veines de l'homme divisées dans la phlébotomie ne forment pas de petites poches variqueuses; M. Sédillot dit en avoir vu quelques cas sur la saphène. Il a soutenu aussi que le sang était moins coagulable dans l'inflammation des artères, assertion fort douteuse, même pour l'artérite chronique, mais qui est certainement fausse dans l'artérite aiguë, comme M. Sanson l'a montré par l'exemple de la gangrène suite d'artérite, laquelle résulte de l'oblitération des artères par le sang coagulé.

L'argumentation de M. Bérard a été plus puissante. Après avoir relevé un certain nombre d'omissions que M. Sanson a rejetées sur le défaut de temps, il a montré des inexactitudes assez notables dans l'article des hémorrhagies du périnée, de celles des artères dorsales et palmaires de la main; et pour les cas de lésion de l'artère fessière que M. Sanson traite par la ligature de l'iliaque interne, il a rappelé les ligatures de la fessière elle-même faites par un procédé très-simple par quelques chirurgiens étrangers, et dont les observations ont été rapportées par la GAZETTE MÉDICALE.

M. Jobert a suivi la même marche, omissions et inexactitudes, et a trouvé également d'heureux argumens. M. Blandin, venu en dernier lieu, n'a pas frappé de moins rudes coups; et entre autres il a signalé une omission assez grave parce qu'elle porte sur une question générale, savoir, les moyens à employer dans la lésion des gros troncs veineux qui rapportent au tronc le sang de tout un membre. M. Gensoul a proposé, dans ces cas désespérés, de lier à la fois l'artère et la veine pour éviter la gangrène par stase du sang veineux; mais il ne paraît pas que cette double opération ait été pratiquée jusqu'ici.

M. Sanson apporte une grande loyauté dans la discussion; il est convenu de toutes les omissions qu'on lui reprochait, en se rejetant sur la longueur de son sujet; mais, un peu embarrassé par cet aveu même, dont ses compétiteurs ont largement tiré avantage, il n'a pas mis dans sa défense toute la vigueur qu'on attendait de lui. Sa position scientifique est d'ailleurs trop bien assise pour qu'un peu plus ou moins de force ou de mollesse dans une discussion puisse lui faire échec; et l'auditoire ne lui en a pas moins témoigné la faveur qu'il lui porte par des applaudissemens prolongés.

VII. Exposer les avantages et les inconvéniens des amputations dans la continuité et des amputations dans la contiguité des membres; par M. Sédillot, chirurgien au Val-de-Grâce.

Cette thèse présente un caractère tout particulier. Assurément parmi les sujets traités dans ce concours, celui-ci était l'un de ceux qui pouvaient le mieux se passer de recherches historiques; M. Sédillot en a jugé autrement; et il a voulu nous donner *l'historique des amputations dans la contiguité des membres.* Pourquoi cette histoire seulement, et non pas celle des amputations dans la continuité? Il ne s'en explique pas; et aussitôt après il énumère les avantages et les inconvéniens des deux amputations, ce qui le mène à cette conclusion, qu'elles n'ont pas en général de supériorité l'une sur l'autre. La thèse est terminée par une liste alphabétique de 51 auteurs dont les noms sont cités dans le corps de l'ouvrage.

Nous ne pouvons ici que louer cette intention de produire une œuvre de science et de conscience à la fois, et de rapporter à chacun le mérite de ses opinions et de ses découvertes. Malheureusement M. Sédillot s'embrouille souvent dans ses citations, soit qu'il s'agisse des noms ou des dates. Par exemple il cite Heliodore d'après M. Cloquet, et il se trouve qu'il a emprunté la citation à M. Dezeimeris. A la page suivante, après avoir signalé les succès d'Alanson, il ajoute que *plus tard* l'Académie de chirurgie mit au concours la question de la désarticulation coxo-fémorale. Or, ce concours est de l'année 1759, et Alanson écrivait en 1779. Cette savante table bibliographique contient à la seconde ligne l'indication suivante: « *Albucasis*, lib. II. *Vivait sous l'empereur Trajan.* Albucasis sous l'empereur Trajan! C'est à faire dresser les cheveux à Sprengel ou à M. Desgenettes.

Les faits et les opinions ne sont pas moins bizarrement défigurés. L'auteur dit quelque part qu'Alanson cite quinze cas de désarticulation des phalanges où la cicatrisation eut lieu en huit jours. Alanson ne rapporte qu'un cas de ce genre. Il assure que les expériences sur les animaux ont démontré l'insensibilité de la membrane médullaire; M. Jubert a fait voir que c'était précisément le contraire. Enfin M. Blandin, l'un des argumentateurs, a été obligé de rétablir une de ses opinions, transformée par M. Sédillot en une opinion tout-à-fait opposée.

L'argumentation a été de beaucoup meilleure que la thèse. M. Sédillot est doué d'un aplomb supérieur; d'un sang-froid qui lui permet de voir le point décisif de l'attaque, et d'y répondre ou de glisser à côté suivant l'occasion, avec une habileté peu commune. Plus d'une fois il a désorienté ses adversaires, étonnés de le voir s'échapper au moment où ils le croyaient pris; et nous l'avons vu tout disposé à soutenir contre M. Blandin que cet honorable compétiteur ne connaissait pas ses propres opinions, et que lui, M. Sédillot, les avait bien mieux comprises. L'auditoire a beaucoup ri et beaucoup applaudi; et quant à la forme, ces applaudissemens étaient de toute justice; M. Sédillot a certainement fait preuve dans cette séance d'un grand talent d'argumentateur.

VIII. Du diagnostic dans les maladies chirurgicales, de ses sources, de ses incertitudes et de ses erreurs; par M. A. Bérard, chirurgien de la Salpêtrière.

Ce sujet sort de la ligne ordinaire des questions données dans les concours. Ce n'est plus, comme le fait remarquer M. Bérard, un travail de compilation plus ou moins facile avec l'aide des Traités généraux et des Dictionnaires, mais une matière toute nouvelle, du moins en chirurgie; car dès long-temps elle a été traitée pour les maladies internes, dans les ouvrages consacrés à la pathologie générale; et on peut s'étonner à bon droit que cet exemple n'ait pas été plutôt suivi par les chirurgiens.

M. Bérard commence par établir dans une courte introduction à quelles classes de maladies devra s'appliquer son travail. Dès ce premier pas se rencontrait l'insoluble difficulté d'une délimitation précise entre les affections médicales et chirurgicales; forcé par la nature de son sujet à signaler au moins celles qui ont des élémens de diagnostic spéciaux, l'auteur restreint le cadre de la chirurgie: 1° aux maladies qui résultent de l'action d'une violence extérieure; plaies, fractures, luxations, etc.; 2° à celles qui occupent la surface du tronc ou les membres; 3° à celles qui sont curables par l'application de la main nue ou armée d'instrumens.

Le premier chapitre est occupé par des généralités sur l'importance du diagnostic, et les divers points qu'il est appelé à éclaircir. Le deuxième, consacré aux sources du diagnostic, traite successivement: 1° du *commémoratif*; causes, marche de la maladie, traitement antérieur, circonstances accessoires; 2° des *symptômes actuels*; forme, direction, volume; consistance, œdème, emphysème; température, attitude, digestion, respiration, circulation; humeurs normales ou morbides; fonctions intellectuelles et sensoriales; douleur; lésion du mouvement; 3° *de l'application des sens à la recherche des signes.* Après des règles générales très-judicieuses, l'auteur montre tour à tour l'usage dont chaque sens peut être au chirurgien; l'histoire des diverses applications de la vue et du toucher est surtout tracée de main de maître; 4° *du raisonnement appliqué au diagnostic.* Cet article, beaucoup plus difficile, nous a paru aussi un peu faible et moins complet que le précédent. Le troisième chapitre, *des incertitudes du diagnostic*, se lie presque intimement au quatrième, *des erreurs*; l'un devait donner des indications générales, l'autre devait aussi se baser sur des faits. Telle est aussi la marche que M. Bérard a suivie. Il a classé les erreurs de diagnostic en seize sections: 1° tantôt deux maladies présentent des symptômes semblables; 2° ou bien seulement les symptômes sont analogues; 3° ou bien une maladie manque de ses symptômes propres, et présente ceux d'une autre; 4° ou deux affections existent ensemble; 5° ou la maladie reçoit des parties voisines des modifications qui lui donnent de la ressemblance avec une autre; 6° tantôt on croit à un corps étranger qui n'existe pas; 7° ou on méconnaît un corps étranger qui existe; 8° quelquefois une disposition anormale, congéniale ou acquise, en impose pose pour une maladie; 9° une maladie est méconnue parce qu'elle est très-rare ou n'a pas encore été observée; 10° l'erreur dépend quelquefois d'une opinion erronée dans la science même; 11° où le développement normal d'un organe est pris pour une tumeur anormale; 12° souvent l'examen a été trop superficiel; 13° ou la maladie se dérobe aux recherches par sa profondeur; 14° ou le chirurgien, satisfait d'un diagnostic partiel, ne reconnaît pas toute la maladie; les deux dernières sections se rapportent aux maladies simulées et aux erreurs de diagnostic dont la cause est difficile à classer. Sans doute, ce travail aurait pu être classé plus philosophiquement, sous des chefs plus généraux, et au besoin avec des subdivisions plus nombreuses; mais si l'on considère le peu de temps accordé à l'auteur et la nouveauté du sujet, on sera surpris encore de son exécution. Car ce ne sont pas ici de simples vues théoriques que l'on trouverait parfaitement dans son cabinet, les yeux clos et la tête dans les mains; c'est un travail pratique et appuyé sur près de 300 observations analysées ou décrites avec détails.

L'argumentation a pu reprendre dans cette thèse des omissions plus ou moins importantes; M. Blandin a signalé, ce qui est plus grave, des inexactitudes dans certaines applications de diagnostic, échappées sans doute à la rapidité de la rédaction, et M. Bérard a passé assez facilement condamnation sur ces imperfections. Mais telle qu'elle est, cette thèse n'en est pas moins un ouvrage très-remarquable, qui survivra à la circonstance qui l'a fait naître; et, après celle de M. Blandin, nous n'hésitons pas à la regarder comme la meilleure du concours.

— M. Forget vient d'être nommé professeur de clinique interne à la Faculté de Strasbourg, après un brillant concours, où s'étaient présentés l'élite des jeunes médecins de cette Faculté. La nomination a eu lieu à une forte majorité, et accueillie par les applaudissemens des élèves, qui ont, dit-on, accompagné le nouveau professeur jusqu'à sa demeure. M. Aronssohn est celui des compétiteurs qui lui a disputé la chaire de plus près.

— L'épreuve des thèses, pour le concours de clinique externe, a été terminée mercredi (voyez la Bibliographie). Deux séances au moins sont encore nécessaires pour l'appréciation des titres antérieurs, qui se fait à huis-clos; et la nomination sera proclamée mardi.

— Un concours pour la chaire d'anatomie à la Faculté de Paris, s'ouvrira le 12 avril prochain. On sait que, d'après les réglemens, les pièces nécessaires pour s'inscrire doivent être déposées un mois à l'avance au secrétariat de la Faculté.

— M. Charrière vient de recevoir le titre de fournisseur de la Faculté de médecine. Ce titre, que ce fabricant mérite à tant d'égards, lui a été conféré le 18 du courant dans l'assemblée de MM. les professeurs.

Le Rédacteur en chef, Jules Guérin.

PARIS. — ÉVERAT, IMPRIMEUR, RUE DU CADRAN, N° 16.

N° 11. (TOME IV. — 1836.) SAMEDI 12 MARS 1836.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La Gazette médicale de Paris (*Gazette de santé* et *Clinique des hôpitaux* réunies) paraît tous les samedis de chaque semaine; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et équivaut à 6 feuilles in-8°. Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois. Pour l'Étranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Poissonnière*, n° 5, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

PATHOLOGIE INTERNE.

MÉMOIRE SUR LA CONTRACTURE DES POUMONS ET DE LA PHTHISIE PAR CONTRACTURE; par J. Quissac, chirurgien chef-interne à l'Hôtel-Dieu Saint-Eloi.

(Première partie.)

Le premier exemple de la maladie dont nous nous occupons nous fut fourni, en 1832, par l'autopsie d'un jeune homme mort dans le marasme le plus complet. Considéré comme atteint de phthisie pulmonaire tuberculeuse, nous ne fûmes pas peu surpris, lors de l'ouverture de son corps, de trouver des poumons complètement exempts de tubercules, et réduits à un si petit volume qu'ils n'étaient pas plus gros que le poing, quoiqu'on ne découvrît dans la plèvre ni à l'origine des bronches aucune disposition qui pût rendre raison de cet état.

Nous consultâmes en vain les auteurs modernes qui se sont le plus occupés de maladies de poitrine; nous ne trouvâmes absolument rien qui eût rapport à l'affection qui se présentait à nous. Nous vîmes bien un chapitre intitulé *atrophie*, dans lequel nous eussions pu la placer; mais, dans tous les cas dont il y était question, cet état n'était que consécutif à une lésion organique du poumon ou de la plèvre, tandis qu'ici ces organes étaient sains. Devions-nous la considérer comme une espèce particulière? En aurions-nous été plus avancés? Que signifie ce mot? indique-t-il la maladie qui a attaqué le poumon? n'en exprime-t-il pas plutôt le résultat? Nous rejetâmes donc cette dénomination, nous bornant à constater l'état pathologique de cet organe, et laissant à des recherches ultérieures le soin de nous éclairer à ce sujet.

Il n'est du reste pas inutile de faire connaître les diverses espèces d'atrophie admises par Laënnec et M. Andral; on verra que celle-ci n'avait rien de commun avec elles.

Laënnec regarde l'atrophie du poumon comme dépendant de la pression exercée sur lui, soit par un liquide épanché dans la plèvre, soit par des productions accidentelles développées dans son épaisseur; il n'en connaît pas d'autre; et ici nous ne trouvions aucun liquide dans cette membrane qui était saine, aucune production morbide dans le parenchyme de l'organe.

M. Andral, outre ces trois espèces d'atrophie, en admet une que produit l'oblitération des bronches comprimées par des ganglions lymphatiques engorgés et tuberculeux; une autre qui dépend d'un âge avancé, et qui est caractérisée autant par la diminution du volume de l'organe que par la raréfaction de son tissu et l'ampleur de ses vésicules,

Feuilleton.

LETTRE MÉDICALE SUR PARIS.

Mon cher confrère, la première nouvelle que nous avons à vous annoncer, c'est la nomination de M. Sanson à la chaire vacante de Dupuytren. Vous avez pu vous assurer, par l'analyse des principales phases de cette longue et honorable lutte, que dans cette circonstance, comme dans la plupart des dernières promotions de la Faculté et de l'Académie des sciences, les juges se trouvaient placés dans l'heureuse nécessité de ne pouvoir faire un mauvais choix. M. Sanson, indépendamment de sa capacité propre, était en outre le candidat des élèves et de Dupuytren; on peut donc dire que sa nomination n'a surpris personne. La nomination de tel ou tel autre des concurrens n'aurait pas surpris davantage, car les chances semblaient si également réparties, qu'il suffisait de la plus légère circonstance pour faire pencher la balance. Cette incertitude du résultat est du reste de l'essence même du concours.

Les opérations du scrutin ont offert quelques particularités curieuses. Ainsi, au premier tour de scrutin, sur 11 voix M. Sanson n'a eu que 3 voix, et deux de ses compétiteurs chacun 4, ce qui établissait une forte chance contre le premier et une chance proportionnée en faveur des deux autres; car d'ordinaire, c'est la minorité qui se rallie à la majorité. Au second tour, M. Sanson a eu 8 voix, M. Blandin 3, M. Berard 0; d'où il suit que les 4 voix de M. Bérard et une de celles de M. Blandin se sont jointes aux 3 de M. Sanson. Ce résultat semblerait prouver que les nominations sur concours prennent assez aisément le caractère d'une véritable élection. Ainsi, dans le cas présent, le premier scrutin paraît être considéré comme l'expression de l'opinion des juges, formulée d'après les épreuves; le second résulte plutôt de l'appréciation générale des personnes et de leur mérite relatif, abstraction faite du concours, qui n'est plus alors qu'un incident accessoire dans la délibération. Cela seul explique naturellement comment une des voix de M. Blandin a pu sans contradiction se joindre à celles de M. Sanson. Ce caractère mixte des concours est à peu près inévitable, car il sera toujours impossible, quelques combinaisons de scrutin qu'on adopte, d'empêcher que des élémens de conviction, étrangers au concours, n'existent ou ne s'introduisent dans l'esprit des juges. On peut même croire que sur dix concours il y en a six au moins dans lesquels le caractère électif prédomine. C'est là un fait que nous nous bornons à constater, et qui pourra servir à éclairer la question si controversée du meilleur mode de nomination des professeurs, si jamais on y revient.

qui le font ressembler à un poumon de batracien; il en reconnait enfin une dernière qui est le résultat de l'hypertrophie du tissu cellulaire interlobulaire. Or, chez notre jeune homme, les bronches ne subissaient aucune pression; son âge le mettait à l'abri de l'atrophie sénile, dont les caractères sont du reste très-opposés à ceux que présentaient ses poumons; et nous n'avions aucune hypertrophie du tissu cellulaire. C'était donc une espèce toute particulière d'atrophie qui s'offrait à nous.

Depuis cette époque, nous avons eu l'occasion de rencontrer, parmi les nombreuses autopsies qui se sont faites à Saint-Eloi, plusieurs cas du même genre, sur des individus dont nous avions suivi avec soin la maladie. C'est l'histoire de leur vie, c'est le procès-verbal des lésions qu'ont présentées leurs cadavres, que nous allons donner; les réflexions qu'elles nous ont suggérées les accompagnent.

Mais avant d'entrer en matière, il est indispensable de s'entendre sur le mécanisme de la respiration.

On sait que cette fonction s'exécute au moyen de deux mouvemens : l'un de dilatation de la poitrine, par lequel le vide s'opère et l'air se précipite dans les bronches; l'autre de contraction, dans lequel l'air est expulsé de la cavité pectorale par le retour des parties à leur premier état.

Selon quelques physiologistes, les mouvemens d'inspiration et d'expiration appartiendraient en entier aux muscles extérieurs et au diaphragme : le poumon ne se dilaterait et ne se contracterait que d'une manière tout-à-fait passive, en se bornant à suivre les mouvemens du thorax. D'autres considèrent l'inspiration seule comme passive; tandis qu'ils croient que l'expiration appartient tout à la fois et aux parois thoraciques et aux tuyaux bronchiques, ces derniers se contractant, d'après eux, d'une manière active, et non pas seulement par l'effet de l'élasticité.

Il en est enfin qui attribuent au poumon un mouvement propre d'expansion et de contraction tout-à-fait indépendant des muscles destinés à mouvoir l'enceinte pectorale, opinion qui nous paraît assez probable.

On ne peut guère s'assurer, au moyen du scalpel, des agens de l'expansion propre du poumon; mais il est tant de raisons qui portent à croire que ce phénomène existe réellement, qu'il faut bien admettre, avec plusieurs pathologistes, à défaut d'agens visibles, une propriété vitale analogue à celle qui détermine l'expansion du mamelon, du pénis (1), etc.

Pour ce qui est de la contraction, il est plus facile d'en reconnaître le mécanisme.

Reissessen (2) a découvert sur les ramifications bronchiques, à partir du point où les cerceaux cartilagineux disparaissent, un plan de fibres musculaires, les unes longitudinales, les autres circulaires (3).

Laënnec (4) a vérifié lui-même cette assertion sur des rameaux bronchiques de moins d'une ligne de diamètre; et quoiqu'il n'ait pu les suivre plus loin, il est à croire, dit-il, par analogie, qu'elles existent également dans les petites ramifications et peut-être dans les vésicules elles-mêmes.

M. Andral (1) a constaté plusieurs fois, dans l'état pathologique, l'existence du tissu musculaire sur les parois des bronches.

Leur existence a été admise par Cuvier (2).

Ces détails anatomiques sont appuyés par les considérations suivantes.

Des expériences ont été faites sur des chiens. Un des côtés de la poitrine ayant été ouvert, on a vu les poumons diminuer d'une partie de leur volume, et se dilater et se contracter ensuite alternativement.

A la suite de plaies pénétrantes de poitrine, compliquées d'issue d'une portion du poumon, on a observé (3) que la dilatation et la contraction continuaient dans cette partie herniée.

Chez les vieillards dont les côtes sont soudées aux vertèbres et dont les cartilages sont ossifiés, la respiration ne s'en fait pas moins bien qu'auparavant, pourvu qu'il n'existe pas d'affection pulmonaire. Or, il n'est pas vraisemblable que le diaphragme soit seul chargé de cette fonction.

Ces considérations en faveur de l'extension et de la contraction propres du poumon ne sont pas, ce nous semble, sans quelque valeur. Nous pourrions y en ajouter d'autres que nous puiserions soit dans l'état physiologique, soit dans l'état pathologique; mais nous nous bornerons à quelques-unes de celles qui viennent à l'appui d'une contraction active, que nous avons le plus intérêt de prouver.

Que se passe-t-il, par exemple, dans la coqueluche? Quelle est la cause qui détermine cette suffocation qui accompagne les quintes de toux, et qui disparaît aussi vite qu'elle vient? Appliquez l'oreille sur la poitrine d'un individu atteint de cette maladie, dans les momens où il est tranquille; vous reconnaîtrez que la respiration se fait bien partout, qu'elle est mêlée seulement de quelques râles muqueux ou sibilans. Examinez-le de nouveau pendant la quinte de toux, vous verrez combien il s'est fait de changemens; vous n'entendrez qu'un râle trachéal qui vous annoncera que non-seulement l'air n'arrive pas dans les vésicules pulmonaires et les petites ramifications bronchiques, mais encore qu'il ne dépasse pas leurs troncs d'origine.

N'est-il pas probable, d'après l'état de spasme que présente la toux, qu'il y a contraction spasmodique des divisions bronchiques, et occlusion momentanée de leur cavité? Serait-il raisonnable de l'attribuer à toute autre cause, à une congestion sanguine ou séreuse, par exemple? Pourrait-elle dépendre de la cessation de l'influence nerveuse? Nous ne le croyons nullement. Si cet état était l'effet d'une congestion sanguine ou séreuse, la dyspnée et les symptômes de suffocation se présenteraient avec une certaine gradation et disparaîtraient de même, ce qui n'est pas le cas ici. Ce n'est guère enfin dans une maladie où l'exaltation nerveuse est si évidente, qu'il faut supposer un défaut de cette force. Le traitement seul, du reste, prouve assez la justesse de cette opinion, puisque c'est avec des médicamens qui affaiblissent et l'action musculaire et l'action nerveuse, qu'on obtient le plus de succès.

L'asthme présente encore, dans certains cas, des phénomènes qui ne

(1) Laënnec, Traité de l'Auscultation médiate, t. 2.

(2) Uber ven Ban der Lungen.

(3) Cette disposition, difficile à reconnaitre chez l'homme, est très-prononcée dans le bœuf.

(4) Traité de l'Auscultation, etc., t. 2.

(1) Anatomie pathologique, t. 2.

(2) Anatomie comparée, t. 4.

(3) Roux, Mélanges de chirurgie.

Vous n'apprendrez pas sans étonnement l'étrange débat qui vient d'avoir lieu dans les régions administratives de la médecine. Le conseil d'administration des hospices, peu satisfait à ce qu'il paraît de la part de pouvoir et d'influence que les réglemens existans lui donnent, a essayé d'ajouter à sa juridiction une exorbitante prérogative : il s'agissait tout simplement de soumettre les médecins d'hôpitaux à un nouveau système de pénalité en vertu duquel ils pourraient, suivant leur crime et suivant le degré de clémence de MM. les conseillers, être *admonestés, suspendus* ou *révoqués*. De plus, l'arrêt de condamnation devait être imprimé et distribué, pour que personne n'en ignorât. Vous voyez que ces messieurs n'avaient rien oublié. Heureusement M. le doyen de notre Faculté s'est trouvé là pour résister à cet empiétement de l'autorité administrative, et pour sauver notre profession de ce nouvel affront. Les choses en étaient venues au point qu'il a, dit-on, voulu donner sa démission. Il n'a fallu rien moins que cette énergique détermination pour tempérer un peu l'humeur réglementaire de quelques membres du conseil. M. Dupin, qui dans toutes les circonstances a défendu avec tant de zèle les priviléges et la dignité du corps auquel il appartient, a pensé que le corps des médecins ne devait pas, plus que celui des avocats, être soumis à la férule du pouvoir administratif; il a parlé dans le même sens que M. Orfila; et c'est probablement aux efforts réunis de ces hommes honorables, que nous devons d'avoir échappé à ces fourches caudines. Mais ce qui est différé n'est pas perdu. La proposition n'a pas été abandonnée, mais seulement ajournée jusqu'à plus ample informé. On va reprendre à l'Académie la discussion sur la réorganisation de la médecine : ne serait-il pas à propos que l'Académie exprimât à cette occasion son avis sur le scandaleux régime auquel on prétend nous soumettre? Les rapports des médecins avec l'autorité administrative auraient certes besoin d'être mieux définis et plus convenablement fixés qu'ils ne l'ont été jusqu'ici; et dans un projet général de réorganisation comprenant l'enseignement et l'exercice de la médecine, c'est-à-dire tout ce qui regarde la profession, il est difficile qu'on oublie ce point important.

L'Académie aura aussi à porter son attention sur les moyens à prendre pour réprimer le charlatanisme dont l'impudence dépasse toutes les bornes, et qui est une véritable peste sociale. A voir les affiches dont sont couverts les murs de Paris, on ne se croirait pas dans un pays où il y a des lois destinées à protéger la santé publique. Pour remédier à cette épouvantable exploitation de la crédulité du peuple, il y a deux moyens : 1° soumettre à des peines plus rigoureuses l'exercice illégal de la médecine, et surtout faire exécuter les lois qui punissent ce délit. L'expérience ayant montré de reste que les autorités chargées de ce soin le négligent presque complètement, n'importe par quel motif; il sera utile de proposer au législateur des mesures qui assurent à l'avenir l'exécution de la loi; 2° resserrer par tous les moyens possibles les liens de solidarité entre les médecins d'une ville, d'une commune, d'un département, de manière à tenir en haleine cet esprit de corps qui nous manque, et qui, plus actif et bien dirigé, nous inspirerait une honorable susceptibilité pour tout ce qui peut compromettre non-seulement notre dignité personnelle comme médecins, mais encore celle de nos confrères. Cette surveillance de tous à l'égard de tous mettrait dans les mœurs médicales de la sévérité, de la décence et de la tenue, et nous aurions d'autant moins à craindre le contact des charlatans, que nous en serions plus éloignés.

On parle depuis quelque temps d'un projet qui favoriserait sans aucun doute cette union si désirable. Il s'agit de fonder un cercle ou lieu de réunion où les médecins auraient chaque jour l'occasion de se trouver rassemblés en grand nom-

permettent guère de douter de la contraction spasmodique des extrémités des bronches.

Il nous semble donc assez clair que les poumons jouissent par eux-mêmes, et indépendamment de l'appareil musculaire qui les entoure, d'une force d'expansion et de contraction : la première, admise par analogie et par l'observation de plusieurs phénomènes physiologiques et pathologiques; la seconde, reconnue par ces derniers et par le secours du scalpel. S'il peut y avoir quelque doute pour l'expansion, il ne saurait en exister pour la contraction.

C'est de l'aberration de cette force de contraction que dépend la maladie que nous allons décrire.

Nous avons observé dans la maladie que nous appelons *contracture*, que les poumons, sains en apparence, étaient d'une densité remarquable et privés d'air, bien qu'ils n'offrissent ni hépatisation, ni engouement d'aucune espèce; que leur volume était considérablement diminué, quoiqu'il n'existât dans la plèvre aucun épanchement, soit liquide, soit gazeux; quoique les ganglions bronchiques n'eussent pas accru de volume; qu'on ne trouvât, en un mot, rien qui pût faire regarder cette disposition comme dépendant d'une autre affection. Il n'est guère possible qu'un pareil état ne se soit pas offert à celui qui s'est sérieusement occupé d'anatomie pathologique; mais peut-être n'y a-t-il pas porté assez d'attention, et n'a-t-il fait aucune différence entre un poumon dans de pareilles conditions et celui qui se présenterait à l'état normal. La méprise est, en effet, assez facile, lorsque la maladie n'est pas portée à un haut degré : la couleur est est à peu près la même dans les deux cas; dans l'un comme dans l'autre il y a beaucoup de ténacité, et en même temps de la souplesse. C'est là, cependant, que cessent les ressemblances; car, pour la densité, elle n'est plus la même. Légère dans l'état normal, elle est prononcée dans la contracture, quoiqu'il ne se soit fait dans le parenchyme de l'organe aucune sécrétion morbide, telle, par exemple, que celle qui a lieu dans la pneumonie, l'œdème, etc. Cette densité ne dépend que de l'absence de l'air, et du rapprochement des molécules du poumon par l'effet d'une contraction active.

Saisissez un poumon sain, il crépite, il diminue de volume par l'effet de la pression; prenez un poumon contracturé, la crépitation manque, l'organe ne devient pas plus petit. Nous ne pouvons mieux comparer cet état de poumon qu'à celui qu'il offre lorsqu'il a été comprimé par un épanchement pleurétique; il y a pourtant, outre cette différence que le premier est idiopathique tandis que le second est symptomatique, celle que le poumon comprimé par un épanchement est aplati et recouvert de fausses membranes, tandis que le poumon contracturé présente une forme qui est celle de l'état naturel, et qu'enfin la plèvre qui le recouvre est parfaitement saine.

En résumé, un poumon contracturé ne diffère, au premier aspect du moins, d'un poumon sain que par l'absence de l'air, une plus grande densité et un plus petit volume. Si on poussé plus loin l'examen et que l'on passe à la vérification des divers systèmes qui entrent dans sa composition, on trouve que la membrane muqueuse des bronches présente des traces de phlogose, et que la cavité de ces conduits est effacée dans leurs dernières divisions.

Mais que s'est-il donc passé dans l'organe respiratoire, et quelles sont les causes qui ont déterminé les changemens qui y sont survenus?

Nous répondrons à cette question que, puisqu'il n'y a point d'air dans l'intérieur du poumon, et que sa densité a augmenté sans qu'il se soit passé aucun phénomène qui ait accru le nombre des molécules qui le composent, ou les ait rapprochées mécaniquement, il faut bien admettre forcément qu'il y a eu resserrement, contraction des divisions bronchiques et de tout l'appareil vasculaire et celluleux qui l'accompagne. Quant à la manière dont tout cela s'est fait, nous ne pouvons que l'attribuer à une modification de la sensibilité de l'appareil nerveux pulmonaire, survenue à l'occasion de la phlogose de la muqueuse bronchique, et sous l'influence de laquelle les fibres musculaires qui entrent dans la composition de la tunique extérieure se sont contractées spasmodiquement, et ont déterminé, par la durée de cet état : les unes (les fibres circulaires), l'oblitération des cavités bronchiques dans les petites divisions; les autres (les fibres longitudinales), la rétraction de l'organe vers la trachée-artère. De là, expulsion de l'air du poumon, condensation de ses molécules, et réduction du volume de l'organe, qui n'en conserve pas moins sa forme et sa ténacité.

Que la structure apparente des bronches ne fasse pas croire que leur cavité ne peut s'effacer. On sait fort bien que la substance fibro-cartilagineuse manque à une certaine profondeur, et que là la tunique extérieure musculeuse est en contact immédiat avec la muqueuse.

Il est, du reste, dans la composition des bronches, une circonstance qui doit singulièrement favoriser cet état spasmodique; c'est le grand nombre de filets nerveux qui se distribuent à ces conduits. Bichat en avait été tellement frappé, qu'il avait proposé de changer le nom de *nerf vocal* ou *vague* pour celui de *nerf bronchique*.

S'il est enfin une chose qui puisse nous étonner, ce n'est point l'existence de cette maladie, mais bien qu'elle ne soit pas plus fréquente qu'elle ne l'est.

On conçoit facilement tout ce qu'un pareil état doit amener de désordre dans l'hématose, et par suite dans les nutritions. D'abord, le sang devra cheminer avec moins de facilité et en plus petite quantité dans les vaisseaux du poumon, qui subissent une constriction notable, surtout dans le système capillaire; secondement, lors même que le sang n'éprouverait aucun obstacle dans son cours, il ne pourrait éprouver le contact de l'oxigène atmosphérique, puisque les extrémités bronchiques sont resserrées sur elles-mêmes de manière à s'opposer à l'introduction de l'air.

Si un pareil changement dans la structure des poumons arrivait subitement, il y aurait certainement asphyxie; mais s'il n'a lieu que d'une manière plus ou moins insensible, graduée, les conséquences n'en seront pas aussi brusques, aussi tranchées. Dans ce dernier cas, il y a probablement d'abord une légère congestion par l'obstacle que le sang éprouve à passer du système artériel dans le système veineux pulmonaire; mais comme il se fait chaque jour moins de sang, qu'il en rentre moins dans les cavités droites et qu'il en est moins poussé vers les poumons, cette congestion diminue en proportion et finit même par disparaître, la masse de ce liquide s'étant mise en rapport avec l'étendue des surfaces respiratoires.

Les nutritions doivent se ressentir de cette modification de l'hématose : devenant chaque jour moins complètes, elles laissent tomber le corps dans la maigreur et le marasme.

La contracture des poumons offre des différences par rapport à

---

bre, et par conséquent de se connaître et d'établir entre eux des rapports plus etendus et plus generaux. Ce cercle serait organise à l'imitation de ceux des negocians, des notaires, des hommes de loi et de plusieurs autres professions. Le prospectus qui en a ete distribué developpe avec justesse les principaux motifs de cette institution dont l'idee ne peut qu'être accueillie avec beaucoup d'empressement.

Le tribunal de Rouen, le même qui condamna M. Thouret-Noroy, vient de rendre un arrêt tout opposé dans une affaire semblable. Il s'agissait d'une jambe cassée qui, au dire du plaignant, le sieur Roy, n'avait pas été soignée d'après toutes les règles de l'art, si bien que le mollet, au lieu de se trouver par derrière comme c'est l'usage, se trouvait par devant. En conséquence le sieur Roy refusait de payer à M. Dubuc, son médecin, la somme de 300 fr. que celui-ci reclamait pour ses honoraires, et de plus demandait 1,200 fr. de dommages-intérêts, et une rente viagere de 680 fr.

Le tribunal de Rouen, mieux inspire cette fois que dans l'affaire de M. Thouret-Noroy, ne s'en est pas tenu à des dépositions de paysans, il a demandé une enquête médicale qui a été toute en faveur de M. Dubuc. Les médecins et chirurgiens consultés ont declare que la difformite dont se plaint le sieur Roy, ne provenait nullement du vice du traitement mis en usage, mais bien de la gravite de la fracture, gravite telle que le malade devait s'estimer heureux d'avoir conserve sa jambe, qu'on aurait pu amputer sans être taxe d'impéritie.

Le tribunal jugeant conformément à cette décision de MM. Flaubert, Blanche et Couronné, medecins et chirurgiens des hôpitaux de Rouen, a debouté Roy de sa demande en dommages-intérêts, et l'a condamné à payer au médecin les 300 fr. par lui réclamés et 100 fr. en sus en compensation de son accusation calomnieuse.

Ce qui nous étonne en ceci, c'est que ce même tribunal, qui a si bien procédé dans cette circonstance, ait cru pouvoir, dans l'affaire Thouret-Noroy, se passer de l'avis des médecins, et prononcer *motu proprio* sur une question chirurgicale bien autrement difficile à juger, puisqu'il s'agissait d'une tumeur anévrismatique, ou prétendue telle. Il n'est pas moins surprenant que les médecins et chirurgiens, consultés en cette circonstance, soient précisément les mêmes dont les juges de Rouen ne voulurent ni écouter, ni adopter l'avis dans le procès Noroy.

Un concours qui promet d'être aussi brillant que celui qui vient de se terminer s'ouvrira prochainement. Il s'agit cette fois d'une chaire d'anatomie. Deux des concurrens au dernier concours, MM. Bérard et Blandin, se présenteront encore à celui-ci, et se trouveront en présence de leur ancien maître, M. Breschet. D'après la marche adoptée dans les nominations, il est plus que probable que M. Breschet, dont les titres antérieurs sont si abondans et si importans, sortira vainqueur de la lutte. Empressons-nous pourtant de dire que M. Breschet n'aurait pas besoin de ces titres et de ces précedens pour soutenir avec éclat, et très-probablement avec succès, les chances d'un concours. Parmi les hommes désignes par l'opinion au professorat, M. Breschet est un de ceux dont nous appuierons la candidature avec le plus d'empressement. Nous voulons seulement vous faire remarquer que les résultats des concours sont le plus souvent à peu près connus d'avance, et ne dependent pas uniquement des épreuves; ce mode de nomination se rapproche assez de l'élection pure et simple.

Nous avions l'intention de vous égayer par le récit des nouveaux exploits de

son étendue. Nous l'avons vue dans certains cas occuper la totalité des deux organes, tandis que dans d'autres elle se bornait à l'un d'eux.

On doit être prévenu qu'il est des circonstances où la contracture peut être facilement méconnue. C'est ce qui a lieu lorsque le poumon présente à sa partie postérieure ou inférieure un engouement, résultat de l'agonie ou de la position du cadavre. On est porté, dans ce cas, à attribuer à la même cause et l'engouement des parties postérieure et inférieure, et la plus grande densité du restant de l'organe, effet de la contracture, tandis qu'avec un peu d'attention on ferait la part de chacun de ces états. Il est probable que dans ces circonstances la constriction des vaisseaux n'était pas très-forte, que la contracture n'était pas portée à un haut degré; car sans cela l'engouement n'aurait probablement pas eu lieu.

La contracture des poumons diffère des autres maladies de ces organes, qui semblent offrir pendant leur durée une contraction spasmodique des ramifications bronchiques, en ce que dans celles-ci la mort fait, dans presque tous les cas, disparaître toute trace de cette contraction et que le poumon paraît parfaitement sain avec son volume ordinaire; tandis que dans la contracture les effets de cette contraction persistent même après la mort, et le poumon s'offre rapetissé, racorni, incapable de reprendre par l'insufflation son premier volume, si la maladie est ancienne; susceptible d'y revenir en plus ou moins grande partie, si elle n'a pas eu une longue durée. Elle en diffère encore par ses symptômes.

Cette maladie consiste, nous le répétons, en une inflammation de la muqueuse des bronches, compliquée de la contraction spasmodique de ces conduits, contraction qui agit à peu près continuellement et tend chaque jour à diminuer de plus en plus le volume de l'organe.

La contracture des poumons n'a pas toujours la même marche : tantôt elle se présente sous la forme aiguë; tantôt prenant un caractère chronique, elle donne lieu à une série de symptômes qui constituent une véritable consomption pulmonaire; c'est celle-ci que nous appellerons phthisie par contracture.

I. DE LA CONTRACTURE DES POUMONS A L'ÉTAT AIGU.

OBS. I. — Le nommé Bennès, d'une forte constitution, âgé de 20 ans, et soldat depuis quelques jours, entre à l'hôpital Saint-Eloi le 24 novembre 1834. Il vient de faire, par un temps affreux, un voyage de deux semaines, que le chagrin de quitter son pays n'a pu que rendre plus pénible. Les traits de son visage sont altérés, la pâleur y règne. Plusieurs tumeurs se sont développées depuis son arrivée : une sur le coude-pied gauche, douloureuse et n'offrant qu'une rougeur légère; deux autres sur la partie postérieure de la cuisse du même côté, un peu plus rouges, plus fermes, mieux circonscrites et presque indolentes; une quatrième enfin à la partie postérieure du talon gauche. La chaleur est modérée, la langue humide et blanchâtre, l'appétit nul; le pouls fréquent, vif, peu développé.

(Prescription. Diète, tisane de bourrache miellée, bain général.)

25 novembre. La tumeur du coude-pied augmente de volume, s'étend vers la jambe; celles de la cuisse diminuent. Même état du pouls; respiration tant soit peu fréquente; toux légère, sèche, rare.

(Bouillon, bourrache miellée.)

Le soir, rétention d'urine. (Le cathétérisme donne une demi-pinte d'urine.)

26 novembre. Nouvelle tumeur à l'avant-bras gauche occupant ses deux tiers inférieurs; elle est indolente, rosée, diffuse, et conserve l'impression du doigt comme dans l'œdème. L'extrémité de l'indicateur du même côté offre un gonflement brunâtre avec douleur et tension (ce doigt a été autrefois mutilé). La tumeur du talon a pris une couleur violacée; on y perçoit la fluctuation; elle donne lieu à une vive douleur. Anxiété; pouls fréquent, vif, peu développé; même état de la respiration et de la toux.

(Bouillon, bourrache miellée, cataplasmes sur les parties tuméfiées; ouverture de la tumeur du talon avec la lancette, issue d'une cuillerée de matière peu épaisse et d'un rouge lie de vin; la douleur se calme.)

27 novembre. La tumeur de la jambe et du coude-pied a diminué sensiblement; celles de la cuisse ont presque entièrement disparu. L'avant-bras gauche est dans le même état; l'extrémité de l'index offre de la fluctuation. Le visage est toujours pâle, altéré; le pouls fréquent et peu développé; le malade demande du vin chaud pour lui donner des forces.

(Même prescription. La tumeur de l'index, ouverte avec la lancette, fournit une matière semblable à celle du talon.)

A huit heures et demie du soir, le malade est couvert d'une sueur visqueuse et presque sans pouls; les extrémités sont froides.

(Potion avec un gros de résine-quina et 20 gouttes d'éther, à prendre en trois fois. sinapismes aux jambes.)

28 novembre. Vers quatre heures du matin, le malade semble mieux, il demande à boire; une heure après, il meurt.

AUTOPSIE VINGT-SEPT HEURES APRÈS LA MORT.

Thorax. Ancienne adhérence de la partie supérieure et latérale de la plèvre costale du côté droit avec le poumon; partout ailleurs cette membrane est parfaitement saine, quoiqu'elle contienne dans sa partie inférieure une demi-pinte de sérosité sanguinolente.

Le poumon du même côté, réduit dans son volume, offre au toucher, dans son lobe inférieur, la sensation de quelque gaz ou d'un liquide profondément situé dans son épaisseur. L'incision de cette partie donne issue à 2 onces environ d'une matière diffluente assez épaisse, couleur chocolat, sans odeur, et entraînant avec elle quelques débris de la substance pulmonaire; des gaz inodores s'échappent en même temps. Les parties qui environnent cet abcès présentent quelques petits noyaux d'hépatisation; partout ailleurs, à l'entour de l'abcès, elles sont ramollies et se réduisent en bouillie sous la plus légère pression. Le tiers supérieur du poumon est privé d'air, ne crépite pas, et présente, avec la ténacité ordinaire, une densité que l'on ne peut attribuer ni à l'engouement ni à l'hépatisation; entre cette partie et le lobe inférieur l'organe est engoué de sang.

La plèvre du côté gauche est parfaitement saine, sans adhérence et sans épanchement.

Le poumon du même côté a tout au plus le quart de son volume ordinaire, quoiqu'il n'ait pas subi de pression; il est entièrement privé d'air, conserve sa forme normale et sa ténacité. En le pressant sur tous les points, on sent à peine une légère crépitation. A cela près, il est dans l'état naturel, ne présentant ni engouement d'aucune espèce, ni hépatisation. L'insufflation lui redonne une grande partie de son volume.

Des incisions profondes faites en tout sens ne font découvrir aucune production morbide, et ne déterminent point l'issue de cette sérosité spumeuse qui s'en écoule ordinairement.

La muqueuse bronchique des deux poumons est injectée.

Les ganglions qui entourent l'origine des bronches sont à l'état normal.

L'ouverture des deux cavités pectorales n'a donné issue à aucun gaz.

Caillots fibrineux dans les cavités droites du cœur, qui contiennent en outre du sang caillé et liquide; un peu de sérosité dans le péricarde.

Abdomen. Foie volumineux, mais sain.

Rate d'une pâleur remarquable.

Le rein gauche offre un peu de pus dans deux de ses calices; il est, du reste, complètement exsangue. Celui du côté droit est d'une couleur violacée.

Vessie à l'état sain; elle contient un peu de pus descendu probablement des reins.

L'estomac et le restant du tube digestif n'offrent rien de particulier, si ce n'est une forte injection arborisée et pointillée dans la partie inférieure de l'intestin grêle.

Cette première observation présente un exemple de contracture du poumon gauche bien franche, bien tranchée. Cet organe est réduit

---

l'orthopédiste angevin, qui, ainsi que nous l'avions prédit, fait payer cher à l'Académie l'imprudence qu'elle a eue de se mêler de ses affaires. Mais cela nous entraînerait un peu trop loin. Sachez seulement qu'il prétend avoir été couronné en pleine Académie pour son *admirable découverte*. Oh! le digne homme!

— *Cours de l'anatomie et de l'histoire naturelle de l'homme.* M. Flourens, membre de l'Académie royale des sciences, ouvrira son cours mardi 15 mars 1836, à midi précis, dans l'amphithéâtre du Muséum, et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivans, à la même heure.

Ce cours devant être un cours complet d'anthropologie, le professeur traitera successivement : 1° de l'étude des organes de l'homme, ou de son anatomie; 2° de l'étude de ses fonctions, ou de sa physiologie; 3° de l'étude de ses diverses races, ou de son histoire naturelle. Il traitera cette année de la génération, de l'ovologie et de l'embryologie.

— *Anatomie clastique.* Dimanche dernier, 6 mars, le docteur Auzoux a commencé chez lui, rue du Paon, n. 8, son cours d'anatomie philosophique. Comme les années précédentes, il montrera sur ses préparations d'anatomie clastique toutes les parties qui entrent dans la composition du corps humain; il en fera comprendre le jeu et le mécanisme; il expliquera comment s'opèrent les principales fonctions de la vie, et comment ces fonctions peuvent être modifiées ou anéanties par la lésion ou la destruction des organes. Ce cours, spécialement consacré aux gens du monde, sera continué tous les dimanches jusqu'au 17 avril.

— La traduction du *Traité général d'anatomie comparée* du célèbre J.-F. Meckel, l'ouvrage le plus complet et le mieux ordonné sur cette importante matière, avait été interrompue en 1830 par les événemens, qui ne permirent point aux éditeurs de ce grand travail de le continuer. Mais il importait à la science qu'un ouvrage aussi essentiel fût terminé, et nous avons la satisfaction de faire connaître à nos lecteurs qu'il le sera dans un bref délai. Le septième volume, qui paraît aujourd'hui chez M. Charles Hingray, renferme l'anatomie spéciale, une suite de chapitres dont le titre seul suffit à faire comprendre tout l'intérêt scientifique, tels que les premier et deuxième organes de la locomotion; appareil digestif; insectes à métamorphoses; insectes sans métamorphoses, etc.

— *Traité de médecine légale* par M. Orfila, doyen et professeur à la Faculté de médecine de Paris, membre du conseil royal de l'instruction publique, du conseil général du département de la Seine, du conseil général des hospices, du conseil académique, du conseil de salubrité, médecin consultant du roi, membre correspondant de l'Institut, membre de l'Académie royale de médecine, de la société d'émulation, de chimie médicale, etc. : 3e édition revue, corrigée et considérablement augmentée, suivie du *Traité des exhumations juridiques*. Paris, 1836. 4 forts volumes in-8° et atlas composé de 26 planches dont 7 coloriées. Prix 33 fr.

Nota. Le troisième volume contient les poisons, et le quatrième les exhumations juridiques. Les trois premiers volumes, avec l'atlas, se vendent séparément 24 fr.; le quatrième, seul, 10 fr.—Bechet jeune, libraire de la Faculté de médecine, rue de l'Ecole-de-Médecine, n. 4.

considérablement de volume; quoiqu'on ne puisse attribuer cette diminution ni à un épanchement liquide ou gazeux, ni à une hypertrophie des ganglions bronchiques, ni enfin à un développement de productions accidentelles dans son épaisseur; sa forme, sa couleur, sa ténacité sont dans l'état normal, mais sa densité est plus grande; la plèvre qui le recouvre est parfaitement saine, tout comme dans le reste de son étendue. On le comprime, il ne crépite pas, ne perd rien de son volume déjà si réduit; on n'y trouve pas le moindre engorgement, soit sanguin, soit séreux. Peut-on dire que cet organe n'a pas souffert? Est-ce dans cet état que l'on trouve les poumons des individus morts sans affection aucune de ce côté?

Il suffit d'énoncer ces questions pour que les détails que nous venons de donner démontrent que la disposition de cet organe n'est point naturelle, et qu'elle constitue cette altération particulière que nous avons appelée *contracture*.

L'affection du poumon droit était plus compliquée, peut-être était-il aussi atteint de contracture; mais l'abcès qu'il contenait d'une part, et de l'autre l'épanchement pleurétique, devaient avoir eu sur son état une influence qu'on ne pouvait mettre en doute, et qu'il eût été fort difficile d'isoler de celle qui provenait de la contracture. Cet abcès eût pu être considéré comme gangréneux, si on n'en eût jugé que par la couleur de la matière qui le formait; mais le défaut d'odeur des gaz qui s'échappèrent nous montra qu'il ne devait pas être regardé comme tel.

L'insufflation, en rendant à ce poumon la presque totalité de son volume, nous prouva que la contraction de la tunique musculeuse n'avait pas fait perdre à ses fibres une de leurs propriétés, l'extensibilité. Tout rentrait dans l'état naturel, à l'exception près de la phlogose des bronches.

Certes, ces deux poumons étaient gravement atteints, surtout celui du côté droit; et pourtant quels furent les symptômes qui annoncèrent cette lésion? Que de différence entre ces symptômes et la cause! De la toux, un peu de fréquence dans la respiration, voilà tout ce qu'on observe.

Mais une remarque qui ne doit pas échapper, c'est l'état général du malade, qui présenta dès son entrée une anxiété qui annonçait un grand trouble dans l'économie, un ébranlement profond du système nerveux: ce qui ne peut surprendre, lorsqu'on songe aux circonstances dans lesquelles il se trouvait; il venait de quitter son pays natal qu'il n'abandonnait qu'avec regret, et avait dû faire par un temps affreux un long voyage. N'est-ce pas à cette double influence physique et morale qu'il faut attribuer et la maladie et le caractère nerveux qu'elle a présenté?

On pourrait être étonné que, dans une affection qui eût aussi peu de durée, et dans laquelle les poumons devinrent si promptement impropres à recevoir le sang destiné à être artérialisé, il ne se fût pas manifesté des symptômes résultant de l'obstacle survenu dans le cours de ce liquide, tels que céphalalgie, rougeur de la face; qu'on n'eût pas observé, en un mot, les avant-coureurs de l'asphyxie. Cet étonnement serait fondé, si on n'avait égard à l'état du système nerveux, de ce régulateur du système vasculaire, qui, par l'influence qu'il a sur lui, dirige tous ses mouvemens; car tout ce qui excite le système nerveux augmente l'action du système vasculaire, tandis que celle-ci diminue ou devient même presque nulle si le premier est gêné, opprimé. N'est-ce pas sous l'influence de ce système que le cœur et les vaisseaux suspendent leur action dans la syncope, et que le besoin de respirer semble disparaître? Or, chez Bennés, ce système avait reçu, comme nous l'avons déjà dit, une impression fâcheuse qui se fit sentir sur le système circulatoire; aussi les poumons, malgré cette contracture qui les rendait à chaque instant moins perméables à l'air et au sang, purent-ils remplir sans trop de peine des fonctions devenues moins pénibles par le trouble et l'inertie des vaisseaux.

Obs. II. — Une femme, âgée de 60 ans, d'une constitution délabrée, est reçue à l'Hôtel-Dieu Saint-Eloi, le 25 juin 1833. Elle est atteinte, depuis deux jours, d'un érysipèle qui occupe la face et la partie voisine du cou; la chaleur de la peau est augmentée; le pouls fréquent, médiocrement développé; la langue couverte de mucosités jaunâtres. Les jours suivans, la maladie continue à faire des progrès: l'érysipèle gagne le cuir chevelu; du délire survient.

Le 29 juin, il reste à peine un peu de rougeur à la face; le délire n'a lieu que par momens, mais la respiration a pris de la fréquence, il est survenu de la toux.

2 juillet. La respiration a été chaque jour de plus en plus pénible; la toux, sans être très-fréquente, a cependant fatigué la malade; les crachats sont muqueux, légèrement jaunâtres. La percussion a donné un son naturel dans le principe, d'une sonoréité remarquable vers la fin. L'auscultation a fait reconnaître que la respiration, d'abord peu expansive, n'avait pas tardé à prendre le caractère bronchique et qu'elle était devenue chaque jour plus faible. Il n'y a plus de trace d'érysipèle à l'intérieur.

3 juillet. Elle meurt.

A l'autopsie, on trouve une légère infiltration séro-albumineuse de la pie-mère, de la partie supérieure du cerveau, ainsi qu'un peu de sérosité trouble à la base du crâne.

Les poumons sont très-petits, accolés à la colonne vertébrale; leur forme est naturelle, leur couleur d'un gris légèrement rougeâtre. On les comprime, ils ne crépitent presque pas, ne diminuent pas de volume: ils offrent une densité qui n'est point naturelle à ces organes, et qu'on ne peut attribuer ni à l'hépatisation, ni à aucune espèce d'engouement. A leur partie postérieure seulement, on remarque un peu d'engorgement sanguin, qui doit être l'effet de la position du cadavre. L'insufflation leur rend la presque totalité du volume ordinaire.

La membrane muqueuse de la trachée et des bronches est injectée, légèrement tuméfiée.

Les plèvres sont saines et sans épanchement, soit liquide, soit gazeux.

Les viscères abdominaux n'offrent rien de particulier.

Cette observation nous présente un cas nouveau de contracture affectant les deux poumons. On ne saurait l'y méconnaître: raccourcissement, densité de l'organe, absence de l'air, conservation de la forme et de la ténacité normales, voilà les caractères que nous avons donnés de cette affection; tous s'y trouvaient. Aucun d'eux n'est symptomatique; point de trace d'inflammation qui ait pu augmenter la densité; point d'épanchement dans la plèvre qui ait pu diminuer le volume.

A quoi donc attribuer ce raccourcissement, cette condensation du poumon, cette absence d'air, si ce n'est à la contraction spasmodique prolongée des ramifications bronchiques qui a occasioné ce mouvement concentrique de l'organe? Il existait bien un peu d'engouement sanguin à la partie postérieure des deux poumons; mais on ne peut l'attribuer qu'à la position du cadavre: cette circonstance ne peut rien changer au caractère de la maladie.

Cette affection est survenue, comme la précédente, dans le cours d'une maladie aiguë; elle a contribué à en déterminer le fâcheux dénouement; probablement même qu'elle a été une cause bien plus puissante de mort que l'affection des méninges, qui n'était pas portée à un haut degré. On conçoit fort bien, en effet, que ce resserrement des bronches s'opposant chaque jour de plus en plus à l'oxigénation du sang veineux, il soit survenu un moment où les divers organes de l'économie ont manqué de ce stimulus qui leur est nécessaire et qui ne peut leur être fourni que par le sang artériel.

Il paraît à peu près probable que cette affection des poumons doit être attribuée à la rentrée de l'érysipèle, qui se porta sur la membrane muqueuse bronchique. Nous ne serions pas éloignés de croire qu'il existait déjà quelque inflammation chronique de cette membrane, en vertu de laquelle l'exanthème aurait été appelé sur ce point. Ce qui nous porte à émettre cette opinion, c'est la fréquence des affections de la membrane muqueuse des bronches chez les vieillards, où surviennent une foule de fluxions qui, à une époque moins avancée, se seraient faites à l'extérieur. Tous les mouvemens de la vie, chez eux, soit hygides, soit morbides, semblent abandonner la périphérie pour se concentrer sur les organes des cavités splanchniques. Nous sommes confirmés dans cette idée par cette considération, que si nous ne pouvions rapporter la rétrocession de l'érysipèle à une inflammation déjà existante de la muqueuse bronchique, nous aurions une exception à cette loi pathologique en vertu de laquelle une maladie aiguë qui frappe diverses membranes de l'économie, n'attaque jamais que celles qui ont une structure semblable. C'est ainsi que l'on voit les synoviales des articulations affectées simultanément ou successivement, à l'exclusion des muqueuses ou de la peau; tandis que d'autres fois les muqueuses seules seront frappées, comme cela a lieu dans les affections catarrhales, où il y a tout à la fois fluxion sur les muqueuses des fosses nasales, des yeux, du tube digestif, etc. Il était bien plus conforme à ces lois pathologiques que l'érysipèle passât de l'arachnoïde à la plèvre, ou les atteignît simultanément, que de voir une séreuse et une muqueuse atteintes de la même affection.

Les symptômes que nous fournit cet état des bronches furent de la toux et une gêne croissante dans les mouvemens d'inspiration: aucune douleur ne fut accusée par la malade. Ils ne suffisaient certainement pas pour reconnaître ce qui se passait à l'intérieur; les signes physiques fournis par l'auscultation et la percussion eussent bien pu nous aider; mais ceux-ci ne sont pas eux-mêmes, dans ce cas, tellement caractéristiques qu'on ne pût les rapporter à telle ou telle autre affection pulmonaire.

Il nous paraît suffisamment démontré, par ces deux observations, qu'il est des maladies aiguës dans lesquelles l'inflammation ou la fluxion fixée sur les bronches est accompagnée de la contraction spasmodique de la tunique musculeuse de ces conduits, contraction qui donne lieu à leur resserrement et au raccourcissement du poumon. Attribuer cet état à une modification de la sensibilité de l'appareil nerveux pulmonaire, nous a semblé tout aussi simple, tout aussi naturel que la possibilité de cette modification par des causes diverses.

Les seuls symptômes que nous avons signalés sont la toux et la gêne croissante de la respiration ; aucune douleur ne fut accusée par les malades. Chez la femme, la percussion de la poitrine fit entendre un son plus sonore que dans l'état normal ; on reconnut, par l'auscultation, une respiration de moins en moins expansive, d'un caractère bronchique de plus en plus prononcé, entremêlée de râles muqueux ou sibilans. On eût probablement trouvé chez Bennés des signes semblables du côté gauche, si on se fût douté que la poitrine fût aussi gravement atteinte ; mais il y eut, comme nous l'avons dit, une nullité presque si complète de symptômes de ce côté, qu'on ne songea ni à l'auscultation, ni à la percussion.

Nous n'observâmes chez aucun des deux les symptômes ordinaires qui annoncent un obstacle à l'abord du sang dans les poumons ; point de céphalalgie prononcée, point de rougeur à la face. Nous en avons fait connaître la raison chez Bennés. Quant à la femme, l'état délabré de sa constitution suffisait bien pour l'expliquer, s'il n'existait même chez elle les causes que nous avons signalées chez le premier, ce dont nous ne pûmes nous assurer.

Ne pourrait-on pas supposer que cette contracture était cadavérique ; qu'elle ne s'était formée qu'après la mort, sous la même influence que ces contractions que l'on observe sur les muscles et qui leur donnent ces raideurs si difficiles à vaincre? Nous ne le pensons pas. La roideur des membres est commune à presque tous les cadavres, tandis que la contraction du poumon ne s'observe que rarement ; et d'ailleurs, pour l'attribuer exclusivement à la mort, il faudrait qu'il n'existât pas d'autres circonstances capables de la développer, ce qui n'était pas ici le cas. Nous croyons donc que la contracture s'était manifestée pendant la vie, tout en admettant qu'elle avait bien pu augmenter après la mort, par une aptitude déjà acquise ; explication, du reste, qui contribuerait à faire comprendre pourquoi les poumons se trouvèrent presque complètement impropres à recevoir le moindre volume d'air.

Il est évident que le pronostic de cette affection doit être fort grave, puisqu'elle tend à suspendre les fonctions d'un organe dont le concours est si nécessaire pour l'entretien de la vie.

On ne confondra pas avec la contracture cette maladie connue sous le nom de *pneumo-thorax*, dans laquelle le poumon est atrophié par le développement de gaz dans l'intérieur de la plèvre. Dans le pneumo-thorax, les gaz ne se forment qu'à la suite d'une lésion organique du poumon, ou de son enveloppe séreuse, ou d'un épanchement liquide ; tandis que dans la contracture la plèvre est saine, sans épanchement, et le poumon n'est pas matériellement affecté. On a bien parlé de pneumo-thorax survenus sans aucune lésion de l'organe respiratoire ou de son enveloppe, et qui ont donné lieu à une mort presque subite ; mais ces cas sont excessivement rares, et nous croyons même qu'on n'en connaît qu'un seul, dépourvu de détails suffisans, et qui n'était peut-être autre chose qu'une contracture.

Voici ce cas qui fut communiqué à Laënnec et qu'il rapporte en ces termes (1) : « Mon ami le professeur Récamier a eu dans ses salles à l'Hôtel-Dieu, en 1814, un homme d'environ 60 ans, un peu obèse, qui y entra pour une affection qui ressemblait à une attaque d'asthme. La face était tuméfiée, les joues violettes, le front couvert de sueur, les pieds froids et infiltrés ; le pouls petit, dur, fréquent et intermittent ; les battemens du cœur forts et irréguliers ; la dyspnée était extrême, et il y avait une petite toux très-fatigante ; la poitrine vaste et bombée résonnait parfaitement. Le malade succombe au bout de peu de jours, dans un état de suffocation. Une grande quantité d'air s'échappe à l'ouverture de chacun des côtés du thorax. Les poumons, accolés à la colonne vertébrale et raccourcis au point de n'avoir plus que le volume de la main, étaient desséchés à la surface ; ils étaient à cela près sains et encore un peu crépitans. Les plèvres, d'ailleurs saines, étaient dans beaucoup de points détachées des parois thoraciques par des hulles d'air développées dans le tissu cellulaire subjacent ; il y avait en outre une légère hypertrophie avec dilatation du cœur. »

Laënnec considère la mort qui frappa cet individu comme le résultat de la compression du poumon par les gaz développés dans la plèvre, et il se fonde pour cela sur la quantité qui en est sortie lors de l'ouverture du thorax. Nous croyons (qu'il nous soit permis de le dire) que Laënnec n'a pas bien saisi la scène pathologique qui s'est passée dans la poitrine, et qu'il a pris un phénomène secondaire pour le phénomène principal, qui a été, selon nous, la contracture du poumon à la suite de l'inflammation de la muqueuse bronchique.

Nous avons en faveur de notre opinion la toux dont le malade était tourmenté, qui doit plutôt faire supposer la phlogose des bronches qu'un pneumo-thorax simple, dont elle n'est pas considérée par Laënnec lui-même comme un symptôme essentiel (1) ; et de plus, l'impossibilité d'expliquer comment il aurait pu se développer dans les plèvres une assez grande quantité de gaz pour réduire autant le volume des poumons. Il n'y aurait rien de plus simple, s'il eût existé un épanchement de liquide, ou quelque affection de l'un ou l'autre de ces organes capable de leur donner naissance ; mais on ne trouva rien de tout cela. Et bien que nous sachions que l'on rencontre assez souvent des gaz dans les membranes séreuses parfaitement saines, comme ils n'y sont jamais qu'en petites quantités, nous ne pouvons admettre un cas particulier où il s'en serait formé de si considérables, tout étant dans l'état naturel. Nous ne devons regarder cette production aériforme que comme dépendante de la contraction, du raccourcissement du poumon, qui, laissant un vide dans la poitrine, a facilité la vaporisation de l'exhalation pleurale.

L'état des poumons était, du reste, celui que nous avons rattaché à la contracture ; ils étaient accolés à la colonne vertébrale, et raccourcis au point de n'avoir plus que le volume de la main. A cela près, ils étaient sains et encore un peu crépitans.

Une maladie qui marche avec autant de rapidité et dont les progrès sont continuels, ne saurait être confondue avec l'asthme, dont la durée est éminemment chronique ; qui présente des accès plus ou moins rapprochés, entre lesquels celui qui en est atteint jouit d'une parfaite santé, et qui cause bien peu souvent la mort. Dans la première de ces maladies, nous avons trouvé le poumon constamment raccorni ; dans la seconde, il se présente à l'état normal ; on ne connaît que quelques cas, excessivement rares, à la suite desquels l'organe s'est offert rapetissé et rapproché de la colonne vertébrale. Une altération cependant assez constante dans l'asthme, reconnue même par ceux qui prétendent n'avoir pas trouvé le siége matériel de la maladie après la mort, est la tuméfaction de la membrane muqueuse, indice presque certain d'une inflammation chronique.

(La seconde partie au prochain numéro.)

CHIRURGIE PRATIQUE.

SOUVENIRS CLINIQUES DE L'HÔPITAL SAINT-LOUIS, par J.-F. MALGAIGNE, professeur-agrégé, chirurgien du bureau central des hôpitaux, chirurgien par intérim à cet hôpital en 1835.

(Voir le numéro du 23 janvier.)

II. SUR UNE COMPLICATION PEU CONNUE DE QUELQUES GRANDES OPÉRATIONS.

Je veux maintenant appeler l'attention sur une complication très-peu connue des chirurgiens, car je n'en ai trouvé aucune mention ni dans les ouvrages les plus estimés, ni dans les cliniques les plus largement professées ; et dans deux cas assez analogues pour le résultat à l'observation que je vais rapporter, la cause de la mort a échappé à M. Roux et à Dupuytren. Il s'agit de l'asphyxie par accumulation de liquide spumeux dans la trachée ou dans les bronches : sujet beaucoup mieux connu des médecins, depuis les belles recherches de M. Piorry. Sa gravité ne saurait d'ailleurs être révoquée en doute ; elle tue en quelques heures et presque inopinément les opérés dont l'état semblait offrir les chances les plus favorables.

CANCER ÉNORME DE LA BASE DE LA MACHOIRE ; EXTIRPATION ; ÉTAT SATISFAISANT DURANT TROIS JOURS ; MORT AU QUATRIÈME JOUR PAR ACCUMULATION D'ÉCUME DANS LES BRONCHES (2).

OBS. — Un charretier, âgé de 57 ans, né de parens sains et s'étant lui-même toujours bien porté, commença à s'apercevoir, il y a quatre ans, d'un bouton développé sur la lèvre inférieure. Il le gratta, l'écorcha ; la croûte, sans cesse renaissante et sans cesse arrachée, s'agrandit peu à peu ; et au bout de deux ans l'ulcération avait envahi une grande partie de la lèvre inférieure. Alors commencèrent des douleurs lancinantes revenant si fréquemment qu'elles lui permettaient à peine de se livrer au sommeil. Peu après apparurent, à divers intervalles, trois nouveaux boutons, l'un au-devant du menton, et les deux autres entre le menton et les angles de la mâchoire, et à peu près sous le bord de l'os ; ils ne tardèrent pas à être écorchés et à s'ulcérer comme le premier. Un curé de campagne appliqua sur toutes ces ulcérations un caustique qui en accrut rapidement l'étendue ; et six mois après, le malade entra pour la première fois à l'hôpital Saint-Louis, le 2 août 1835. Son facies annonçait un sujet épuisé ; la peau était légè-

(1) *Traité de l'auscultation*, t. II, p. 521.

(1) *Traité de l'auscultation médiate*, t. II, p. 426.

(2) J'emprunte à M. Droin la plupart des détails de cette observation.

rement ictérique ; la lèvre inférieure, ulcérée, d'un volume énorme, offrait une largeur de quatre pouces quatre lignes; ce développement était principalement dû à un tissu fongueux, granuleux. L'ulcère du menton avait cinq lignes de diamètre; les plaies latérales, à peu près de même étendue, se trouvaient écartées de près de dix-huit lignes de la surface de l'os par le gonflement et probablement la dégénérescence du tissu cellulaire sous-jacent. Un stylet porté dans ces plaies pénétrait à un pouce de profondeur en déterminant l'écoulement d'une sanie ichoreuse et fétide. Ce qui l'avait surtout déterminé à entrer à l'hôpital, c'étaient deux hémorrhagies abondantes qui avaient eu lieu par ces ulcères latéraux, et dans lesquelles le sang sortant par jets n'avait pu être arrêté qu'en tamponnant au moyen de l'agaric. M. Gerdy le garda huit jours dans ses salles; après quoi il le renvoya comme incurable.

Le malade alla pour un mois à la campagne; puis il revint à la consultation ; je remplaçais alors M. Gerdy et je l'admis de nouveau dans le service Son état, au dire des personnes qui l'avaient vu auparavant, avait notablement changé. La lèvre inférieure était revenue au double de son volume normal; elle présentait sur toute son étendue un large ulcère de très-mauvais aspect, à base dure, à bords irréguliers et renversés. Au-dessous de cette lèvre et jusqu'au menton, la peau était un peu engorgée, mais sans dégénérescence; cet engorgement existait également sur les parties latérales de la mâchoire jusque derrière ses angles. Au-dessous de la base de l'os se voyaient les ulcérations ci-dessus mentionnées, moins élevées cette fois au-dessus du niveau de l'os, mais énormément agrandies; car, en dehors, elles dépassaient les angles de la mâchoire; en dedans elles n'étaient séparées que par une sorte de pont de quelques lignes de largeur formé par une peau rouge, indurée, dégénérée; en bas elles allaient jusqu'au niveau du bord supérieur du cartilage thyroïde, dont la saillie occupait à peu près le milieu du cou. Ces ulcères étaient horribles à voir, caverneux, saignans, versant une sanie d'une insupportable fétidité. Au-dessous d'eux, la peau était engorgée encore dans une étendue d'un demi-pouce à peu près; mais il était douteux qu'elle fût dégénérée; la base des ulcérations semblait formée par les ganglions lymphatiques et les glandes sous-maxillaires; les ganglions latéraux du cou n'offraient point de tuméfaction bien sensible. Toute la muqueuse de l'intérieur de la bouche était saine; nulle tumeur ne la soulevait; l'os examiné de ce côté gardait sa forme et sa solidité. Le malade, tourmenté par des hémorrhagies fréquentes, par des douleurs lancinantes presque continuelles, par la fétidité horrible qu'il respirait sans cesse, sans compter le dégoût qu'il inspirait et la crainte d'accidens plus graves encore, appelait l'opération comme un bienfait. Toutes les fonctions étaient d'ailleurs dans l'état le plus satisfaisant.

Le principal obstacle à cette opération était le défaut de tégumens pour recouvrir une aussi large plaie, s'il fallait enlever tout ce qui était au niveau et au-dessous de la lèvre; le second était l'incertitude des limites du mal. Toutefois, l'intégrité de la muqueuse buccale, laryngienne et pharyngienne me rassurait en partie à cet égard; mais l'état des tégumens m'alarmait; je commençai donc par faire établir une forte compression sur toute la face antérieure et les faces latérales de la mâchoire, à l'aide d'agaric et de compresses graduées. J'obtins ainsi un dégorgement assez prompt des parties molles qui recouvrent l'os et l'assurance que la peau pouvait être en partie conservée. La compression avait même d'abord soulagé le malade: mais en peu de temps elle parut raviver les douleurs; le sang recommença à jaillir par les ulcères; l'opération fut résolue et pratiquée le 27 septembre.

Le malade couché sur le dos et des aides disposés en nombre suffisant, je commençai par circonscrire le cancer sous-maxillaire par une incision irrégulièrement elliptique suivant supérieurement tout le bord inférieur de la mâchoire jusqu'au-delà de ses angles, et passant inférieurement au-devant de la partie moyenne du cartilage thyroïde, et je disséquai d'abord la tumeur du côté droit. C'était une masse formée à la fois par les ganglions et la glande sous-maxillaire; une portion du digastrique même y était comprise; en haut elle s'enfonçait entre le mylo-hyoïdien qui était sain, et la face interne de l'os maxillaire qui était rugueuse et dure en quelques points, ramollie en d'autres, et dont il fallut enlever toutes les portions altérées avec la rugine. En bas, deux ganglions squirrheux se prolongeaient jusque sur la carotide; et je dus répéter pour mon compte ce que j'avais aidé M. Lisfranc à faire dans une de ses belles amputations de mâchoire; disséquer la carotide en la faisant couvrir par le doigt d'un aide avant de donner chaque coup de bistouri.

La dissection à gauche ne fut pas moins pénible. Un ganglion squirrheux recouvrait la jugulaire externe; malgré tous mes soins un coup de bistouri ouvrit cette veine; et le redoutable gargouillement qui annonce l'entrée de l'air fut distinctement entendu par tous les assistans. Je me hâtai de pincer le vaisseau entre deux doigts, et sur ses deux bouts je fis appliquer des ligatures. Aucun effet ne résulta de cet accident; et le malade fut probablement le seul qui n'en eut pont été alarmé. Un autre ganglion siégeait immédiatement sous le muscle sterno-mastoïdien, que je renversai en dehors ne voulant point le couper. Enfin toute cette portion du cou étant bien nétoyée de tissus malades ou même douteux, et les doigts des aides ayant passé plusieurs fois après les miens sur la plaie pour s'en assurer, en deux coups de bistouri j'enlevai la lèvre inférieure; après quoi je procédai au pansement.

Tous les vaisseaux purent être liés; et des cautères que j'avais fait préparer au besoin restèrent sans utilité. Mais l'étendue et la difficulté des dissections, les recherches nécessaires, les accidens, et surtout la faiblesse du malade qui avait besoin toutes les trois à quatre minutes de se mettre sur son séant pour respirer, rendirent cette opération une des plus laborieuses et certainement une des plus longues qui aient jamais été faites; elle ne dura pas moins de deux heures dix minutes. Le pansement consista à rapprocher le menton du sternum, à réunir par quelques points de suture entortillée les angles de la plaie; la vaste perte de substance qui restait au milieu fut pansée à plat ainsi que la lèvre inférieure. Le malade fut reporté au lit et je lui fis administrer sur-le-champ une once et demie environ d'une espèce d'élixir spiritueux connu dans l'hôpital sous le nom de *Pino*; il s'en trouva très-bien.

Le soir, la peau était chaude, le pouls à 106. (Deux pots d'infusion de tilleul; potion calmante.)

Le 28 au matin, amélioration notable; le pouls est à 82; le malade interrogé répond qu'il se sent parfaitement bien; il toussait un peu, mais si rarement qu'on n'y fit pas attention.

Le 29, état très-satisfaisant; le pouls à 86; la plaie offre un très-bon aspect; la réunion par première intention a commencé vers les angles. La toux est toujours fort légère; mais le malade a de la peine à expectorer, ce qu'on attribue à la position penchée de la tête en avant.

Le 30 au matin, même état; le malade avait bien dormi, se trouvait parfaitement bien et sans fièvre; il se plaignait seulement de ne pouvoir rendre ses crachats. A ce moment je fus frappé d'une espèce de râle qui paraissait siéger dans l'arrière-bouche; mais comme le malade ne se plaignait d'aucune douleur à la poitrine et que la gêne de la respiration était à peine sensible, je crus que ce râle était tout local, et tenait à l'accumulation du mucus et de la salive, que les muscles de la langue et de la bouche, découverts par la dissection et sans doute enflammés, ne pouvaient chasser aussi bien qu'à l'ordinaire. En conséquence, je recommandai de nétoyer le fond de la gorge avec un petit balai de charpie.

A midi, le malade avait perdu connaissance; un mucus écumeux sortait de la bouche à chaque expiration; à six heures du soir il était mort.

AUTOPSIE 36 HEURES APRÈS LA MORT.

La partie de la plaie réunie par des aiguilles avait contracté des adhérences assez solides; le reste de la surface était en bon état. Mais on trouva sous l'apophyse mastoïde droite un ganglion ramolli contenant de la matière caséiforme; un autre ganglion squirrheux du même côté à la base du cou, enveloppant la jugulaire interne; et près du sternum un peu de pus sous la peau décollée, ne communiquant point avec la plaie. Les parois des veines examinées avec soin ne présentèrent aucune altération; les artères contenaient un sang peu chargé de matière colorante. Les bronches contenaient une énorme quantité de liquide écumeux; cette écume tapissait encore la trachée, les ventricules du larynx et l'ouverture de la glotte.

Tous les autres organes étaient sains.

Cette observation pourrait donner lieu à des réflexions de plus d'une sorte. Je me contenterai de signaler en passant l'absence complète d'accidens après l'ouverture de la jugulaire et l'entrée de l'air dans cette veine; cas exceptionnel à joindre à ceux que l'on possède déjà, et qui n'est certainement ni le moins frappant ni le moins authentique.

Une question très-grave a droit ici d'être soulevée; et m'a sérieusement occupé avant que je me résolusse à faire cette opération. On a vu que M. Gerdy avait refusé de la faire, à la vérité dans des circonstances quelque peu différentes; et n'encourais-je pas le reproche de témérité en tentant ce qu'il avait jugé impraticable? C'est un des plus difficiles problèmes de la médecine opératoire que d'établir en quels cas le chirurgien peut faire une opération, en quels cas il doit s'abstenir. Dupuytren professait ce principe, qu'avant tout il fallait éviter de compromettre l'art. Mais comme toutes les règles générales, celle-ci est large et sujette à des interprétations fort diverses. En pratique, Dupuytren n'écartait que les très-graves opérations dites de complaisance, et celles qu'il eût fallu pratiquer chez des sujets tout-à-fait désespérés. Boyer avait beaucoup rétréci ces limites; on sait que, sur la fin de sa carrière, il aurait volontiers proscrit toute ablation de cancer au sein, à cause des récidives. La grande majorité des chirurgiens et à coup sûr aussi des malades se rangeront plutôt de l'avis de Dupuytren; l'opération est en effet comme un de ces remèdes héroïques de la thérapeutique médicale, qu'on ne doit point administrer de complaisance et sans nécessité, qu'on n'essaie plus quand l'agonie est déclarée et la mort inévitable. Mais quand la nécessité se montre urgente, palpable; que le mal, tout extérieur, n'a pas poussé des racines que le bistouri ne puisse atteindre, et qu'enfin le bon état des viscères garantit un certain nombre de chances de succès, je crois non-seulement qu'on peut, mais qu'on doit opérer. Dans le fait qu'on vient de lire, par exemple, aurait-on été arrêté par la crainte des récidives? Il n'est pas d'opération de cancer où elle n'existe. Par les dangers de l'opération? Mon malade n'avait pas peut-être quinze jours à vivre, au milieu des douleurs les plus atroces. Par les difficultés? Grâce au concours intelligent de mes aides, elles ont pu être surmontées. Les deux ganglions laissés en arrière parce qu'on ne les avait point reconnus, auraient été facilement enlevés dès qu'ils auraient donné signe d'existence; et, pour assurer mieux le succès de l'opération, j'aurais recouru plus tard, lorsque la plaie eût été un peu rétrécie, au procédé autoplastique dont M. Martinet de la Creuse a obtenu de si beaux résultats.

Je m'attendais d'abord, après une dissection si longue et si pénible, à de grands désordres nerveux ou à une réaction violente sur les viscères; et mes craintes avaient été agréablement trompées, quand cette subite bronchorrée, que nulle observation antérieure ne me permettait de prévoir, m'enleva si subitement mon opéré. Quelques personnes ont attribué en partie au moins cet engorgement des voies respiratoires à la position du malade, presque assis dans son lit et la tête penchée sur la poitrine. Je lis au contraire dans le dernier mémoire de M. Piorry, que cette position est la plus favorable à l'expectoration dans les cas de ce genre. Quoi qu'il en soit, il me paraît hors de doute que l'opération a été une cause puissante du développement de cette affection; et peut-

être serait-ce un danger spécial de toutes les grandes opérations pratiquées sur la région cervicale. Dans le cas d'extirpation de la glande thyroïde tentée par M. Roux, et dont la Gazette médicale a récemment rendu compte, la cause de la mort, demeurée inaperçue et pour l'habile opérateur et pour l'observateur distingué qui a recueilli l'autopsie, était évidemment une asphyxie du même genre. Telle paraît avoir été aussi la raison qui a fait succomber le premier sujet chez qui Dupuytren avait pratiqué l'ablation du goître. M. Piorry pense que l'abondance des boissons y prédispose fortement. Sans nier la justesse de cette remarque, je dirai que mon opéré était à la diète, avait chaque jour deux pots d'infusion de tilleul, et assurément ne les buvait pas. Si pareille circonstance se représentait, j'insisterais cependant sur l'abstinence presque complète des boissons, et j'essaierais concurremment les vésicatoires multipliés sur la poitrine et l'émétique à doses vomitives; mais c'est à une expérience ultérieure à décider quelle serait la valeur de ces moyens.

III. des luxations de l'extrémité externe de la clavicule; nouveaux moyens pour les réduire et les maintenir réduites.

Les luxations de l'extrémité externe de la clavicule sont assez rares dans la pratique; de là l'incertitude qui règne sur plusieurs points de leur histoire, circonstance commune d'ailleurs à presque toutes les luxations. On n'en décrit généralement qu'une, la luxation en haut et en dehors; et comme le type de ces descriptions paraît avoir été emprunté à des luxations incomplètes, on n'a jamais bien pu comprendre l'observation fameuse de Galien où une luxation incomplète de la clavicule fut prise pour une luxation du bras. Sir A. Cooper a bien indiqué en peu de mots la différence anatomique qui doit distinguer très-probablement la luxation complète et l'incomplète; mais il n'en décrit pas suffisamment les symptômes; et dans l'unique observation qu'il rapporte, la complication d'une fracture de l'acromion jette de l'obscurité sur les caractères propres à la luxation. Enfin la luxation en dessous, regardée comme tout-à-fait impossible par les uns, est signalée par les autres comme n'ayant jamais été observée.

J'ai rappelé en peu de mots ailleurs l'observation de Mlle, en ce qui regarde cette luxation sous-acromiale de la clavicule, trouvée à l'autopsie chez un soldat russe qui la portait depuis l'âge de six ans, unie à une luxation scapulo-humérale; on lira sans doute avec intérêt le texte même de l'auteur.

Extremitas scapularis infrà acromion detrusa erat, sic ut acromion hanc extremitatem totam tegeret; in superficie etiam inferiori acromii foveola quædam, quasi nova articulatio adfuit. Cartilago interclaviculam et acromion existens (Vesal.) *quam invenire aliis non contigit* (Monro), *hic adfuit, et quidem infrà acromion detrusa novâque cartilagine, de quâ mentionem feci, juncta: sic ut hanc ab illâ distinguere facile potuerim, illaque ligamenta hanc cartilaginem jungentia ad trium linearum longitudinem prolongata.* (Nova acta physico-medica, t. 5, p. 5; 1773.)

Ainsi cette luxation est démontrée par le fait depuis soixante ans, tandis qu'on la nie encore tous les jours dans nos écoles, d'après des vues anatomiques trop peu exactes. Il est en effet certains sujets où la clavicule et l'acromion sont tellement taillés en biscau, qu'il est difficile que la première puisse passer sous l'autre sans fracture; mais chez les jeunes sujets cet obstacle est rare; chez les adultes même on voit fréquemment ces deux surfaces articulaires taillées presque perpendiculairement; et enfin, quand le cartilage inter-articulaire existe, c'est une circonstance évidemment favorable à la production de cette luxation.

Les luxations sus-acromiales offrent, comme l'a dit A. Cooper, deux degrés, l'un dans lequel la clavicule glisse seulement sur la face supérieure de l'acromion de manière à le dépasser en arrière de quelques lignes, sans s'en écarter sensiblement en haut; ce déplacement, auquel je laisserai le nom d'incomplet pour le distinguer de l'autre, ne saurait se faire toutefois que la petite capsule articulaire ne soit totalement rompue, et que les ligamens coraco-claviculaires ne soient même déchirés en partie. J'ai démontré tout récemment ce fait dans mes leçons d'anatomie chirurgicale. Ceci ne s'applique toutefois qu'aux articulations normales détruites par un choc accidentel; car assez souvent ce déplacement incomplet s'observe chez des sujets à articulations lâches, soit qu'il date de la naissance, soit qu'il ait été déterminé à la longue par des efforts successifs. Il y a quelques semaines, un vieillard couché dans le service de M. Breschet, à l'Hôtel-Dieu, présentait un déplacement de cette nature sur les deux épaules à la fois.

La plupart des observations publiées sur les luxations claviculaires externes on se rapportent à cette variété incomplète, ou manquent de détails suffisans. La réduction est facile; la contention est impossible par les moyens proposés jusqu'à présent, et je ne pense pas trop m'avancer en niant formellement les succès que Desault prétendait avoir obtenus par son bandage, le plus mauvais peut-être de tous les appareils. J'ai vu au Val-de-Grâce employer tous les moyens connus pour une semblable luxation, chez un sujet qui même avait une paralysie du bras; rien ne put faire disparaître complètement la difformité. En général, on applique un appareil quelconque; après quinze à vingt jours, le malade essaie de faire des mouvemens; comme les principaux s'exécutent sans gêne, on le proclame guéri et on le renvoie. Il est aisé de concevoir que l'appareil ne fait rien ici que tenir le bras immobile, et une simple écharpe le remplacerait avec autant d'avantages. Quand il s'agit d'un homme, la légère difformité qui persiste passe pour peu de chose; il en serait tout autrement chez une jeune femme, et toutefois jusqu'à présent l'art est resté dans une impuissance absolue.

Mais le cas est beaucoup plus grave lorsqu'on a affaire à une luxation complète; quand la clavicule, arrachée à la fois de l'acromion et de l'apophyse coracoïde, laisse entre elle et le moignon de l'épaule un intervalle de plusieurs pouces, et simule aux yeux la luxation scapulo-humérale. Hippocrate paraît avoir connu cette luxation, car il raconte que plusieurs médecins ont commis l'erreur de diagnostic à laquelle elle expose. Galien pensa être victime d'une pareille méprise. Les anciens recommandaient un appareil qui exerçât une forte compression sur l'os luxé. Hippocrate annonce que même avec ce moyen on ne saurait faire disparaître la difformité tout entière; et Galien, qui l'a supporté quarante jours, ne dit pas, comme Boyer l'a interprété, qu'il ne restait plus aucune trace de la maladie; mais *que le rapprochement a été tel, que ceux qui ont vu les deux os séparés d'un intervalle de trois doigts sont ravis d'admiration, et que ceux qui ne les ont pas vus dans cet état croient à peine qu'ils ont été luxés.*

Nous ignorons comment était construit l'appareil des anciens; et les modernes n'en ont point imaginé qui eussent une égale puissance; on verra dans l'observation suivante à quelle ressource je fus conduit après les avoir essayé tous.

Obs. — Étienne Schwitzer, ouvrier plombier, âgé de 35 ans, constitution des plus robustes, entra le 17 septembre au soir, salle Saint-Louis, n. 86, portant une déformation considérable du moignon de l'épaule. Il raconta que ce jour même, travaillant dans un puits à environ 15 pieds de profondeur, au raccommodage d'un tuyau de pompe, il était assis sur la corde à nœuds, embrassant le tuyau de ses deux mains pour le visser, et l'oreille appliquée contre pour écouter le jeu du piston, les coudes fortement portés en dehors, lorsque le tampon du puits, masse de fonte du poids de 80 à 90 livres, lâché par un aide maladroit, tomba sur lui de cette hauteur de 15 pieds, porta sur le deltoïde gauche à quelques lignes au-dessous de l'acromion, et après avoir légèrement froissé la peau en deux endroits, glissa heureusement en dehors sans toucher à aucune partie. Malgré la douleur de ce choc énorme, il n'abandonna pas sa corde; ses camarades le retirèrent hors du puits; on le saigna, et quelques heures après il fut amené à l'hôpital.

Au premier aspect, le bras fortement allongé, une saillie au sommet de l'épaule avec une dépression au-dessous, l'aplatissement du moignon sensiblement rapproché de la ligne médiane et un peu porté en avant, le creux sous-claviculaire remplacé en partie par une saillie; tous ces symptômes offraient quelque ressemblance avec une luxation de l'humérus; et l'erreur fut même commise, à ce qu'on m'assura, par les premières personnes qui virent le malade. Mais un œil exercé pouvait reconnaître en même temps que le deltoïde n'était point aplati, et la face externe du bras ne présentait point cette courbe qui est propre aux luxations humérales; la saillie du creux sous-claviculaire était verticale, et constituée par la portion claviculaire du deltoïde, plus tendue que le reste du muscle; la saillie supérieure était évidemment formée par l'extrémité externe de la clavicule et regardait assez fortement en arrière et en dehors; de cette saillie à l'occiput s'étendait une sorte de corde saillante constituée par le trapèze, et limitée en bas et en arrière par une gouttière à peu près transversale; enfin on sentait l'acromion demeuré en rapport avec l'humérus et séparé de la saillie claviculaire par un espace de près de trois travers de doigt. Si du niveau de l'extrémité externe de la clavicule on menait un ruban au bord libre postérieur de l'aisselle, on trouvait un allongement de 18 lignes environ pour le côté malade. C'était évidemment une luxation des plus complètes de la clavicule en dehors et en haut. D'ailleurs le malade ne pouvait en aucune façon lever le membre; les autres mouvemens étaient aussi plus faibles; la principale douleur était à quelques lignes au-dessous de l'acromion, là où le coup avait porté.

La réduction était assez facile; il s'agissait seulement de porter le moignon de l'épaule en haut, en dehors et en arrière, et d'exercer avec le pouce une forte compression sur l'os luxé. Mais la suspension de ces efforts faisait reparaître toute la difformité. J'appliquai le bandage de Desault, en y joignant la compression sus-claviculaire à l'aide de compresses graduées; cela ne suffisait pas; je mis le bras dans la position indiquée par plusieurs auteurs pour la fracture de la clavicule, le coude en avant, la main sur l'épaule du côté sain; cela ne réussit pas encore. L'emploi de la fronde placée sous le coude, et dont deux chefs se nouaient sur l'épaule lésée ne réussit pas mieux; la cravate de M. Mayor essayée en tous sens n'eut pas de meilleurs résultats. Mais si sur le moment de leur application, nous étions si peu satisfaits de tous ces appareils, c'était bien pis le lendemain; bandes, frondes et cravates, tout était déplorablement relâché. J'essayai de fortifier l'appareil de Desault en l'imbibant d'une décoction d'amidon; bien que le

malade fût très-docile; le bandage était tout aussi bien parti le lendemain. Cinq à six jours se passèrent ainsi; enfin en réfléchissant sur ces difficultés, et appliquant le principe lumineux de M. Mayor, que tout appareil de contention doit agir comme la main du chirurgien dans la réduction, j'arrivai à cette conséquence, que la luxation ne serait bien maintenue réduite qu'à l'aide d'une pression continue sur l'extrémité luxée.

Je fis donc confectionner un appareil construit sur ce plan par M. Mélécot, directeur du bazar chirurgical. Mais le temps qu'il fallut perdre pour le réaliser se prolongea beaucoup; le malade ennuyé de l'hôpital voulut en sortir; ce fut donc au dehors que je continuai à diriger son traitement. L'appareil ne put lui être appliqué que le 6 octobre, 19 jours environ après l'accident.

Une ceinture piquée, serrée par des courroies, embrassait le corps du malade au-dessous de l'aisselle; et du côté gauche, en avant et en arrière, présentait plusieurs boucles qui devaient servir à fixer le compresseur. Un bracelet lacé entourait l'avant-bras et la moitié inférieure du bras, dans la vue de prévenir l'œdème du membre; des courroies armées de boucles s'inséraient à sa partie externe au-dessous du coude. Sur l'épaule même devait appuyer un tourniquet de J.-L. Petit, mais avec ces modifications essentielles, que la plaque du dessous soigneusement garnie était fortement concave d'avant en arrière pour ne pas vaciller et pour embrasser solidement l'épaule; la plaque supérieure offrait, près de chacun de ses quatre bords, une mortaise dans laquelle venait s'insérer une forte courroie fixée d'autre part aux boucles de la ceinture et du bracelet; en sorte que cette plaque tenue par ses quatres côtés et fortement attirée en bas, formait un point d'appui suffisant pour la vis qui devait en écarter la seconde plaque.

La réduction étant donc faite à l'ordinaire, le coude rapproché du tronc et porté en avant, la main gauche maintenue élevée à la hauteur de l'épaule droite, l'appareil fut appliqué et parut remplir parfaitement son but. La pression était cependant très-forte, à cause de la résistance énorme des muscles; et le malade ne dormit pas des deux premières nuits. Je relâchai la compression par intervalles, et le malade s'y accoutuma peu à peu; mais du troisième au quatrième jour la pression exercée sur l'avant-bras au-dessous du coude par les courroies, commença à se faire sentir; devint insupportable, malgré les garnitures d'étoupe et de coton qu'on pût employer; et le cinquième jour, une ulcération vive, douloureuse, étendue, occupait le coude. Il fallait renoncer à l'appareil ou trouver un autre moyen de le serrer. J'imaginai de faire fabriquer deux plaques en tôle de zinc, oblongues, de quatre pouces de longueur environ sur trois et demi de large, courbées en gouttières pour recevoir la face postérieure du bras et celle de l'avant-bras, et à bords relevés pour éviter le pincement de la peau. Ces deux plaques appliquées l'une à un pouce au-dessus, l'autre à un pouce au-dessous du coude, et l'avant-bras fléchi à 45 degrés, j'embrassai le cône formé ainsi par le membre dans le nœud coulant d'une forte courroie qui portait sur le centre de mes deux plaques; l'extrémité de la courroie, après avoir traversé le nœud, montait en dehors du bras, et s'attachant à l'aide d'une boucle à l'une des courroies du tourniquet, remplaçait parfaitement celles qui avaient ulcéré le coude. Ce simple moyen réussit au-delà de mes espérances; la plaie du coude, laissée à découvert, se cicatrisa à vue d'œil; aucun gonflement ne survint et aucune douleur ne se fit sentir de ce côté jusqu'à la fin du traitement.

Mais il n'en était pas de même à l'épaule. On eut beau mettre sous la plaque compressive un petit matelas séparé; la pression sur la saillie osseuse sous-cutanée rougit enfin la peau, puis l'excoria; et pour éviter la nécrose il fallut changer un peu le point de compression et le reporter plus en dedans sur le corps même de la clavicule. Dès ce moment aussi la réduction fut moins parfaite; l'épaule semblait se reporter un peu en dedans; pour la rejeter en dehors, j'essayai de mettre sous l'aisselle le coussin de Desault; le malade ne put le supporter que trois jours. A travers tous ces accidens nous atteignîmes le 17 novembre; il y avait 42 jours pleins qu'il portait l'appareil; je jugeai que la consolidation des ligamens était assez forte, sinon pour résister à des mouvemens du membre, du moins pour suffire à la contention des os dans le repos. J'enlevai le tourniquet d'abord; quelques jours après je me contentai pour soutenir l'avant-bras d'une simple écharpe. Au bout de cinq à six jours je commençai à lui faire exécuter quelques mouvemens, et je les étendis beaucoup lorsque l'ulcération de l'épaule fut cicatrisée, ce qui n'arriva que dans les premiers jours de décembre.

Les articulations de l'épaule et du coude étaient excessivement raides; cinq douches de vapeur aidèrent à les relâcher; et des exercices fréquens ramenèrent peu à peu les mouvemens. Le 15 décembre le malade commença à travailler de son état, et il n'a pas discontinué depuis.

Un fait assez important mérite ici d'attirer l'attention. Lorsque j'enlevai pour la première fois tout l'appareil, le bras était extrêmement amaigri; le muscle pectoral, le sus-épineux, le sous-épineux étaient presque atrophiés; le deltoïde participait à cette maigreur. Il en résultait que le malade vu de face présentait une très-notable difformité; le bras plus mince paraissait plus long; l'épaule semblait rapprochée du sternum, et la dépression très-considérable du creux sous-claviculaire faisait penser qu'elle était et resterait très-inclinée en devant. De même la saillie de l'extrémité de la clavicule était très-sensible en arrière; et j'eus quelques momens la crainte que tant de courage et de souffrances n'eussent été pour mon malade que d'une équivoque utilité. J'espérais cependant que le nouveau développement des muscles égaliserait ces creux et ces saillies; l'effet a réellement surpassé cette attente. Aujourd'hui 24 février, le bras est aussi gros, le deltoïde aussi saillant en dehors, le creux sous-claviculaire aussi plein que du côté opposé; un œil même exercé aurait de la peine à trouver à la face antérieure quelque différence entre cette épaule et l'autre; en arrière et en haut, le sus-épineux encore maigre laisse saillir un peu la clavicule, qui d'ailleurs n'est pas complétement rentrée en sa place; tous les mouvemens s'exécutent avec une entière liberté, hors le mouvement d'élévation du bras, le dernier que j'aie permis de tenter; encore toute la différence consiste en ce qu'il élève la main droite à trois pouces plus haut que la gauche. La cicatrice est rouge, mais solide; et les os sont parfaitement maintenus en rapport.

Il importe de faire remarquer avant tout que le déplacement portait bien tous les caractères indiqués par Galien, un intervalle de trois doigts entre les deux os, et la figure de la partie qui simulait la luxation du bras. Peut-être est-il permis aussi de penser que si les os n'avaient point été rapprochés, les mouvemens du bras auraient été perdus en grande partie; et le pronostic d'A. Paré, faux pour la luxation incomplète, s'appliquerait donc beaucoup mieux à la complète. Mais le véritable intérêt de l'observation s'attache aux moyens de réduction.

Jusqu'à présent on n'a proposé et appliqué qu'une méthode unique, celle qui consiste à porter l'épaule en haut et en dehors, et à exercer une compression plus ou moins forte sur la clavicule. Si cette compression par les procédés connus est si peu efficace dans la luxation incomplète, on ne saurait en espérer beaucoup dans la luxation complète; aussi ont-ils tous successivement échoué sur notre malade. M. Mélicot m'a dit avoir vu deux luxations analogues, mais les souvenirs lui manquaient pour décider si elles étaient complètes ou incomplètes, l'une traitée par M. Tanchou, l'autre pour laquelle M. Larrey appliqua, avec toute l'habileté qu'on lui connaît, son appareil inamovible. Dans l'un et dans l'autre cas le traitement échoua; l'appareil inamovible était défait dès le lendemain. Pareille chose nous est également arrivée.

La compression, telle que je l'ai appliquée, est bien autrement sûre et énergique; mais elle a aussi de graves inconvéniens. Sur notre malade, homme de haute taille et de muscles athlétiques, la résistance a forcé de la porter à un degré extrême, et sans doute chez des individus plus faibles on n'aurait pas tant de difficultés à vaincre et d'accidens à redouter. Galien raconte que plusieurs hommes de son âge ne voulurent pas souffrir la compression nécessaire; quant à lui, il a noté qu'elle excitait un sentiment de froid et une distension des muscles du cou qui faisait craindre des convulsions; il ne parle ni de douleur au point comprimé ni d'ulcération. Je crois cependant que celle-ci sera très-difficile à éviter, et comme chez les femmes surtout elle laisserait une difformité fâcheuse, je vais indiquer une méthode nouvelle qui me paraît promettre de meilleurs résultats.

Ce fut en partie le hasard qui me la fit découvrir. Lassé de réappliquer tous les matins des bandages qui se défaisaient avant le soir, je cherchais une position qui pût seule maintenir la réduction, sans toutes ces bandes et ces compresses. En songeant que le trapèze était le muscle qui me résistait le plus, j'essayai pour le mettre dans le relâchement, de relever le bras en haut et en dehors de manière à former avec le cou un angle d'environ 45 degrés. A ma grande joie, cela réussit parfaitement; la moindre extension sur le coude, sans nulle pression sur la clavicule, remettait les os en place; M. Gerdy jeune, interne du service, et plusieurs autres personnes s'en convainquirent avec moi. J'avais donc proposé au malade de rester à l'hôpital; le poids du corps couché sur le dos aurait fait une contre-extension suffisante; et un simple lacs attaché à une des colonnes du lit et qui eût embrassé le coude aurait servi à l'extension. Mais déjà il avait pris sa résolution de quitter l'hôpital; et plus tard il préféra un appareil qui lui permettait de se promener, à une extension qui l'aurait retenu au lit si long-temps. Sans doute c'est un très-grave reproche qu'on peut adresser à cette méthode nouvelle; mais la compression en encourt bien d'autres sans promettre un succès aussi complet; et la guérison d'une luxation claviculaire mérite peut-être autant de sacrifices que celle d'une fracture de jambe.

Si j'avais à employer cette extension, je conçois deux manières de la faire: ou bien appliquer sur la partie latérale du tronc une attelle qui suivrait le bras relevé au degré nécessaire, et se courberait au coude pour permettre de fléchir l'avant-bras; ou bien un lacs passé sur la clavicule aiderait la contre-extension et empêcherait surtout le dérangement de cette partie; et l'extension se ferait sur la partie inférieure de l'humérus. Je sais que ce dernier point offrirait quelques difficultés à cause de la striction prolongée qui serait nécessaire; mais, autant pour cette extension prolongée que pour l'extension énorme et brusque qu'exige la réduction des luxations scapulo-humérales, j'ai imaginé deux attelles de zinc qui, embrassant le coude fléchi et faisant porter une grande partie de la force extensive sur la face antérieure de l'avant-bras, permettraient d'abord de varier le point de prise de l'extension, et, en la répartissant sur une large surface, en diminueraient beaucoup les inconvéniens.

Un dernier mot sur l'amaigrissement et la raideur du membre. Galien avait éprouvé une semblable atrophie: il la fit disparaître, dit-il, au moyen d'un bandage. Les anciens attribuaient en effet cette vertu à quelques-uns de leurs bandages; leur opinion a été rejetée, à juste raison à mon avis. Les exercices bien combinés sont le meilleur moyen de restituer et la mobilité et la force; et la promptitude avec laquelle Schwitzer a recouvré l'une et l'autre, montre encore combien est vaine la crainte de l'ankylose après un repos aussi prolongé.

IV. DE L'EXTENSION CONTINUE DANS LES FRACTURES ; DE L'ÉPOQUE OU ELLE DOIT ÊTRE APPLIQUÉE, ET D'UN NOUVEL APPAREIL POUR LES FRACTURES DU CORPS ET DU COL DU FÉMUR.

Les chirurgiens français qui se sont le plus occupés de l'extension permanente, Desault, Boyer, M. Richerand, ont bien essayé de tracer les règles générales de l'application des appareils ; mais ils ont laissé en dehors une question non moins importante, celle de l'époque à laquelle ces appareils doivent être appliqués. Pour les fractures obliques du fémur, on lit dans le *Journal de chirurgie* un grand nombre d'observations dans lesquelles Desault faisait l'extension dès les premiers jours, et presque toutes ces fractures se sont consolidées *sans raccourcissement ni difformité*, sorte de prodige auquel on n'arrive que bien rarement de nos jours. Boyer et M. Richerand, qui professent la même doctrine, veulent qu'on attende que l'irritation des muscles et le spasme qui en résulte soient dissipés ; mais l'époque n'est point fixée, et dans les observations de fracture du col fémoral rapportées par Boyer, on voit qu'il n'attendait pas plus tard que du sixième au neuvième jour. C'est la méthode qui est généralement suivie ; encore tous les praticiens n'ont pas la même sagesse, et souvent on se hâte bien davantage de réduire la fracture et de mettre un appareil. L'observation qui suit m'a conduit à examiner les fondemens de cette pratique, qui peut avoir de graves inconvéniens.

FRACTURE MULTIPLE DU CORPS DU FÉMUR ; CHEVAUCHEMENT DE 3 POUCES ; APPAREIL MIS LE 7e JOUR ET ENLEVÉ LE 10e ; MORT LE 35e ; NOMBREUX ABCÈS MÉTASTATIQUES ; EXAMEN DU CAL (1).

OBS. — Gousseau, ouvrier mécanicien, âgé de 53 ans, d'une taille de 5 pieds 7 pouces, tempérament nerveux, caractère très-irritable, était occupé, le 16 septembre 1835, à transporter une roue en fer du poids de 1,500 livres, quand son pied venant à glisser, cette roue lui échappa des mains et tomba sur sa cuisse gauche, qu'elle fractura sans léser les tégumens. Jeté sans précaution sur un brancard, il fut amené à Saint-Louis peu d'instans après l'accident, et s'offrit à nous dans l'état suivant : la cuisse gauche, sans trace d'ecchymose, est plus volumineuse et aussi plus courte de deux pouces environ que la cuisse droite ; elle offre au-dessus de sa partie moyenne un angle saillant en dehors, sur lequel on détermine de la crépitation par la moindre pression ; la pointe du pied est tournée en dehors. La face grippée du sujet, est moins encore le résultat de la douleur que de l'inquiétude à laquelle il est en proie ; car il paraît convaincu de l'inutilité des secours de l'art.

Ce malade ayant été placé sur un lit avec tout le soin que réclamait sa position, j'appliquai la planchette à extension de M. Gerdy ; le membre fut ramené par l'extension, à peu de chose près, à sa longueur naturelle, non sans déterminer toutefois de très-vives douleurs. (Presc. : potion calmante, inf. de tilleul.) M. Malgaigne vit ce malade le lendemain matin ; la nuit avait été fort agitée, les lacs destinés à l'extension permanente s'étaient relâchés ; les muscles, agités par des secousses involontaires, avaient reproduit le déplacement ; de plus la cuisse était devenue le siége d'un gonflement considérable. M. Malgaigne conduit par cette idée que, pendant les huit ou dix premiers jours, il ne s'effectue aucun travail de consolidation, et que de plus, l'action musculaire rend inutile toute extension permanente pratiquée à cette époque, enleva l'appareil, se borna à placer le membre sur un double plan incliné, formé de plusieurs coussins placés sous le jarret. (Presc. : saignée de huit onces, julep opiacé, inf. de tilleul.)

Le 18, le malade est beaucoup moins agité. (Deux potages, potion calmante, inf. de tilleul.)

19, coliques assez vives ; deux vomissemens de matières verdâtres ; constipation depuis six jours, face anxieuse, langue rouge, pouls petit et fréquent (96 puls.) (Presc. : 20 sangsues à l'épigastre, diète.)

20, deux selles liquides, langue moins rouge (92 puls.) ; on accorde des potages.

Le 22, M. Malgaigne plaça la cuisse sur un appareil de son invention, qui réunit les avantages de celui de M. Mayor et ceux du double plan incliné ; le raccourcissement céda avec une grande facilité ; et le malade se trouva d'abord très-bien. Mais dès le second jour il se plaignit que le bandage qui servait à l'extension et qui était construit avec des bandes ordinaires lui faisait un peu mal ; et le lendemain, la douleur ayant augmenté, force fut d'ôter l'appareil à extension, et de le remplacer par les simples attelles des fractures de cuisse ordinaires.

Jusqu'au 1er octobre, il ne se passa rien qui mérite d'être noté, si ce n'est l'inquiétude toujours croissante du malade ; la rougeur et la sécheresse de la langue, jointes à une fièvre assez vive ; le pouls varia entre 92 et 106 pulsations par minute.

Le 2 octobre, le malade se plaint, pour la première fois, d'une douleur vive au sacrum ; on y observe une escarre de deux pouces d'étendue environ ; on place le sacrum sur un coussin percé

14 octobre. L'escarre a fait place à un large ulcère, qui laisse à nu une portion de la face postérieure du sacrum. La face commence à prendre une teinte ictérique remarquable ; on transporte le malade sur un lit mécanique à fond sanglé. Le pouls donne 112 pulsations. L'appétit est presque nul, la soif toujours vive ; quelques élancemens peu douloureux se font sentir de temps à autre dans la fracture.

15 octobre. Deux frissons ont été ressentis dans la nuit précédente ; la teinte ictérique se prononce davantage, principalement à la face et sur la poitrine ; le pouls est devenu petit, irrégulier, intermittent.

19 octobre, les frissons se sont renouvelés une ou deux fois chaque jour, la petitesse et l'irrégularité du pouls n'ont fait que s'accroître. Le malade est pris d'un délire fugace ; la peau, brûlante au toucher, est enduite d'une transpiration poisseuse ; pour la première fois nous remarquons une gêne extrême de la respiration (44 insp. par minute.) (Sinapismes à la jambe droite.)

Le 20 octobre au matin, la prostration est extrême, le pouls n'est plus perceptible, les sens extérieurs sont anéantis : vers midi le malade expire.

NÉCROPSIE FAITE 20 HEURES APRÈS LA MORT, EN PRÉSENCE DE M. MALGAIGNE.

Le cadavre présentait d'abord à noter le vaste ulcère qui avait dénudé le sacrum ; son ouverture était de trois pouces au moins ; et la peau était encore décollée au loin dans tout son pourtour. A l'intérieur, nous trouvâmes d'abord une hépatisation complète du lobe inférieur du poumon droit ; de fausses membranes, d'une demi-ligne à deux lignes d'épaisseur, tapissaient toute l'étendue de la cavité de la plèvre qui contenait de plus six à huit onces de pus ; le foie renfermait de 40 à 50 foyers purulens de volume variable, tous entourés par un tissu noir qui existait isolé sur plusieurs points ; l'estomac et la première moitié du duodénum présentaient un rouge pointillé uniforme, qui résistait au lavage ; mais la muqueuse n'était pas ramollie. Les autres viscères étaient sains.

Voici maintenant l'état du membre fracturé. Examiné à l'extérieur, il paraît à peu près dans le même état qu'au moment de l'accident, rien ne semble indiquer qu'il y ait un commencement de consolidation.

La peau étant incisée ainsi que l'aponévrose fémorale, on trouve au-dessous de celle-ci, une couche large et épaisse de sang noir en caillot et nullement altéré. Chaque intervalle musculaire est également rempli de sang, de manière à simuler jusqu'à un certain point le tissu de la rate ; immédiatement au devant et au dehors de la fracture, existe du sang caillé renfermé dans un kyste allongé. Enfin, l'espace qui sépare les fragmens est également rempli par du sang concret.

Les fragmens sont au nombre de quatre ; deux sont formés par les bouts supérieur et inférieur du fémur qui se touchent presque par leurs extrémités ; un troisième, de deux pouces et demi de long, est formé à la partie moyenne aux dépens de toute l'épaisseur de l'os, et à ses deux extrémités aux dépens des deux premiers fragmens ; il existe de plus une grosse esquille détachée du fragment supérieur. Toutes ces portions osseuses sont écartées les unes des autres. Le fragment moyen est uni aux parties molles par des insertions musculaires et aponévrotiques. L'esquille est unie au bout supérieur par une large membrane rougeâtre, présentant une assez grande résistance, se laissant toutefois écraser par une pression médiocre ; cette membrane offre dans certaines parties un pointillé osseux semblable à de petits graviers, sur d'autres points le tissu osseux se montre sous forme de moelle ; on le voit encore çà et là disposé en stries blanchâtres ; et partout de nombreux vaisseaux fort déliés viennent le traverser. Ayant scié dans toute sa longueur le fragment inférieur, je trouvai au milieu de la moelle un foyer purulent de la grosseur d'une petite aveline, autour et plus loin la moelle était le siége d'une injection très-vive, allant successivement en diminuant jusqu'à un pouce des condyles du fémur. Toutefois, je dois dire que l'œil armé d'une forte loupe ne permit point de distinguer la forme des vaisseaux capillaires au milieu de ce tissu de la moelle pénétré de sang. La gaîne des muscles psoas et iliaque était remplie de pus jusqu'auprès de l'éminence iléo-pectinée ; l'articulation coxo-fémorale en contenait aussi une petite quantité.

Je dois dire d'abord en quoi consiste mon appareil, et pourquoi je l'ai substitué aux appareils ordinaires. Boyer et M. Richerand ont posé cinq règles générales pour l'extension permanente. La première veut qu'on applique les puissances extensives et contre-extensives sur les membres supérieur et inférieur à l'os fracturé. Elle a pour objet d'éviter la compression des muscles ; mais il n'est nullement prouvé que la compression simple des muscles soit nuisible ; Louis la regardait même en certains cas comme très-utile. Là où elle est nuisible, c'est quand elle fléchit un muscle à angle et le divise en deux parties qui agissent en sens divers ; or, presque tous les appareils des fractures du fémur exerçant la contraction à l'aine offrent ce grave inconvénient, et l'on comprend en effet que plus le lacq contre-extensif sera serré, plus il tendra à amener en haut l'angle qu'il fait former aux muscles adducteurs, et par suite le fragment inférieur auquel ces muscles s'insèrent. La seconde règle recommande d'agir sur les surfaces les plus larges possible. Le lacq contre-extensif de l'aine, qui ne tarde pas à faire la corde, va droit contre ce principe général. La troisième est de rendre les puissances parallèles à l'axe de l'os ; elle est encore inexécutée dans la contre-extension inguinale. Je laisse les deux dernières, qu'il est également facile ou difficile d'appliquer dans tous les appareils ; mais j'en ajouterai une autre dont l'importance est aujourd'hui généralement reconnue ; c'est qu'il faut placer les muscles sur lesquels on veut agir dans le relâchement, et l'on n'y parvient que par la demi-flexion des membres. Aussi depuis long-temps ai-je rejeté toutes les attelles qui vont de la hanche au talon ou plus loin, attelle de Desault, attelle de Boyer, attelle de M. Mayor adoptée par M. Gerdy, etc. Le plan incliné des Anglais, avec ou sans la suspension de M. Mayor maintient très-bien cette demi-flexion, et offre de plus le grand avantage que la contre-extension est faite par le poids du bassin, sans aucun lacq ni bandage ; mais l'angle saillant du jarret, quelque bien garni qu'il soit, finit toujours par s'imprimer dans les chairs et les excorier ; un fait de ce genre que j'avais observé à l'Hôtel-Dieu m'avait porté à conseiller d'arrondir cet angle, et j'ai employé depuis cet appareil ainsi modifié pour des fractures de jambe à l'hôpital Saint-Louis. Mais de cette manière, l'extension faite par la jambe fixée sur la seconde planchette peut être ni augmentée, ni diminuée, ni graduée d'aucune manière ;

(1) Recueillie par M. Droin, interne.

il faudrait ainsi pour chaque malade un appareil spécial, ce qui empêchera toujours ce procédé d'être admis en pratique générale.

Mon appareil se compose d'une planchette unique placée sous la cuisse, un peu plus large que les planchettes ordinaires, de manière qu'on peut évider son extrémité inférieure en une profonde échancrure dans laquelle se loge aisément le genou tout entier, et garder de chaque côté de cette échancrure deux montans solides, longs d'un pied environ, percés chacun d'un trou à leur extrémité. La cuisse fléchie sur le bassin est appuyée sur cette planche, munie d'un petit matelas; la jambe passe à travers l'échancrure, se fléchit sur la cuisse et va reposer sur des coussins accumulés en nombre suffisant; un lacq passé au-dessus du genou prête attache latéralement à deux courroies ou deux bandes, dont chacune va se rendre au trou du montant correspondant; le poids du corps fait la contre-extension au bas de la planchette; mais il est utile d'assujétir le bassin à l'aide d'une cravate en huit de chiffre, qui vient passer dans des trous creusés sur les côtés de l'attelle. En un mot, c'est la planchette fémorale de M. Mayor, munie de deux montans pour faire l'extension parallèlement, graduellement, avec autant de force qu'on le désire. Toutes les indications me paraissent ainsi remplies; l'unique difficulté à vaincre est d'éviter que le lacq extensif ne froisse les tégumens et même les excorie, comme cela a eu lien chez notre malade; j'espère, à l'aide de plaques de zinc analogues à celles dont j'ai parlé dans l'article précédent, surmonter cet obstacle, qui est commun d'ailleurs à tous les appareils du même genre; mais je pense surtout qu'on y remédiera en retardant l'époque de l'application de l'appareil.

A quoi sert en définitive l'extension permanente? A maintenir le membre dans sa longueur normale, tandis que le cal est en voie de solidification. Mais tant que le cal est liquide ou mou, elle est donc à peu près inutile; et elle est nuisible en excitant le spasme musculaire. Ce spasme diminue d'autant plus qu'on s'éloigne plus de l'époque de la fracture; et alors le membre d'abord tant raccourci, s'allonge pour ainsi dire de lui-même. Nous avons vu ce phénomène chez notre malade. Le 10e jour, après l'enlèvement de l'appareil, le chevauchement était de près de trois pouces; avec l'appareil ordinaire, et en répétant seulement l'extension simple de temps en temps, le membre n'offrait plus vers le 20e ou 25e jour qu'un raccourcissement d'un pouce. Eh bien! il eût été assez tôt alors d'employer l'extension permanente, puisque le 35e jour, le cal était encore à l'état mou et fort extensible. Je pense donc que l'extension appliquée même du 6e au 9e jour, ne peut que tourmenter beaucoup le malade, et peut-être, en irritant les muscles, s'opposer indirectement à l'effet qu'on veut obtenir; je pense que pour les fractures graves du corps ou du col du fémur on ne risque rien et l'on a beaucoup à gagner, si l'on attend pour faire l'extension permanente du 15e au 20e jour, et même plus tard au besoin.

Je regardais cette doctrine comme nouvelle, lorsqu'en feuilletant les auteurs qui se sont occupés de ce sujet, j'ai trouvé que Léveillé avait produit et soutenu une opinion très-rapprochée de la mienne. Léveillé va même plus loin que moi; car il veut qu'avant de placer l'appareil à extension, on laisse écouler la moitié du temps requis pour la consolidation complète. Ainsi pour un os qui demande 20 jours, on appliquera l'appareil au 10e; et si le traitement doit durer 60 jours, il ne fait l'extension qu'au 30e. Mais nous ne sommes pas assez sûrs de l'époque précise où commence le cal pour attendre ainsi à la moitié du temps que peut durer la consolidation; puis je craindrais que les muscles, habitués à leur raccourcissement, n'offrissent quelque résistance à l'extension pratiquée si tard; et enfin en réduisant le temps d'attente à un tiers du temps de la cure, je pense qu'on obtiendra les mêmes avantages sans risquer les mêmes inconvéniens.

IV. DU TRAITEMENT DE LA SCIATIQUE PAR LES SINAPISMES.

Bien que cette affection ne soit pas rigoureusement du ressort de la chirurgie, l'heureux succès du traitement que j'emploie depuis longtemps et que je n'ai vu conseillé nulle part, m'engage à rapporter le cas suivant qui s'est présenté par hasard dans mes salles.

SCIATIQUE ANCIENNE ET REBELLE; TRAITEMENT PAR LES SINAPISMES; GUÉRISON EN QUATRE JOURS (1).

Obs. — Le 17 septembre 1835, le nommé Ganthier (Michel), âgé de 34 ans, entra à l'hôpital pour une morsure faite par un chien et située au mollet du côté gauche. Nous ne nous occuperons point de cette lésion, qui, d'ailleurs, bien qu'irrégulière et de mauvais aspect, fut amenée assez promptement à cicatrisation.

Il y a trois ans que cet homme, occupé la nuit et pendant les froids de l'hiver à transporter des vidanges, avait été pris de douleurs vives occupant toute la région postérieure de la cuisse et s'étendant jusqu'au talon; il y avait en même temps flexion de la jambe. Un an après le développement de cette sciatique, qui le tourmentait continuellement, mais avec des exacerbations dans les temps humides, le malade vint à l'hôpital Saint-Louis prendre des bains de vapeur qui, prolongés pendant trois mois, trois fois par semaine, ne produisirent qu'une amélioration passagère et peu prononcée. Depuis six mois les récrudescences du mal ont été plus fréquentes et le malade a eu recours à des bains simples qui l'ont un peu soulagé. Enfin, quelque temps après son entrée, de nouvelles douleurs survinrent qui, augmentant chaque jour, durent enfin attirer l'attention du chirurgien. Le 15 octobre M. Malgaigne prescrivit le moyen suivant :

Un très-large sinapisme mitigé avec la farine de graine de lin fut appliqué à la partie postérieure du membre depuis la tubérosité ischiatique jusqu'à mi-cuisse. Le malade le supporta pendant six heures. Après cette application la douleur n'avait pas diminué, mais elle avait voyagé dans tout son trajet habituel avec une rapidité plus grande qu'ordinairement. Le lendemain nouvelle application depuis le milieu de la cuisse jusqu'au milieu de la jambe, même durée de l'application qui produisit sur les douleurs le même effet. Par une circonstance fortuite l'application fut suspendue pendant un jour; mais le lendemain un nouveau sinapisme fut placé à la partie moyenne où la douleur s'était fixée. Cette dernière application la fit complètement disparaître; de sorte que le malade, qui, avant cette médication, ne pouvait marcher sans boiter, marche aujourd'hui, 21 octobre, avec la plus grande facilité.

M. Dubois a joint à son observation la note suivante :

« Cet homme a fait à la fin de décembre une chute pour laquelle il est rentré à l'hôpital; sa guérison ne s'est pas encore démentie. »

Je tiens ce mode de traitement de mon père, chirurgien qui jouissait de quelque réputation dans sa province, et qui le tenait lui-même du sien: en sorte que l'efficacité en est confirmée par une assez longue expérience. Je le vis appliquer pour la première fois en 1825, sur un paysan qui avait gagné sa sciatique en 1815 en traversant la Moselle durant l'hiver pour échapper aux Cosaques. Un premier sinapisme fut placé au haut du membre, depuis l'origine de la douleur jusqu'à mi-cuisse environ; le lendemain la douleur ayant quitté tout cet espace pour se réfugier plus bas; on mit un second sinapisme sur la moitié inférieure et postérieure de la cuisse. Le lendemain la douleur était plus bas encore; un troisième sinapisme descendant jusqu'à mi-jambe la fit complétement cesser. J'ai vu nombre de fois ces trois sinapismes réussir complétement; quelquefois deux ont suffi; et je ne me rappelle que deux ou trois cas où la douleur n'ait pas entièrement disparu. La guérison s'est soutenue d'ailleurs sur tous les malades que j'ai pu suivre; je n'ai pas encore vu de récidives; et non que je pense qu'elles ne puissent pas arriver aussi bien après ce traitement qu'après tout autre; c'est seulement un fait personnel que j'ai voulu exprimer.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Addition à la séance du 29 février.

OBSERVATIONS RECUEILLIES PENDANT UN VOYAGE EN ORIENT PAR M. LE DUC DE RAGUSE.

M. Arago donne de vive voix quelques extraits de cette relation.

Les premières observations sont relatives à la température des sources. Le bain thermal de Enkurli, en Bithynie, a offert une température de 84 degrés. La source thermale la plus chaude d'Europe, celle de Chaudes-Aigues, ne marque que 80 degrés. M. Jouannin, qui, en 1825, avait pris la température de la source de Kukurli au point même où elle sort de terre, trouva + 87 degrés 5 centigrades. Le *Yeni Kaplidja*, à sa sortie du sol, lui avait donné précisément le même degré; dans le lieu où elle forme le grand bain, cette eau n'a présenté au nouvel observateur que 64 degrés. A Broussa, le maréchal Marmont a vu un homme rester long-temps dans un bain dont la température était de + 78 degrés centig. Le docteur Jeng (Antrichien), qui était en même temps témoin de ce fait, insista alors sur ce qu'il avait d'extraordinaire. On sait, en effet, qu'en général, dans la température de l'eau des bains, on ne peut guère dépasser la température de 42 degrés sans que le baigneur en soit incommodé et sans que son pouls s'accélère d'une manière inquiétante.

D'autres observations sont relatives à l'électricité atmosphérique, qui, dans trois cas, a été trouvée négative par un temps serein. Il est vrai que l'appareil employé pour déterminer la nature de l'électricité pouvait bien introduire quelque source d'erreur.

Quelques faits rapportés par le voyageur lui semblent n'être pas d'accord avec ceux qui ont été cités dans un article de l'annuaire de 1834, dans le but de prouver que la température de la Palestine n'avait pas changé sensiblement depuis le temps de Moïse; M. Arago montre qu'il n'y a pas en effet, de contradiction entre les faits cités par lui et ceux qu'a constatés le maréchal Marmont.

Les changemens survenus dans le climat de l'Égypte sont le sujet d'une autre partie du mémoire. On sait, dit l'auteur, qu'autrefois il ne pleuvait jamais au Caire, très-rarement et pendant des espaces de temps très-courts à Alexandrie; ayant moi-même commandé dans cette ville depuis le mois de novembre 1798 jusqu'à la fin d'août 1799, je n'ai vu pleuvoir qu'une seule fois pendant trente à quarante jours.

(1) Recueillie par M. Dubois, interne.

A présent il pleut chaque année pendant 30 à 40 jours, et quelquefois en hiver la pluie ne cesse pas pendant cinq et six jours dès la mi-octobre. Au Caire, au lieu de quelques gouttes de pluie qui étaient une chose très-rare, il y a annuellement des pluies de 15 à 20 jours en hiver. On suppose que cette modification dans le climat est le résultat des plantations immenses qui ont été faites par ordre du pacha; on porte à 20,000,000 de pieds d'arbres celles qui ont été exécutées au-dessous du Caire.

Ce qui autoriserait à croire à cette cause, c'est l'effet inverse obtenu d'une manière incontestable, quoique déjà fort anciennement, dans la Haute-Égypte, par la destruction des Arabes. Dans cette partie de l'Égypte, il ne pleut jamais aujourd'hui, mais il en était autrement autrefois. M. Marmont a vu à Thèbes un vieillard âgé de 122 ans, mais dont le jugement et la mémoire sont bien conservés, qui lui a dit qu'il y a 80 ans il pleuvait souvent dans la Haute-Égypte, et qu'alors les montagnes lybiques et arabiques qui forment la vallée du Nil avaient de l'herbe et des arbres qui ombrageaient ces pâturages; que les Arabes y amenaient leurs troupeaux; mais que les arbres avaient été détruits, que les pluies avaient cessé, que les pâturages s'étaient desséchés.

On peut citer encore, relativement à l'ancien état des choses, Pococke, qui raconte que, se trouvant dans la Haute-Egypte, il fut forcé de suspendre momentanément son voyage à cause des pluies qu'il éprouva.

Le désert que M. Marmont a traversé pour se rendre à la mer Rouge, renferme quelques places rares où se montre une végétation misérable. Dans les années pluvieuses, il y a des bassins et des vallées qui peuvent être cultivés, et alors les Arabes bédouins viennent y camper, ensemencer et récolter; mais ces pluies arrivent d'une manière très-irrégulière; elles deviennent toujours plus rares; les pâturages par conséquent toujours plus arides; et cependant ces pâturages passaient pour excellens, il y a quatre-vingts ans, quand la tribu des Abadis quitta l'Yémen pour venir s'y établir. Les arbres qui s'y trouvaient alors ont presque entièrement disparu; et quoique la tribu des Abadis, forte de 3,000 hommes environ, et de 10,000 chameaux, possède à elle seule un pays d'environ 4,000 lieues carrées, elle ne pourrait pas subsister si le pacha ne lui avait pas donné un supplément de pâturage dans la vallée du Nil, où elle demeure presque toujours. La conservation des arbres et des bois, et à leur défaut le soin des plantations, agissent donc sur le climat d'une manière plus prompte, plus directe et plus puissante qu'on ne le croit communément. C'est une des bases de l'agriculture.

SÉANCE DU 7 MARS.

M. Larrey, en présentant le cinquième volume de sa *Clinique chirurgicale*, donne de vive voix quelques détails sur les principaux sujets qu'il a traités dans ce volume, notamment sur l'opération du trépan, opération dont l'importance est, dit-il, aujourd'hui trop peu appréciée, et qui, cependant, lorsqu'elle est pratiquée dans les cas opportuns et conformément aux règles de l'art, offre souvent aux blessés une grande chance de salut, souvent l'unique qui leur reste.

M. Larrey parle encore d'une affection de la cavité coxo-fémorale souvent confondue, suivant lui, avec la luxation spontanée du fémur. Il insiste sur le traitement qu'il suit en pareil cas, sur les succès qu'il en a obtenus et sur les résultats qu'on doit atteindre, suivant que le traitement a été entrepris à une époque plus ou moins avancée.

Une autre partie de la communication est relative à un soldat blessé à la bataille de Wagram, et de la cuisse duquel M. Larrey a extrait un boulet pesant près de six livres. M. Larrey, à son dernier voyage dans le Midi, a retrouvé vivant cet invalide.

—M. Aug. Laurent adresse l'extrait d'un mémoire qu'il vient de terminer sur l'acide naphtalique et de ses combinaisons. On obtient l'acide en faisant bouillir avec l'acide nitrique l'hydro-chlorate de chloro-naphtalèse; il se dépose par le refroidissement des cristaux lamelleux d'acide naphtalique hydraté, qui se présentent en longues aiguilles blanches assez solubles dans l'alcool et l'éther, mais très-peu dans l'eau. Cet acide ressemble beaucoup à l'acide benzoïque; il fond à 105 degrés; il se volatilise sans se décomposer : le chlore et les acides ne l'altèrent pas; il se combine facilement avec les bases en donnant des sels neutres qui sont presque tous insolubles; il a pour formules $C^{20}\ H^4\ O^4$.

Ce nouvel acide, dit M. Laurent en terminant l'exposition des principales propriétés qu'il y a reconnues, présente une confirmation complète de presque toutes les lois que j'ai exposées dans un mémoire adressé récemment à l'Académie des sciences.

THÉORIE DE LA CHALEUR.

M. Saigey adresse une démonstration du théorème général des surfaces d'égale température moyenne. Il ajoute, en terminant, que, parmi toutes les conséquences, il se bornera à citer les suivantes :

1° Un corps homogène, de figure quelconque, étant parvenu à son état final, chacun de ses points a pour température la moyenne des températures de toute surface sphérique dont il occupe le centre: c'est aussi la température moyenne de la sphère bornée par cette surface;

2° Un corps hétérogène, de figure quelconque, étant parvenu à son état final, chacun de ses points a pour température la moyenne des températures de toute surface bornant un ensemble de couches, tracées autour de ce point comme centre, et avec des épaisseurs variables pour la même couche, comme le produit de la conductilité par la chaleur spécifique;

3° Dans le cas du corps homogène, on peut enlever autour d'un de ses points quelconque une masse sphérique de grandeur arbitraire, sans changer la température de ce point, si chaque partie de la cavité ainsi formée rayonne proportionnellement à sa température supposée invariable.

Si le corps est hétérogène, on pourra enlever, autour d'un de ses points quelconque, une masse arbitraire de couches superposées, comme il vient d'être dit, pourvu que la cavité ainsi formée soit soufflée en une sphère dont chaque élément rayonne proportionnellement à sa température.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 27 février.—Présidence de M. Louyer-Willermay.

M. Gérardin a la parole, au nom de la commission de vaccine, pour le rapport suivant.

RAPPORT SUR LES VACCINATIONS PRATIQUÉES EN FRANCE PENDANT L'ANNÉE 1834; PAR LA COMMISSION DE VACCINE.—M. GÉRARDIN, RAPPORTEUR.

L'attention que le gouvernement accorde depuis quelques années à la propagation de la vaccine, n'a pas tardé à produire d'heureux effets. Le ministre du commerce avait recommandé à tous les préfets, par une circulaire en date du 6 février 1835, de tenir la main à la confection d'états réguliers de vaccination; ils se sont conformés à ces instructions avec un empressement digne des plus grands éloges. Ceux des départemens du *Calvados*, de la *Haute-Loire*, de la *Nièvre* et de *Saône-et-Loire*, sont les seuls qui n'aient point répondu à cet appel. L'Académie a donc reçu des documens relatifs à l'exercice de la vaccine dans *quatre-vingt-deux départemens*. Depuis 1823, époque où elle fut investie des attributions de l'ancien comité central, elle n'avait point encore eu à sa disposition des documens aussi nombreux et aussi importans.

M. Gérardin divise son rapport basé sur ces documens en trois parties : la première, comprenant les départemens classés d'après la continuité de leur zèle à entretenir et propager la vaccine; la seconde, contenant de nouvelles observations sur la variole, l'inoculation variolique, la varicelle, la varioloïde, la variole après la vaccine et les revaccinations; la troisième consacrée aux recherches qui ont pour objet l'origine et la conservation du vaccin.

I. DÉPARTEMENS CLASSÉS D'APRÈS LEUR ACTIVITÉ A ENTRETENIR ET PROPAGER LA VACCINE.

La commission a fait trois classes. La première comprend les départemens où le service de la vaccine est régulier dans sa marche, constant dans sa durée, préservatif dans ses effets; ils sont au nombre de dix-sept que voici dans l'ordre alphabétique.

Ardennes.	Ile-et-Vilaine.	Haut-Rhin.
Aveyron.	Lot-et-Garonne.	Haute-Saône.
Cantal.	Meurthe.	Seine-et-Oise.
Charente.	Nord.	Taro-et-Garonne.
Côte-d'Or.	Basses-Pyrénées.	Vosges
Doubs.	Bas-Rhin.	

La deuxième classe renferme vingt-neuf départemens où le service de la vaccine se rapproche par son extension régulière et progressive de celui des départemens précédens; ce sont :

Ain.	Isère.	Moselle.
Allier.	Jura.	Pas-de-Calais.
Basses-Alpes.	Loire	Pyrénées-Orientales.
Corrèze.	Loire-Inférieure.	Sarthe.
Côtes-du-Nord.	Loire-et-Cher.	Seine.
Dordogne.	Lozère.	Deux-Sèvres.
Eure-et Loire.	Marne.	Somme.
Finistère.	Manche.	Tarn.
Haute-Garonne.	Meuse	Var.
Indre.	Morbihan.	

Dans la plupart de ces départemens, les préfets ont pris toutes les dispositions capables d'améliorer le service de la vaccine, en sorte qu'on peut espérer de voir cette seconde classe se confondre bientôt avec la première. La troisième classe comprend tous les autres départemens, à part les quatre signalés plus haut, où le service réclame une impulsion nouvelle ou a été soumis à une organisation récente.

II. VARIOLE, INOCULATION VARIOLIQUE, VARICELLE, VARIOLOIDE, ETC.

1° *Variole, inoculation variolique.* La variole a encore compté de nombreuses victimes en 1834; et cette mortalité inspire d'autant plus de regrets qu'elle s'est appesantie davantage sur l'âge adulte. Tantôt ses ravages ont pu être arrêtés par la vaccine; ainsi à Lodève par M. Damain, à Reuilly (Indre) par M. Caire-Mirassel, etc. Il est important de noter que les départemens de la première classe sont depuis longues années à l'abri de ces redoutables épidémies.

Toutefois, malgré l'évidence de ces faits, on voit encore des communes, des arrondissemens tout entiers repousser les bienfaits de la vaccine. Un nouveau préjugé s'est répandu dans divers départemens; le peuple paraît persuadé que la vaccine fait développer la petite-vérole; et cette croyance a même ébranlé la conviction de plusieurs praticiens recommandables. M. Bazin, vaccinateur depuis 24 ans dans le canton de Valence (Gers), a vu, depuis 2 ou 3 ans, le vaccin dont il se sert atteindre un degré de force qui le rapproche du virus variolique, et même son inoculation être suivie d'une éruption variolique des plus graves. M. Rivoire, à Condom, a vu la variole se développer tantôt en même temps que les boutons de vaccin, tantôt au dixième ou douzième jour après la vaccination; à la vérité la variole a été bénigne. Toutefois il pense que le vaccin employé était détérioré ou de mauvaise nature. Mais quelques-uns de ses confrères et lui n'ont pas obtenu de meilleurs résultats en se servant du vaccin envoyé par la préfecture du Gers. M. Laborde, dans le même département, rapporte qu'en 1834 le vaccin, même transmis de bras à bras, a presque constamment déterminé la varicelle, ce qui l'a forcé de suspendre ses vaccinations. M. Labarthe, à Mauvézin, vaccine un enfant de 18 mois, de bonne constitution : cinq à six jours après l'éruption vaccinale, surviennent sur diverses parties du corps des boutons de varioloïde; et le vaccin pris sur cet enfant, et transmis à 35 autres, chez 27 détermina la varioloïde. M. Molas, à Auch, écrit qu'en 1833 le génie épidémique de l'

variole était si prononcé pendant le printemps et une partie de l'été, qu'il suffisait d'inoculer la vaccine pour faire éclore la variole; et, chose remarquable, celle-ci ne se développait que quand les pustules vaccinales étaient arrivées par la marche la plus régulière à une complète dessiccation.

Ces faits, en tout semblables à ceux mentionnés dans le rapport de l'an dernier, démontrent seulement que le vaccin dont on s'est servi n'est point le vaccin de Jenner, et qu'il avait été pris sur des individus atteints de varioloïde. On ne saurait donc trop se défier de tout vaccin dont l'origine est inconnue ou suspecte.

2° *Varicelle.* M. Ollet fils a décrit une épidémie de varicelle qu'il a observée à Boule-d'Amont (Pyrénées-Orientales). La maladie parut au mois d'octobre, atteignit son maximum d'intensité en novembre, et cessa brusquement en décembre 1834. Elle se montra surtout sur des enfans; une seule personne au-dessus de vingt ans en fut atteinte. Elle attaquait indistinctement les sujets vaccinés ou variolés comme les autres, sans nulle différence pour la marche ni les symptômes; toujours elle a gardé son type primitif sans dégénérer en variole ou en varioloïde; et enfin elle n'a apporté aucun obstacle au développement ultérieur de la vaccine.

Les prodrômes étaient : un malaise général, un léger frisson suivi d'une chaleur de courte durée, de la céphalalgie et dans quelques cas des vomituritions. La fièvre cessait dès que l'éruption s'était manifestée; les boutons paraissaient vers la fin du premier jour ou dans le second, rarement dans le troisième; ils acquéraient promptement un volume considérable surtout à la face et au cuir chevelu, et parvenaient en trois ou quatre jours à leur entier développement. D'abord clairs et comme transparens, ils finissaient par se remplir d'un liquide opaque; puis les uns se rompaient, tandis que d'autres se flétrissaient; et dans tous les cas les croûtes étaient minces, jaunâtres, tombaient du septième au huitième jour, rarement au neuvième; et laissaient à découvert des taches rouges sans dépression, et qui disparaissaient au plus tard dans l'espace d'un mois. La seule complication fut une ophthalmie qui se montra sur tous ces malades, coïncidant toujours avec le développement de quelques pustules sur la conjonctive, et disparaissant complètement avec le reste de l'éruption. Le traitement était très-simple; bien rarement les malades étaient obligés de garder le lit; et enfin cette épidémie a disparu sans laisser après elle aucune maladie consécutive.

3° *Varioloïde.* Cette maladie a continué à se montrer dans les divers départemens; mais le public sait à présent à quoi s'en tenir sur son importance; et les faits nouvellement recueillis sanctionnent les conclusions suivantes :

» 1° La variole et la varioloïde continuent à présenter, sous le rapport de leur développement, de leur marche et de leur forme, les caractères distinctifs mentionnés par un grand nombre de médecins nationaux et étrangers;

» 2° Les symptômes précurseurs de la varioloïde sont toujours remarquables par leur degré d'intensité et leur prompte cessation dès l'apparition de l'exanthème;

» 3° Dans la presque totalité des cas, une éruption secondaire de nouvelles papules, mais avortant plus ou moins dans leur développement, s'est montrée après le troisième jour, et lorsque l'éruption primitive pouvait être considérée comme terminée;

» 4° La varioloïde attaque indistinctement les individus variolés ou non variolés, vaccinés ou non vaccinés;

» 5° Enfin la correspondance ne cite point encore un seul cas où la varioloïde ait été suivie d'une terminaison funeste. »

4° *Variole survenue après la vaccine.* La correspondance contient seulement trois observations de variole survenue après la vaccine. M. Desparanches, à Blois, en rapporte deux cas, et ajoute : « Depuis trente ans que je vaccine, voilà la première fois que j'ai observé la variole après la vaccine, bien que, depuis ce temps, plusieurs épidémies varioliques se soient manifestées. » M. Sultzer, à Barr (Bas-Rhin), en mentionnant le troisième cas, ajoute que c'est le seul exemple qu'il en ait vu depuis vingt-quatre ans qu'il vaccine, et sur plus de 20,000 personnes qu'il a soumises à cette opération.

Tous les autres vaccinateurs s'accordent à déclarer qu'ils n'ont jamais vu la variole se développer chez un individu régulièrement vacciné.

5° *Revaccinations.* M. Salmade, dans un travail lu à l'Académie (V. GAZETTE MÉDICALE, février 1834), a émis l'opinion qu'une seconde vaccine ne donnait jamais que des boutons irréguliers, prompts à avorter et n'ayant point les caractères de la vraie vaccine; et il en a conclu que les revaccinations sont tout-à-fait inutiles. Ces vues sont partagées et adoptées par MM. Barrey, Hennequin, Guyétant, Labesque, Desparanches, etc. Toutefois, au sein même de l'Académie, MM. Moreau et Bousquet ont rapporté des exemples irrécusables de revaccinations tentées avec succès. M. Hervez de Chégoin a cité des faits analogues; M. Sultzer a obtenu cinq beaux boutons sur une fille de vingt ans, déjà vaccinée à dix ans; MM. Burckard, Schaken, Valentin et Saucerotte dans la Meurthe; M. Tueffard à Montbéliard, ont également réussi sur quelques sujets. On ne peut donc élever de doutes sur la possibilité des revaccinations; mais il reste démontré que cette opération ne réussit que d'une manière exceptionnelle chez les sujets qui ont eu une vaccine véritablement normale.

III. RECHERCHES SUR L'ORIGINE ET LA CONSERVATION DU VACCIN.

De nouvelles recherches ont eu lieu sur cet important sujet, la correspondance que M. Dupont, médecin à Bordeaux, a entretenue avec la société Jennerienne de Londres, est surtout d'un haut intérêt.

M. Dupont avait reçu de la société Jennérienne six plateaux de vaccin avec douze aiguilles d'ivoire, le tout renfermé dans une enveloppe sur laquelle se trouvait un certificat signé JOHNSTON, attestant que *c'était du véritable cowpox provenant de la vache.* Ce vaccin réussit d'ailleurs très-bien; et M. Dupont restait persuadé qu'il avait inoculé le véritable cowpox, lorsque les discussions élevées au sein de l'Académie lui apprirent que, depuis plus de trente ans, on n'avait pu se procurer du vaccin primitif, et que celui qu'on recevait de Londres était toujours pris de bras à bras. Il écrivit directement à M. Johnston pour dissiper ses doutes; M. Johnston lui répondit, le 16 juin 1834, qu'on avait mal compris son certificat, lorsqu'on avait cru que le virus envoyé était récemment pris de la vache.

« Voici, dit M. Johnston, quelles furent mes propres paroles : Le virus que je vous donne est *le véritable provenant de la vache.* Celui dont nous nous servons maintenant est et a été en usage depuis bientôt trente ans.

» Le docteur Walker, qui était un des partisans les plus zélés de la vaccine, et qui la propagea le plus, ayant essayé du cowpox qui lui avait été envoyé par un praticien de la campagne, il y a environ six ans, ne fut pas aussi satisfait du bouton qui en provint que de celui dont on faisait usage depuis long-temps; il l'abandonna donc en disant : Pourquoi aurais-je recours à un virus peut-être inférieur, lorsque j'en possède un excellent?

» La vaccine ne se communique peut-être pas par la vache plus de vingt fois dans l'espace de trois années, même sur les personnes qui cherchent à la prendre; quelques vachers font vacciner leurs enfans lorsque leurs vaches sont atteintes de la maladie, et dans ce cas, l'inflammation est plus forte que dans les cas ordinaires; quant aux autres symptômes, ils sont parfaitement semblables. Les propriétaires de laiteries ont de la répugnance à faire savoir lorsque leurs vaches sont atteintes du cowpox; de là vient la difficulté de s'en procurer et de l'obtenir. *Nous avons offert une prime* à quelques-uns des propriétaires de laiteries de Londres ou à tout autre individu qui donnerait avis au bureau de notre institution lorsqu'ils sauraient qu'une vache est malade de la vaccine, et qui nous mettraient en position de la voir par nous-mêmes; *mais jusqu'à présent nos soins ont été sans succès.* »

Cette lettre est décisive; elle prouve qu'en Angleterre comme en France, le virus-vaccin actuel doit son origine à celui découvert par Jenner; le prétendu cowpox, que l'on croit posséder par la voie de la société Jennérienne de Londres, n'est donc que le vaccin primitif obtenu par des transmissions successives de bras à bras.

M. Jouet, vétérinaire à Rambouillet, a transmis à la commission des croûtes de pustules présumées appartenir au cowpox; ces croûtes avaient été enlevées du pis d'une génisse arrivée depuis six semaines dans le pays. D'abord elle avait eu une rougeur et une inflammation du pis tellement douloureuse, que l'animal refusa de se laisser traire; quelques jours après survint une éruption boutonneuse; les boutons, après six ou huit jours, avaient suppuré, formé des croûtes qui s'étaient détachées en laissant une cicatrice. M. Bousquet a essayé d'inoculer la matière de ces croûtes; mais malgré toutes les précautions qu'il a prises, il n'a obtenu qu'un résultat négatif.

Plusieurs médecins de la Franche-Comté espèrent rencontrer le cowpox; mais les faits manquent jusqu'à présent.

Dans la séance du 14 octobre, M. Salmade avait informé l'Académie qu'un médecin de Rome, M. Maceroni, avait rencontré le cowpox sur des vaches récemment arrivées de la Suisse; il ne put en recueillir que les croûtes, et toutefois l'inoculation tentée avec ces croûtes avait parfaitement réussi. L'Académie décida qu'on écrirait à M. Maceroni pour obtenir de plus amples renseignemens. Ce médecin a confirmé les faits avancés par M. Salmade, en envoyant le mémoire dans lequel il les a consignés. Une autre question avait été ainsi posée par l'Académie : Les pustules observées sur les vaches étaient-elles dues, soit à l'action du javard, soit à celle de la variole, maladies dont l'existence aurait pu coïncider avec l'origine de ces pustules? M. Maceroni a répondu qu'il n'existait alors ni l'une ni l'autre de ces affections.

Enfin, le comité central de Nancy a annoncé que M. Jeauroy avait vacciné avec succès trois génisses, et que ce vaccin, reporté sur six enfans, avait produit des boutons forts, ayant parcouru leurs périodes avec la plus grande régularité. Le comité ajoute que ces expériences vont être répétées, et qu'il s'empressera de faire connaître à l'Académie les résultats obtenus.

Quant aux moyens de conserver le vaccin, la commission cite les tubes en verre proposés par M. Fiard; mais la priorité de l'invention revendiquée par ce médecin est douteuse, et l'utilité de ces tubes est loin d'être démontrée.

La commission termine et résume son rapport par les propositions suivantes :

1° La vaccine est toujours le préservatif assuré de la variole;

2° Le virus-vaccin ne communique et ne développe que la vaccine;

3° Tout virus dont l'inoculation est suivie d'éruption variolique n'est point le virus-vaccin; son emploi doit être à l'instant abandonné et sévèrement interdit;

4° En Angleterre comme en France, le virus-vaccin actuel doit son origine à celui découvert par Jenner;

5° Le virus-vaccin n'a éprouvé aucune altération par suite de ses transmissions successives;

6° La variole proprement dite, survenant après une vaccination normale et bien constatée, est un phénomène aussi rare que celui de la variole attaquant deux fois les mêmes individus;

7° La varioloïde n'offre aucun caractère grave;

8° Chez les personnes bien vaccinées, les revaccinations ne réussissent que d'une manière exceptionnelle; en général, les avantages de cette seconde opération et les circonstances favorables à son succès, sont loin d'être suffisamment établies et démontrées;

9° C'est moins le chiffre élevé des vaccinations qu'il faut rechercher que celui des vaccinations régulièrement constatées; ces dernières peuvent seules assurer le triomphe de la vaccine;

10° Un moyen puissant de propager la vaccine est d'obliger les enfans qui fréquentent les écoles primaires à produire un certificat constatant qu'ils ont été vaccinés ou variolés.

Le dernier paragraphe de ce rapport, relatif aux tubes de M. Fiard, soulève une discussion à laquelle prennent part MM. Maingault, Chervin, Delens, Bouillaud et Amussat; comme elle se résume parfaitement dans ce qui a été dit à la séance suivante, nous l'omettons à dessein.

TUMEURS HÉMORRHOÏDALES ENLEVÉES PAR LA LIGATURE.

M. AMUSSAT présente trois tumeurs hémorrhoïdales très-volumineuses extirpées avec succès au moyen de la ligature, et communique ce fait dans les termes suivans.

OBS. — M. V..., âgé de 78 ans, demeurant rue Saint-Honoré, n° 270, s'est ressenti pour la première fois de son affection hémorrhoïdale il y a trente-neuf ans, et c'est à la suite d'une course à cheval qu'il s'aperçut de la sortie de l'une de ces tumeurs, qui lui occasiona pendant deux ou trois jours des pertes de sang

par l'anus. Depuis ce temps, ce flux hémorrhoïdal n'a point cessé d'accompagner les selles à des époques plus ou moins éloignées.

Aucun des chirurgiens que M. V... consulta sur cette affection n'osa entreprendre de l'en débarrasser. Cependant M. le docteur Marchand ayant sollicité une consultation avec M. Amussat, ce chirurgien fit les observations suivantes. Trois tumeurs hémorrhoïdales, grosses comme des œufs, pendaient au pourtour de l'anus; de légers intervalles séparaient les tumeurs, mais ces espaces étaient remplis par la peau et des vaisseaux. Dans chaque intervalle, l'épaisseur de cette peau était moins grande.

M. Amussat avait appris du malade lui-même qu'à la suite de grands efforts pour aller à la garde-robe, l'intestin rectum sortait avec les tumeurs hémorrhoïdales, et c'est après avoir pris des lavemens avec de l'huile, et en enduisant de ce liquide le pourtour de l'anus, que M. V... parvenait, non sans de grandes difficultés, à faire reprendre aux parties leur place naturelle; mais souvent il ne pouvait obtenir la réduction que d'une seule des trois tumeurs. Du reste, M. V... s'était toujours assez bien porté jusqu'au mois de février 1836.

Après une exploration attentive des tumeurs, M. Amussat parvint à en opérer la réduction, en se comportant dans cette circonstance comme dans un cas de hernie, mais après avoir toutefois enduit les tumeurs avec un corps gras liquide. Malgré cette réduction méthodique, les tumeurs reparurent bientôt au dehors. de même que cela avait lieu chaque fois que le malade avait besoin d'aller à la selle. Cependant la défécation ne s'accomplissait qu'avec les plus grands efforts et avec douleur, car les tumeurs par leur position devenaient alors de véritables bouchons qui s'opposaient à la sortie des matières fécales, ou qui devaient nécessairement précéder celles-ci. Plusieurs fois M. Amussat fut appelé auprès du malade, qui, malgré des lavemens, ne pouvait aller à la garde-robe; M. Amussat le soulagea toujours en allant chercher les tumeurs, qu'il amenait avec son doigt recourbé en crochet, et aussitôt le dégorgement de l'intestin avait lieu; mais il fallait faire rentrer les tumeurs immédiatement après, car leur étranglement occasionait les plus violentes douleurs au malade, quoique le sphincter de l'anus fût très-dilaté. Un écoulement glaireux par le rectum suivait presque constamment ces réductions et constituait une infirmité à la fois gênante et dégoûtante. Pour y porter un remède efficace, M. Amussat proposa la ligature de ces tumeurs.

La veille du jour fixé pour l'opération, M. V... prit un purgatif, et M. Amussat obtint des évacuations par les moyens qu'il employait habituellement. Le 20 février 1836, tout étant convenablement préparé et le malade couché sur le côté, M. Amussat fit, à partir du pédicule du paquet hémorrhoïdal, trois incisions dans le but de faciliter les ligatures. Le sang d'une artère ayant jailli, on en fit immédiatement la torsion. Plusieurs petits vaisseaux divisés dans la section occasionèrent une perte de sang assez considérable.

Trois ligatures ordinaires avec la soie cirée furent placées à la base de chacune des tumeurs, et le malade fut confié une heure à la surveillance d'un aide. Quelques heures après la ligature, les tumeurs étaient déjà bien diminuées. mais le sang veineux continuait à couler, malgré la compression extérieure. L'introduction de charpie entre les incisions faites aux tumeurs arrêta seule le sang. Dans l'impossibilité où l'on était de cautériser, M. Amussat était décidé, si une nouvelle hémorrhagie survenait, à lier tout le paquet hémorrhoïdal à son point de jonction avec l'intestin, pour préserver le malade des dangers d'une hémorrhagie qui avait occasioné une syncope dans la nuit. Cependant, à une heure du matin, les tumeurs étaient déjà gonflées et noirâtres, et il se faisait à leur surface une exsudation lymphatique sanguinolente assez considérable.

Vingt-quatre heures après l'opération, les hémorrhoïdes ont une couleur noirâtre plus prononcée à la circonférence; au centre, elles sont rouges et très-sensibles. On les couvre avec une poudre faite avec du quinquina et du charbon, pour les conserver et absorber l'odeur insupportable qu'elles répandaient.

Le deuxième jour, il y avait encore sensibilité, ce qui prouvait que les tumeurs n'étaient pas mortifiées; de plus, la couleur rougeâtre existait encore.

Redoutant une nouvelle hémorrhagie qui pourrait mettre en danger les jours du malade, déjà affaibli par la syncope qu'il avait éprouvée, M. Amussat n'osa pas faire l'excision des hémorrhoïdes; il préféra pratiquer une nouvelle ligature sur chaque tumeur, ligature qui fut encore très-douloureuse.

Le mercredi 24, même état des parties; la mortification n'est pas encore complète; on fait pour la troisième fois trois nouvelles ligatures.

Enfin, le 27 février, M. Amussat se décide à pratiquer l'excision en deçà des ligatures. Les tumeurs, à peu près indolentes et de couleur noire, paraissaient devoir tomber très-prochainement; cependant la section fut encore douloureuse et suivie d'une perte de sang à la vérité très peu considérable. Le pédicule des tumeurs est sensible au toucher. Le malade a supporté ces différentes opérations avec courage; il est faible, mais la vie paraît à l'abri des dangers qui menacent si souvent les personnes atteintes de tumeurs hémorrhoïdales aussi volumineuses.

Après cet exposé du procédé opératoire employé, M. Amussat reproduit brièvement les nouveaux moyens auxquels il aurait recours dans un cas semblable pour éviter l'hémorrhagie.

Ainsi, 1° point d'incisions et partant point d'hémorrhagies à redouter.

2° Faire des ligatures verticales et transverses, ou bien deux ligatures seulement, et tenter les incisions après.

3° Au lieu de faire les ligatures ordinaires, M. Amussat se servirait de ligatures métalliques avec le serre-nœud.

A l'examen des tumeurs, on les a trouvées traversées par un grand nombre de vaisseaux variqueux entrecroisés dans tous les sens. Le plus gros pouvait avoir le diamètre d'une plume à écrire, et quelques-uns se terminaient par des ampoules remplies de sang coagulé. Le 28 février, le malade était dans l'état le plus satisfaisant, les ligatures sont tombées, et aujourd'hui tout est rentré dans l'ordre, et M. V... se porte aussi bien que possible.

M. Amussat ajoute quelques éclaircissemens sur la malade amputée du col utérin dont il a entretenu l'Académie à la dernière séance. Les renseignemens qu'il a pris le font persister dans son premier diagnostic. M. Cullerier et plusieurs médecins qui s'occupent spécialement de syphilis, disent que jamais ils n'ont vu de végétations aussi développées. De plus, dans un pareil cas d'affection vénérienne, l'extérieur de la vulve porterait certainement quelques traces anciennes ou nouvelles d'ulcérations syphilitiques; or, on n'en a jamais remarqué sur cette malade. Son mari, il est vrai, a été plusieurs fois infecté, mais la femme assure ne s'en être jamais ressentie.

Du reste, M. Amussat insiste sur les modifications qu'il a proposées d'apporter à l'excision du col utérin, et qui se résument dans les règles suivantes :

1° Commencer la section en avant et de côté, en tordant les pinces-érignes;

2° Ne pas terminer entièrement la section lorsque les vaisseaux donnent beaucoup, ou quand la surface utérine est indurée;

3° Tordre les vaisseaux qui versent le sang, et si le tissu induré ne permet pas d'employer ce moyen, cautériser avec un liquide caustique ou le fer rouge, ce qui donne le double avantage d'arrêter le sang, et de faire tomber les parties que l'excision n'aurait pu atteindre.

SÉANCE DU 1er MARS.

— M. VILLENEUVE fait un rapport pour l'élection d'un nouveau membre. La commission propose d'annoncer que cette élection aura lieu dans la section de pathologie chirurgicale. — Adopté.

— M. MARTIN-SOLON, au nom de la commission des remèdes secrets, fait successivement sept rapports sur des remèdes dont aucun ne mérite l'approbation de l'Académie. Tous ces rapports sont adoptés.

DISCUSSION SUR LE RAPPORT DE LA COMMISSION DE VACCINE.

M. GÉRARDIN relit les conclusions de la commission et le passage relatif aux tubes employés par M. Fiard. La discussion n'a eu lieu que sur ce passage; et M. Gérardin soutient les assertions de la commission.

M. MAINGAULT pense que la question de priorité ne saurait être un moment douteuse, M. Fiard a décrit ses tubes dans un mémoire qui date de 1831, et où il dit les avoir essayés dès 1828; M. Bousquet en a fait mention dans son ouvrage sur la vaccine, publié en 1832. A la vérité M. Mojon a dit depuis qu'il en avait reçu de semblables de Londres, lorsqu'il habitait encore Gênes; mais ce fait ne remonterait pas encore plus haut que 1832. L'utilité de ces tubes n'est pas moins incontestable; ils aspirent le fluide vaccin avec beaucoup de promptitude et de facilité et sont d'un transport plus commode que les autres moyens.

M. EMERY nie à la fois la priorité de M. Fiard et l'utilité de l'invention. La forme de ces tubes se retrouve partout; on s'en sert notamment pour quelques injections délicates en anatomie; et il est bien évident que les Anglais les avaient appliqués avant M. Fiard à la conservation du vaccin.

M. PLANCHE ajoute qu'en 1827 ou 1828, un Anglais de distinction lui a fait voir deux de ces tubes contenant du vaccin et lui a dit qu'on s'en servait depuis long-temps en Angleterre.

M. ADELON. Il est possible qu'une découverte soit faite simultanément dans deux pays à la fois; rien ne prouve que M. Fiard ait eu connaissance du procédé des Anglais, comme aussi rien ne prouve que les Anglais aient été les imitateurs de M. Fiard; on ne saurait donc contester à ce médecin sa part de priorité. Quant à l'utilité, elle est démontrée par l'usage qu'en font les bureaux de secours; et il eût été à désirer que la commission eût appuyé ses assertions sur un nombre suffisant d'expériences comparatives.

M. GÉRARDIN répond que dans le doute, l'Académie ne saurait reconnaître la priorité de M. Fiard.

M. CHERVIN. Puisque la société Jennérienne de Londres fait ses envois de vaccin dans toutes les parties du monde à l'aide de ces tubes, il est permis de penser qu'elle en a reconnu la supériorité.

M. BOUSQUET dit que M. Fiard lui a montré ses tubes en 1830 ou 1831. Quant à leurs avantages, ils en ont un d'abord qu'on ne saurait nier, c'est de recueillir plus promptement et en plus grande quantité le fluide vaccin. Mais sous le rapport de la meilleure conservation du vaccin, il n'y a rien de certain; les tubes capillaires qui ne peuvent être entièrement privés d'air, ont par là même des inconvéniens que partagent ceux de M. Fiard. Au reste, ajoute l'honorable membre, je conserve depuis huit mois du vaccin dans des plaques de verre et dans les tubes de M. Fiard, et je serai bientôt à même de faire avec ces deux vaccins des expériences comparatives dont je rendrai compte à l'Académie.

M. DOUBLE. Il y a deux questions à décider, et l'Académie ne me paraît pas suffisamment éclairée pour décider ni sur l'une ni sur l'autre. Ainsi évidemment il ne suffit pas, pour dire à qui appartient l'invention de ces tubes, de l'assertion toute empreinte de bonne foi de M. Fiard, et des renseignemens donnés par M. Planche. La supériorité de ce moyen sur tous les autres n'est pas non plus indubitablement démontrée; pour ma part je l'ai vu fonctionner et je le regarde comme bien supérieur pour recueillir le vaccin; quant à sa conservation, les expériences manquent. Je pense qu'en adoptant le rapport et ses conclusions contre lesquelles aucune objection ne s'élève, il y a lieu de retrancher le paragraphe relatif au tube de M. Fiard, et d'inviter la commission à éclairer la question par des expériences qui seront soumises à l'Académie dans le rapport de l'année prochaine. (Appuyé!)

M. MOREAU appuie cette proposition; on pourrait inviter M. Gaymard, qui doit encore faire partie d'une expédition pour la recherche de *la Lilloise*, à emporter du vaccin pour compléter ces expériences.

M. GÉRARDIN, au nom de la commission, accepte l'amendement de M. Double.

Le rapport et ses conclusions, moins le paragraphe relatif à M. Fiard, sont mis aux voix et adoptés.

— L'ordre du jour est la nomination des commissions pour les prix. L'Académie nomme au scrutin :

1° Commissaires *pour le prix de l'Académie, sur la phthisie laryngée*, MM. Louis, Chomel, Honoré, Roche, Andral père, Andral fils;

2° *Pour le prix d'anatomie pathologique*, MM. Ribes, Andral fils, Double, Cornac et Martin-Solon;

3° *Pour le prix fondé par madame Michel*, MM. Pariset, Esquirol, Ferrus, Louyer-Willermay et Falret.

— Nos abonnés recevront la table des matières de 1835 avec le prochain numéro.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

PROCÈS-VERBAL D'AUTOPSIE DE LA TÊTE DE FIESCHI, par F. Lélut.

Je vous envoie, mon cher confrère, le résultat de l'examen anatomique de la tête de Fieschi. Plusieurs médecins présens à cet examen ont vu avec moi, ou m'ont aidé à voir ce que je crois avoir constaté. C'étaient, si je n'omets personne, MM. Leuret, Dumoutier, Peisse, Gervais, Gaubert, Debout. M. Chazal dessinait le cerveau. Néanmoins, comme j'ai seul complété et écrit cet examen, je dois prendre seul la responsabilité des erreurs qu'il pourrait contenir et des opinions que j'y aurais mêlées.

I. — Section du cou, etc.

Le couteau de la guillotine a divisé avec la plus grande netteté l'apophyse épineuse seule de la sixième vertèbre cervicale dans toute sa longueur, et le cartilage intervertébral de la cinquième à la sixième. Il a coupé de même le larynx à la partie inférieure des cartilages thyroïde et cricoïde, et est venu passer, très-près du menton, sur la cicatrice qui s'étendait de ce dernier au col.

Plaie contuse à la partie postérieure gauche du crâne, au niveau de la ligne courbe occipitale supérieure, ayant un pouce à peu près d'étendue transversale, pénétrant jusqu'à l'os, et accompagnée d'une légère ecchymose dans le tissu cellulaire sus-jacent au périoste. Trois contusions légères, une sur la bosse frontale droite, une autre à la racine du nez, une dernière sur la pommette droite. Ces diverses contusions ou plaies contuses sont dues à la chute de la tête après la décollation.

II. — Examen du crane.

1° Mesure de cette cavité.

	Pouces.	Lignes.
Grande circonférence,	20	5
Demi-circonférence antérieure,	10	5
Demi-circonférence postérieure,	10	3
Diamètre longitudinal,	7	3
Diamètre frontal,	3	10
Diamètre temporal,	5	6
Diamètre inter-auriculaire,	5	2
Diamètre inter-mastoïdien,	4	1
Diamètre sincipito-mentonnier,	9	»
Hauteur de la face,	3	11
Hauteur du crâne, mesurée du niveau du conduit auditif externe,	4	5
Circonférence supérieure longitudinale prise de la racine du nez à la crête occipitale externe,	10	5
Circonférence supérieure, prise du niveau du conduit auditif externe,	10	»

Le front a une étendue ordinaire et l'angle facial une ouverture moyenne. Le crâne est très-allongé et les tempes sont notablement plates. Elles n'offrent en aucune façon les saillies extérieures du meurtre, de la ruse et de la prudence; mais celle du vol y est assez marquée. Sur la ligne médiane supérieure on remarque les proéminences correspondant à la bonté, à la théosophie. Celle de la fermeté est médiocrement marquée et celle de l'orgueil et de la vanité encore moins; il en est de même à peu près de celle du courage et de l'attachement. Mais les fosses occipitales supérieures, qui correspondent à la pointe postérieure des lobes cérébraux, font une saillie extrêmement marquée.

L'épaisseur des os du crâne est au frontal de 3 lignes, aux tempes, de 2 lignes, à l'occipital, de 2 lignes.

III. — Lésions de la face et du crane, résultant des blessures reçues le 28 juillet.

Cicatrice à la partie droite du menton intéressant la lèvre inférieure, disposée obliquement de haut en bas et de dedans en dehors, ferme, blanche, déprimée, et ayant l'air beaucoup plus ancienne qu'elle ne l'est en effet. Cette cicatrice se prolonge sur la peau du col jusqu'à l'endroit où le couteau a passé. Au-dessous d'elle, l'os maxillaire inférieur n'est point fracturé. Il n'a éprouvé qu'une légère perte de substance au-dessous et en dehors du trou mentonnier.

Au-dessus de la partie externe du sourcil gauche existe, dans une circonscription irrégulièrement circulaire, et dans un diamètre de 7 à 8 lignes, une cicatrice profonde, enfoncée et désormais complète. Au haut et en avant de la tempe du même côté existe une autre cicatrice à peu près de même étendue, mais beaucoup plus irrégulière, et non encore tout-à-fait terminée. Cette cicatrice, profonde et enfoncée, forme une sorte de canal dirigé d'avant en arrière et de bas en haut, et à la partie supérieure de laquelle la peau est évidemment soulevée par une saillie osseuse.

La première de ces deux cicatrices répond à une perte de substance du frontal ayant gravement intéressé la voûte orbitaire, dont deux petits fragmens sont encore mobiles en dehors et en bas de l'ouverture qui en résulte. Cette dernière a 10 lignes d'étendue en hauteur, et 4 ou 5 en largeur. Elle est fermée par une membrane résultant de la réunion des tégumens externes à la dure-mère. Vis-à-vis d'elle, et sur toute la pointe du lobe cérébral antérieur gauche, les deux feuillets de l'arachnoïde sont unis l'un à l'autre par des adhérences filamenteuses, courtes, mais assez serrées. La surface du cerveau offre en cet endroit une légère altération que je décrirai plus bas.

La seconde cicatrice, celle de la tempe, correspond à une ouverture irrégulièrement triangulaire, ayant d'avant en arrière, ou par son côté supérieur, 18 lignes d'étendue, et de haut en bas, ou par son côté postérieur, 14 lignes à peu près d'étendue. Cette ouverture est fermée en dehors par la cicatrice de la peau, et en dedans non point par la dure-mère, mais par une fausse membrane blanche, résistante, comme fibreuse, ayant en certains endroits près de 2 lignes d'épaisseur, de forme à peu près triangulaire, sur 2 pouces environ de côté en tout sens. Cette pseudo-membrane est interposée entre la dure-mère et l'os auquel elle adhère, surtout près de la suture frontale. L'ouverture qu'elle bouche à l'intérieur est formée en haut par un fragment du pariétal, à peu près demi-elliptique, ayant 2 pouces 3 lignes d'étendue en longueur, et 2 bons pouces en hauteur. Ce lambeau osseux, situé juste dans le tiers moyen du pariétal, s'étend par sa pointe antérieure jusqu'à la suture frontale, dont les engrenures se sont brisées ou séparées pour contribuer à la pénétration du crâne. Il est soulevé par son bord inférieur ou droit, qui répond à l'ouverture de cette cavité, et il est presqu'au niveau du reste de l'os par sa circonférence supérieure. Il y est soudé de toutes parts, excepté au niveau de l'ouverture du pariétal et de la disjonction de la suture fronto-pariétale; mais il est évident que jadis il en a été complètement séparé. La soudure est maintenant plus complète à l'intérieur qu'à l'extérieur du crâne, bien qu'elle soit parfaitement solide et que le fragment, au lieu d'être de niveau avec le reste de l'os, soit sur un plan plus extérieur. Il offre, à sa face interne, des inégalités, des rugosités dentelliformes, indiquant le travail de résorption et de cicatrisation qui s'est fait aux dépens de sa table interne. Les mêmes inégalités, accompagnées aussi d'une plus grande blancheur de la substance osseuse, se remarquent sur toutes les parties soit externes, soit internes du frontal et du pariétal, qui ont dû prendre part au travail de cicatrisation.

La partie antérieure de l'ouverture, dont le fragment que je viens de décrire forme le côté supérieur, est limitée en bas par l'angle antérieur d'un autre fragment osseux, des quatre cinquièmes au moins plus petit que le précédent, de forme à peu près triangulaire, dont la base n'a jamais été séparée du pariétal, tandis que sa pointe ou sa partie supérieure et postérieure, libre et un peu enfoncée dans la cavité du crâne, en a jadis été évidemment disjointe.

Au niveau de toutes ces altérations osseuses et de l'ouverture crânienne qui en résulte, les membranes et la substance du cerveau n'offraient de lésion d'aucune sorte.

IV. — Encéphale et méninges.

Le feuillet interne de l'arachnoïde, sur les circonvolutions de la convexité des hémisphères, est tout-à-fait transparent, sans blancheur et sans opacité. Les vaisseaux de cette membrane sont remplis, comme cela a toujours lieu chez les suppliciés, de bulles et de gouttes alternatives d'air et de sang. Il y a aussi une notable quantité du premier de ces fluides dans le tissu cellulaire de la pie-mère.

Les membranes s'enlèvent assez facilement de toute la surface de l'encéphale, quand on les a arrosées d'un peu d'eau; seulement, à la face inférieure et à la pointe du lobe cérébral antérieur gauche, là où j'ai noté des adhérences courtes et filamenteuses des deux feuillets de l'arachnoïde entre eux, le feuillet interne de cette membrane offre, dans une étendue assez régulièrement circulaire, et dans un diamètre d'un pouce, quelques adhérences légères avec la surface du cerveau. En cet endroit aussi, la couche superficielle de la substance grise de cet organe est en partie détruite, et a subi un travail évident de cicatrisation. A la superficie de cette plaie, ou plutôt de cette cicatrice commencée, on remarque un grand nombre de stries blanches, rayon-

nant irrégulièrement de la circonférence au centré, et qui ne me paraissent être autre chose que des filamens de tissu cellulaire, mis à nu par le fait de la résorption de la substance cérébrale, et accrus par celui du travail de cicatrisation. Cette cicatrice, dont l'aspect est un peu plus grisâtre que celui du reste du cerveau, offre aussi quelques taches ou stries rouges et vasculaires, indice de l'adhérence du feuillet interne de l'arachnoïde à sa surface. En examinant cette cicatrice avec une forte loupe, il me semble voir que son tissu cellulaire est infiltré de très-petites bulles d'air, comme l'était celui de la pie-mère de tout le cerveau. Cet air a dû s'introduire par les carotides au moment de la section du col (1).

La lésion que je viens de décrire est la seule qu'on remarque à la surface du cerveau. Cet organe, comme je l'ai déjà dit, n'en offre point vis-à-vis l'énorme plaie tegumentaire et osseuse de la tempe. Partout sa consistance, sa coloration, sa vascularité extérieure me semblent être celles de l'état normal. Ses circonvolutions sont généralement assez larges et leurs anfractuosités assez profondes. Elles offrent des deux côtés une symétrie et une régularité assez grandes, soit sur la convexité, soit sur la face inférieure des lobes antérieur, moyen et postérieur, soit enfin sur la face interne des deux hémisphères. Je ne remarque pas qu'il y ait de prédominance notable d'aucune des circonvolutions ou parties de circonvolutions affectées aux prétendus organes phrénologiques.

Poids de l'encéphale après quelques jours de conservation dans l'alcool.

Encéphale en totalité, y compris le bulbe rachidien,	1,365 grammes.	
Cerveau seul,	1,200	id.
Cervelet et moelle allongée,	165	id.

D'après ma moyenne dans ces sortes de recherches, le poids de cet encéphale est assez considérable; mais celui du *cervelet* est proportionnellement un peu au-dessous de ce qu'il devrait être.

(1) J'ai noté tous ces faits dans mon *Examen anatomique de l'encéphale des suppliciés.*

BIBLIOGRAPHIE.

RECHERCHES ANATOMICO-PATHOLOGIQUES SUR L'ENCÉPHALE ET SES DÉPENDANCES; par F. LALLEMAND, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Montpellier, etc. Neuvième lettre.

Cette neuvième lettre, qui termine le troisième volume, est consacrée à l'étude des indurations osseuses qui se développent soit dans la substance cérébrale elle-même, soit dans les membranes qui l'enveloppent. Cette lettre aurait dû, il nous semble, venir immédiatement après la septième, dans laquelle M. Lallemand s'était occupé de l'étude des indurations fibreuses, fibro cartilagineuses dont elle semble être une dépendance et dont cependant elle est séparée par celle consacrée à l'étude de *l'ulcération de la surface du cerveau et du cervelet*, etc. A la fin on trouve une table alphabétique des matières contenues dans les neuf premières lettres et n'a qui pas moins de 60 pages. Cette nouvelle lettre, comme toutes les précédentes, se divise en deux parties : la première dans laquelle sont rapportés les faits dont chacun est suivi de courtes réflexions; et la seconde contenant quelques inductions que l'auteur fait ressortir de ces faits et qu'il applique à l'étude du diagnostic, de l'étiologie et du traitement des indurations fibreuses.

La première partie contient vingt-neuf faits dont trois seulement appartiennent à l'auteur; les autres ont été empruntés la plupart à des ouvrages modernes.

La substance cérébrale, l'arachnoïde et la dure-mère peuvent être le siége de l'ossification dont l'origine dans ces divers tissus remonte toujours à d'anciennes inflammations qui déterminent des degrés différens d'induration dont le dernier est l'ossification. Mais pourquoi dans un cas trouve-t-on une simple induration fibreuse, dans un autre une transformation cartilagineuse, et dans un troisième une ossification? Ces nuances diverses ne tiennent pas à l'âge des malades, ni à l'ancienneté de la maladie, ainsi que les faits le démontrent. M. Lallemand croit devoir les attribuer à l'intensité de l'inflammation, à sa durée et à la fréquence de ses retours. Il est sans doute impossible de ne pas reconnaître l'influence de l'inflammation dans le travail qui opère l'ossification des tissus; mais l'explication que donne ici M. Lallemand sur la manière dont s'opère cette production morbide est loin de nous satisfaire complètement; l'intensité de l'inflammation, même combinée à sa durée, ne suffit point pour nous expliquer pourquoi, dans des cas en apparence analogues, nous trouvons tantôt une altération, tantôt une autre. Il y a donc une condition spéciale sous l'influence de laquelle certains tissus reçoivent une assez grande quantité de sels calcaires pour être transformés en os. Mais nous ignorons quelle est cette condition et ne la trouvons point dans le travail du savant professeur de Montpellier. Ainsi, tout ce qu'il dit des causes de cette altération se réduit à quelques lignes sans importance. La seule circonstance que nous signalerons c'est celle du sexe. On retrouve ici la même disproportion qu'à l'occasion de toutes les affections cérébrales. Sur 28 malades il y en avait 22 du sexe masculin.

L'étude des symptômes présentés par les malades chez lesquels on a trouvé l'induration osseuse, démontre qu'il n'en est aucun que l'on puisse rattacher à cette altération. Les phénomènes observés pendant la vie diffèrent nécessairement suivant la nature et le siége de la maladie qui a précédé l'induration. L'auteur fait remarquer avec beaucoup de justesse que pour bien comprendre les symptômes observés pendant la vie et les productions trouvées après la mort, il faut étudier chacune des observations isolément, y chercher les diverses maladies qui se sont manifestées et l'ordre dans lequel elles se sont succédées; on ne peut point envisager les faits de cette nature comme des êtres simples homogènes et pour ainsi dire abstraits.

M. Lallemand s'élève avec raison contre l'opinion qui attache une grande importance aux aspérités que présentent ordinairement les productions osseuses et qui attribuent à leur action sur les fibres du cerveau qu'elles tirailleraient, qu'elles déchireraient la céphalalgie, les convulsions, les attaques d'épilepsie, le délire, enfin tous les accidens observés pendant la vie. Mais nous ne croyons pas que cette opinion soit aussi généralement admise qu'il l'affirme. Cependant nous ne pouvons point admettre avec lui que la présence de ces productions au milieu des parties saines d'ailleurs soit presque inoffensive, et que les traces d'inflammation trouvées dans les parties voisines indiquent plutôt la cause de ces productions que leur action sur ces mêmes parties. Les indurations osseuses examinées par les procédés chimiques auxquels on soumet les os fournissent à peu près les mêmes résultats. Plusieurs expériences rapportées ici par M. Lallemand démontrent complètement que les produits osseux accidentels sont composés, comme les os ordinaires d'une matière animale qui en forme le moule et de sels calcaires qui s'y déposent.

Nous retrouvons ici l'opinion qui commence à être admise assez généralement aujourd'hui, d'après laquelle on trouve dans le sang les matériaux morbides qui sont fournis par la plupart des maladies et qui en constituent quelques-unes. Ces produits immédiats, dit l'auteur, existent tout formés dans le sang, dans la sérosité; ils sont transportés avec ces fluides dans toute l'économie... Il est donc facile de concevoir que ces substances animales déposées dans les organes malades par un travail inflammatoire, et se condensant par l'absorption de l'eau qui les maintenait à l'état liquide, s'organisent sous l'influence du système nerveux, etc.

Le traitement qui avait été entièrement omis dans la lettre précédente, pour éviter les répétions, occupe ici trois pages, et nous le disons à regret avec l'auteur : « Les conclusions thérapeutiques à tirer de tout ce qui précède sont peu nombreuses et faciles à prévoir. » Aussi nous terminerons ici l'analyse de la neuvième lettre, qui est l'une des moins importantes et à cause du sujet qui ne supporte que peu de développemens et parce que les questions les plus importantes ont été déjà discutées dans les lettres précédentes. Nous désirons que dans la prochaine lettre M. Lallemand s'occupe d'un sujet plus large et qui lui permettra d'employer l'érudition et la facilité d'induction dont il a fait preuve dans les lettres précédentes.

— *Du diagnostic dans les maladies chirurgicales, de ses sources, de ses incertitudes et de ses erreurs;* par M. A. BERARD, chirurgien de la Salpêtrière, agrégé en exercice de la Faculté de Paris, etc. Chez Béchet jeune, libraire de la Faculté de médecine, place de l'Ecole-de-Médecine, n. 4. Paris, 1836. Prix 3 fr. 50 c. Nous avons, dans notre numéro précédent, rendu compte de cet ouvrage. Nous nous empressons d'en annoncer la vente. Ce travail, qui renferme un grand nombre de préceptes généraux relatifs à la manière d'employer la lumière pour constater la nature de certaines tumeurs, de percevoir le phénomène de la fluctuation, de distinguer ce symptôme de l'élasticité des tumeurs qui ne renferment pas de liquides, d'apprécier la crépitation, la mobilité des parties, offre sous ce point de vue un intérêt pratique que sentiront toutes les personnes qui se livrent à l'art de guérir. Près de trois cents observations d'erreurs de diagnostic, classées d'après un ordre méthodique, analysées ou décrites avec quelques détails, constituent un recueil unique dans son genre, et terminent cet ouvrage dont la place est indiquée dans la bibliothèque de tous les praticiens.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

PARIS. — ÉVERAT, IMPRIMEUR, RUE DU CADRAN, n° 16.

N° 12. (TOME IV. — 1836.) SAMEDI 19 MARS 1836.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La Gazette médicale de Paris (*Gazette de santé* et *Clinique des hôpitaux* réunies) paraît tous les samedis de chaque semaine; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et équivaut à 6 feuilles in-8°. Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois. Pour l'Étranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Poissonnière*, n° 5, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

AVIS A MM. LES SOUSCRIPTEURS.

MM. les souscripteurs dont l'abonnement expire à la fin de ce mois, sont invités à le renouveler prochainement s'ils ne veulent pas éprouver d'interruption dans l'envoi du journal. Pour ne pas décompléter les collections, aucun numéro ne sera envoyé aux personnes qui n'auraient pas donné avis de leur renouvellement avant le premier avril. On s'abonne dans les départemens chez tous les directeurs des postes et des messageries. La quittance d'abonnement sera présentée au domicile de MM. les Souscripteurs de Paris.

SOMMAIRE.

PATHOLOGIE INTERNE.

MÉMOIRE SUR LA CONTRACTURE DES POUMONS ET DE LA PHTHISIE PAR CONTRACTURE; par J. Quissac, chirurgien chef-interne à l'Hôtel-Dieu Saint-Eloi.

(Deuxième partie.)

CONTRACTURE A L'ÉTAT CHRONIQUE, OU DE LA PHTHISIE PAR CONTRACTURE.

Après avoir décrit la contracture des poumons dans des cas où elle présentait un caractère aigu, nous allons la voir revêtir dans d'autres une forme plus ou moins chronique, et déterminer une série de symptômes qui constitueront une véritable phthisie par contracture.

Tout ce que nous avons pu trouver dans les auteurs anciens au sujet de cette espèce de phthisie, se borne à cette remarque, faite par quelques-uns d'entre eux : qu'ils ont trouvé, dans certains cas rares, à la suite de cette maladie, les poumons comme desséchés. Voilà à quoi se réduit tout ce qu'ils en disent. Rien, du reste, sur les symptômes particuliers à cette affection; rien de précis sur les lésions qu'a subies l'organe, non plus que sur la manière dont elles se sont développées.

Quelques-uns d'entre eux décrivent, à la vérité, une phthisie nerveuse qui semblerait annoncer par sa dénomination qu'elle pourrait bien n'être pas sans rapport avec celle dont nous allons nous occuper; mais qu'on jette un coup d'œil sur les lésions observées après la mort, et l'on verra qu'elles n'ont rien de commun entre elles. Il y est toujours question de suppuration de l'organe pulmonaire, genre d'altération qui ne saurait exister dans la contracture, du moins à l'état ordinaire, sans complication. Cette dénomination paraît n'avoir été donnée qu'à des phthisies tuberculeuses accompagnées d'une vive susceptibilité nerveuse.

Feuilleton.

MISCELLANÉES.

N° VII.

Quæ ex quibus ..

(Deuxième et dernier article.)

Si on veut bien se rappeler ce que nous avons dit précédemment sur l'incertitude des bases de la probabilité médicale, on doit être convaincu que la science est fort peu avancée sur ce point important. Si on admet que l'évidence est la démonstration à sa plus haute expression, il faut avouer qu'il n'y a rien de plus rare que cette évidence dans la recherche des maladies. On fait retentir sans cesse le mot progrès, mais on ne veut pas voir que, séduits par ce mot qui flatte l'amour-propre, nous nous faisons très-facilement illusion sur nos acquis et nos gains réels. Quand on veut ensuite connaître ce qui en est, estimer ce que j'appelle le *résidu vrai*, on est tout étonné de la faiblesse et de la nullité des résultats.

Ainsi, relativement à la probabilité médicale, tantôt les médecins se tiennent dans de vagues probabilités sur les signes fournis par les maladies et l'action des agens modificateurs, choses importantes, il est vrai, mais dont l'appréciation tant soit peu rigoureuse est impossible. Tantôt ils se confinent dans des idées systématiques; et, prenant pour base un être morbide archétype, leurs conclusions sont toutes prêtes pour les divers cas qui se présentent. Il faut ensuite que l'expérience réitérée, des mécomptes multipliés, les avertissent que ce prétendu phare de la vérité n'était qu'une lueur incertaine et inconsistante..

S'il y a trop souvent en médecine une affligeante discordance entre *ce qui arrive* et *ce qu'on attendait*, c'est qu'on oublie que le but principal de l'investigation scientifique est de trouver l'ordre de succession des phénomènes morbides, de connaître leurs relations réciproques de dépendance et d'action, en sorte qu'un phénomène étant donné, il s'agit de découvrir quel état phénoménal l'a précédé, et quel sera celui qui succédera. Voilà, selon moi, la base fondamentale sur laquelle doit reposer la probabilité médicale. Cette base n'est autre chose que *la loi de génération des phénomènes*, appliquée à la médecine. Je sais très-bien que cette loi est souvent obscure, difficile à découvrir et à suivre, à cause de l'immense variété des élémens à déterminer d'une manière précise dans une maladie; mais si la chose était aisée, la médecine acquerrait aussitôt un très-haut degré de probabilité, degré qui l'approcherait de la certitude. Ce qui donne à la probabilité mathématique une éventualité de chances assurées, c'est que les termes du problème sont toujours fixes et déterminés. Ainsi, comme on l'a remarqué, la courbe décrite par une simple molécule d'air ou de vapeur est réglée d'une manière aussi certaine que les orbites planétaires; il n'y a d'autre différence pour nous que dans la dimension. Mais rien de semblable ne s'observe pour les

Quant aux auteurs modernes, la phthisie nerveuse n'a pu trouver de place dans leurs écrits, et l'atrophie idiopathique, ou *contracture* du poumon, n'en a pas eu davantage.

Obs. III. — En juin 1832, fut reçu à l'Hôtel-Dieu Saint-Éloi le nommé Sallin, décroteur, âgé de 20 ans, d'un tempérament bilieux. Sa figure pâle offrait l'expression de la plus vive souffrance; sa maigreur était squelettique; il toussait et rendait des crachats jaunâtres qui paraissaient simplement muqueux.

Voici les renseignemens que nous en obtînmes; issu de parens sains, il était parvenu à sa 18e année sans avoir eu d'autre maladie que la variole. Adonné à cette époque à l'onanisme, il commença à tousser, sans éprouver ni douleur ni gêne dans la respiration. Au bout de quelques semaines, à cette toux, qui avait tant soit peu augmenté et qui était accompagnée d'une légère expectoration, vint se joindre une douleur dans les deux côtés de la poitrine, moins incommode par elle-même que par une sorte de constriction qu'éprouvaient les poumons, et pendant laquelle les mouvemens d'inspiration étaient pénibles et peu étendus. Elle était extrêmement bizarre dans ses apparitions et sa durée, revenait tantôt le matin, tantôt le soir, durait quelquefois plusieurs heures, plusieurs jours, disparaissait d'autres fois au bout de quelques minutes. Ce qu'il y avait de remarquable, c'est que, lorsqu'il restait chez lui, soit levé, soit au lit, livré à lui-même, la douleur persistait plus long-temps; tandis qu'il lui arrivait souvent de la voir cesser en allant faire une promenade à la campagne, ou bien en se livrant avec ses amis à quelque exercice qui exigeait un certain déploiement des forces musculaires; plusieurs fois une forte impression déterminée sur son moral l'avait fait disparaître presque instantanément; c'étaient de véritables accès de contracture (1), qui se présentaient avec la plus grande irrégularité. Séparés, dans le principe, par des intervalles de plusieurs jours, ils devinrent peu à peu plus rapprochés, plus incommodes, et ne laissèrent aucun moment de repos au malade, qui se décida à entrer à Saint-Éloi.

Il était à cette époque, comme nous l'avons déjà dit, d'une maigreur extrême, et ses traits portaient l'empreinte de la plus vive souffrance. Il lui semblait quelquefois qu'on lui serrait avec force les poumons; la douleur était alors intolérable; les momens de rémission étaient devenus rares, et n'étaient marqués que par un léger soulagement. La toux était fréquente, et les crachats d'une couleur jaunâtre, abondans; les digestions se faisaient difficilement; le repos fuyait le malade; des sueurs copieuses et une petite fièvre continuelle contribuaient à l'affaiblir. La poitrine, rétrécie dans tous ses diamètres, donnait à la percussion une sonoréité remarquable; l'auscultation faisait percevoir une respiration bronchique d'un très-petit volume, avec quelques râles muqueux et sibilans.

La maladie était trop avancée pour que les moyens qu'on employa pussent avoir quelque succès; aussi l'amaigrissement et le marasme devinrent-ils chaque jour plus considérables, et la mort vint, le 8 juillet suivant, terminer cette déplorable existence.

A l'autopsie, on trouva les poumons rapetissés, racornis, n'occupant qu'une très-petite partie de la cavité thoracique; leur forme était normale, leur couleur rosée, leur densité remarquable dans toute leur étendue, bien qu'on n'y observât ni engouement ni hépatisation; leur ténacité était conservée: on avait beau les comprimer, on ne les faisait ni crépiter, ni diminuer de grosseur. L'insufflation ne put leur rendre qu'une bien petite partie de leur volume. Des incisions faites sur divers points de leur étendue ne donnèrent issue à aucun liquide, et présentèrent un tissu homogène, non spongieux, dépourvu de toute production accidentelle. La muqueuse bronchique était d'un rouge vif, et le calibre des conduits qu'elle revêt paraissait avoir perdu de son diamètre à leur origine. Plus profondement, dans l'intérieur de l'organe, ces conduits étaient réduits à des cordons comme fibreux. Les deux plèvres étaient parfaitement saines, soit sur les poumons, soit sur la surface interne de la poitrine; elles ne contenaient ni gaz, ni liquide. Les ganglions bronchiques avaient leur volume ordinaire; il en était de même des ganglions lymphatiques du cou.

Le cœur contenait quelques caillots dans les cavités droites; son volume n'offrait rien de particulier.

L'abdomen ne présenta aucune lésion.

(1) On ne peut s'empêcher de reconnaître l'analogie de cette époque de la maladie de Sallin avec ce qui se passe dans l'asthme.

Obs. IV. — Madeleine Souchon, âgée de 29 ans, d'une constitution délicate, fut portée à Saint-Éloi, le 14 février 1834, pour y être traitée d'une fracture comminutive de la jambe, qu'elle venait d'éprouver. Le cas était très-grave; aussi fut-on un instant indécis sur le parti qu'on prendrait. Le désir de conserver le membre à la malade l'emporta cependant; on fit l'extraction de quelques esquilles, et la jambe fut placée dans un appareil convenable. Il survint des phénomènes inflammatoires, dont on eut bonne fin au moyen des anti-phlogistiques. Mais ce que l'on ne put empêcher, fut une suppuration abondante, occasionée par la présence de quelques esquilles qui n'étaient pas complètement détachées. Malgré l'épuisement qui devait résulter d'un pareil état, elle arriva vers la fin de mai sans avoir trop perdu de ses forces. A cette époque, on avait pu enlever, à divers intervalles, de nouvelles esquilles qui étaient devenues libres; mais il en restait encore quelques-unes qui entretenaient une suppuration abondante. Tout d'un coup, dans le même temps, sans cause connue, la malade commence à tousser, et dès le même moment la suppuration de la jambe diminue. La toux devient chaque jour plus forte, et l'expectoration, d'abord légère, fournit des crachats nombreux, épais et jaunâtres; tandis que la suppuration se réduit d'une manière si sensible, que le pus fourni par la jambe imbibe à peine la charpie dont on couvre les plaies. La malade se plaint d'une légère douleur dans les deux côtés de la poitrine, et d'une certaine difficulté dans les mouvemens d'inspiration: symptômes qui persistent d'une manière à peu près continue. La percussion fournit un son très-sonore, et l'oreille appliquée sur la poitrine fait percevoir une respiration qui devient chaque jour moins étendue, moins expansive, et qui prend le caractère bronchique, tout en perdant journellement de sa force; de sorte qu'elle finit par ne pouvoir être presque plus entendue qu'entre l'omoplate et la colonne vertébrale.

Le 10 juillet, la toux, l'expectoration avaient *complètement cessé*; les mouvemens d'inspiration semblaient moins gênés; il n'existait presque plus de douleur; la jambe ne fournissait plus de pus, bien que les ouvertures fistuleuses ne fussent pas fermées; on eût dit la malade guérie de ses deux affections. Une semaine se passa dans cet état de calme. Le 18 juillet, elle mourut presque subitement.

AUTOPSIE VINGT HEURES APRÈS LA MORT.

Les deux poumons, accolés à la colonne vertébrale, n'ont guère plus que le volume du poing; leur couleur est grisâtre, leur forme normale; saisis avec la main, ils ne crépitent presque pas et ne diminuent que très-peu sous la pression. Des incisions faites sur divers points présentent un tissu non spongieux, libre de tout engorgement sanguin ou séreux, de toute production accidentelle.

Les bronches sont de plus en plus resserrées sur elles-mêmes, à mesure qu'elles pénètrent dans l'épaisseur de l'organe; de sorte qu'elles perdent leur calibre à une certaine profondeur. La membrane muqueuse qui les tapisse offre de la rougeur et un peu de tuméfaction.

Les plèvres sont parfaitement saines dans toute leur étendue, et ne présentent pas le moindre épanchement, soit liquide, soit gazeux (1).

Les ganglions bronchiques n'ont que leur volume ordinaire.

L'abdomen est sain dans tous ses viscères: il en est de même des organes encéphaliques.

Les os de la jambe offrent plusieurs petits séquestres, renfermés dans des cavites tapissées par une membrane. On ne trouve dans l'épaisseur du membre aucun foyer purulent; les trajets fistuleux qui existent encore ne contiennent que quelques gouttes de pus.

Après avoir lu les deux observations que nous venons de rapporter, nous demanderons s'il n'est pas bien évident, et d'après les symptômes et d'après les lésions cadavériques que nous avons décrits, que l'un et l'autre de ces malades sont morts d'une véritable consomption pulmonaire? Nous demanderons si on peut trouver autre part que dans la

(1) Nous croyons devoir faire observer que cette absence de gaz, signalée dans les observations, s'accorde peu avec la sonoréité de la poitrine et avec le vide que l'auteur dit exister dans la cavité pleurale. (Voyez plus bas.)
(*N. du R.*)

phénomènes vitaux; ce n'est pas que dans le fond les lois de la nature ne soient aussi immuables, aussi rigoureuses dans ces derniers que dans les premiers, *natura est sibi consonna*; mais, ne pouvant remonter ni à ces lois ni à leurs rapports précis avec les effets, nous sommes réduits à de simples conjectures ou à d'infimes probabilités. Selon Descartes, « pour se tenir dans les limites du vrai, il ne faut affirmer d'une idée que ce qui s'y trouve clairement contenu. » Descartes a raison; mais en médecine, ce principe souffre de nombreuses exceptions; et comment en serait-il autrement, puisque les vérités médicales se prescrivent trop souvent par époques, et même par périodes d'années assez courtes?

Nous sommes donc forcés, quand il s'agit de probabilité médicale, de procéder par voie d'approximation, en ne perdant jamais de vue, autant que possible, la loi de génération des phénomènes, loi qui fait qu'on est conduit par l'analogie et par l'induction à des conclusions quelconques. Or, c'est ici que, dans la conviction d'un esprit méditatif et laborieux, sachant tirer des faits leurs conséquences légitimes, on obtient des solutions plus ou moins exactes pour déterminer l'X de cette équation intellectuelle, « savoir ce qui sera par ce qui est. » De là l'importance de partir d'un bon diagnostic, si l'on veut apprécier avec justesse les chances futures d'une maladie; car, en médecine comme en politique, l'avenir, c'est le présent bien vu. Une grande partie des élémens de la question se trouve donc dans un diagnostic bien fait, dans une étude approfondie de la maladie, dans l'art d'obtenir de ces réponses précises que fait la nature quand elle est observée avec patience, interrogée avec sagacité, enfin dans cette synthèse qui présuppose, non pas toujours une analyse minutieuse et détaillée des symptômes, mais une analyse rapide et comme spontanée. Les symptômes une fois connus et caractérisés deviennent aussitôt des signes; autrement dit, les données sensibles se transforment en conclusions intellectuelles; et ces signes, l'analogie doit les classer, le raisonnement les développer, le jugement les apprécier. De cette manière, les signes peuvent être considérés comme les figures principales du tableau de la maladie qu'il s'agit d'étudier. Ils sont, comme on l'a dit, les *lettres* du langage mimique de l'organisme dans un état irrégulier d'action. Mais, pour bien comprendre le sens de ce langage, trois conditions sont indispensables: la première d'avoir des connaissances médicales étendues et variées, sans cela, comment, je vous prie, comparer les effets, saisir les rapports, considérer le fait sous ses divers aspects, à moins de se résigner à tomber dans l'instinct routinier, ou l'application automatique de quelques préceptes vulgaires. La seconde consiste dans cette force d'attention en permanence qui, sachant attendre et comprendre, ne veut pas deviner la nature parce qu'elle ne désespère pas de la faire expliquer, en répétant habilement ses interrogations. Par l'effort de cette haute abstraction, il est étonnant combien de clartés rayonnent d'un même objet longuement examiné; et je ne suis pas étonné si la patience a été prise pour le génie par Hugues Blair. Enfin, la troisième condition est d'observer avec un esprit rasé de préjugés systématiques; on sent tout le poids de cette condition. En effet, une tête essentiellement philosophique, tout-à-fait libre de conclusions *à priori*, qui ne s'impose pas l'obligation d'arriver à tel ou tel résultat, qui échappe au servage d'une théorie exclusive, et méprise cette phraséologie d'hypothèse, cet accent pédantesque dont le paradoxe se masque, dont le mensonge se pare, doit nécessairement observer les faits dans leur simplicité, dans toute leur vérité, qualité rare parmi les observateurs, parce que c'est en médecine particulièrement qu'il faut apprendre à *voir* avant d'apprendre à *raisonner*.

Cependant, quelle que soit la précision du diagnostic, ce n'est pourtant qu'un

poitrine la raison d'une terminaison si funeste? Des faits de cette espèce ne sont certes pas communs ; mais ils le sont peut-être plus que ne le ferait supposer le silence des auteurs, et surtout des modernes. Nous sommes convaincus qu'il en est passé beaucoup de semblables tout-à-fait inaperçus, et cela parce que pendant la vie on n'aura pas eu recours aux lumières que fournissent l'auscultation et la percussion, et qu'après la mort, ou bien on n'aura pas ouvert le cadavre, ou bien on n'aura pas reconnu la lésion.

Ceux dont l'autopsie n'aura pas été faite auront été considérés comme morts de phthisie tuberculeuse, en raison de la toux, de l'expectoration et des symptômes colliquatifs qu'on aura observés pendant la vie; tandis que si le cadavre a été ouvert, les poumons auront été regardés comme sains et la muqueuse des bronches tout au plus affectée de catarrhe, si la contracture n'a pas été portée à un haut degré, et qu'on aura prononcé le mot *atrophie*, si le volume de l'organe a été excessivement réduit, comme par exemple chez Sallin.

Mais passons à l'examen des parties les plus saillantes de ces observations.

Chez Sal'in, la cause de la maladie fut l'onanisme, si propre au développement de la phthisie, et par l'épuisement qu'elle produit, et par la concentration des mouvemens qu'elle amène sur la poitrine. Ce sont, à la vérité, des tubercules que cette funeste habitude fait naître le plus souvent, tandis qu'ici elle donna lieu à l'inflammation de la muqueuse des bronches; mais ce sont toujours les poumons qui furent atteints; il n'y eut de différence que dans l'espèce de tissu.

Il ne serait pas très-facile de décider quelle fut la cause de la même affection chez la femme. Peut-être dépendait-elle de la résorption du pus qui se faisait à la jambe; peut être avait-on là un exemple de ces inflammations internes qui se forment sous l'influence d'une irritation extérieure; il ne serait pas impossible, enfin, que le chagrin qu'elle éprouvait de sa position fût entré pour quelque chose dans le développement de la maladie.

Quoi qu'il en soit, l'inflammation de la membrane muqueuse, qu'on trouva injectée et légèrement tuméfiée, s'annonça chez ces deux individus par une toux légère et sans douleur. Ce ne fut qu'au bout d'un temps dont la longueur ne fut pas la même chez l'un et chez l'autre, et lorsque la toux et l'expectoration avaient fait des progrès, qu'il se manifesta une douleur de poitrine, vive chez le jeune homme, légère chez la femme, et une gêne dans les mouvemens d'inspiration qui leur faisait croire, surtout au premier, que quelque force leur serrait les poumons. Une circonstance à noter, c'est que cette gêne, à peu près continue chez la femme, offrait chez Sallin des intermissions qu'amenaient des causes diverses qui agissaient sur son imagination, ou qui mettaient en jeu ses forces musculaires. N'est-il pas probable, d'après l'organisation déjà signalée des bronches et l'état des poumons à l'autopsie, que c'était à la cessation momentanée de la contraction de la tunique musculeuse qu'étaient dus les momens de calme? Ce ne fut pourtant que dans le principe qu'il y eut de ces instans de repos; car, lorsque la maladie eut fait des progrès, la constriction devint à peu près continuelle.

Ce qui nous frappa le plus chez la femme Souchon, fut l'état on ne peut plus satisfaisant, en apparence du moins, dans lequel elle passa les huit jours qui précédèrent sa mort. Plus de toux, plus d'expectoration; disparition presque complète de la gêne de la respiration; plus de suppuration de la jambe, dont les ouvertures fistuleuses n'étaient pourtant pas fermées. Nous craignîmes un instant, non sans raison peut-être, qu'il se fût développé quelque nouveau foyer d'inflammation dont les symptômes étaient cachés; mais le calme était si complet, la malade si tranquille, que nous dûmes abandonner cette idée.

Malgré ce repos de huit jours qui devait être suivi de la mort, malgré la cessation de tout symptôme du côté des organes de la respiration, on n'en resta pas moins convaincu que c'était à la lésion de ces derniers qu'était due la fin de la malade, quoiqu'on eût sous les yeux une jambe dont les désordres eussent certainement pu produire le même résultat, et l'on mit sur son billet : Morte d'*affection de poitrine*.

L'autopsie montra qu'on ne s'était pas trompé; mais, au lieu de cavernes que quelques élèves qui avaient suivi cette maladie croyaient exister, nous trouvâmes (1) un nouvel exemple de contracture : deux poumons accolés à la colonne vertébrale, sains en apparence, sans hépatisation ni engorgemens d'aucune espèce, mais petits, n'ayant pas le tiers de leur volume ordinaire, conservant leur forme, leur ténacité normales, et présentant une densité qui ne paraissait réellement tenir qu'au rapprochement des molécules de l'organe. Nous les comprimâmes avec la main, et nous n'en obtînmes ni crépitation ni diminution de volume, résultats ordinaires de la pression de ces organes à l'état normal. Toutes ces particularités, qui étaient passées inaperçues aux élèves qui étaient avec nous, leur devinrent claires lorsque nous les leur fîmes remarquer ; et ils demeurèrent convaincus que ces poumons offraient un état morbide, que la réduction de leur volume et leur densité leur avaient déjà fait soupçonner.

Nous pûmes alors nous rendre raison de ce calme de huit jours qui avait précédé la mort. Ayant égard aux rapports qui doivent exister entre l'étendue de la surface respiratoire et la quantité de sang, d'un côté, et entre la quantité de sang et les usages qu'il doit remplir, d'un autre, nous en vînmes à reconnaître que, l'étendue de la surface respiratoire ayant été considérablement réduite ici d'une manière graduée, il avait dû se faire chaque jour une moindre quantité de sang, et qu'enfin les choses en étaient arrivées, le 10 juillet, à ce point, qu'il n'y avait plus assez de ce liquide pour soutenir la phlogose des bronches et de la jambe. Il n'y avait plus ni crachats ni pus, parce qu'il ne se formait plus assez de matière première de sang pour les entretenir. La diminution de la gêne de la respiration s'expliquait de la même manière; puisqu'il y avait peu de sang, le besoin de respirer ne pouvait qu'être bien faible. On voit qu'il y avait eu réciprocité d'action du poumon sur le sang et du sang sur le poumon.

On reconnut par l'auscultation que la respiration devenait chaque jour moins expansive, plus petite; qu'elle s'entendait de moins en moins, en sorte qu'elle finit par ne plus être perçue qu'entre l'omoplate et la colonne vertébrale. Ces divers phénomènes ne doivent pas surprendre, si on fait attention à ce qui se passe dans la maladie dont nous nous occupons. La contraction des vésicules pulmonaires et des dernières ramifications bronchiques, dans lesquelles se produit le phénomène de l'expansibilité, s'opposait à l'entrée de l'air, ce bruit doit cesser, et ne peut être remplacé que par cette respiration qu'on

(1) Ce fut moi-même qui fis cette autopsie, en l'absence de M. le chirurgien en chef.

---

indice pour cette large probabilité médicale telle que nous la concevons. Il s'agit maintenant de tracer la physiognomonie de la maladie, d'évaluer les signes en particulier et dans leur ensemble, et d'indiquer la loi de génération des phénomènes. A l'aide de cette loi, une chose étant donnée, il faut en prévoir les conséquences les plus immédiates, celles qui le sont moins, puis les plus éloignées; passer ainsi de l'ignorance au doute, du doute à la probabilité, de la probabilité à l'évidence, de celle-ci à la certitude, s'il est possible. On doit voir que les deux termes extrêmes de cette série, quelque opposés qu'ils soient, se lient néanmoins au moyen de cette loi. Le malheur est qu'on n'obtient d'heureux résultats de cette application qu'autant qu'on admet des principes invariables dans l'ordre de production phénoménale; mais rien de plus rare en médecine que de pareils principes, *maxime ratas sententias*, selon l'ancien idiome de la philosophie. C'est là ce qui fait que nous saisissons si difficilement le fil de l'analogie, et que nous ne parvenons jamais dans les maladies à une masse d'inductions élevées à la troisième ou à la quatrième puissance, qui par conséquent s'approchent du fait primordial. A peine ces principes fixes commencent-ils à se poser, qu'on les voit continuellement attaqués et ébranlés; quand on croit la science solidement établie sur quelques points, des systématiques adroits et subtils remettent bientôt tout en question. D'un point saillant, ils tirent une ligne droite, voilà leur doctrine; quiconque s'en écarte à droite ou à gauche est dans l'erreur; voilà leur langage; et cette rigueur puritaine s'observe dans les systèmes les plus opposés, les théories les plus contradictoires. Il en résulte que la science, toujours tiraillée, mobile, incertaine, n'a point un mouvement libre de progression. Comment alors obtenir des faits contingens une somme de déductions toujours identiques? Comment fonder des généralisations? et sans ces dernières, où est l'édifice de la science? Celle-ci, comme nous l'avons dit, n'est en effet qu'une série d'axiomes. L'axiome, cette estimation certaine de l'esprit, ἀξιόω, j'apprécie; l'axiome, cette plante cérébrale qui a ses racines dans l'intelligence, voilà ce qui constitue toute connaissance humaine. Mais, nous l'avons dit, c'est chose rare en médecine qu'un axiome irréfragable, malgré les milliers d'observations accumulées depuis des siècles, et quoique les types morbides soient à peu près connus et définis. Serait-ce que le *côté nocturne* de la nature, comme dit une femme célèbre, est à jamais voilé pour nous? Serait-ce encore parce que les hommes qui observent avec profondeur et savent extraire des faits les idées-mères, bases de toute théorie bien faite, sont infiniment rares? Je ne sais. Toujours est-il qu'en général, lorsqu'il s'agit de probabilité médicale, le praticien trouve bien rarement un point d'appui au milieu de cette tumultueuse discordance de symptômes qui, dans une maladie grave, frappe ses regards et déconcerte ses prévisions.

Ne croyez pas néanmoins que tout soit ignorance, parce qu'on ne peut toujours être guidé par de vives lumières; il y a en médecine, et pour tous les cas pratiques, des choses instables, incertaines, inconnues; il y en a d'évidentes, de probables, de plus probables encore, et cela dans une ligne aussi étendue que variée. C'est à faire le *départ*, la classification de ces acquis, de ces vérités ou demi-vérités qu'il faudrait maintenant appliquer nos recherches. Pourquoi n'aurait-on pas pour chaque maladie une table de *constantes*, une table de *concomitantes* et une table de *variables*, selon qu'elles s'approchent ou s'éloignent de la loi de génération des phénomènes dont j'ai parlé? C'est peut-être le seul moyen de bien saisir le *quæ ex quibus* dans toute son étendue, de donner à la probabilité médicale cette consistance de principes, cette sûreté de vues dont le pra-

appelle *bronchique*, qui n'a jamais lieu dans les terminaisons des conduits aérifères. Il est évident encore que si la surface de ces conduits diminue, la respiration devra diminuer en proportion égale; elle ne pourra que présenter un moindre volume. Mais puisque la respiration était bronchique, il semblerait qu'elle devait être bruyante, comme cela a lieu à la suite de l'hépatisation dans la pneumonie, ou lors de la présence de tubercules crus dans le tissu pulmonaire, etc.; et cependant nous avons noté qu'elle s'entendait chaque jour de moins en moins. Pour expliquer ce phénomène, on n'a qu'à se rappeler que les corps solides sont les meilleurs conducteurs du son; or, dans l'hépatisation du poumon, dans le cas de tubercules crus, il y a augmentation de densité de l'organe; par conséquent, le bruit qui se passe dans les bronches doit être plus facilement transmis au dehors que dans l'état sain. Dans la contracture, au contraire, l'organe spongieux de la respiration n'a plus le volume suffisant pour transmettre le bruit qui se fait dans son intérieur aux parois de la poitrine; il s'est retiré vers la colonne vertébrale, et a laissé entre lui et l'enceinte thoracique un espace vide, ou occupé tout au plus par de la vapeur animale. Doit-on être surpris, dans ce cas, si la respiration ne s'entend pas? Trouve-t-on dans le vide les qualités nécessaires pour la transmission des sons, et le fluide aériforme jouit-il de cette propriété à un aussi haut degré que les solides? On le perçoit, à la vérité, entre l'omoplate et l'épine dorsale; mais cela tient à cette loi que nous avons citée. C'est par l'épaisseur de la colonne vertébrale qu'elle arrive jusqu'à l'oreille de l'observateur.

La percussion est un moyen qui ne trompe jamais quand il s'agit de constater une augmentation de densité du poumon, un épanchement de liquide dans la plèvre; mais quand la poitrine se trouve plus sonore que dans l'état naturel, il est rare qu'on s'en aperçoive, et qu'on en vienne par conséquent à tirer un bon diagnostic. Les deux côtés sont-ils également sonores comme dans ce cas-ci? Ou bien on méconnaît cet excès de sonoréité; ou bien on l'attribue à la maigreur du malade, qui laisse les doigts frapper sur une surface qui donne plus de son que si elle était recouverte par une couche de parties molles. S'il n'y a qu'un seul côté d'affecté, bien loin de se douter que c'est là que se trouve la lésion, on croit que c'est l'autre côté qui est malade, parce qu'on a un son moins étendu et qui est pourtant naturel. Il peut arriver encore que s'il s'agit du côté gauche, on attribue au développement de gaz dans l'estomac la sonoréité qui en est tout-à-fait indépendante. Prévenu sur ces diverses sources de méprise, la percussion nous aida à reconnaître le vide qui s'était fait dans la poitrine.

L'insufflation n'eut pas ici les mêmes résultats que dans les deux premiers cas de contracture aiguë: dans celle-ci les poumons purent reprendre la presque totalité de leur premier volume; dans l'autre, au contraire, on eut beau les insuffler, ils restèrent rapetissés, raccornis. D'où vient donc cette différence, si ce n'est de la durée de la maladie? Dans les deux cas de contracture aiguë, l'état de spasme ne se prolongea pas assez pour que les fibres charnues perdissent leur extensibilité; tandis que dans les autres sa durée fut telle, surtout chez Sallin, que cette faculté fut presque totalement anéantie. Il y eut impossibilité d'insuffler les poumons et de leur rendre leur volume, parce que les fibres musculaires avaient contracté une rigidité qui s'opposait à l'ouverture des ramifications bronchiques et à leur allongement. Si on eût pu leur rendre leur propriété extensible, on eût vu, sans aucun doute, l'organe revenir à son volume normal; car bien que la cavité des ramifications bronchiques fût effacée, il n'y avait pas union de la surface muqueuse par aucun des divers modes d'inflammation, mais simple rapprochement, très-exact à la vérité, par l'effet de la contraction des fibres circulaires. Cette oblitération peut être comparée à celle qui a lieu dans les artères ombilicales après la naissance; dans la partie du conduit de Sténon qui se trouve au-delà d'une fistule salivaire, etc.

La perte de l'extensibilité musculaire, à la suite d'une contraction prolongée, est un phénomène qui n'est pas rare dans l'économie. On voit tous les jours des individus atteints de tumeurs blanches du genou perdre la faculté d'étendre la jambe, parce qu'ils l'auront tenue trop long-temps fléchie. Certes, les ligamens peuvent bien opposer quelque force à cette extension; mais n'est-il pas manifeste, d'après la saillie, la tension et la raideur des fléchisseurs à la partie postérieure du membre, disposition qui devient encore plus prononcée lorsqu'on cherche à l'étendre, que ce sont eux qui opposent le plus d'obstacles à ce mouvement? N'est-ce pas à la contraction prolongée qu'ils ont subie qu'il faut attribuer ce nouvel état? Tous les efforts seront à peu près vains pour le modifier, si l'affection est ancienne, tandis qu'on parviendra à surmonter leur résistance, à leur faire reprendre leur souplesse, si elle ne date pas de loin.

Tout ceci s'applique parfaitement à la tunique musculeuse des bronches atteinte de contraction spasmodique. Il y a de plus ici, pour expliquer cette perte d'extensibilité, l'inflammation de la muqueuse, qui, bien qu'elle ne s'étende pas précisément jusqu'aux fibres musculaires, a cependant son siége trop près d'elles pour ne pas participer en quelque chose à leur donner la raideur qu'elles acquièrent.

De tout ce que nous venons de dire, il résulte qu'il existe encore ici une inflammation de la membrane muqueuse des bronches, accompagnée de la contraction spasmodique de la tunique musculeuse de ces conduits; contraction qui, dans le principe, tantôt continuelle, tantôt momentanée, fait chaque jour de nouveaux progrès et persiste enfin indéfiniment; que cette contraction, dont la marche est chronique, et qui fait éprouver au poumon un raccornissement graduel, insensible, donne lieu à une douleur de poitrine plus ou moins vive, à une gêne de la respiration et à un sentiment particulier de constriction qui fait croire aux malades que leurs poumons sont comprimés par une force étrangère; que la mort arrive au bout d'un temps plus ou moins long, soit par l'épuisement qu'amènent l'expectoration et la fièvre hectique, soit plutôt par le nouvel état du poumon, qui devient chaque jour plus impropre à l'artérialisation du sang; qu'enfin, à l'autopsie, on trouve un poumon raccorni, contracturé, n'offrant d'autre lésion apparente qu'une condensation, un rapprochement des molécules.

Le diagnostic de la phthisie par contracture devra être établi, et sur les symptômes que nous avons énumérés, et sur les résultats de l'auscultation et de la percussion. En percutant la poitrine, on obtiendra un son plus sonore que dans l'état normal, et qui le sera d'autant plus qu'on se rapprochera de la mort. L'oreille fera percevoir une respiration qui deviendra chaque jour moins expansive et prendra de plus en plus le caractère bronchique; elle fera reconnaître que le bruit respiratoire, de moins en moins sensible, finit par ne plus s'entendre qu'entre la colonne vertébrale et l'omoplate. Les divers râles muqueux, so-

---

ticien sent le besoin à chaque instant. Parcourons rapidement cette échelle d'évaluations.

1° *Table de constantes*. Il faudrait comprendre dans cette table tous les phénomènes qui forment la base d'une maladie, son caractère essentiel et fondamental, sa nature propre; tout ce qui la rend elle et non pas autre, d'une manière formelle et tranchée; enfin tout ce qui sur cette maladie est un fait constaté, une vérité démontrée, un problème résolu. C'est dans cette classe que se trouvent ce que les anciens appelaient signes pathognomoniques, signes malheureusement si rares, et qui donnent tant de facilité pour la probabilité médicale. Croit-on que, si nous avions une série bien établie de *constantes* pour chaque maladie, les données de la probabilité ne seraient pas plus évidentes, plus caractéristiques, plus saisissables qu'elles ne sont? Pense-t-on que si, loin de se confier à l'*anatomie* médicale de chaque systématique, on était parti de ce point, la science n'eût pas fait de progrès plus réels? Croit-on enfin que si, au lieu de recueillir les faits un par un, de les réduire ainsi à la condition d'un squelette dont les os sont soigneusement numérotés, on ne serait pas promptement arrivé à d'importantes généralisations, se liant entre elles par des rapports plus ou moins étroits, bases de la science, toute théorie n'étant qu'un grand fait logique.

Quoi qu'il en soit, il y a des constantes dans une maladie, et ce sont elles précisément qu'il faut s'attacher à connaître, à étudier, à classer; voilà l'axe solide auquel on doit rattacher les rayons qui peuvent jeter du jour sur toute la maladie. Cette étude bien faite conduit toujours à une probabilité plus ou moins élevée, qui consiste dans une juste appréciation des forces de la vie dans leurs différens états. Si le véritable *causa causans* d'une maladie nous échappe, au moins acquiert-on par la catégorie génératrice des phénomènes bien suivie; par le soin de reconnaître les *constantes*, en distinguant les symptômes principaux, leur origine, leur durée, leur intensité, leur mode de succession et leur tendance; puis les altérations organiques réelles, positives, invariables; acquiert-on, dis-je, une vérité d'aperçus et de prévisions qui conduit parfois à d'étonnans résultats.

Une chose fatale et vraie, c'est que la probabilité médicale est plus avancée pour un pronostic fâcheux que pour un pronostic favorable. Nous avons des signes certains que la mort est inévitable dans le cours d'une maladie, nous n'en avons aucun qui nous annonce positivement que la santé se rétablira; il y a ici une constante qui nous manque, surtout quand les chances se balancent. Ainsi, le satyriasis dans certaines fièvres graves, l'odeur de souris dans les affections typhoïdes un peu avancées, sont des signes assurés de la mort. Baglivi dit: *In omnibus morbis, præsertim acutis, inflatio abdominis superveniens ac persistans, imminentem mortem denotat.* L'expérience constate journellement la vérité de cette assertion. Rien n'annonce en effet un danger plus imminent que ces symptômes, surtout quand ils *persistent*, car ils sont l'effet d'un défaut d'influx nerveux dans les intestins et une preuve du défaut de réaction vitale. Il n'en est plus de même quand, au milieu d'une maladie aiguë, grave, nous voulons saisir un point fixe qui nous présage une tendance favorable. Écoutons l'oracle de Cos: *Qui ex morbo evasuri sunt, facile spirant, dolore vacant, noctu dormiunt, aliaque securissima habent signa.* (Prænot., 126.) Ombre du grand Hippocrate! pardonnez-moi: mais cette sentence est tout-à-fait insignifiante, car elle revient exactement à dire que ceux qui ne sont pas bien malades ne mourront pas, conclusion vulgaire et tout-à-fait indigne de votre génie. Cet exemple prouve combien, sur ces deux objets, les constantes obtenues sont différentes pour leur valeur.

nores et sibilans pourront s'observer, tantôt dans un point, tantôt dans un autre; on sait qu'ils caractérisent la phlogose des bronches.

On ne devra point négliger les lumières qu'on pourra obtenir en ayant égard à la constitution héréditaire ou acquise du malade, à son régime de vie, au pays qu'il habite, à ses passions, aux chagrins qu'il peut avoir éprouvés, etc. Une constitution scrophuleuse, transmise par des parens ou gagnée par des causes débilitantes, devra plutôt faire soupçonner l'existence de tubercules dans les poumons que toute autre affection; il en sera de même d'une nourriture malsaine et de l'habitation de pays montagneux que l'on sait très-propres à amener les mêmes effets. Des passions vives, de mauvaises habitudes, des chagrins, une contention habituelle d'esprit, pourront bien produire également ces résultats; mais nous les croyons capables de déterminer, mieux que que toute autre cause, la phthisie par contracture, par cette considération que ces causes agissent puissamment sur le système nerveux, et que la phthisie par contracture a un caractère nerveux fortement prononcé.

Dans la phthisie tuberculeuse il y a, comme ici, gêne dans les mouvemens d'inspiration; mais on ne trouve pas ce sentiment de constriction qui existe dans la phthisie par contracture, et qui doit en être en quelque sorte le symptôme pathognomonique. Il y a d'ailleurs souvent des hémoptysies qui ne peuvent guère se rencontrer dans l'autre affection. La percussion de la poitrine donne, dans les points qui correspondent aux tubercules, si ceux-ci ne sont pas trop profonds, un son mat; tandis que, dans la phthisie par contracture, cette cavité est toujours plus sonore que dans l'état naturel. On entend enfin des bruits tout particuliers qui appartiennent à la fonte des tubercules (gargouillement, respiration, toux caverneuse, pectoriloquie, etc.), et à l'inflammation qui s'est développée tout autour de ces productions morbides (râle crépitant, respiration bronchique, bronchophonie, etc.), bruits qui manquent presque tous dans la phthisie par contracture.

Il est une espèce de phthisie tuberculeuse qui pourrait fort bien en imposer si on s'en tenait aux résultats de la percussion: c'est celle dans laquelle l'existence de tubercules pulmonaires a été suivie de racornissement de l'organe, qui a perdu une grande partie de son volume. La poitrine est, dans ce cas, d'une grande sonoréité, pourvu toutefois qu'il n'y ait pas d'épanchement dans la plèvre. La coexistence d'autres symptômes appartenant à la phthisie tuberculeuse devra faire éviter la méprise.

On a quelquefois l'occasion d'observer une affection rhumatismale, à caractère opiniâtre et à marche chronique, qui se fixe sur les côtés de la poitrine et donne lieu à une douleur plus ou moins vive, ainsi qu'à une gêne prononcée des mouvemens inspiratoires. On ne la prendra point pour une contracture, si l'on fait attention à la position superficielle de la douleur et à la cause de la gêne de la respiration qui réside dans les muscles et non dans les poumons; d'ailleurs la percussion, l'auscultation, l'absence de la toux, les circonstances antécédentes, l'état actuel du malade, etc., devront donner des lumières plus que suffisantes pour qu'on ne puisse pas confondre ces deux maladies.

Nous avons donné les caractères anatomiques du poumon contracturé; ils suffisent, ce nous semble, pour le faire reconnaître et pour ne pas le confondre avec d'autres états pathologiques qui s'en rapprochent. De tous ceux-ci il n'en est pas qui pût plus facilement donner lieu à la méprise, que celui dans lequel l'organe s'est atrophié par suite d'une hypertrophie tuberculeuse des ganglions lymphatiques placés sur l'origine des bronches. Ces conduits en ont été comprimés au point d'être aplatis et de ne plus donner passage qu'à une petite quantité d'air, ou même peut être d'opposer à son entrée une barrière insurmontable. Dans ce cas, ce fluide cessant de pénétrer dans les bronches, celles-ci se sont resserrées sur elles mêmes de manière à perdre leur cavité, en vertu de cette loi organique d'après laquelle tout conduit, toute cavité qui cesse de remplir les usages qui lui étaient dévolus, tend à s'oblitérer. C'est en vertu de cette loi que les artères ombilicales sont converties en cordons fibreux après la naissance; que le conduit de Sténon s'oblitère dans le cas de fistule de la parotide; que les alvéoles disparaissent après l'avulsion des dents, etc. Ce resserrement des bronches est suivi de la condensation des molécules du parenchyme pulmonaire, qui diminue alors tout aussi bien de volume que dans la contracture, et qui offre absolument les mêmes caractères; mais il existe cette différence, que dans la contracture le resserrement est actif et idiopathique, tandis que dans ce cas-ci il est passif et symptomatique.

Il sera plus facile encore d'éviter toute méprise, lorsque le racornissement du poumon dépendra du développement de tubercules dans son épaisseur, puisque la maladie que nous avons appelée ***phthisie par contracture*** suppose un organe exempt de toute production morbide. Cette espèce de phthisie tuberculeuse, que nous avons observée plusieurs fois, ne pourrait-elle pas être compliquée de contracture? On a bien dit que la présence des tubercules donnait lieu à cette atrophie des poumons; mais ne sait on pas que, dans la majorité des cas, le développement de ces corps en augmente le volume? Or, peut-on raisonnablement admettre que la même cause, dans des circonstances semblables, puisse produire des effets opposés? Ne doit-on pas supposer que le premier cas renferme la complication signalée?

Enfin un poumon dont le volume aura été réduit par un épanchement pleurétique, ne saurait donner lieu à une erreur. Il est trop évident qu'ici c'est à la pression qu'est due la diminution du volume de l'organe, pour qu'on puisse s'y tromper. La plèvre qui le recouvre est d'ailleurs chargée de fausses membranes plus ou moins épaisses, tandis que dans la contracture elle est à l'état sain.

Le pronostic de la phthisie par contracture nous semble devoir être bien moins fâcheux que celui de toute autre espèce de phthisie. Il n'y a pas, en effet, dans cette affection, d'altération organique; ce n'est qu'une lésion des fonctions qui en fait toute la gravité: on peut donc espérer, si la maladie n'est pas trop ancienne, de les ramener à leur direction première.

Pour ce qui est du traitement, il nous semble, d'après l'observation de ce qui se passait chez Sallin, qu'il conviendrait non-seulement d'avoir recours aux antiphlogistiques, aux dérivatifs, aux calmans, etc., selon les cas, mais qu'il faudrait, par-dessus tout, recommander les distractions et l'exercice au malade. Les divers jeux qui mettent en action les forces musculaires, la promenade en voiture, l'équitation surtout, doivent beaucoup contribuer à faire disparaître cet état de spasme fixé sur les poumons, qui fait presque tout le danger de la maladie, et à rétablir l'harmonie des fonctions.

Nous ne serions pas éloignés de croire que c'est dans des cas sembla-

---

2° *Table de concomitantes.* Il y a toujours dans une maladie deux ordres de phénomènes qu'il faut saisir. D'abord ceux qui tiennent à sa nature, qui en sont la donnée fondamentale; nous les rangeons dans les constantes. Mais autour de cette donnée se groupent d'autres phénomènes qui s'y rapportent, qui s'y lient plus ou moins étroitement. Il y a une pneumonie; l'inflammation du tissu parenchymateux du poumon en est la nature, le type spécial, puis le degré d'intensité de cette inflammation, son étendue, l'époque de l'invasion, le crachement de sang, le point de côté, le plus ou moins de réaction fébrile, etc., en forment les phénomènes principaux.

Mais l'étude du malade, ses forces, son tempérament, ses habitudes, son irritabilité physique et morale, sa patience, sa résignation, la comparaison à faire entre l'état des forces et la violence de l'attaque, les circonstances qui ont précédé ou accompagné cette attaque, etc., telles sont les concomitantes d'une affection morbide; elles renferment toutes les remarques que l'observation clinique fournit chaque jour, lorsqu'on suit attentivement le cours d'une maladie; il ne faut rien oublier, rien négliger. C'était la méthode de Corvisart, si célèbre par la sûreté de ses prévisions. Aussi, comme on l'a observé, un peintre ne distinguait pas mieux que ce médecin les nuances des couleurs, ni un musicien toutes les qualités des sons. Les moindres altérations du teint, de la couleur des yeux, de celle des lèvres; les diverses intonations de la voix, les plus légères différences dans les muscles du visage, fixaient son attention: il n'était pas jusqu'à l'haleine, la transpiration qui n'eussent pour lui une échelle propre à assigner tous leurs degrés, et rien de tout cela n'était indifférent pour le jugement qu'il portait. Cela devait être; toutes ces choses néanmoins ne constituent pas l'essence de la maladie; mais en les joignant aux constantes, en les rapprochant, les coordonnant, on finit par obtenir des déductions, des idées-totales, conduisant à des probabilités d'un ordre plus ou moins élevé, selon qu'on a saisi avec plus ou moins de sagacité la filiation phénoménale.

3° *Table de variables.* Quelle est l'affection morbide qui n'a pas ses nuances, ses variétés, ses anomalies, suivant les causes qui la produisent, suivant les sujets qui la subissent? Or, comme c'est souvent dans ces anomalies que se trouvent les probabilités heureuses ou fatales d'une maladie, c'est au médecin à en saisir le caractère. Les premiers maîtres de l'art, c'est-à-dire, les malades, nous avertissent continuellement sur ce point important et parfois négligé. Aussi cette pneumonie, dont nous parlions tout-à-l'heure, quoique de nature inflammatoire, peut aussi être bilieuse, quelquefois goutteuse ou rhumatismale; la cause peut exister dans la suppression de la transpiration, d'une évacuation sanguine, etc.; il peut y avoir un défaut de conformation de la poitrine, une sensibilité toute particulière des organes pulmonaires, des tubercules déjà formés dans leur substance, etc. Ces phénomènes, qu'on n'observe pas toujours, ont pourtant de la valeur quand ils existent; ils aident le praticien à prévoir *l'intention* de la nature pour ce qui doit arriver. Il n'y a pas de maladie qui n'ait ses variables, soit à cause des agens extérieurs, dont l'action se modifie de mille manières, soit à cause des idiosyncrasies individuelles qui impriment à la maladie un caractère presque spécial.

Tels sont les trois degrés principaux d'estimation des phénomènes morbides, à l'aide desquels on peut établir les bases de la probabilité médicale. On doit sentir que ne pouvant donner ici des développemens importans, ni multiplier les exemples, ce n'est qu'une simple esquisse tracée sur un sujet important. Ce que j'en ai dit, néanmoins, suffit pour prouver que cette probabilité réside unique-

bles méconnus que l'équitation a produit des guérisons inespérées. Ce qui nous porte à cette idée, c'est que cet exercice qui convient du reste parfaitement pour prévenir la phthisie tuberculeuse chez les individus qui en sont menacés, devient presque toujours nuisible, lorsque cette maladie est déclarée, par les congestions qu'elle amène sur le poumon et les hémoptysies qui en sont si souvent la suite.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ALLEMANDS.

I. ZEITSCHRIFT FUR DIE GESAMMTE MEDICIN.

Ce nouveau journal est publié par MM. Dieffenbach de Berlin, et Fricke et Oppenheim de Hambourg : les noms de ces éditeurs suffisent pour le recommander. Il est en grande partie consacré à la littérature étrangère; cependant il contient dans sa première section, qui est la moins étendue, des articles originaux. Dans les deux premiers numéros nous avons trouvé deux revues des hôpitaux de Hambourg et d'Altona, ainsi que les deux articles suivans.

TRAITEMENT DE L'ORCHITE PAR LA COMPRESSION; par le docteur FRICKE de Hambourg.

Les inconvéniens souvent graves et la durée prolongée des traitemens ordinaires par les sangsues, les cataplasmes, les frictions, les emplâtres, etc., employés contre l'inflammation des testicules, qu'elle intéresse ces organes mêmes ou leurs tuniques ou les épididymes, ont conduit le docteur Fricke à essayer une nouvelle méthode curative, la compression, qu'il avait vue réussir dans des cas analogues. Le succès a complètement répondu à son attente; et ce moyen si simple et peu douloureux a produit entre ses mains, avec une rapidité étonnante, les résultats les plus favorables.

Le docteur Fricke est, que nous sachions, le premier qui ait essayé la compression dans l'orchite. M. Larrey propose, à la vérité, dans sa clinique chirurgicale, d'introduire une bougie enduite d'une couche épaisse d'extrait d'opium dans le canal de l'urètre, et d'exercer une douce compression sur le scrotum au moyen d'un suspensoir en flanelle, dans les cas d'orchite par suppression de blennorrhagie. Mais, outre que cette compression ne s'exerce pas d'une manière méthodique, elle a encore l'inconvénient d'être douloureuse, d'astreindre le malade à garder le lit, et de ne pas guérir plus vite que les méthodes de traitement ordinaires.

La compression peut être employée dans toutes les formes de gonflement inflammatoire des testicules, quelle qu'en soit l'origine. Elle s'est montrée efficace dans l'orchite symptomatique compliquant une gonorrhée ou survenue à la suite d'une suppression blennorrhagique, de même que dans l'inflammation provoquée par une cause externe. Elle était également praticable, quel que fût le degré ou la durée de la maladie; et elle a été employée avec le même succès au début d'une inflammation médiocrement intense ou d'une inflammation plus lente.

La seule contr'indication est l'état général des malades. Lorsque l'orchite était due à une faute de régime, et nommément à l'abus des spiritueux, ou s'il existait en même temps une complication gastrique, il fallait d'abord combattre les symptômes concomitans avant d'en venir à la compression qui, faute de cette précaution, ne produisait point alors le résultat qu'on était en droit d'en attendre.

Quelquefois la douleur augmentait, surtout quand la compression était trop forte; mais elle ne persistait pas; et peu de temps, souvent un quart d'heure après, le malade se trouvait entièrement délivré de ses souffrances, quelque intenses qu'elles fussent d'abord, au point de pouvoir se lever et se promener dans sa chambre.

Quand le gonflement inflammatoire était récent, il suffisait, dans beaucoup de cas, d'exercer la compression une seule fois pour enlever le mal. Si le gonflement durait depuis plus long temps, depuis six à huit jours, on était obligé de répéter la compression deux à trois fois.

L'engorgement du cordon spermatique, pourvu qu'il ne fût pas considérable et ne s'étendît pas jusqu'à l'anneau inguinal, la co-existence de bubons, de chancres et d'autres phénomènes dus à la même cause que l'orchite, n'étaient point considérés comme des contr'indications. Il y a plus, on peut remarquer que ces différentes lésions prenaient souvent une marche plus favorable, à mesure que la compression faisait disparaître l'inflammation du testicule et de l'épidydime.

L'orchite avait-elle provoqué un mouvement fébrile général, pourvu que la réaction artérielle ne fût pas trop forte, on parvenait le mieux à le réprimer par le moyen de la compression.

Enfin, une rougeur même foncée avec grande tension du scrotum, sans autres signes indiquant une forte inflammation, et la présence sur cette surface de petites surfaces ulcérées, lisses, unies, simplement excoriées, ne s'opposaient point à l'emploi de ce moyen.

Lors des premiers essais de sa méthode, le docteur Fricke fut parfois arrêté par la douleur qu'elle occasionnait, ce qu'il attribue à une compression trop forte. Plus tard, ayant tâché de remédier à cet inconvénient, les malades ne se plaignirent plus d'aucune souffrance.

Dans quelques cas, et particulièrement dans ceux où on avait d'abord employé les cataplasmes, etc., et où on n'exerça qu'une seule fois la compression, il restait pendant quelque temps une certaine sensibilité qui disparaissait peu à peu sans traitement ultérieur.

Plusieurs fois on eut occasion de remarquer, à la suite de la compression, la sympathie particulière qui existe entre les organes sexuels et ceux de la digestion. Dans ces cas, sans qu'il y eût eu préalablement des signes de gastricité, les malades étaient pris d'amertume de la bouche, de nausées et de vomituritions, et la compression n'était alors suivie d'aucun effet; les douleurs ne cessaient que peu ou point du tout, et on n'observait aucune diminution de la tumeur; l'éloignement des moyens compressifs, un vomitif et l'application d'un cataplasme sur la région de l'estomac, suffisaient pour faire disparaître ces symptômes. Dans le plus grand nombre de ces cas la compression avait été trop forte; dans deux, ces phénomènes paraissaient dus à une véritable complication gastrique. Les exemples d'un consensus aussi prononcé entre les organes génitaux et ceux de la digestion, sont en général trop rares pour infirmer les avantages de la compression; mais il faut y avoir égard quand ils se rencontrent, et suspendre à l'instant ce moyen de traitement.

L'effet doit suivre promptemcnt son application, et le meilleur signe

---

ment dans la loi de génération des phénomènes; en sorte qu'une chose étant donnée, on peut savoir ce qui doit arriver, dans une succession de temps et de phénomènes plus ou moins éloignée. J'ajoute que la méthode logique qui me paraît la plus convenable pour suivre et appliquer cette loi, consiste dans des tables de progression ascendante ou descendante, afin de reconnaître l'élément constant, l'élément variable, ou si l'on veut le fixe et le mobile de chaque maladie; autrement dit, qu'il faut chercher à séparer l'essentiel d'une affection pathologique de ce qui n'est qu'accidentel ou passager; distinguer du vrai rigoureux ce qui est simplement probable, et saisir même dans ce qui n'est que vraisemblable, les nuances qui séparent ce qui l'est davantage, d'avec ce qui l'est le moins. Leibnitz ayant créé ses êtres simples ou *monades*, les distribua en plusieurs classes. Il donna aux uns la simple perception P, et aux autres, l'apperception distinguée par deux PP, pour en noter le degré supérieur. Je voudrais de même qu'on indiquât dans chacune des tables dont nous avons parlé, une échelle d'évaluations à partir de ce qui est moins rigoureux, pour s'élever jusqu'à la certitude, autant du moins qu'il est possible de l'obtenir. Ainsi les degrés d'intensité de chaque symptôme n'étant pas les mêmes, ce qui marque de notables et importantes différences dans la probabilité médicale, on pourrait établir une série de nombres ou de périodes qui feraient connaître et ces nuances et leur valeur. D'abord un *minimum*, puis, en progressant numériquement, jusqu'à un *maximum*, dont les limites pourraient ensuite s'éloigner d'après les progrès futurs de la science. De cette manière le praticien aurait un moyen à peu près sûr d'estimer la valeur de chaque symptôme; de posséder toujours assez d'idées positives pour jalonner une direction certaine. Enfin, aidé de cette espèce de *morbimètre*, ne pourrait-il pas éclairer pas à pas sa marche, suivre la loi de génération des phénomènes et projeter le plus loin possible son regard et sa pensée dans l'avenir d'une maladie? Je ne sais si je m'abuse, mais il y a dans ces considérations quelque fondement de rénovation scientifique qui pourra dans la suite porter d'heureux fruits. Ne le savons-nous pas; telle utopie en apparence, ayant passé inaperçue sous les yeux de la routine, devient parfois une vérité pratique et journalière: il ne faut qu'attendre. Au reste, quelle que soit la méthode qu'on emploie, ne portons pas trop haut nos espérances en médecine quand il s'agit de probabilités; long-temps encore nous sommes condamnés à rester dans le doute sur une infinité de points. Montesquieu, dans sa dernière maladie, demandait aux médecins, en quelle raison étaient l'espérance et le danger. Zimmermann dit qu'il fallait répondre à la chinoise : « un dixième va à la vie, et neuf dixièmes vont à la mort. » Eh bien! il s'en faut que nous puissions prononcer aussi fortement dans la plupart des cas. Il n'y a que les médecins qui ont déjà pris racine dans un système, qui aient cette assurance dont le principe est souvent une erreur fixe. Mais les hommes d'expérience, les éclectiques, les libres penseurs qu'une sage réserve met en garde contre l'autorité des noms, contre les séductions du talent, contre les prestiges de l'imagination, savent qu'il y a de nombreuses et faciles illusions dans l'estimation à tous ses degrés de la probabilité médicale. Ayant appris à se méfier des premiers aperçus, ils attendent, dans les cas difficiles, que leurs idées soient mûries par la méditation, qu'elles soient une représentation fidèle des choses ou des rapports qui sont entre les choses. La prudence humaine est figurée par un serpent; or, le serpent fut dans l'antiquité le symbole d'Esculape, il doit l'être encore à notre époque, et puis, *quod medicorum est, promittunt medici*; tenons-nous-en là, selon les lumières acquises. Il nous faudrait des instrumens d'une rare perfection, peut-être même un organisme réservé à d'autres mondes, pour obtenir le vrai absolu en médecine, c'est-à-dire donner l'équation finale de la vie et de l'homme.

R.-PARISE.

de son efficacité, c'est la diminution des douleurs. Celles ci persistentelles encore pendant quelques heures à un degré intense, il faut en rechercher la cause dans un état morbide général.

M. Fricke a eu depuis 1832 à traiter 74 cas d'orchites, dont 51 avec le caractère aigu et inflammatoire, et 23 où les signes inflammatoires avaient plus ou moins disparu, et qui pouvaient être considérés comme des engorgemens chroniques.

Des premiers, 18 furent traités par les sangsues, les cataplasmes, les emplâtres, etc.; 25 par la compression.

Des seconds, 9 par les méthodes ordinaires, et 14 par la compression.

Si l'on divise maintenant le nombre des cas de maladies par la somme des jours nécessaires à leur guérison, on obtient pour dividende :

9 jours de traitement pour les 33 orchites aiguës traitées par la compression;

15 jours pour les 18 orchites aiguës traitées par les autres méthodes.

Dans les engorgemens chroniques la différence est moins grande:

12 jours par la méthode de compression;

14 par les autres méthodes.

Considérant les cas en particulier, on trouve que parmi les 33 cas aigus traités par la compression, la tumeur a disparu cinq fois en trois jours, cinq fois en cinq à six jours, six fois en sept jours; tandis que dans les 18 autres cas traités par les méthodes ordinaires, l'engorgement ne s'est dissipé qu'une fois en trois jours, une fois en cinq, deux fois en sept à huit jours, sept fois en huit à onze jours. Dans les engorgemens chroniques, sur 14 cas traités par la compression, la tumeur a disparu une fois en deux jours, mais le plus souvent du dixième au douzième jour; tandis que dans ceux traités par les sangsues, cataplasmes, etc., la résolution n'a eu lieu en aucun cas avant le huitième jour.

Les années suivantes, la méthode de compression employée avec des perfectionnemens indiqués par l'expérience a produit des résultats encore plus favorables. Ainsi, de dix-sept cas traités dans le semestre d'été 1835, et non compris dans le nombre précédent, un guérit en un jour, quatre en deux jours, deux en quatre jours, trois en cinq jours; un double engorgement des deux testicules disparut en neuf jours; un malade, qui portait depuis trois semaines une tumeur du testicule compliquée d'hydrocèle, fut guéri en dix jours, après que la seconde de ces affections eût préalablement été enlevée par la ponction; dix jours suffirent aussi pour un autre malade qui avait un gonflement du testicule très-volumineux compliqué de varicocèle.

Dans presque les deux tiers des cas susmentionnés, il ne resta ni tumeur ni induration du testicule; un engorgement de l'épididyme venu à la suite d'une orchite, et durant déjà depuis quelques semaines, disparut, quoiqu'il fût très-dur, au bout d'un mois de compression.

Les premiers essais de compression ont été les suivans. M. Fricke, après avoir fait raser les parties génitales, ramenait en avant et appliquait fortement contre la cuisse et le bassin le testicule malade au moyen de larges bandes agglutinatives, qu'il conduisait d'arrière en avant, depuis les fesses, par-dessus l'organe affecté, jusque sur les parois abdominales; mais cette manière, qui n'était ni assez sûre, ni assez solide, ne permettant point une application uniforme et partout égale, et de plus forçant le malade à garder le lit pour éviter tout grand mouvement, a bientôt été abandonnée par son auteur; il lui en a substitué une autre plus simple, et qui, après plusieurs essais, lui a paru la meilleure.

Il se sert à cet effet de bandelettes de toile coupées à fil droit, de la largeur du pouce et d'une aune de longueur, enduites d'un emplâtre bien collant, sans être irritant, de la composition suivante :

Emplâtre de litharge.	6 parties.
Poudre de colophane,	1 partie.

Faites fondre séparément et mêlez.

Il n'est besoin d'autre traitement préparatoire que celui exigé par l'état général du malade.

Le malade s'appuie, dans les cas les plus légers, contre la muraille, ou bien il se couche sur le bord du lit ou d'un sopha, de manière à laisser pendre librement le scrotum, dont les poils ont été préalablement rasés, opération préliminaire qui n'est pas néanmoins indispensable; le chirurgien saisit d'une main le scrotum et sépare le testicule malade du testicule sain, en tendant de l'autre main, un peu de bas en haut, la peau qui recouvre l'organe affecté; si le testicule est très gros, il le fait tenir ainsi séparé par un aide; si le gonflement n'est pas considérable, toute assistance devient inutile; il sépare de la même manière le cordon spermatique. Il applique ensuite la première bandelette à l'endroit où il a séparé le cordon, en contournant circulairement ce dernier à un travers de pouce au-dessus du testicule; il place de même la seconde bandelette, en ayant soin de recouvrir la première en tout ou en partie. L'application de ces deux tours de bande exige beaucoup de précaution; il faut qu'ils embrassent étroitement le cordon, afin que le testicule ne puisse pas remonter à travers et glisser vers l'anneau inguinal, surtout quand on vient à le comprimer à son extrémité inférieure, ce qui rendrait l'opération non-seulement douloureuse, mais encore inutile, en forçant de la recommencer.

Ces deux premières bandelettes bien fixées, on continue à en appliquer de haut en bas, en se dirigeant vers la grosse extrémité du testicule; il faut toujours avoir soin que chaque tour circulaire recouvre le précédent dans le tiers de sa largeur. Arrivé à l'endroit du plus grand diamètre du testicule, et où il diminue brusquement de circonférence, il n'est plus possible de continuer avec les bandes circulaires; le chirurgien saisit alors de la main gauche l'endroit où sont appliqués les premiers tours et jette les bandes dans le sens longitudinal de la tumeur, contournant le fond du testicule et fixant en haut vis-à-vis l'une de l'autre les deux extrémités de la bandelette; on en applique autant qu'il en faut pour recouvrir entièrement tout le testicule, qui se trouve ainsi enfermé et comprimé dans des tours de bande circulaires et d'autres qui vont de devant en arrière. Tout en ayant soin d'exercer une compression bien soutenue, il faut cependant jusqu'à un certain point en graduer l'intensité; la meilleure preuve que cette application aura été bien faite, c'est la cessation prompte des douleurs.

Lorsque les deux testicules sont malades et qu'ils doivent être comprimés en même temps, on commence d'abord par l'un, de la manière que nous venons d'indiquer; pour le second, comme il ne reste plus assez de place pour appliquer les bandes circulaires, on jette celles-ci autour des deux testicules, en se servant du premier comme d'un point d'appui; les bandelettes longitudinales d'avant en arrière s'appliquent comme pour un seul testicule.

Si les bandelettes occasionent, chez des malades dont la peau est sensible, quelques excoriations, on pratique de petites incisions que l'on recouvre de compresses d'eau de Goulard, et par ce moyen on remédie facilement à cet inconvénient.

Le malade peut en général, tout de suite après la compression, se lever et même se promener dans la chambre. Si l'inflammation n'était que commençante ou peu intense, les individus peuvent sortir et vaquer à de légers travaux.

Le renouvellement des bandelettes a lieu en raison de la diminution de la tumeur et suivant la marche des autres symptômes. Dans beaucoup de cas, il suffit d'une seule application. Autrement, on ne doit enlever les bandelettes que lorsqu'elles se sont relâchées, et quand on peut passer des ciseaux entre elles et le scrotum, on les coupe alors en plusieurs endroits, pour éviter le plus possible de causer quelque douleur au malade.

Cette méthode suffit dans la généralité des cas, à part les complications qui exigent une médication particulière; elle s'est montrée comme le moyen le plus sûr et le plus puissant même dans les cas d'inflammation à la suite de violence externe; si celle-ci était intense, on appliquait auparavant des sangsues et des cataplasmes pendant un ou deux jours. Dans les lésions légères, M. Fricke appliquait aussitôt les bandelettes. Ce moyen lui a réussi encore dans l'orchite sympathique des rétrécissemens de l'urètre, ainsi que dans d'autres engorgemens chroniques des testicules et de leurs dépendances, nommément de l'épididyme.

En résumé, la compression dans l'orchite possède sur les autres méthodes de traitement les avantages suivans :

1° Elle calme promptement les douleurs;

2° Elle amène la résolution de la maladie d'une manière plus rapide;

3° Elle est d'une application simple et peu incommode pour le malade;

4° Elle est moins coûteuse et exige moins de soins et de pansemens.

EXTIRPATION DE LA TÊTE DU FÉMUR, par M. OPPENHEIM.

Cette observation a été recueillie dans la dernière expédition des Russes contre les Turcs, en 1829, lors de la bataille d'Eski-Arna-Utlar.

OBS. — A 9 heures du matin on transporta à l'ambulance un chasseur qui avait été frappé d'une balle vers l'articulation coxo-fémorale gauche; on n'apercevait qu'une petite plaie au tegument et aucune contre-ouverture n'indiquait la sortie du corps vulnérant, le toucher ne permit pas non plus de reconnaître la présence de ce corps étranger; la douleur que le malade éprouvait à chaque mouvement

qu'on lui communiquait était excessive; le pied gauche était tourné en dehors et tout faisait présumer que le balle avait brisé le fémur et s'y trouvait peut-être fixée M. Oppenheim agrandit la plaie pour y introduire son doigt, et trouva un tel désordre qu'il jugea à propos d'augmenter encore son incision de trois pouces afin de pouvoir extraire les esquilles avec plus de facilité; après avoir mis l'os à nu, il reconnut que le fémur avait été brisé par la balle immédiatement au-dessous du grand trochanter, et que le corps vulnérant devait avoir pris une direction oblique de bas en haut et de dehors en dedans; il y avait peu de désordre aux parties molles, aucun aux gros vaisseaux ni aux nerfs L'opérateur essaya d abord de faire saillir le fragment inférieur hors de la plaie, et d'en faire la résection un peu au-dessous du petit trochanter; par là il gagna un peu d'espace et put examiner plus facilement le fragment supérieur; il vit alors que la capsule articulaire était déchirée, et qu'outre un grand nombre d'esquilles, le fragment supérieur était brisé en trois morceaux qui étaient le grand trochanter, la tête du fémur et son col; dans l'un de ces derniers fragmens situé en bas et en dedans, M. Oppenheim crut reconnaître un corps étranger qu'il soupçonna être la balle. Il résolut aussitôt d'agrandir encore la plaie pour extraire toute les portions de l'os brisé; à cet effet il dénuda d'abord le grand trochanter de toutes les parties molles, puis il le déprima un peu avec la main gauche, afin de porter la tête du fémur en dedans et arriver derrière elle jusqu'à la cavité cotyloïde. Il y réussit, non sans beaucoup de difficulté, et parvint enfin à couper le ligament rond et à enlever de cette manière le plus grand des trois fragmens, puis il emporta sans peine les deux autres fragmens ainsi que la balle. Une portion du bord supérieur de la cavité cotyloïde avait été détachée, et la surface mise à nu était rude au toucher; le reste de la cavité parut sain. La plaie convenablement nétoyée fut réunie à l'aide de quatre points de sutures; vers l'angle inférieur on ménagea une boutonnière d'environ trois pouces de long pour permettre l'écoulement du pus, le tout fut ensuite bandé convenablement. Ce n'est que le troisième jour que M Oppenheim revit son malade à Warna, où il avait été transporté immédiatement après l'opération, et où il le trouva dans un état encore peu satisfaisant. A la levée de l'appareil on reconnut quelques escarres superficielles; le membre était chaud, douloureux et gonflé; le pouls petit et fréquent; le teint pâle; la langue sèche; la bouche tirée et les lèvres convulsives par intervalles. Comme le malade n'avait pas de selles depuis l'opération, on lui ordonna une portion saline, puis du calomel à alterner avec le nitre et l'opium; ce dernier médicament fut administré à haute dose pour prévenir les accidens nerveux. On enleva les points de suture et on entoura toute la cuisse de compresses aromatiques. Le lendemain, mieux-être; le malade eut quelques selles, dormit tranquillement pendant plusieurs heures; les escarres, qui n'étaient que superficielles, tombèrent; le pouls s'éleva et le malade prit quelques alimens; la tuméfaction de la cuisse était moindre, et par ci par là on observa quelques contractions musculaires.

Le sixième jour, enflure presque nulle; suppuration bonne, entraînant quelques esquilles; disparition des accidens nerveux; continuation des fomentations; et calmans à l'intérieur. Jusqu'au 17° jour l'amélioration paraissait très-sensible; la suppuration abondante, mais bonne; toutes les escarres étaient détachées, les forces augmentaient; on administra au malade des alimens confortans, du vin, du quinquina avec des acides; mais malheureusement le même jour un malade de la salle fut atteint de la peste, et quoiqu'on l'eût éloigné à l'instant, cette nouvelle ne put être cachée au blessé qui tomba aussitôt plus mal; la fièvre devint intense; la suppuration sanieuse; le membre se gonfla de nouveau, et il se déclara un véritable typhus. Le malade délira pendant la nuit, et mourut le lendemain.

Cette observation est vraiment remarquable, quoiqu'elle n'ait pas été couronnée de succès. Le malade est-il mort à la suite de la peste ou de la frayeur? M. Oppenheim penche plutôt pour cette dernière cause. Quoique dans ce moment la peste enlevât beaucoup de blessés, elle sévissait toujours sur les convalescens et sur ceux qui avaient des blessures légères, tandis que tous ceux qui avaient été amputés et qui avaient de fortes suppurations, étaient épargnés par ce fléau.

II. WOCHENSCHRIFT FUR DIE GESAMMTE HEILKUNDE.

DE L'EMPLOI A L'EXTÉRIEUR DE L'HUILE DE CROTON TIGLIUM; par le docteur ROMBERG.

En parcourant les différens essais qu'on a faits de ce médicament, on est surtout frappé de son action incontestable sur les affections primitives ou secondaires des nerfs du larynx et du pharynx.

Les observations suivantes, rapportées par le docteur Romberg, viennent à l'appui de cette assertion.

OBS. I. — Un pêcheur, âgé de 34 ans, fut affecté d'une aphonie à la suite de grands efforts qu'il fit pour sauver quelques personnes près de se noyer. Il n'existait aucun symptôme qui pût faire soupçonner une désorganisation du larynx; après avoir employé inutilement et long-temps les vésicatoires, les bains de vapeur russes, etc., on eut recours aux frictions avec l'huile de croton tiglium sur le larynx, qu'on répéta chaque fois que les boutons se desséchèrent. Le vingt-deuxième jour de ce traitement le malade fit entendre un premier son clair, et malgré son état peu favorable à la guérison, il recouvra sa voix qui pourtant n'était plus tout-à-fait aussi sonore qu'auparavant.

OBS. II. — Une fille âgée de 18 ans, souffrait depuis sept semaines d'enrouement, puis d'aphonie, survenus après un refroidissement subit; les sangsues, les émétiques et des frictions irritantes, restèrent sans succès; après la troisième friction avec l'huile de croton tiglium une éruption se déclara au cou et à la mâchoire inférieure, et aussitôt la voix revint.

OBS. III. — Une femme de 38 ans se plaignait depuis un an d'un sentiment de pression dans le pharynx, rendant la déglutition difficile, et qui était si fort que le cou en était comme resserré; rien d'anormal dans les autres fonctions, point de symptômes d'hystérie. Beaucoup de moyens restèrent sans succès. On eut recours à l'huile de croton; et après la troisième application de trois gouttes, il survint une éruption au cou, à la nuque et à la poitrine, qui s'étendit à la figure et se changea en un érysipèle bulleux avec gonflement des paupières, du nez et des lèvres, suivi après quatre jours de desquammation. Depuis la malade s'est bien portée.

Dans aucun cas où l'auteur a employé ce moyen à l'extérieur, il n'a remarqué d'action purgative; mais il fait observer qu'il ne l'a jamais appliquée sur les tégumens du bas-ventre. A ce sujet il cite une observation qui lui a été communiquée par son ami M. le docteur Casper. Celui-ci a fait faire sur le bas-ventre d'une maniaque des frictions avec l'huile de croton portée jusqu'à un gros, sans qu'il en ait obtenu le moindre effet, et sans même avoir provoqué d'érythème : ce qui, pour le dire en passant, prouverait le peu de sensibilité de la peau chez cette malade.

Dans le même journal, nous trouvons un article sur le même sujet, par le docteur Otto. Entre autres remarques, il mentionne une particularité qui à notre connaissance n'a pas encore été notée; c'est-à-dire qu'après les frictions avec cette huile, la rougeur et les vésicules (que l'auteur compare aux vésicules de la miliaire blanche, et qui ne paraissent pas contenir de sérum) ne surviennent pas seulement sur les endroits frictionnés, mais encore à des parties plus éloignées, comme, par exemple, aux bras et surtout au visage, si la friction a eu lieu sur les cuisses. Une femme affectée d'une sciatique chronique fut traitée par ce médicament; on fit des frictions sur la cuisse; tout le corps devint rouge et fut couvert de vésicules. On cessa les frictions, et la rougeur disparut après douze heures. M. Otto n'a pas observé non plus que l'huile de croton tiglium employée à l'extérieur ait produit des selles. Au reste, nous n'insisterons pas plus longtemps sur un moyen dont les travaux de M. Andral, de Joret, de Wolff, de Cramer, ont fait voir l'efficacité.

SUR LA SALIVATION DANS LES DERNIÈRES STADES DU TYPHUS; par le docteur OTTO.

Le professeur de Copenhague s'étonne que, dans aucun traité sur le typhus, on n'ait fait mention de la salivation, qu'il dit avoir souvent observée dans les dernières stades de cette maladie, avant ou immédiatement après la cessation de la fièvre et des autres symptômes dangereux.

L'auteur, affecté il y a quelques années d'une fièvre typhoïde très-intense, a éprouvé sur lui-même cette salivation après la cessation de la fièvre, et lorsque la tête était devenue libre et que la convalescence avait commencé, quoique la langue fût encore aphteuse. Pendant quatre semaines il cracha chaque jour à peu près huit onces de mucus visqueux et transparent. La salivation diminua dans les quatorze derniers jours, et ne cessa que lorsque la digestion se fut améliorée. M. Otto ajoute que, chez les autres malades où il a observé la salivation, elle était moins intense et moins longue; il la regarde comme un phénomène critique.

OBSERVATIONS DE DÉGÉNÉRESCENCE SARCOMATEUSE AU SCROTUM ET A LA PEAU DES PIEDS; par le docteur STADLER.

OBS.—L.-M. d'Altershausen (Hesse électorale), âgé de 27 ans, tisserand, doué d'une constitution robuste, d'un tempérament bilieux, avait eu dans sa première jeunesse un gonflement œdémateux du prépuce. A 19 ans il eut, à la suite d'un refroidissement, une inflammation érysipélateuse du scrotum qui conserva une tuméfaction assez notable, tuméfaction qui, pendant plusieurs années, fut le siége de nouvelles inflammations revenant à des intervalles plus ou moins rapprochés, s'accompagnant chaque fois de douleur et de symptômes généraux tels que maux de tête, frissons, etc., et se terminant par une desquammation de l'épiderme. Peu à peu la peau scrotale s'épaissit, et la tuméfaction augmenta; des deux côtés il se forma deux ouvertures desquelles s'échappait par momens une humeur lymphatique, sans que la tumeur en fût diminuée. Ces fonticules se refermaient au bout de trois à quatre semaines, puis se rouvraient de nouveau, après une inflammation érysipélateuse préalable. A 23 ans, M. eut la gale, qui fut guérie par des moyens externes; l'année suivante, une fièvre intermittente quotidienne, qui dura dix semaines. Aucune de ces affections ne sembla réagir sur le mal local, il est à remarquer cependant qu'à l'époque de l'éruption psorique, les inflammations érysipélateuses du scrotum se renouvelèrent tous les quinze jours. Dans les deux dernières années, la tumeur du scrotum avait acquis une consistance ferme et dure; il ne s'en écoulait plus aucune sérosité. Lorsque le docteur Stadler l'examina pour la première fois, elle existait déjà depuis huit ans; il la trouva entièrement indolore; on pouvait sentir dans sa profondeur les deux testicules qui étaient de grandeur naturelle et mobiles; mais le gauche moins que le droit; le scrotum, dans son état de relâchement, descendait jusqu'aux genoux; lorsqu'il se contractait, il avait encore le volume d'une tête d'adulte. Le derme seul et la couche papillaire semblaient dégénérés; les papilles, isolées, agrandies, saillantes, étaient semblables à des verrues aplaties desquelles l'épiderme se

détachait comme par croûtes; la peau paraissait être dans un état de contractilité augmentée, et plus dure et plus ferme au toucher; cet état était plus prononcé encore à droite qu'à gauche.

De toute la peau scrotale il ne restait à l'état normal qu'une bande étroite du côté droit; une dégénérescence semblable avait atteint la peau de la verge qui présentait une circonférence de 9 pouces, était courbée vers le raphé, et formait une tumeur oblongue, arrondie, pendant sur le scrotum. Le prépuce recouvrait entièrement le gland, et formait un phimosis incomplet qu'il n'était possible de réduire qu'avec peine et dans l'état de relâchement des parties; la peau malade du pénis se séparait brusquement de celle du pubis, restée saine, par un cercle étroit; on remarquait près de l'anneau crural gauche un paquet de glandes lymphatiques engorgées; mais il n'en existait point dans les aines. L'excrétion de l'urine se faisait encore avec facilité; la fonction de la génération avait pu s'exercer aussi jusque dans les derniers temps, et même maintenant il survenait parfois des pollutions nocturnes. La santé générale ne paraissait nullement altérée.

Après plusieurs traitemens infructueux, et en dernier lieu après l'usage de l'onguent de digitale et d'hydriodate de mercure en frictions et des douches de vapeur, on fut obligé d'avoir recours à l'opération.

Celle-ci fut faite par le docteur Bünger de Marbourg, assisté de MM. Stadler et Bischoff de Bonn.

Après avoir préalablement fait raser les parties, l'opérateur commença son incision du côté droit, le long du pli du scrotum resté sain; puis il mit à découvert avec beaucoup de précaution le cordon spermatique droit, contourna, en continuant l'incision, toute la moitié supérieure de la tumeur, et sépara ainsi de ce côté la peau du scrotum de celle du pénis. A son tour le cordon spermatique gauche fut dénudé, ensuite on détacha les enveloppes communes des testicules de leur tunique propre, ce qui se fit d'autant plus facilement que les mailles du tissu cellulaire intermédiaire étaient très-relâchées, et les cellules dilatées et remplies d'une sérosité lymphatique. Enfin toute cette masse ainsi disséquée ne tenant plus qu'au périnée, fut entièrement enlevée; il n'y eut que très-peu d'hémorrhagie, et on n'eut que l'artère scrotale à lier. Les tuniques vaginales ainsi mises à nu, on s'aperçut que la gauche était distendue par de l'eau; une ponction donna issue à 4 onces de liquide; une portion de la tunique fut enlevée afin d'obvier à la récidive de l'hydrocèle. La peau du pénis fut également enlevée; une incision fut faite à l'endroit où elle se continue avec celle du pubis, puis on la détacha successivement de la verge à laquelle elle ne tenait que par un tissu cellulaire très-lâche, en la renversant comme un doigt de gant jusqu'à la couronne du gland. A cet endroit on la sépara par une nouvelle incision circulaire, en n'y laissant qu'un anneau très-étroit.

Après avoir détaché toutes les parties tégumenteuses dégénérées, le docteur Bünger tailla un lambeau longitudinal, en montant sur le pubis, puis l'attira vers le pénis et le fixa à la couronne du gland, à l'anneau étroit qui y était resté, au moyen d'une suture; il forma ainsi une nouvelle enveloppe au pénis; puis il pratiqua un nouveau scrotum, en rapprochant de la même manière et des deux côtés les tégumens de la cuisse. Cette opération et l'application des points de suture pour la réunion des deux portions du nouveau scrotum occasionèrent au malade plus de douleur qu'il n'en avait ressenti pendant le reste de l'opération.

On appliqua un bandage contentif et le malade fut couché dans son lit

La tumeur enlevée, d'une structure celluleuse, pesait onze livres; les cellules de grandeur différente contenaient une lymphe épaissie; ces cellules sous-cutanées ainsi engorgées constituaient, avec les tégumens épaissis et hypertrophiés, toute la tumeur, dans laquelle on ne put trouver aucun tissu anormal de nouvelle formation.

Les trois premiers jours, légère hémorrhagie parenchymateuse; un peu de douleur locale, qui cède bientôt aux fomentations froides; excrétion de l'urine facile; peu de réaction fébrile.

Le quatrième jour, levée du premier appareil; on trouve le gland presqu'à l'état normal; ce qui était resté du prépuce est gonflé et œdématié; mais le lambeau formant la nouvelle gaine de la verge est peu tuméfié; le nouveau scrotum l'est peu également, cependant plus à droite qu'à gauche; peu de suppuration; aucune suture n'est déchirée; la plaie est pansée avec de la charpie imbibée d'eau tiède.

Le cinquième jour, on enlève vingt-deux points de suture; le lendemain huit; la réunion par première intention ne s'est point encore faite d'une manière très-solide inférieurement; cependant il y a peu de suppuration et le gonflement est insignifiant.

La guérison marcha si rapidement que le vingtième jour tout était cicatrisé, à l'exception de la surface inférieure de la verge et d'un petit point à la suture du scrotum, qui ne tardèrent point à se cicatriser.

Un an après, les enveloppes des parties génitales externes avaient conservé leur structure normale, sans apparence d'une nouvelle dégénérescence ni retour de l'hydrocèle; et la peau de la verge avait, au moyen de l'anneau cutané laissé lors de l'opération à la racine du gland, repris assez de souplesse pour permettre des érections sans douleur.

Dans la seconde observation, la dégénérescence sarcomateuse intéressait les deux pieds et s'étendait depuis les orteils jusqu'à mi-jambe; le sujet était une fille de 35 ans, qui n'avait jamais été malade jusqu'à sa vingt deuxième année, où elle fut prise d'un rhumatisme articulaire aigu: un charlatan lui ayant conseillé de se promener à minuit dans la neige, elle sentit aussitôt les douleurs arthritiques et la fièvre augmenter; la menstruation dans le premier moment entièrement supprimée ne se rétablit plus qu'incomplétement; plusieurs articulations s'ankylosèrent; les articulations tibio-tarsiennes furent principalement affectées; les pieds s'œdématièrent d'abord, puis le derme s'épaissit, devint rude, et les papilles se transformèrent en véritables verrues; cependant la peau n'offrit jamais d'ulcérations, ni d'inégalités au toucher; les pieds sont lourds, gonflés, immobiles; toutes les fonctions de l'organisme sont restées intactes. C'est dans cet état que cette malheureuse fille traîne une misérable existence, sans espoir de guérison.

Dans la première de ces observations, nous avons devant les yeux ce que M. Larrey appelle une dégénérescence sarcomateuse du scrotum, consistant dans une véritable hypertrophie du derme, avec épanchement de lymphe plastique dans les mailles du tissu cellulaire sous-cutané.

Dans le second cas, la dégénérescence est la même quoique dépendant d'une autre cause.

Dans l'une et l'autre observation, le mal doit être considéré comme une affection secondaire, survenue dans la première à la suite d'un érythème souvent répété et lié; dans la seconde à une diathèse rhumatismale.

On reconnaît évidemment à ce genre d'altération une sorte d'affinité avec l'éléphantiasis; cette maladie, très-commune dans les climats chauds, est des plus rares dans nos pays tempérés; le docteur Larrey n'en connaît qu'un seul cas de ce genre authentiquement constaté, c'est la tumeur scrotale enlevée sur le ministre Delacroix.

QUELQUES CAS DE FIÈVRES INTERMITTENTES LARVÉES, par le docteur KUHLBRANN.

TRISMUS INTERMITTENT.

OBS.—Une femme âgée de 70 ans, d'une constitution maigre, fut prise, au mois d'août 1826, de frissons, de tiraillemens, de malaise, etc., et de resserrement des mâchoires qu'il était impossible de séparer. Les facultés intellectuelles intactes; pouls subfréquent, peu dur; chaleur modérée. La malade faisait signe qu'elle avait mal à la tête, beaucoup de soif, et qu'elle ne pouvait pas avaler à moins qu'on lui injectât des liquides par une seringue. Urine rouge, constipation depuis deux jours. (Lavement apéritif, vésicatoire à la nuque, frictions volatiles avec l'opium, onguent napolitain sur la colonne vertébrale et les mâchoires.) Après l'effet du lavement et du vésicatoire, la bouche commença à se desserrer; la langue était sèche et la soif intense. Comme on supposait pour cause un refroidissement, on prescrivit des poudres de Dower, qui produisirent une forte sueur d'une rougeur particulière. Le trismus disparut. Le troisième jour, à la même heure, les mêmes symptômes revinrent ainsi que le trismus au même degré; il ne restait plus de doute sur la maladie, et 15 grains de quinine prévinrent un nouvel accès.

FIÈVRE INTERMITTENTE AMAUROTIQUE.

OBS.—Mlle S. de R., âgée de 18 ans, d'une bonne constitution, devint tout à coup aveugle au mois de septembre 1826. La pupille était plutôt dilatée que rétrécie, et ne se contractait pas à la lumière; la sclérotique était peu rouge, l'œil indolore, mais la tête et surtout sa partie antérieure très-souffrante. La malade disait s'être refroidie, et avoir eu tout à coup des tiraillemens, un malaise, un froid dans la colonne vertébrale bientôt suivi de chaleur. Déjà pendant le froid l'obscurcissement commença, puis la cécité aux deux yeux. A peine reconnaissait-elle une différence entre la clarté et l'obscurité. Chaleur générale; pouls plein et fréquent; soif grande; urine rouge. (Potion avec acétate d'ammoniaque; vésicatoire à la nuque; pédiluves avec cendres et sel.) Après une sueur particulière très-abondante, la cécité disparut; l'accès avait duré dix heures.

Le lendemain on prescrivit, en partant du point de vue d'un refroidissement, le sel ammoniac, le vin stibié et l'acétate d'ammoniaque; mais le troisième jour les mêmes phénomènes reparurent, la cécité était plus prononcée encore, et la malade ne pouvait pas distinguer le jour de la nuit. Même durée de l'accès, qui cette fois encore se termina par une forte sueur. Au bout de dix doses d'un grain et demi de sulfate de quinine à prendre toutes les deux heures, la maladie disparut tout-à-fait.

PEMPHIGUS INTERMITTENT.

OBS.—Polakowski, âgé de 28 ans, fut pris, le 12 juillet 1826, dans l'après diner, d'un fort frisson d'une heure, qui fut suivi de chaleur et d'une éruption très-douloureuse sur tout le corps. A la chaleur qui dura neuf heures succéda une forte transpiration particulière, et en même temps la fièvre et l'éruption disparurent.

Le 13, le malade fit appeler le médecin, qui ne trouva plus aucune trace de tous ces symptômes; et à peine voyait-on par-ci par-là quelques taches rouges. Comme il existait quelques phénomènes gastriques, on donna le tartre stibié, qui fit évacuer par le haut et par le bas une pinte de mucus et de bile.

Le 14, dans l'après-diner, la fièvre revint, ainsi que l'éruption de forme moitié ronde et moitié angulaire, semblable à celle qui est produite par les cantharides; elle commença par un sentiment de brûlure, puis une démangeaison intolérable. Cette éruption existait surtout aux avant-bras, au bas-ventre et aux extrémités inférieures, moins à la poitrine et au dos; on vit deux ou trois vésicules dans la cavité buccale; on n'en remarqua pas à la tête, à la plante des pieds et aux mains. Elle était survenue immédiatement à la fin du frisson, et déjà, deux heures après la chaleur, elle était complétement développée, c'est-à-dire que les vésicules étaient remplies d'une matière aqueuse, lymphatique, diaphane; plusieurs étaient entourées d'une auréole rouge; les plus petites étaient de la grandeur d'une épingle; les plus grandes, de celle d'un gros pois. Déjà, à la fin de la chaleur, elles devinrent plus petites, et pendant la sueur elles disparurent complétement sans laisser de croûtes ou de taches marquantes. Pourtant le lendemain matin, après la seconde éruption, on revit encore quelques taches rouges, mais qui disparurent aussi. L'épiderme ne se détacha pas. Les phénomènes gastriques avaient disparu. On prescrivit: poudre de quinquina, un demi-gros; nitrate de bismuth, 2 gr.; canelle, 8 gr. Le malade prit six de ces poudres, et fut guéri sans éprouver de récidive.

L'auteur remarque qu'il y a deux ans, il avait eu à traiter ce même

malade pour une fièvre tierce, dont chaque accès était accompagné d'une hémorrhagie nasale si abondante qu'elle mettait sa vie en danger. L'hémorrhagie commençait pendant le froid et se continuait jusqu'après la sueur, et il était impossible de l'arrêter pendant le froid. On coupa le troisième accès au moyen d'une forte dose de quinquina et d'acides minéraux; la convalescence fut longue et réclama l'emploi des amers et des toniques.

FIÈVRE INTERMITTENTE D'UNE NATURE PARTICULIÈRE.

Obs. — Un homme de 25 ans, d'une constitution lymphatique, fut attaqué, pendant l'été de 1827, d'une fièvre tierce qui réclama au commencement la méthode antigastrique. Par l'emploi du quinquina en substance, le malade guérit quelques semaines après. A la suite d'un refroidissement, la fièvre tierce revint. Cette fois, on commença par les diaphorétiques, puis on donna encore le quinquina en substance; mais la fièvre ne cessa qu'après l'emploi de 16 gr. de quinine. Quinze jours après, le malade eut de la toux, puis de la diarrhée, un œdème des pieds et enfin un anasarque et une ascite. Malgré les medicamens antihydropiques, diaphorétiques et autres indiqués dans ce cas, la maladie augmenta; on fut obligé d'avoir recours à la paracenthèse, qui donna issue à 12 livres d'eau limpide. On donna des medicamens fortifians, résolutifs, et les diurétiques. Après un léger mieux-être, la quantité du liquide s'était reproduite au bout de trois semaines. Comme tous les accidens étaient la suite d'une fièvre intermittente, on donna une décoction de 6 onces faite avec une demi-once de quinquina, 3 gros de calamus aromaticus et 1 gros d'éther nitrique, à prendre une cuillerée toutes les heures et demie. A peine le malade avait-il pris la seconde potion, que la fièvre se déclara, et dès le premier accès il se manifesta une sueur abondante, ce qui n'avait eu lieu dans aucun autre paroxysme; l'urine, qui devint plus fréquente, perdit peu à peu sa couleur rouge foncé; l'appétit et le sommeil revinrent, et l'ascite diminua de jour en jour. On continua la potion. Après quatre accès de fièvre, de nouveau augmentation de l'ascite; urine moindre et plus rouge, et tous les symptômes précédens qui disparaissent une seconde fois après l'emploi de 16 grains de quinine. Mais au bout de douze jours l'état du malade s'empira de nouveau, quoiqu'il eût pris matin et soir un grain de quinine avec les diurétiques. Le bas-ventre et les pieds se tuméfièrent, mais à un moindre degré qu'auparavant; urine plus rare et rouge; point de sueur. On donna 2 gr. de quinine toutes les deux heures; mais comme la maladie augmentait, on donna encore une fois la potion indiquée ci-dessus. A peine le malade l'avait-il prise pour la seconde fois, qu'il eut de nouveau une fièvre tierce; encore cette fois il eut de fortes sueurs au premier accès: sécrétion d'une urine plus abondante et plus claire; disparition presque complète de l'ascite; puis après quatre accès, reapparition de l'ascite, mais à un plus faible degré. On coupa de nouveau la fièvre par la quinine. Cependant l'ascite se reproduisit, mais toujours de plus en plus faiblement, et on revint encore cette fois au quinquina et plus tard à la quinine; enfin le malade guérit complétement, et n'a plus eu de rechute depuis ce temps.

CAS REMARQUABLE D'OCCLUSION DE L'AORTE; par le docteur SCHLESINGER.

Obs. — H. D. de D., âgée de 15 ans, s'était bien portée jusqu'à sa treizième année; à cette époque elle dit avoir éprouvé les premiers phénomènes de la menstruation avec des fortes douleurs dans le bas-ventre et autres incommodités; on lui fit prendre sans effet les bains de mer. D'après le dire des parens la maladie paraissait avoir commencé par un asthme nocturne, c'est-à-dire qu'à peine la malade endormie, on remarquait de violens tiraillemens et des mouvemens convulsifs dans les muscles de la face, puis une forte transpiration; la malade etait très-faible et triste à son reveil. Les battemens du cœur etaient forts, mais ce symptôme disparut bientôt. Elle disait éprouver la sensation d'un corps lourd qui pesait sur elle et comme si on la pinçait avec des tenailles rougies au feu.

Ces accès, d'abord rares, puis très-fréquens, cessèrent au bout de six mois après l'effet de remèdes que les parens n'ont pas pu faire connaître à M. Schlesinger; mais ensuite les battemens de cœur périodiques survinrent, et déjà alors ils étaient quelquefois si forts qu'on les entendait à quelque distance, ainsi qu'une toux particulière qui avait quelque ressemblance avec celle du croup et qu'on reconnaissait de loin. Les symptômes durèrent jusqu'à la mort. Un médecin d'une grande expérience pour les maladies du cœur, consulté à Berlin, pronostiqua une maladie organique de ce viscère. A la même époque il survint des *pulsations particulières au creux de l'estomac;* symptôme constant pendant toute la maladie qui, dit-on, avait alors augmenté. Des bains, des petites saignées, la digitale, des dérivatifs, des vésicatoires, etc., furent employés sans succès. Après un séjour de cinq mois à Berlin, la malade retourna à la maison; les symptômes avaient un peu diminué d'intensité. La diète et des bains chauds lui convenaient le mieux, aussi furent-ils continués pendant l'été. Point de vestiges des règles, et malgré cet état alarmant, la malade ne perdit point de son embonpoint; mais vers le mois d'octobre la maladie augmenta, et c'est alors qu'on eut recours à M. Schlesinger, qui trouva la malade dans l'état suivant. Grandeur naturelle; corps assez bien nourri, mais aspect boursouflé; amaigrissement remarquable des bras; appetit très-fort; sécrétions normales, mais selles un peu difficiles; pouls dicrote, quelquefois intermittent, isochrône aux pulsations de cœur *qu'on pouvait parfois entendre et voir à six pas;* appendice xiphoïde tirée en dedans, conformation de la poitrine normale, mamelles bien développées; l'aspect de la malade avait quelque chose d'extraordinaire; les yeux ternes. Lors des accès, la malade devenait tout-à-fait bleue au visage, au cou et aux extrémités; une sueur froide couvrait tout le corps; puis survenaient des crampes toniques et cloniques; la respiration devenait visiblement difficile. Dans cet etat de choses, le diagnostic paraissait difficile, et il le devint encore plus par la suite; tantôt c'etaient les symptômes de la maladie bleue, tantôt ceux d'une angine de poitrine, d'une hydropericarde, tantôt ceux d'accès purement asthmatiques. A l'auscultation on entendait un bruit particulier semblable à la crépitation de l'eau projetée sur un feu incandescent, et quelquefois on apercevait, en faisant parler la malade, de l'egophonie (1).

Pendant cinq mois on employa les médicamens les plus différens avec plus ou moins de succès; la digitale et les fleurs de zinc combinées avec elle étaient les plus efficaces; les saignées générales, même très-petites, furent suivies de fortes convulsions; les bains aromatiques étaient le mieux supportés. Un exutoire sur la poitrine resta aussi sans succès. Quatre semaines avant la mort, la malade montra les symptômes suivans: Fièvre; points forts dans la poitrine, dans la region du cœur; pouls toujours plus petit; toux plus forte; expectoration plus abondante, quelquefois mêlée à du sang, purulente; diarrhée et sueurs colliquatives: convulsions plus fréquentes; pulsations du cœur presque nulles, mais celles dans le creux de l'estomac plus fortes. Amaigrissement. Mort dans un accès de convulsions.

AUTOPSIE FAITE 36 HEURES APRÈS LA MORT.

Corps mesurant 4 pieds 8 pouces; fort amaigrissement; peau plus jaune qu'à l'ordinaire, et semblable au parchemin; mamelles à peine marquées; parties génitales exterieures très peu developpées, putréfaction du corps peu avancée.

Poitrine. Plèvres partout adherentes aux poumons; point d'épanchement; poumons d'un aspect hépatisé et renfermant des tubercules; une vomique assez considerable dans le lobe inférieur de chaque poumon; cœur tout-à-fait normal, si ce n'est un peu plus petit qu'à l'ordinaire; l'aorte, à trois travers de doigts de sa courbure, était si distendue que son diamètre avait 3 à 4 pouces; au-dessus de la dilatation et à son niveau partaient de petits rameaux qui se réunissaient à d'autres, en partie avec des mammaires, en partie avec des sous-clavières (qui étaient aussi très-distendus); au-delà de cette dilatation qui s'étendait presque jusqu'au passage de l'aorte par le diaphragme, cette artère etait fermée par une membrane ligamenteuse dans un trajet de 2 pouces; à peine pouvait-on y faire passer une sonde mince; de là elle se continuait avec son calibre naturel, et recevait probablement le sang par des anastomoses. Je dis probablement, ajoute l'auteur, parce qu'il m'a été impossible d'examiner avec soin les insertions des branches anastomotiques, ainsi que des autres artères. Foie plus grand qu'à l'ordinaire ainsi que la rate; rien d'anormal dans le reste des intestins.

Ces sortes de cas ont déjà été décrits, mais sont toujours intéressans à cause de leur rareté et de la difficulté ou plutôt de l'impossibilité qu'il y a à les reconnaître.

On trouve des exemples analogues dans Leroux (Journal de méd. chirurg. et pharm., avril 1815); Desault (Journal, t. 2, page 107); Monro (Med. essays and obs., vol. 2, p. 237); Stenzel (De steatomatibus in principio arteriæ aortæ repertis, Vitemb., 1723, p. 8.; Haller, Coll. disp. ad morb. histor. et cur., fac. 2, n. 65.)

TRAVAUX ACADEMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 14 MARS 1836.

ANIMAUX INFUSOIRES.

M. Ehrenberg, correspondant de l'Institut, adresse une lettre à l'occasion d'une note lue precedemment par M. Peltier, et dans laquelle celui-ci annonçait avoir vainement cherché à trouver chez les infusoires cette richesse d'organisation, et spécialement les nombreux estomacs qu'y a vus le naturaliste allemand.

« M. Peltier, dit M. Ehrenberg, decrit les merveilleux effets produits par l'inanition; il voit sans avoir ajouté une nourriture colorée les belles couleurs des globules interieures des *kerones pustuleuses*.. L'observateur a vu ces belles couleurs que donnent les lames minces d'eau, comme on voit dans les bulles savonneuses des spectres optiques ou images colorées qui disparaissent lorsqu'on se sert d'un microscope achromatique. Celui de Chevallier, pour ne signaler qu'un instrument dont tout le monde à Paris peut faire usage, ne montre pas ces fantômes, si l'on sait s'en servir convenablement. J'espère que l'organisation très-compliquée (à peu d'exception près) des infusoires paraîtra dans tout son jour dans le nouvel ouvrage que je prépare sous le titre suivant: *Les infusoires distribués en deux classes d'animaux qui échappent à la vue simple de l'homme, et qui sont doués de tous les systemes principaux de l'organisation animale.* Trente-huit planches in-folio gravées au burin d'après mes propres dessins offrent non-seulement dans toutes les tribus, mais dans presque tous les genres, et même dans la plupart des espèces d'infusoires nus ou à carapace, les organes de la digestion et de la génération, souvent le système nerveux, des paquets de muscles longitudinaux en tout sens, des vaisseaux, des branchies ou organes palpitans, la bouche garnie de dents, ou les organes de la vue...

» C'est pour avoir méconnu si long-temps la véritable organisation des infusoires

(1) L'auteur remarque dans une note que ce symptôme, donné par Laënnec comme pathognomonique d'un épanchement, ne s'est pas confirmé dans notre cas. Nous ferons observer que, si l'autopsie n'a pas fait découvrir un épanchement, celui-ci a probablement existé pendant la vie, car elle a fait voir les restes d'une pleurésie. D'ailleurs Laënnec n'a jamais donné l'égophonie comme signe pathognomonique d'un épanchement, et ce symptôme pris isolement est trompeur; mais s'il existe avec d'autres symptômes, comme par exemple la matité, il est très-important. Par contre, nous reprocherons à l'auteur de cette observation fort curieuse de n'avoir pas insisté davantage sur l'auscultation du cœur et sur la percussion. (*N. du R.*)

et oublié combien les idées de grandeur sont relatives et de peu d'importance physiologique, qu'on en est venu à s'imaginer que la simplicité d'organisation doit être nécessairement liée à la petitesse. »

OBSERVATIONS SUR LA TEMPÉRATURE ET L'ÉCOULEMENT DE SOURCES THERMALES.

M. Longchamp adresse sur ce sujet un mémoire dont le but est de montrer que l'opinion générale admise sur la constance dans la température des eaux thermales et dans la quantité d'eau qu'elles versent en différentes années, ne repose pas, quoique d'ailleurs très-probable, sur des observations assez précises pour que la science puisse la considérer comme une vérité dûment constatée. Je me suis, dit l'auteur, long-temps occupé des eaux minérales, et une grande partie de mes travaux ont été faits aux sources mêmes. J'ai visité les sources les plus importantes de France, et j'ai fait près de chacune d'elles un séjour de plusieurs semaines; là j'ai reconnu qu'il y a des causes accidentelles qui peuvent expliquer, en partie, la grande variation qu'on observe dans les déterminations de la température d'une même source. Telle en effet coulait autrefois librement, et c'est au point même où elle sortait de terre que sa température a été prise; aujourd'hui elle est reçue dans un large bassin où sa température, toutes choses étant d'ailleurs restées les mêmes, sera nécessairement moindre. Pour une autre, ce sera précisément l'inverse. Une autre cause d'incertitude est celle qui tient à la division des thermomètres employés par nos prédécesseurs.

Deluc a fait voir qu'en construisant un thermomètre suivant les conditions imposées par Réaumur, le point de la congélation se trouve à 0°,8', et celle de l'eau bouillante à 100°,4. Micheli, physicien de l'époque, qui s'est beaucoup occupé de la graduation du thermomètre, et qui possédait un de ces instrumens construit par Réaumur lui-même, trouvait que l'eau bouillante faisait monter la liqueur au 105°,1. Il faut observer en outre qu'il n'y avait dans les vrais thermomètres de Réaumur que deux points qui fussent déterminés par le constructeur, celui de la congélation et le 30°, que par conséquent ce n'est que jusqu'à 30° qu'on peut invoquer les températures déterminées avec ce thermomètre.

Après avoir montré que la comparaison des observations anciennes avec les modernes ne peut établir d'une manière générale la constance de la température des sources pendant une longue suite d'années, M. Longchamp se demande si la constance de température pendant les différens mois de l'année est mieux établie: comment le serait-elle, dit-il, s'il n'existe pas une seule source en France dont on ait pris la température pendant douze mois consécutifs? Quant à la constance dans le volume des eaux pour toutes les saisons, on peut faire une remarque analogue. Il existe de 5 à 600 sources thermales en France, et il n'en est pas 30 dont l'écoulement ait été été mesuré; encore, ajoute M. Longchamp, ce jaugeage n'a-t-il été fait que depuis quelques années, et presque toujours par moi ou à mon instigation.

ORANG ROUX ADULTE.

M. Geoffroy Saint-Hilaire, après avoir rappelé les communications récemment faites sur les orangs, par M. de Blainville et par lui-même, met sous les yeux de l'Académie deux orangs-outangs de Bornéo, l'un femelle et très-jeune, que le Muséum d'histoire naturelle possédait déjà depuis long-temps; l'autre mâle et adulte, qui vient de lui être envoyé par M. Temminck, directeur du Musée de Hollande. L'acquisition de ce dernier individu donne pour la première fois, aux zoologistes français, les moyens de connaître, par des observations directes, l'orang-outang dans son état parfait.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 8 mars. — Présidence de M. Louyer-Willermay.

M. le président annonce la mort de M. Parent-Duchâtelet, qui a succombé à une fièvre typhoïde cérébrale.

— M. Dubois d'Amiens lit un mémoire sur les jumaux siamois. Ce travail, qui a vivement excité l'attention de l'Académie, est renvoyé à une commission composée de MM. Esquirol, Ferrus, Virey, Adelon et Pariset.

RAPPORT SUR UN MÉMOIRE DE M. MALGAIGNE, INTITULÉ : TRAITEMENT A SUIVRE APRÈS LA RÉDUCTION DES LUXATIONS; par M. GIMELLE.

Après avoir établi qu'il n'y a pas de luxation sans déchirure de ligamens, de capsule articulaire, de portion musculaire et de partie fibreuse; que ces déchirures ont besoin d'être consolidées pour que l'articulation reprenne sa force, sa liberté de mouvement et cesse d'être douloureuse, l'auteur examine chaque partie susceptible de luxations. Il commence par la mâchoire inférieure, et pose en principe que la luxation de cet os présente au moins autant de cas de récidive que de guérison radicale. Cette récidive est due à une luxation bien réduite, mais mal guérie, attendu qu'on n'a pas condamné cet os à une immobilité complète pendant assez long-temps. Les récidives sont très-communes après les luxations scapulo-humérales.

C'est surtout dans les luxations des membres inférieurs, que l'abandon trop prompt des malades à eux-mêmes après la réduction d'une luxation récente, entraîne des accidens graves. Relativement à la luxation du fémur, les auteurs conseillent un plus long repos après sa réduction, qu'à la suite des autres luxations, à cause de la rupture du ligament, qui ne maintenant plus la tête du fémur attachée au fond de la cavité cotyloïde, expose davantage à la récidive. Dans toutes les luxations du fémur, dit l'auteur, le ligament rond est rompu; mais c'est moins à cette rupture qu'à la déchirure de la capsule, des portions musculaires qui l'entourent et à leur non-consolidation, que doit être attribuée la faiblesse du membre, la claudication et quelquefois la récidive de la luxation.

Les récidives des luxations de la rotule sont pour l'auteur une preuve que la réduction n'a pas mis l'articulation dans un état aussi satisfaisant qu'avant la luxation.

Quant aux luxations de l'articulation tibio-tarsienne, la déchirure des ligamens internes de l'articulation réclame tous les soins, et exige un appareil spécial long-temps continué. Il faut quarante jours de repos, selon M. Malgaigne, à la consolidation d'un ligament articulaire déchiré, pour les membres supérieurs, et soixante jours pour les membres inférieurs.

La réduction des luxations anciennes peut être tentée avec espérance de succès tant que les tissus qui entourent les os déplacés ne leur ont pas formé une capsule organisée, tant que les surfaces articulaires n'ont pas commencé à se déformer et qu'elles conservent leurs cartilages; mais si la réduction est faite plus de vingt jours après la luxation, le bandage consécutif devra être porté très-long-temps. Après la réduction d'une luxation ancienne, l'articulation est déformée pendant quelque temps; le membre est plus long qu'il ne doit être, et cette difformité ne disparaît qu'à la longue.

Ainsi M. Malgaigne, continue le rapporteur, prescrit quarante jours de repos et d'appareil pour les luxations des membres supérieurs, et soixante pour les membres inférieurs. La commission est de l'avis de l'auteur, convaincue qu'elle est qu'une position convenable et un bandage approprié sont les meilleurs moyens pour obtenir la consolidation.

La commission propose de renvoyer le mémoire au comité de publication, et d'inscrire le nom de l'auteur sur la liste des candidats aux places vacantes de membres résidans de l'Académie. (Adopté.)

—M. Dizé fait un rapport sur un mémoire de M. Gannal, intitulé *Nouvelles expériences pour la conservation des cadavres*. La commission propose le renvoi du rapport au ministre de l'instruction publique, comme objet de perfectionnement pour les travaux anatomiques, et pour réclamer la continuation de ses bonnes dispositions dans la suite à donner aux expériences de conservation des pièces d'anatomie pathologique; et au ministre du commerce, comme objet de salubrité publique. (Adopté.)

SÉANCE DU 15 MARS.

M. Clémot de Rochefort est présent à cette séance.

— MM Souberbielle. Tanebou et Malgaigne se présentent comme candidats à la place vacante dans la section de pathologie chirurgicale.

— M. le doyen de la Faculté informe l'Académie que le concours pour la chaire d'anatomie s'ouvrira le 14 avril prochain. Les candidats inscrits sont MM. Blandin, Bérard, Breschet, Broc, Chassaignac, Lebaudy, Sanson (Alphonse), Laurent, Michou, Jobert.

Presque toute la séance est occupée par la lecture d'un rapport fait par M. Itard, et lu par M. Husson, sur un travail relatif aux maladies de l'oreille, par M. Gairal. Sur la proposition de M. Mare, le rapport est renvoyé au comité de publication.

— M. Capuron fait un nouveau rapport sur une nouvelle réclamation de M. Bonhours touchant la version du fœtus par les pieds, la face étant tournée en avant; M. le rapporteur persiste dans ses conclusions. — Adopté sans discussion.

Mardi prochain, nomination des juges qui doivent faire partie du jury de la Faculté pour le concours d'anatomie.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

TROISIÈME LETTRE CHIRURGICALE A M. MAYOR DE LAUSANNE SUR LES APPAREILS HYPONARTHÉCIQUES, par le docteur MUNARET.

Magni facio sæpius repetitam experientiam.
KLEIN.

Voici ma troisième et peut-être ce n'est pas ma dernière lettre, mon très-honoré confrère; car j'ai l'intention de publier tous les faits qui justifieront mes modifications hyponarthéciques. « L'honneur de notre art (j'emprunte cette noble excuse à Pott) se trouve lésé, lorsque nous avons pour l'opinion des autres une déférence si aveugle, qu'elle nous empêche de nous servir de notre propre jugement, et de déclarer avec liberté le résultat de nos recherches ou de nos expériences. »

Mais tranquillisez-vous, monsieur, point de controverse; je vous l'ai publiquement promis. Ce que je veux, ce que j'ai voulu dès le principe, c'est le triomphe d'un progrès, de quelque côté qu'il se trouve, en Suisse comme en France, n'importe. Il est cosmopolite, comme la science, comme la vérité. Ce que je veux encore, c'est l'occasion de m'instruire, en suivant le précepte de Stoll : *Correspondeat cum amico litterato*. Revenons donc à l'hyponarthécie. Dans votre réponse indirecte (GAZETTE MÉDICALE, année 1835, n. 35) vous avez fait l'histoire de quatre fractures traitées, mais non guéries à l'époque où vous écriviez, par l'hyponarthésie de Lausanne. Je viens, à votre exemple, opposer de nouveaux faits à ces faits nouveaux, en vous communiquant l'observation intéressante sous plusieurs rapports d'une fracture compliquée du fémur, guérie *sans gêne comme sans douleur*, chez un enfant, à l'aide de mon appareil trochléen fémoro-jambier (1).

J'aurai lieu de vous apprendre, à cette occasion, mon honoré con-

(1) Je dis *jambier*, cette expression comprend les deux os de la jambe.

frère, les modifications définitives apportées à l'ensemble de ma méthode, au moyen desquel es : 1° un seul appareil servira désormais pour tous les cas simples ou compliqués des membres inférieurs et chez tous les individus ; 2° la déligation du membre fracturé sera et plus invariable et plus exacte, sans nuire à sa simplicité. Voici d'abord mon observation.

Obs. — Le 25 novembre 1835, Zéline J., de Châtillon de Michaille, âgée de onze ans, fut renversée et jetée en l'air par un coup de corne d'une vache. Une voiture de roulage descendait alors le même chemin, en cet endroit très-rapide, avant que la jeune fille se fût relevée. L'extrémité ou le manche du sabot de cette voiture, qui déviait en dehors par l'effet d'un cabot, rencontra la cuisse droite, la sillonna transversalement, et cassa net le fémur dans le milieu de sa longueur. Il est probable que la chaîne qui retenait le même sabot ratissa la face antérieure de la jambe correspondante, et y causa une très-large et profonde ecchymose. Il est probable aussi que deux autres plaies contuses situées, l'une à la malléole externe, l'autre à l'opposé de l'ecchymose, provinrent de la pression violente qu'éprouva le même membre sur des cailloux anguleux qui recouvraient le sol.

Je vis l'enfant quelques heures après son accident, accompagné de M Guinet, médecin de la même localité. Telle était la situation de la cuisse : le fragment supérieur du fémur avait traversé l'épaisseur des muscles, et faisait une saillie de 2 pouces environ à travers une plaie ou plutôt une boutonnière à bords nets dirigée selon la longueur du membre et située sur la face antérieure La cuisse était inévitablement raccourcie et déformée. Après plusieurs heures employées de la part des parens et des médecins en prières et promesses, la malade nous permit enfin de faire rentrer l'os sorti. L'extension et la contr extension (1) de la cuisse étant convenablement opérées. je le fis facilement rentrer, et, à l'aide de plusieurs coussins, je pus maintenir provisoirement le membre en demi-flexion et la jambe plus élevée que la cuisse Ainsi, sans autre moyen contentif capable d'effaroucher notre jeune et capricieuse malade, je prévins la sortie du fragment rentré, et j'obtins une quasi-coaptation Cela fait, je fis recouvrir la cuisse avec des compresses imbibées d'eau froide et laudanisée pour prévenir l'inflammation, et je disposai un demi-cerceau de manière à la garantir du contact des couvertures.

Déjà M. Guinet, arrivé auprès de la malade au moment de l'accident, avait symétriquement disposé sur noe table voisine des bandelettes, des attelles, porte-attelle, enfin tout l'attirail de l'ancienne méthode. La vue de ces objets me fournit l'occasion de parler à mon confrère de mon appareil trochléen fémoro-jambier, et je lui demandai son assentiment pour m'en servir. Ma proposition fut acceptée, et il me confia tous les détails d'un traitement nouveau pour lui, dont il voulut seulement observer le résultat.

Les lotions réfrigérantes en permanence, la position et la liberté du membre, une diète sévère, maîtrisèrent assez la violence de l'inflammation pour que je songeasse à mettre le membre dans son appareil au bout de huit jours.

Le 3 décembre, après avoir tout disposé dans une chambre attenant à celle de la malade pour la commodité de sa famille, nous la transportâmes sur son nouveau lit M. Guinet et moi. Le tronc y étant d'abord déposé, tandis que je soutenais, selon la même flexion, la jambe et la cuisse, M. Guinet décrocha l'anse gauche de l'appareil, l'abaissa sur le côté correspondant de la gouttière fémoro-jambière, qu'il avança à la rencontre du membre fracturé. Quand les articulations du membre et de l'appareil furent vis-à vis l'une de l'autre, j'y déposai avec précaution la cuisse et la jambe, l'anse fut resserrée et accrochée.

Une fois sur l'appareil, notre jeune malade ne put maîtriser un cri de joie enfantine, expression du bien-être inattendu qu'elle éprouvait, ce dont furent agréablement surpris les parens, qui s'attendaient à des démonstrations bien contraires.

Le deuxième temps de l'opération, c'est-à-dire la mise en rapport des fragmens, fut aussi facile à exécuter. Les deux extrémités de l'os fracturé présentaient une face unie et transversale ; il suffisait donc de les objecter et de les maintenir objectés à l'aide de l'appareil convenablement fléchi et de ses liens, pour conserver au membre sa forme et sa longueur normales.

Pour m'assurer pourtant que la simple position dans l'appareil suffisait pour l'allongement continu du membre, je le fis crépiter par un très-léger mouvement de bascule latérale ; puis je songeai à maintenir le rapport obtenu des fragmens entre eux et de l'appareil avec le membre de la manière suivante.

A deux pouces en haut et en bas de la plaie faite par l'issue du fémur, je plaçai deux liens, et sons chacun des nœuds une plaque ovalaire en corne (2); à la naissance de la cuisse, troisième lien; au-dessus de la rotule, quatrième lien ; les deux premiers pour assurer l'immobilité parfaite des fragmens, le troisième pour fixer le bassin sur l'extrémité pelvienne de l'appareil, et le quatrième pour prévenir tout déplacement en longueur du membre avec la gouttière.

Pour la jambe, deux liens seulement, savoir : le premier au-dessous du genou, et le second sur le coude-pied. Enfin un dernier pour le pied, autant pour le fixer sur la semelle, que pour maintenir sa pointe en dehors à l'aide d'une compresse graduée interposée entre ce lien et le premier os métatarsien.

Voilà donc trois temps bien distincts pour toutes les opérations de cette espèce : 1° la mise en appareil ; 2° la mise en rapport des fragmens ; 3° le maintien des rapports soit des fragmens entre eux, soit du membre vers l'appareil. Que les fractures soient simples ou compliquées, l'art n'a plus que faire, la nature se chargera du reste.

Comme la jambe était plus élevée que la cuisse (précaution que je prendrai désormais pour les fractures de la cuisse comme de la jambe indistinctement), l'appareil put librement manœuvrer de droite à gauche et de gauche à droite, sans toucher par son extrémité libre le matelas. Les couvertures furent simplement adossées contre l'un des côtés de l'appareil, puis ramenées et fixées par leurs bords rapprochés à l'aide d'une épingle sur le côté opposé. Toutefois je ne recouvris pas le pied, pour ne pas déranger leur juxta position sur l'ensemble pyramidal de l'appareil. Un bonnet de laine ou de coton le chaussa parfaitement.

Quinze jours se passèrent depuis la mise en appareil, sans douleur, sans la moindre gêne, sans déranger même le sommeil de Zéline, dont le passe-temps favori était l'explication de sa *boîte* aux jeunes amies qui la visitaient.

A cette époque, je dois dire que son père me communiqua l'ingénieuse idée de suspendre deux cordons au lieu d'un à la portée de ses mains, l'un à la droite et l'autre à la gauche du lit, pour favoriser davantage les déplacemens latéraux. Ainsi, la malade voulait elle aller de droite à gauche, elle prenait à deux mains le cordon gauche; puis, à l'aide de ce point d'appui, elle attirait doucement son tronc du même côté, la poulie roulait, et l'appareil reprenait sa position parallèle.

Cependant l'épiderme et le derme désorganisés de la jambe se détachèrent sur leurs bords et laissèrent bientôt à nu une plaie louable, large comme la paume d'une main adulte, qui fut immédiatement pansée, comme les deux autres plus petites, avec le cérat ordinaire, le linge fenêtré et la charpie. Mais le pus abondant qui s'écoulait de la grande plaie s'insinua, malgré toutes les précautions de propreté, entre la surface de la plaie postérieure et le molleton de la semi-botte.

Ce fut alors, mon très honoré confrère, que je m'adressai au coton sur votre parole, comme à un petit appareil inamovible convenable à la plaie renfermée dans l'intérieur de l'appareil, autant pour me dispenser des pansemens trop fréquens, que pour absorber le pus qu'elle fournirait comme celui qui suinterait d'en haut.

Ainsi, le 30 décembre, je soulevai avec précaution la jambe par le talon, et je recouvrai la petite plaie avec une couche de coton écru. Comme la grande plaie paraissait aussi irritée, presque saignante, que la cicatrisation faisait des progrès peu sensibles, malgré quinze jours de pansemens bien faits, j'attribuai cet état stationnaire à la vivacité du froid qui régnait alors (10° Réaumur); et pour la mettre à l'abri de sa funeste atteinte, il fallait raréfier et même supprimer les pansemens, ce que je fis en la recouvrant aussi avec du coton.

Pour hâter la cicatrisation de la plaie de la cuisse, également stationnaire, j'en rapprochai les bords à l'aide de deux bandelettes agglutinatives. Trois jours après l'application du coton sur les plaies, je fus vraiment surpris du résultat, car j'employais ce topique pour la première fois.

La couche première du coton s'était intimement agglutinée avec la surface dénudée de la plaie, et représentait un réseau si serré, si compact, qu'on pouvait vraiment l'appeler, comme vous, un épiderme artificiel. La dessiccation si prompte des plaies par le coton, coïncida avec le réveil suppuratoire d'une teigne faveuse du cuir chevelu, qui s'était primitivement desséchée au moment de la suppuration des plaies. Je recommandai aux parens de respecter cette crise métastatique à l'aide d'une calotte en toile cirée et d'une coiffure bien chaude; persuadé que j'étais qu'une pareille circonstance favoriserait la guérison des plaies. Jusqu'au sixième jour tout pansement fut inutile, car pas une goutte de pus n'avait suinté à travers les mailles imperméables du coton. Pourtant, le septième jour, le pus apparut à la partie la plus déclive de la grande plaie, et filtra dans la demi-botte comme auparavant.

J'eus peine à tranquilliser les parens qui voulaient revenir au cérat, et à leur faire consentir à renouveler seulement les couches superficielles du coton imprégné de pus, pour tout traitement. Il faut pardonner aux gens du monde cette défiance pour le coton topique, comme pour la propriété cicatrisante d'un pus louable, puisque, mon très-honoré confrère, bien des chirurgiens partagent encore ce double préjugé. Enfin, après quinze autres jours d'inutile espoir, voyant que la suppuration fluait de toutes les plaies, qui, au lieu de se cicatriser, paraissaient s'aggrandir, je soupçonnai bien tard la négligence des parens, et je les questionnai sur l'état de la tête. Que je fus surpris, monsieur, quand ils m'avouèrent que la calotte de toile cirée n'était pas encore achetée, et que la suppuration de la tête avait disparu de nouveau pour se reporter sur le membre J'insistai donc une dernière fois et avec humeur; dès le même jour la calotte fut faite et mise en place C'était, je crois, le 16 janvier. Le lendemain une exsudation considérable se développa sur tout le cuir chevelu, ce qui me fit bien augurer des plaies.

Le 18 du même mois, c'est-à-dire 52 jours après la mise en appareil, j'en sortis le membre bien consolidé, et après avoir exercé une compression circulaire sur tout la longueur de la cuisse, à l'aide d'une bande, je transportai à bras Zéline bien contente, sur une chaise longue, auprès du foyer. Depuis ce jour elle fut journellement transportée de cette chaise à son lit, par son père, jusqu'au 25 janvier. Aujourd'hui elle se lève et se couche d'elle-même; elle marche avec des béquilles ; sa fracture est guérie sans difformité, sans raccourcissement.

Et son genou, me demanderez-vous ? Son genou, mon honoré confrère, n'était pas plus engorgé que son congénère, et les mouvemens articulaires en tout sens purent s'effectuer, au sortir de l'appareil, dans les quatre cinquièmes de son cercle de rotation; car il me fut permis durant tout le traitement de varier la courbure articulaire de mon appareil, et cela tous les trois jours environ, à la faveur d'un mécanisme plus simple et plus invariable que celui indiqué à la fin de ma première lettre. J'aurai lieu de le décrire un peu plus loin.

Et le coton, me demanderez-vous encore avec un intérêt tout personnel, quel fut son résultat définitif ? Eh bien ! monsieur, aussitôt que le membre fut enlevé de l'appareil, les parens, les voisins, mon confrère lui-même conspirèrent contre l'inoffensif végétal, et malgré mon patronage, l'antique cérat fut réintégré dans ses fonctions. Je dois dire pourtant que le coton fut toléré pour remplacer la charpie qui devait recouvrir le linge fenêtré enduit de son épithême. Au bout de vingt-quatre heures, les plaies offrirent moins de turgescence inflam-

(1) Extension, contr'extension, deux expressions ridicules, selon vous. Il faudrait dire et je dirai donc, car vous avez raison : « l'allongement de la cuisse étant opéré par la traction du genou et par la résistance du bassin. » *Suum cuique*.

(2) Je fus obligé de les supprimer, car l'humidité provenant du voisinage de la plaie les avait déformées et faisait souffrir la malade J'y substituai des compresses longuettes.

matoire, moins de rougeur, et la suppuration avait diminué sensiblement. Faut-il attribuer une amélioration si subite à l'influence, non-seulement inoffensive, mais encore adoucissante du cérat, ou à la réapparition coïncidante de la suppuration de la tête? Je suis tenté de répondre : *In medio virtus*. Quoi qu'il en soit, et pour achever ma profession de foi sur le compte du coton, je vous dirai, mon honoré confrère, que, depuis la lecture de votre petite brochure, je n'hésiterais pas à lui confier la guérison de toutes les plaies simples; et si d'autres plaies, déterminées ou entretenues par une diathèse scrophuleuse, ou par le virus syphilitique, par exemple, s'offrent à ma pratique, un linge doux et fenêtré, enduit d'un topique approprié, les recouvrira, mais encore le coton sera-t-il pour moi le remplissage de préférence. Je m'écarte de mon sujet et je me hâte d'y revenir.

Convenez, mon honoré confrère, qu'une occasion plus favorable ne pouvait s'offrir pour démontrer publiquement les avantages spéciaux de mon appareil et ceux qui lui sont communs avec l'hyponarthécie. La grande jeunesse de la malade, qui ne permettait pas encore à la raison d'opposer des motifs à l'impatience; son caractère pétulant, promptement irascible; son tempérament nerveux et délicat, qui pouvait donner à la douleur une influence mortelle; enfin quatre plaies, tant à la cuisse qu'à la jambe, qui réclamaient des soins quotidiens, de la liberté; combien de difficultés insurmontables pour les anciennes méthodes, sans exception aucune!

A présent, mon honoré confrère, je vais vous indiquer le plus sommairement possible les modifications définitives de mon appareil, ainsi que je vous l'ai promis en commençant. Je le décrirai et je le représenterai avec tous les détails qu'il comporte, dans un ouvrage que j'ai l'intention de publier quand la santé des autres et la mienne voudront bien me le permettre.

J'ai l'honneur de vous faire observer d'abord que le jeu de la poulie reste tel que je l'ai décrit dans ma première lettre. Plus j'en use et plus j'apprécie son opportunité pratique. La poulie différencie essentiellement mon appareil de tous les vôtres; elle seule suffira, j'ose l'espérer, pour lui mériter la préférence, tôt ou tard, de vous comme du public.

L'appareil trochléen fémoro-jambier, qui désormais sera mon appareil *omnibus*[1] a été conçu, comme l'hyponarthécie fémoro-tibiale articulée et comme l'appareil du professeur Smith de Maryland, d'après le double plan incliné des auteurs, mais il en diffère par les modifications définitives qui suivent.

1° Les deux gouttières concaves dont il se compose, et qui, s'articulant par côtés, laissent libre la région poplitée au moyen d'une échancrure, peuvent aussi, au moyen de deux vis de rappel, se désarticuler, selon l'indication. Ainsi, l'appareil articulé s'applique au traitement de toutes les fractures simples ou compliquées de tous les os des membres inférieurs, et la gouttière jambière peut servir spécialement, dans le cas où un seul des deux os de la jambe est fracturé. Pour la fracture de ces deux os, il suffit d'adapter à cette gouttière la plaque trouée et mentionnée dans ma première lettre, dans la demi-échancrure poplitée, pour opérer la *résistance* ou la contre-extension.

2° L'appareil trochléen, articulé ou non, offre la même facilité que la semi-botte pour s'agencer avec mon système de suspension ancien, car il est garni de six anneaux pour recevoir indistinctement les deux anses collatérales en corde qui correspondent à la poulie, savoir, deux anneaux sur chaque côté de l'extrémité pelvienne de la gouttière fémorale, deux à l'extrémité pédieuse de la gouttière jambière, et deux aussi à l'extrémité rotulienne de la même gouttière, pour remplacer ceux de la gouttière fémorale, dans le cas où l'on a besoin de désarticuler l'appareil.

3° L'appareil trochléen, articulé ou non, peut s'approprier à toutes les dimensions (longueur et grosseur) des membres inférieurs, avec autant d'exactitude que s'il avait été fabriqué expressément pour le premier membre qu'on lui confie.

Ainsi, mon honoré confrère, pour varier la longueur totale ou partielle, chacune des deux gouttières se compose de deux pièces qui s'emboîtent, glissent et se maintiennent l'une dans l'autre. Chaque gouttière, ouverte ou fermée totalement, donne tour à tour les deux degrés de son allongement ou de son raccourcissement extrême, c'est-à-dire la longueur ou la demi-longueur environ du membre adulte qu'elle doit loger; les degrés intermédiaires peuvent indéfiniment varier. Ici je dois vous faire observer que, pour faciliter le glissement réciproque des gouttières et l'invariabilité de leur arrêt, je n'accuse plus les formes des membres, ainsi que je l'ai fait sur les parois de la semi-botte; je donne aussi, pour le même motif, plus d'ouverture à leurs cintres.

Pour loger toutes les grosseurs qu'un membre inférieur peut avoir, soit par l'âge, soit par la prédominance d'un système ou par l'influence de la maladie, voici mon moyen.

Les bords libres de la gouttière jambière, par exemple, ne constituent plus, comme sur la semi-botte, le prolongement de son cintre. Maintenant le plein du cintre ne donne que les deux tiers environ de la largeur totale de la gouttière. Le tiers restant est représenté de chaque côté par une bande métallique large de 3 centimètres, occupant les deux tiers environ de l'allongement moyen de la gouttière dirigée selon sa courbe, et séparée du bord libre du plein par un intervalle dont je justifierai l'usage.

L'une des deux bandes se compose de deux pièces qui s'emboîtent l'une dans l'autre, ainsi que les deux pièces qui constituent la gouttière. L'autre bande se compose également de deux pièces; mais celles-ci s'articulent par superposition et se maintiennent à la longueur voulue à l'aide d'une pointe en fer soudée à l'extrémité de l'une, et qui peut se loger dans plusieurs mortaises que présente l'autre à sa surface. Un cylindre métallique aplati glisse et les embrasse toutes deux réunies, et de la sorte fixe d'une manière invariable la longueur totale de la gouttière. Même mécanisme pour la gouttière fémorale. Voilà pour le moyen, mon honoré confrère; j'arrive à son application.

Faut-il loger un petit membre dans mon appareil? après avoir ajusté et arrêté à sa longueur celle de la gouttière ou des deux gouttières, je fixe le remplissage en molletou sur les bandes latérales, par quelques points de suture (précaution dont j'ai eu l'occasion d'apprécier l'importance, à l'occasion de mon dernier traitement), et j'y touche le membre. La coaptation étant opérée, je la contiens de la manière suivante, c'est là ma quatrième modification.

4° A vos mouchoirs, au calicot d'abord employé, je préfère aujourd'hui, pour maintenir la coaptation du membre, des courroies en cuir bien flexible, plus ou moins résistantes, plus ou moins larges, et dont les deux chefs se maintiennent rapprochés par une boucle sous chaque courroie; je place une compresse, autant pour garantir le cuir des atteintes de l'humidité, que le membre d'une compression trop rudement locale. Le plein de chaque courroie s'applique sous la gouttière et vis-à-vis telle ou telle partie du membre que réclame l'indication contentive, passant ensuite l'un et l'autre chef, dans l'intervalle dont je vous ai parlé plus haut, je les rapproche et je les maintiens convenablement serrés sur les membres.

Même manœuvre pour toutes les autres courroies et pour la contention d'un membre moyen, après avoir augmenté toutefois la longueur de la gouttière, autant que le demande la sienne. Enfin, mon honoré confrère, si le membre à contenir est extraordinairement gros, par une cause quelconque, au lieu de faire passer les chefs des courroies dans l'intervalle indiqué, j'embrasse par leurs contours, s'il le faut, la circonférence totale, et je les maintiens comme dans le premier et second cas.

Quand je veux opérer une *résistance* comme une *traction latérale* quelconque, dans le cas d'une fracture avec déplacement, je conserve l'usage des coins en liége, taillés pour la circonstance et déjà indiqués dans ma dernière lettre. Je les place donc entre le membre et les parois internes de la gouttière et je les y retiens par mes courroies.

Également, mon honoré confrère, j'ai conservé la mobilité de la semelle; seulement elle présente une rangée de plus de mortaises, pour s'arranger à la largeur d'un petit comme d'un grand pied.

5° Mais je me hâte de vous indiquer ma cinquième et dernière modification; elle est relative au passage suivant de ma première lettre.
» Le degré d'inclinaison pourrait varier et se maintenir, à l'aide de
» deux tiges en fer, toutes deux articulées par des charnières mobiles,
» l'une à la partie supérieure du cuissard (gouttière fémorale), l'autre
» sous le talon de la semi-botte (gouttière jambière), glissant l'une
» dans l'autre par les extrémités libres, et pouvant se maintenir au de-
» gré convenable de longueur par une vis de pression. »

D'abord, ces deux tiges en fer ne s'attachant pas à la partie supérieure de la gouttière fémorale et sous le talon de la gouttière jambière, mais au tiers environ de la longueur de chacune d'elles, à partir de leur extrémité articulée; en diminuant ainsi leur longueur, j'augmente leur solidité et je les expose moins à heurter le matelas. Au lieu de les invaginer ensuite l'une dans l'autre et de les fixer par une vis de pression (moyen trop compliqué et peu sûr); elles s'appliquent l'une sur l'autre; car ce sont deux bandes métalliques pareilles à celles qui bordent les gouttières, et pour les dimensions et pour le mécanisme de l'arrêt.

Conclusion. Puisque mon premier appareil m'a procuré autant de guérisons que de traitemens, je puis accorder une confiance entière à celui que je viens de décrire et qui est le même, moins les imperfections qu'on pouvait lui reprocher. Aussi, pour hâter la publicité qu'il mé-

rite, j'offre aujourd'hui aux grands hôpitaux de Paris ou de la province, qui les premiers m'honoreront de leur demande, un appareil trochléen, avec la note explicative de son application pratique. Sur la demande du chirurgien en chef je l'expédierai, et en retour, je ne demande que la communication des résultats par la voie des journaux de la science.

Car je répète après Boerhaave : « Que chacun en juge *librement* et *sincèrement*, j'ai décrit la maladie comme je l'ai vue. »

Agréez, etc.

MUNARET, D.-M.

Châtillon-de-Michaille, 2 février 1836.

OBSERVATIONS SUR LES POLYPES DU CANAL DE L'URÈTRE; lettre adressée à l'Académie des sciences, par M. NICOD.

OBS. I.—Un officier d'état-major de la garnison de Cambrai ayant obtenu un congé pour une rétention d'urine, se présenta chez moi. Son état était empiré par la fatigue du voyage; il avait de la fièvre. Une sonde exploratrice de 2 lignes et demie de diamètre fit reconnaître que le canal était parfaitement libre jusqu'à 7 pouces, et qu'à 7 pouces 3 lignes il était obstrué. La pointe annonçait que le diamètre du canal n'avait qu'un tiers de ligne. Après un bain et deux jours de repos, une bougie n° 2 passa dans la vessie.

Le troisième jour, l'empreinte se trouvant déprimée à 3 lignes en bas, contradictoirement à la première, ce phénomène indiqua des carnosités molles susceptibles de déplacement par le cours des urines, comme par la pression de la sonde exploratrice. Instruit par le travail qu'il m'avait fallu faire sur le général Dorsonval pour arriver dans la vessie, je me décidai à employer la sonde d'argent. Après une légère secousse elle pénétra dans la vessie et fit sortir une carnosite de 3 pouces 1 ligne de long sur une ligne de large, un fragment de 9 à 10 lignes de long, et un autre plus petit, tous également rouges. La sonde exploratrice présenta un sommet différent. Celle du quatrième jour fut encore déprimée de haut en bas. J'introduisis une sonde d'une ligne et quart, qui rapporta de petits fragmens : elle pénétra de nouveau dans la vessie, et ne rapporta rien.

Le cinquième jour, l'urine fit sortir du sang mêlé de petits lambeaux comme à l'ordinaire. Le sixième jour, l'empreinte, toujours de même grosseur, présenta à 7 pouces 6 lignes une bifurcation à droite, qui indiquait le lieu de l'implantation des polypes. La sonde en détacha deux fragmens qui avaient environ 1 pouce 6 lignes de longueur et 1 ligne un quart de largeur. Les deux jours suivans, le malade urina si bien qu'il se croyait guéri. Le onzième jour, première cicatrisation. Non seulement le malade urine mieux le soir, mais encore les deux jours suivans. Trois jours après je fus désappointé de ne pouvoir pénétrer dans la vessie. La sonde rapporta une portion de carnosité ayant 1 pouce de long sur 2 lignes de large : je ne pus la faire arriver dans la vessie que le lendemain. Un refroidissement lui occasiona une fièvre muqueuse pulmonaire qui ne l'empêcha pas de désirer les autres opérations. Je pratiquai la deuxième cautérisation le trentième jour. elle fit tomber une escarre puriforme de deux lignes d'épaisseur, et de 3 à quatre de longueur. Trois autres furent nécessaires pour la guérison complète, et le malade, qui m'a écrit depuis tous les ans au mois de janvier, m'a confirmé que jamais elle ne s'est démentie.

OBS. II. — Le 5 août 1826, M. Lamoureux, âgé de 50 ans, vint me consulter pour un catarrhe vésical des plus graves, qui existait depuis plus de 10 ans, et qui avait été causé par un polype de l'urètre, sans qu'il eût jamais eu la moindre maladie vénérienne. Six cautérisations avaient tellement augmenté le diamètre du mal que les urines sortaient à plein jet et ne contenaient plus de glaires deux jours après.

Au-delà de sept pouces jusqu'au col de la vessie, je rencontrai plusieurs carnosités dures dont je fis l'extraction et cautérisai les racines avec le succès le plus complet et le plus prompt.

OBS. III. — En 1827, j'ai étendu les avantages de mes extracteurs pour détruire parfaitement un polype d'un très-gros volume, qui avait son siége au côté droit de la vessie et qui occasionait au malade des hémorrhagies effrayantes pour sa famille. Il n'avait point de rétrécissement de l'urètre; mais des prolongemens d'un polype mou, ainsi que des caillots qui gênaient assez souvent le cours des urines pour donner lieu à de légères inflammations de la vessie. De là des glaires pendant quelques semaines, puis disparition. Une sonde de trois lignes étant entrée facilement dans la vessie, après avoir exploré par le rectum pour reconnaître l'étendue de la tumeur qui remplissait une grande partie du petit bassin, j'employai mon extracteur avec beaucoup de modération. Il suffit d'une très-petite pression pour en extraire plusieurs lambeaux que le malade apprécia comme moi en les développant dans l'eau. Nous décidâmes deux autres opérations qui eurent de plus grands résultats, et beaucoup de sang sortit par la sonde à la troisième. Je fis uriner le malade. La première urine fut sanguinolente, et la dernière fut transparente. Il ne fut pas difficile de persuader au malade qu'en continuant soir et matin de légers attouchemens, je parviendrais à détruire sa maladie, ce qui arriva en effet en sept semaines. Pendant sept ans il n'a pas eu de récidive et il est mort d'apoplexie quelques mois après avoir été guéri d'un engorgement très-volumineux du foie, par le docteur Tavernier, à qui je racontai que j'avais fait une cure pareille huit ans auparavant, et que le malade existait encore dans le village de Dravel. J'ai détruit en 1833 et 34 un polype de la grosseur d'un œuf dans la paroi gauche de la vessie, sur un malade de 76 ans, qui a repris dès lors un bon teint et de l'embonpoint, pendant qu'un engorgement de la prostate se dissipait complétement.

Je pourrais ajouter que cette année je vais terminer incessamment la guérison d'un malade de 76 ans qui avait des carnosités mollasses et un catarrhe de la vessie si aigu, qu'il urinait la nuit quelquefois tous les quarts d'heure, le plus souvent tous les demi-heures, rarement tous les trois quarts d'heure. L'urine est déjà transparente; depuis deux mois il ne rend plus de glaires, mais seulement une cuillerée de matière blanchâtre, qui provient des deux lobes qui paraissaient sains dans le principe du traitement. Mais depuis que le malade va mieux et qu'il a fait un petit écart de régime, les deux lobes, le gauche et le moyen, ont repris leur forme à peu près naturelle, et le droit, qui était très-volumineux, est plus mou. Le malade peut dormir une heure et demie, avantage qui n'est survenu que depuis que je l'ai cautérisé à 9 pouces moins une ligne; de manière que le cylindre s'étendait dans la partie antérieure du col de la vessie, où j'ai fait des cautérisations qui ont duré cinq minutes sans produire le moindre accident, mais seulement un sentiment de chaleur qui ne l'empêcha pas de s'endormir cinq fois dans un mois, pendant que je tenais l'instrument en place.

HERNIE OMBILICALE CHEZ UN NOUVEAU-NÉ, comprenant tout le lobe gauche du foie. Observation communiquée par M. LÉCORCHÉ-COLOMBE.

Le 7 septembre 1835, un enfant du sexe féminin me fut présenté à la clinique d'accouchemens, offrant une hernie ombilicale assez volumineuse. Cette tumeur, d'une consistance égale dans toute son étendue, dépassait l'ouverture de l'anneau ombilical, qui semblait se resserrer sur sa base et lui donner la forme pédiculée. Elle était d'ailleurs ovalaire; son plus grand diamètre, parallèle à l'axe du tronc, offrait deux pouces six lignes d'étendue; son diamètre transversal était de deux pouces; son épaisseur d'avant en arrière, d'un pouce trois lignes; sa circonférence, qui dépassait celle de l'anneau, était de six pouces quatre lignes, tandis que celle de l'anneau n'était que de quatre pouces dix lignes. L'enveloppe de cette tumeur, mince, lisse, légèrement transparente, laissait apercevoir une masse d'une teinte rougeâtre qui, jointe à son aspect uniforme, nous fit soupçonner que le foie en faisait partie.

Le cordon ombilical intact naissait de la partie inférieure de cette tumeur, animée de mouvemens qui coïncidaient avec ceux de la respiration et dont le volume augmentait sensiblement pendant les cris de l'enfant et diminuait dès qu'ils cessaient.

Cette hernie cédait peu à la pression et adhérait fortement à l'anneau; il était impossible non-seulement de la faire rentrer dans la cavité abdominale, mais d'en opérer même une réduction partielle sensible.

L'enfant était petit, faible, du reste bien conformé, assez bien portant. Il fut d'abord confié aux soins d'une nourrice de l'établissement; et trois jours après son entrée nous essayâmes de faire rentrer les parties déplacées par une pression lente exercée au moyen de bandelettes agglutinatives placées en travers sur la tumeur et les parois abdominales, de manière à attirer la circonférence de l'anneau sur la tumeur. Ce petit appareil unissant était maintenu par des compresses carrées et un bandage de corps exactement appliqués, dont la douce pression tendait à favoriser la réduction.

L'appareil resta ainsi appliqué pendant cinq jours, du 10 au 15, temps pendant lequel l'enfant fit parfaitement toutes ses fonctions.

Cependant la tumeur, à travers ses enveloppes, exhalait une odeur de putréfaction assez forte. J'avais l'intention de changer l'appareil qui n'avait point été renouvelé à dessein, lorsque M. Laugier, chargé du service par intérim, témoigna le désir de voir cet enfant. L'appareil fut levé : la tumeur, au lieu de cette demi-transparence, offrait une couleur mate, et était couverte d'une couche superficielle, de suppuration blanchâtre, épaisse et odorante. Le cordon ombilical était tombé; cependant la membrane extérieure était entièrement intacte, sans ouverture, et la tumeur était moins volumineuse.

M. Laugier fit quelques tentatives de réduction assez soutenues, mais sans succès; et le bandage fut appliqué comme auparavant, peut-être seulement un peu plus serré.

Depuis lors l'enfant se plaignit presque continuellement; il avait la respiration gênée, difficile; son appétit diminua; il ne prenait plus le sein qu'avec peine; la diarrhée survint; le petit malade était violacé, presque toujours froid, et trois jours après cette réapplication il succomba.

Autopsie. La tumeur était sensiblement moins volumineuse que dans les premiers jours de la vie. La surface externe était intacte; cependant, à la base et à la circonférence de l'anneau, les membranes perforées semblaient déjà se détacher dans certains points.

La membrane externe, d'un blanc verdâtre opaque, était couverte de cette couche mince de suppuration dont nous avons parlé. Trois membranes distinctes formaient cette enveloppe, les deux membranes

du cordon ombilical, savoir, l'amnios, le chorion, et enfin le péritoine. Bien qu'adhérentes entre elles, il était encore assez facile de les séparer dans certains points pour les distinguer les unes des autres; elles offraient même plus d'épaisseur que dans l'état normal.

Cette poche renfermait tout le lobe gauche du foie, une très-petite partie de la vésicule biliaire, qui ne contenait que fort peu de bile. Ces parties présentaient la trace de la compression circulaire qu'elles avaient éprouvée de la part de l'anneau dans lequel elles étaient engagées; mais elles étaient saines et ne paraissaient avoir éprouvé aucune lésion. Le péritoine qui les recouvrait était également sain, ainsi que les autres viscères abdominaux.

La circonférence de l'anneau, presque entièrement aponévrotique, n'offrait qu'une couche musculaire très-mince; le muscle droit n'offrait de chaque côté qu'une bandelette très-étroite.

La mort nous a paru avoir été occasionée plutôt par l'entérite et la pression un peu énergique exercée sur les viscères abdominaux, dont le petit appareil a troublé les fonctions, que par les suites de la hernie, qui jusque-là n'avait été le siége d'aucun phénomène pathologique bien remarquable. La gangrène eût pu même frapper impunément la partie du foie qui la formait, l'ouverture ainsi se fermer, se cicatriser, et l'enfant survivre, malgré une disposition insolite et bien curieuse d'une anomalie dans tout le système circulatoire abdominal, que j'omets ici à dessein comme n'ayant aucun rapport avec la hernie, et que je décrirai dans une notice spéciale.

LÉCORCHÉ-COLOMBE.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

ANNALES D'HYGIÈNE PUBLIQUE ET DE MÉDECINE LÉGALE.

TRAVAIL HISTORIQUE, MÉDICAL, HYGIÉNIQUE ET MORAL SUR LA MAISON CENTRALE DE LA VILLE DE RENNES, par le docteur TOULMOUCHE.

Parmi les nombreux faits et les considérations pleines d'intérêt que contient ce travail, nous serons obligés de nous borner à signaler quelques points spéciaux ayant plus spécialement rapport à l'objet de nos études ordinaires. L'un de ceux qui nous a le plus vivement frappés, c'est l'historique comparatif de la mortalité observée depuis le commencement du siècle dans cet établissement, dont la population paraît être entre 5 à 600. Le tableau dressé par l'auteur est établi par séries de dix années ainsi qu'il suit.

Depuis l'an X de la république jusqu'en	1811,	15,80	morts sur cent.
De 1812 à	1821,	13,70	id.
De 1822 à	1830,	6,40	id.
En 1831 et 1832		5	id.

L'amélioration qui a été obtenue successivement dans la mortalité de la maison centrale de Rennes dans l'espace de trente ans, ou plutôt même de douze ans, puisqu'elle resta d'abord stationnaire jusqu'en 1822, est frappante, et ne peut être expliquée que par les améliorations introduites successivement dans l'établissement, et qui furent bien plus nombreuses pendant la dernière période, durant laquelle on améliora le régime alimentaire, on perça dans les ateliers et les dortoirs des ouvertures propres à y renouveler l'air, on agrandit la maison, etc. Le chiffre des deux dernières années surtout est remarquable, puisqu'il est même plus favorable que celui de la rue de la Guérite, où la prison est située, et dont le chiffre de mortalité avait été de 7 p. 100 en 1831.

M. Toulmouche, dans un chapitre consacré aux considérations morales, nous présente quelques résultats bien tristes sur les récidives, et qui suffisent pour démontrer que l'amélioration du sort des prisonniers ne suffit pas pour amener une amélioration dans leur moralité. Bien plus, il est même probable que l'esprit de philantropie qui est si généralement éveillé aujourd'hui en faveur des prisonniers, et qui sacrifie tout à leur bien-être physique, et leur donne une meilleure nourriture, des vêtemens plus chauds, une habitation plus saine, que ceux dont jouissent la plupart d'entre eux avant d'y être renfermés, tendra plutôt à augmenter le nombre des récidives qu'à améliorer leur moralité, tant qu'on n'emploiera pas en même temps des moyens propres à remplir ce dernier but. Le rapport des récidives dans la maison de Rennes, depuis 1830 jusqu'en 1833, a été de presque la moitié, proportion effrayante, surtout si on la compare avec celle des maisons de détention des Etats-Unis. Dans les anciennes prisons de ces Etats, le chiffre des récidives était de 1 sur 9, 7, 6 et même 4 par rapport à celui total des détenus, proportion à peu près la même que celle des récidives observées actuellement dans toutes les prisons de France; mais dans les nouvelles prisons ou pénitentiaires, ce rapport s'est abaissé à 6 sur 19 ou 20; et que l'on ne croie pas que le régime sévère auquel les prisonniers sont soumis dans ces pénitentiaires soit nuisible à leur santé, car, en même temps que leur moralité s'améliore, la mortalité y diminue singulièrement, puisqu'il ne périt dans les pénitentiaires que 1 prisonnier sur 49, tandis que, dans les maisons centrales de France, il en meurt 1 sur 14.

DE L'INFLUENCE DES PROFESSIONS SUR LA DURÉE DE LA VIE, par le docteur LOMBARD.

Jusqu'ici l'influence des diverses professions sur la durée de la vie n'avait point été étudiée sur des documens statistiques; aussi le travail de M. Lombard nous semble bien digne de fixer l'attention, bien que les chiffres sur lesquels il a opéré soient quelquefois trop peu nombreux pour que les inductions que l'on pourrait en tirer soient admises comme absolument exactes. Les recherches de M. Lombard ont été faites sur les rôles de l'état-civil de Genève, qui lui ont fourni l'âge de 8,488 hommes âgés de plus de 16 ans, inscrits dans les registres mortuaires de 1776 à 1830, avec la désignation de la profession qu'ils avaient exercée.

Ces 8,488 adultes ont vécu en moyenne 55 ans, ce qui fournit à l'auteur un terme moyen pour comparer les professions favorables avec celles qui sont défavorables à la prolongation de l'existence, et lui permet de les diviser en deux classes, celle qui est au-dessus de la moyenne de 55 ans et celle qui est au-dessous. Nous allons extraire du tableau qu'il a dressé des professions classées par la longévité, quelques-unes des principales professions, avec l'indication du nombre des décès sur lesquels repose la moyenne de la vie établie par ces recherches.

Nombre de décès.	Professions.	Vie moyenne.
71	Magistrats.	69,1
18	Medecins.	66,4
275	Rentiers.	65,8
12	Avocats.	64,3
476	Negocians.	62,0
202	Jardiniers.	60,1
94	Perruquiers.	57,5
1073	Horlogers.	55,3
376	Cordodniers.	54,2
41	Chirurg. et offic. de santé.	54,0
82	Boulangers.	49,8
75	Émailleurs.	48,7
65	Peintres-vernisseurs.	44,3

On ne peut pas prendre la vie moyenne donnée ici pour chacune de ces professions comme l'expression exacte de la vérité, puisqu'il y a quelques-unes de ces professions, telles que celles de magistrat, de médecin, etc., qui ne peuvent être exercées à l'âge de 16 ans, qui a servi de point de départ à M. Lombard, tandis que la plupart des autres comprennent beaucoup de jeunes gens, sont sous ce rapport dans une position moins favorable. Cependant, même en tenant compte de cette différence, il est impossible de ne pas reconnaître que ces professions ont une influence sur la durée de la vie de ceux qui les exercent. Les causes auxquelles M. Lombard attribue cette différence sont les suivantes. L'état d'aisance ou de misère, l'influence d'une éducation libérale, certaines circonstances qui abrégent l'existence en développant la phthisie pulmonaire, et enfin les accidens qui entraînent la mort de certains ouvriers. L'auteur examine l'influence de chacune de ces circonstances dans un chapitre particulier, et appuie chacune de ses assertions de nombreux tableaux qui donnent un intérêt tout spécial à ses recherches. Ne pouvant le suivre dans ce travail, nous nous contenterons de signaler à nos lecteurs une différence notable entre les résultats obtenus par M. Lombard pour la vie moyenne des médecins, et ceux publiés sur le même point, il y a quelque temps, par M. Casper de Berlin. Ce savant statisticien ayant réuni l'époque des décès de 624 médecins et chirurgiens, avait trouvé que la durée probable de la vie des médecins était de beaucoup inférieure à celle de la plupart des autres professions libérales; un quart seulement des médecins dont il avait relevé le décès était arrivé à 70 ans; à peine 1 sur 15 à l'âge de 80, et enfin plus de la moitié avait succombé avant d'avoir atteint la cinquantaine. A Genève, la moyenne de la durée probable de la vie est plus favorable pour les médecins : un tiers est parvenu à 70 ans, un onzième a succombé après 80 ans, et les quatre cinquièmes ont vécu plus de 50 ans. M. Lombard attribue cette différence entre les médecins génevois et ceux de la Prusse à un plus grand degré d'aisance chez les premiers.

INFLUENCE DU MARIAGE SUR LA DURÉE DE LA VIE, par le docteur CASPER.

Les recherches publiées ici par le docteur Casper ont été faites sur les tableaux de décès extraits par Departieux des registres de la paroisse de Saint-Sulpice, et présentant un total de 48,540 morts, ainsi qu'un espace de trente années (de 1715 à 1744). Bien que les différences nombreuses apportées depuis un siècle dans la manière de vivre et toutes les habitudes sociales doivent exercer quelque influence sur la différence de la durée de la vie entre les hommes mariés et chez les célibataires, cependant cette influence doit être peu considérable, et ne peut agir notablement sur les résultats obtenus. On sait généralement que la durée de la vie des célibataires est moins longue que celle des personnes mariées; les tableaux suivans, dressés pour chaque sexe, vont faire connaître exactement quelle était cette différence vers le milieu du siècle dernier, et combien elle varie aux différens âges.

Il meurt sur 100 personnes :

Époques de la vie.	Hommes mariés.	Hommes non-mariés.
De 20 à 30 ans,	2,8	34,3
De 30 à 45	18,9	27,4
De 45 à 60	30,2	18,7
De 60 à 70	20,19	11,5
De 70 à 80	18,2	7,5
De 80 à 90	7,8	3,0
De 90 à 100	0,9	0,5

La mortalité présente, comme on le voit, de 20 à 30 ans, une grande différence chez les hommes mariés et chez les célibataires. Cette différence est toute en faveur des premiers, puisque sur 100 le nombre des morts ne s'est élevé qu'à 3, tandis que pour les hommes non mariés il en est mort 31 sur 100.

Époques de la vie.	Femmes mariées.	Femmes non-mariées
De 20 à 30 ans,	7,7	28,0
De 30 à 45	20,3	19,3
De 45 à 60	22,6	15,5
De 60 à 70	20,2	13,5
De 70 à 80	18,5	14,9
De 80 à 90	8,6	7,8
De 90 à 100	1,6	0,9

Nous retrouvons encore dans ce tableau une différence considérable, sous le rapport de la mortalité, entre les femmes mariées et celles qui ne le sont pas, bien qu'elle soit moins forte que dans le tableau précédent; ce qui s'explique facilement par les maladies dangereuses et souvent mortelles qu'entraîne la grossesse pendant cette époque de la vie des femmes mariées, et qui ne trouvent aucune compensation du côté des hommes.

Les résultats obtenus par le statisticien de Berlin sont si étonnans, surtout pour les années entre 20 et 30, que nous ne les admettons qu'avec quelque défiance, et cependant le tableau relevé sur les registres de décès d'Amsterdam, à une époque bien plus récente (de 1814 à 1826), lui a fourni des résultats à peu près analogues; c'est-à-dire, d'une part une mortalité plus considérable jusqu'à 45 ans pour les hommes non mariés, et de l'autre une vieillesse plus avancée pour les hommes mariés. Ce tableau démontre aussi que le mariage exerce une action favorable encore plus marquée sur la vie de l'homme que sur celle de la femme.

Le docteur Casper, cherchant à expliquer cette différence entre la mortalité des sujets liés par le mariage et de ceux qui ne le sont pas, pense que les premiers doivent l'avantage qu'ils ont sur les célibataires à une vie mieux réglée, mieux ordonnée, moins usée par les excès de tout genre auxquels les jeunes gens se livrent si volontiers.

EXAMEN DE CETTE QUESTION : Peut-on, sans inconvénient pour la santé publique, permettre la vente, l'abattage et le débit des porcs engraissés avec de la chair de cheval, soit que cette chair leur ait été donnée à l'état cuit ou à l'état de crudité; par MM. ADELON, HUZARD fils, et PARENT-DUCHATELET, rapporteur.

A une époque où l'industrie acquiert une extension que rien n'aurait pu faire prévoir il y a quelques années, on avait lieu d'être étonné de l'inutilité des efforts qu'avait faits l'administration pour diminuer au moins l'horreur des chantiers d'écarrissage, qui étaient un véritable fléau pour la capitale. L'industrie vient de trouver le moyen, non-seulement de faire disparaître ces lieux d'infection, mais encore de tirer un parti très-avantageux de ces cadavres d'animaux morts, que l'on y abandonnait à la putréfaction, et qui répandaient dans tous les lieux voisins l'odeur la plus infecte. Quelques essais tentés isolément ayant démontré que ces chairs pouvaient servir à la nourriture des porcs, et surtout à l'engrais de ces animaux, des spéculateurs intelligens ne tardèrent pas à monter de grandes porcheries aux environs de Paris; quelques-unes sont assez vastes pour contenir de 4 à 500 cochons, et les gains qu'elles procurent sont si considérables, que l'intention des propriétaires était de porter ce nombre à 1,000 ou 1,200 pendant l'hiver actuel.

L'effet de cette exploitation ne sera donc pas seulement de délivrer Paris de l'incommodité des chantiers d'écarrissage, elle augmentera la quantité des substances animales propres à la nourriture, et élèvera en même temps le prix des cadavres de chevaux morts, qui jusqu'ici n'étaient qu'un cas d'embarras pour leurs propriétaires et l'administration. Les demandes de ces chairs se sont même tellement multipliées, qu'aujourd'hui elles se vendent au prix de 4 cent. le kilogramme, et que les chevaux hors de service ont depuis un an doublé de valeur.

Mais comme on craignit que les porcs nourris avec ces substances ne fournissent une nourriture malfaisante, le conseil de salubrité fut consulté et l'affaire transmise aux auteurs du rapport, qui, après avoir considéré la question sous tous ses points divers, après avoir tenu compte de l'organisation du porc et des faits qui pouvaient jeter quelque jour, ont conclu qu'il n'y avait aucun motif d'empêcher une industrie aussi utile de prendre toute l'extension dont elle est susceptible, et qu'on doit se borner à surveiller les porcheries qui contiendraient un nombre considérable d'animaux; car il a été constaté que la nourriture animale donne aux excrémens des porcs une fétidité plus grande et plus insupportable que celle qui leur est particulière lorsque ces animaux sont soumis au régime végétal.

RAPPORT SUR LES AMÉLIORATIONS A INTRODUIRE DANS LES FOSSES D'AISANCE, LEUR MODE DE VIDANGE, ET LES VOIRIES DE LA VILLE DE PARIS; par MM. LABARRAQUE, CHEVALLIER, et PARENT-DUCHATELET, rapporteur.

C'est encore là une des questions d'hygiène publique de la plus haute importance pour toutes les grandes villes, et sur laquelle l'infatigable et savant rapporteur a fait de vastes recherches, qui sont consignées dans un mémoire de près de 100 pages. Nous ne pouvons donc qu'indiquer très-sommairement le moyen qu'il propose comme le plus convenable pour remédier aux nombreux inconvéniens et sans cesse croissans de la vidange des fosses d'aisance. Ce procédé consiste à séparer, au moyen d'un mécanisme assez simple, les matières liquides des matières solides; les premières seraient versées sur la voie publique mélangées avec une quantité considérable d'eau, qui les entraînerait promptement vers l'ouverture des nombreux égouts qui sillonnent Paris dans tous les sens; les secondes seraient enlevées par le système des fosses mobiles, et désinfectées avec les substances nombreuses et d'un prix très-bas qui produisent cet effet instantanément. Ainsi, l'agriculture ne perdrait point un engrais qui est pour elle d'une si grande valeur, les malheureux ouvriers chargés de vider les fosses d'aisance ne seraient plus exposés à des accidens si souvent funestes, les habitans ne seraient plus incommodés par ces miasmes infects qui se font sentir à de grandes distances pendant la vidange des fosses, et surtout la capitale serait débarrassée de ces dépôts d'immondices qui répandent constamment l'infection dans ses quartiers les plus populeux; car ces matières, débarrassées des liquides qui en rendent le transport si difficile, pourraient être portées dans des lieux éloignés de la capitale et dont les habitans n'auront aucun motif de les repousser, puisque, traitées par les poudres végétales, elles perdent en un instant toute trace d'odeur qui pourrait révéler leur origine.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

PARIS. — ÉVERAT, IMPRIMEUR, RUE DU CADRAN, N° 16.

N° 13. TOME IV. — 1836. SAMEDI 26 MARS 1836.

Gazette Médicale DE PARIS.

La Gazette médicale de Paris (*Gazette de santé* et *Clinique des hôpitaux* réunies) paraît tous les samedis de chaque semaine; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et équivaut à 6 feuilles in-8°. Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois. Pour l'Étranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Poissonnière*, n° 5, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

AVIS A MM. LES SOUSCRIPTEURS.

MM. les souscripteurs dont l'abonnement expire à la fin de ce mois, sont invités à le renouveler prochainement s'ils ne veulent pas éprouver d'interruption dans l'envoi du journal. Pour ne pas décompléter les collections, aucun numéro ne sera envoyé aux personnes qui n'auraient pas donné avis de leur renouvellement avant le premier avril. On s'abonne dans les départements chez tous les directeurs des postes et des messageries. La quittance d'abonnement sera présentée au domicile de MM. les Souscripteurs de Paris.

SOMMAIRE.

PATHOLOGIE CHIRURGICALE.

Mémoire sur les fistules vésico-vaginales, et sur leur traitement par une nouvelle méthode opératoire; lu à l'Académie des sciences, le 14 février 1836, par M. Jobert, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien de l'hôpital St.-Louis.

(Deuxième article.)

TRAITEMENT.

Le traitement des fistules vésico-vaginales devait varier en raison des nombreux obstacles que cette maladie oppose aux efforts des chirurgiens. Aussi tous les procédés qui ont été mis en usage ont-ils presque toujours échoué. D'un autre côté, les seules ressources de la nature ont quelquefois suffi pour obtenir la guérison, ou bien les moyens les plus simples ont été suivis des résultats les plus heureux. Le docteur Cumin de Glascow a obtenu une guérison complète dans un cas où la fistule était fort petite, seulement à l'aide d'une sonde introduite dans la vessie. (*Edinburgh medical journal*, n. 76, p. 62.)

Mauriceau rapporte qu'il a vu guérir ainsi deux de ces fistules après un espace de quatre mois. Enfin il y a des exemples de guérison spontanée, et même sans l'emploi des sondes, alors qu'il n'existait pas de perte de substance. C'est ce que rapporte M. Clémot (*Bibl. méd.*, t. 59, p. 108); il s'agissait de fistules survenues à la suite de l'incision de la cloison vésico-vaginale, pour l'extraction d'un calcul. Dès qu'il existe une perte de substance et que celle-ci a une certaine étendue, les secours de l'art deviennent indispensables, même alors que la fistule a été produite par le bistouri.

Feuilleton.

HYGIÈNE PHILOSOPHIQUE DES ARTISTES DRAMATIQUES, ETC.;

par le docteur Brouc, médecin de la Faculté de Paris, etc.

Une vérité bien démontrée est que chaque profession, industrielle ou intellectuelle, imprime à l'économie certaines modifications dont l'influence est ensuite plus ou moins directe ou fâcheuse sur la santé. Ces modifications sont produites par une foule de causes ou d'agens physiques et moraux, inhérens à une profession donnée. Plus on étudie ces agens, et plus on s'aperçoit que leur action peut être nuisible selon la direction de leur puissance et selon les limites de la constitution individuelle. Ainsi, toutes les professions que comporte l'état social, depuis celles qui exercent les nobles fonctions du cerveau, jusqu'aux plus communes, n'exigeant qu'une action musculaire presque automatique, rentrent dans le cercle de l'observation médicale. Étude grave, difficile, importante, dont les résultats peuvent être immenses, car d'une part, ils se lient aux travaux les plus élevés de l'intelligence; de l'autre, aux arts industriels, au bien-être de la classe ouvrière, et même à la redoutable question du prolétariat.

C'est donc une heureuse idée qu'a eue l'auteur du livre dont nous nous occupons, de se livrer à l'étude spéciale d'une profession, celle des artistes dramatiques; d'en rechercher avec soin les avantages et les inconvéniens sous le rapport de la santé, d'en exposer les règles hygiéniques, de prouver l'importance de ces règles, enfin de démontrer que quiconque s'en écarte, s'expose à de cruelles infirmités, à perdre sa santé, son avenir et son bonheur.

Il est des professions qui n'exercent que le corps ou à peu près; il en est où l'intelligence a la plus grande part d'action, enfin on en remarque qui exigent tout à la fois, un travail continuel du corps et de l'esprit. Parmi ces dernières on peut assurément compter celle des artistes dramatiques, et M. Brouc en fait très-justement la remarque; aussi y a-t-il des règles hygiéniques qui leur sont spécialement applicables. Il est clair néanmoins que si vous parlez d'un artiste vulgaires qui fait seulement un métier, grimaçant son rôle avec plus ou moins de succès; qui à peine quittant les planches et le costume, dépose en même temps toute idée du personnage dont l'expression et le caractère lui étaient confiés; il est claire, dis-je, que les règles de la vie commune suffisent dans ce cas. Le moyen de vivifier un artiste pétri d'un pareil limon! mais s'il s'agit d'un homme doué d'une constitu-

On a reconnu généralement que les fistules vésico-vaginales étaient plus difficiles à guérir, toutes choses égales d'ailleurs, lorsqu'elles étaient transversales. Mais il est difficile de comprendre comment une fistule qui est la suite de la mortification de la cloison, peut être plutôt longitudinale que transversale, puisqu'elle résulte d'une perte de substance qui laisse le plus ordinairement une ouverture arrondie ou de forme ovalaire.

Quoi qu'il en soit, la thérapeutique des fistules vésico-vaginales présente des indications différentes, suivant que l'on se borne à combattre les complications ou que l'on tente une cure radicale, ou bien encore que l'on n'a recours qu'à un traitement palliatif.

Traitement des complications. Il y a toujours une inflammation plus ou moins intense de la vessie et du vagin : sans chercher à la faire disparaître complètement, il faut cependant la modérer; et dans ce but on a recours aux bains, aux quarts de lavemens, aux cataplasmes émolliens, aux boissons adoucissantes prises en grande quantité, de manière à diminuer l'âcreté des urines.

Quelquefois les urines charrient des graviers, et des incrustations s'amassent dans le vagin; il faut alors faire des injections, et les renouveler fréquemment; retirer ces incrustations avec les doigts, des curettes ou des pinces, en même temps que l'on fait prendre à la malade quelques boissons gazeuses pour tâcher de prévenir la formation de ces corps étrangers, qui seraient autant d'obstacles à la guérison lorsque le temps de l'opération sera venu.

Une complication funeste est, sans contredit, cet état de maigreur, de marasme qu'il est si commun d'observer dans cette maladie; aussi est-il souvent utile de s'occuper de relever les forces, de restaurer la constitution, pour ainsi dire, avant de faire la moindre tentative pour obtenir une guérison radicale.

Quant aux callosités, elles ne sont pas des obstacles véritables à l'opération; j'en dirai autant de ces irritations superficielles, de ces éruptions qui disparaissent aussitôt que l'urine cesse de couler par le trajet fistuleux.

Traitement curatif. Pour obtenir la guérison d'une fistule vésico-vaginale, une foule de moyens ont été conseillés et mis en usage : tous ont été dirigés vers le même but, l'oblitération du trajet. Mais les uns ont voulu l'obtenir par la suppuration, les autres par l'agglutination des parois. Il en est résulté deux grandes méthodes : l'une qui est basée sur la réunion médiate ou secondaire, l'autre qui se propose la réunion immédiate.

Méthode par réunion médiate. Cette méthode comprend plusieurs procédés : 1° la cautérisation; 2° le procédé de Desault; 3° celui de M. Jules Cloquet. Jetons d'abord un coup d'œil sur la cautérisation.

Cautérisation. La difficulté de faire manœuvrer les instrumens dans la cavité du vagin, devait naturellement conduire les chirurgiens à essayer de cautériser soit avec le fer rouge, soit avec un caustique chimique. Dupuytren, Sparanza et Delpech ont obtenu d'heureux effets de l'emploi du cautère actuel. Delpech avait été conduit à se servir de ce dernier agent, par l'étude qu'il avait faite du mode de formation de la cicatrice après l'application du fer rouge, et du rôle qu'y joue le tissu fibreux. L'expérience confirma ses idées théoriques, et ce célèbre chirurgien obtint par ce moyen la guérison d'une fistule chez une jeune dame qui en était affectée depuis deux ans. Dupuytren, de son côté, se rappelant la dureté des bords de ces fistules, et pensant qu'aucun autre agent désorganisateur ne pourrait les détruire assez promptement, préférait aussi le cautère actuel.

M. Sanson rapporte l'exemple d'une fistule longitudinale, intéressant la partie inférieure de l'urètre et se prolongeant au bas-fond de la vessie, qui céda à trois de ces cautérisations.

On sait que pour cautériser une fistule vésico-vaginale, il faut placer la malade en travers sur son lit, les cuisses fléchies et écartées; dilater le vagin avec un spéculum bivalve, et, lorsque la fistule est bien à découvert, y porter un cautère rougi à blanc.

Cette cautérisation doit être faite avec prudence, et de manière à effleurer seulement les bords de la fistule, en évitant, autant que possible, l'action du cautère sur la vessie elle-même, et en désorganisant par conséquent le côté de la fistule correspondant au vagin, comme l'a indiqué Delpech, afin d'exciter le resserrement du trajet sans faire éprouver de perte de substance à la vessie.

Cette théorie de Delpech est assurément pleine de sagesse et de prudence; mais malheureusement ce n'est qu'une théorie évidemment inapplicable en pratique, si l'on réfléchit que la vessie est intimement unie au vagin, et qu'il est impossible de porter le cautère sur les bords de la fistule sans intéresser la vessie. Je dirai plus; il est utile, il est indispensable même que les bords de la fistule soient ravivés dans toute leur épaisseur, sous peine de n'en pouvoir obtenir l'oblitération.

Le cautère doit être proportionné au diamètre de la fistule; mais, en général, il est de la grosseur d'un tuyau de plume, terminé en olive pointue. A ce sujet, il ne faut point oublier qu'un cautère d'un plus gros volume réchaufferait le conduit métallique qui lui sert de guide (le spéculum), et produirait des escarres sur divers points du vagin, comme je l'ai observé chez des femmes à qui j'avais pratiqué la cautérisation du col de l'utérus pour des névralgies de cet organe. Aussi ai-je pris depuis la précaution d'entourer mon spéculum d'un linge mouillé, qui s'oppose à la propagation du calorique. D'un autre côté, si le cautère avait un trop petit volume, l'urine et les mucosités qui le baignent auraient bientôt neutralisé son action.

Le cautère agit d'une manière moins douloureuse sur le point fistuleux lui-même que sur les parties environnantes, au milieu desquelles il dégage une chaleur incommode qui se propage à la vessie et jusque dans le bassin. Au reste, la douleur qu'il détermine est très-passagère.

Il se forme sur les parties touchées une escarre superficielle, qui tombe et laisse après elle des bourgeons charnus qui convergent les uns vers les autres : s'ils ne se rencontrent pas, bientôt ils se recouvrent d'une membrane qui se cicatrise isolément, et la fistule persiste. Mais si la fistule est étroite, on peut par ce moyen en espérer la guérison. Le gonflement des bords de la plaie est à la fois un obstacle à l'écoulement de l'urine et un moyen de rapprochement des bourgeons.

On cautérise aussi avec le nitrate d'argent, et dans ce cas le caustique est porté sur les bords de la fistule, tantôt à l'aide du porte-crayon, tantôt au moyen d'une tige métallique terminée à une extrémité par un anneau dans lequel est fixé un cône de nitrate d'argent de trois ou quatre lignes de longueur, tenu par un fil ciré. Enfin, quelquefois on porte le cône avec une pince à anneaux, dont les branches sont fixées à l'aide d'un lien. Le spéculum sert non-seulement à protéger les parties, mais encore à conduire les liquides que l'on injecte pour enlever l'excès de

---

tion éminemment sensible et irritable, qui conçoit le sublime de sa profession, qui a la passion de l'art dans sa divine folie; il est certain que cet homme s'expose à des maux infinis, s'il ne veille sans cesse sur lui même, s'il se laisse aller dans mille occasion à l'ardeur de son jeu, au feu de l'expression scenique, sans soins et sans precautions; il payera cher son imprévoyant courage.

On trouvera dans le livre de M. Brouc des preuves et des exemples multipliés de ce que nous disons. En général, ce livre est bien conçu et bien exécuté, la lecture en est agréable et instructive; on voit que l'auteur a medite son sujet, qu'il l'a étudié avec soin dans ses differens aspects. Voici la dstribution ou l'économie de l'ouvrage : l'auteur l'a divisé en quatre livres : le premier est consacre à l'examen des causes extérieures ou physiques, ce qui comprend la matière de l'hygiène proprement dite. Le second a pour objet l'influence de l'exercice de l'art dramatique sur les fonctions de l'économie, les mouvemens du corps pendant les jeux sceniques, la voix, l'expression des passions, les divers effets de l'émotion, etc. Le troisième livre comprend les travaux intellectuels que réclame l'art dramatique. Enfin le quatrième renferme tout ce qui est relatif aux influences morales sur l'artiste dramatique, aux influences sociales, aux passions individuelles, celle de l'amour de sa profession, etc. On voit que l'auteur s'est tracé un plan fort etendu et qui lui permet de considerer une foule d'objets. Partout il fait preuve d'un bon jugement, de connaissances variees qu'il applique souvent avec goût et discernement; ses préceptes sont fondés sur l'expérience et il les appuie par des exemples bien choisis, par des faits, des anecdotes, qui ne manquent ni de piquant, ni de nouveauté! Etudiant avec soin la constitution nerveuse qui caractérise l'artiste dramatique, observant les effets de cette constitution, les résultats quelle doit avoir sur le talent, sur la santé de ce même artiste, M. Bronc en tire des règles importantes, des applications aussi utiles que positives. Ce point, selon moi, est un des plus difficiles à bien connaitre si l'on veut apprécier avec justesse toute l'influence des modifications sur l'économie des artistes dramatiques. La connaissance intime et profonde de cette constitution, voilà le principe dont il ne faut jamais s'ecarter. Or, cette constitution éprouve des modifications qu'on ne remarque dans aucune autre profession. En effet, le véritable artiste dramatique est celui qui, profondement pénétré de son rôle, s'identifiant en quelque sorte avec le personage qu'il doit représenter, sait en prendre le masque, en adopter l'accent, en saisir le caractère, le ton, le costume, le langage et les manières; et plus l'identification est complète, plus l'acteur est consommé dans son art, plus il parait *naturel* et *vrai*, car l'illusion est alors portée à son plus haut degré. Mais conçoit-on ce qu'il faut d'efforts, de patience, d'études du cœur humain pour operer une pareille transformation, pour prendre à volonté autant de physionomies et de caractères que de roles; pour posséder cette souplesse élastique et compressible de l'imagination qui donne la double faculté de l'émotion et d'exprimer cette émotion avec force et vérité; de commander à ses sentimens, d'effacer en quelque sorte son propre-moi, de le remplacer momentanément par un moi factice et de saisir toutes les nuances de cette personnalité secondaire; imaginez combien il faut de mobilité dans l'esprit pour tirer du clavier des sensations ces effets variés, prodigieux, que nous voyons chaque jour sur la scène; pour conduire l'exaltation nerveuse à son plus haut degré d'intensité, dire, comme Beverley : *Nature, tu frémis!* et pourtant diriger, maitriser cette exaltation, la contenir dans les règles de l'art; assurément un pareil but ne sera jamais atteint sans

nitrate d'argent dissous. Il est évident qu'avec cet agent, moins actif, on sera forcé de cautériser plusieurs fois.

Il ne suffit pas de tenter l'oblitération de la fistule, il faut encore empêcher la vessie de se contracter, et s'opposer à ce que l'urine s'y accumule. Sans cette précaution, la vessie tendrait, par son action, à empêcher les bords de se réunir; et l'urine filtrerait au travers de la fistule et s'opposerait à l'agglutination des bourgeons.

Dans cette intention, on a proposé d'introduire une sonde dans la vessie. Les Anglais se servent de sondes plates; en France, on les fait rondes. S'il importe peu que la sonde ait telle ou telle forme, quoique, cependant, on doive préférer les rondes qui s'adaptent mieux à la forme du canal, il n'en est pas ainsi de la nature même de cet instrument. Les sondes molles et flexibles, en gomme élastique, valent mieux que les sondes métalliques qui sont dures et irritantes. Desault préfère les premières; il veut qu'elles soient larges et à calibre bien ouvert. J'adopte entièrement la préférence de ce grand chirurgien; mais, lorsque la fistule est ancienne, lorsque l'urètre est rétréci, force est bien alors d'avoir recours à une sonde plus petite. La sonde doit dépasser, autant que possible, la fistule en arrière: Desault veut qu'elle aille un peu au-delà de l'ouverture fistuleuse, ce qui est quelquefois impossible à cause de l'étendue de la fistule; le point important est que les yeux pompent bien l'urine dans l'intérieur de la vessie.

On a conseillé avec raison de laisser la sonde sans bouchon, afin que l'urine pût s'écouler continuellement. Cependant cet écoulement continuel, qui inonde la couche, qui baigne les fesses et les organes génitaux, est un inconvénient fâcheux qu'il faut prévenir, et contre lequel je vais indiquer tout à l'heure un moyen simple et facile.

La sonde a besoin d'être fixée, surtout si l'on veut, suivant le précepte de Desault, que la malade soit couchée sur le côté. Deyber indique que l'on se sert à la clinique de Strasbourg d'un bandage en T, dans la pièce verticale duquel passe l'extrémité de la sonde, fixée avec des liens qui s'attachent à ce bandage, en haut et en bas, ou en dehors et en dedans. Ces liens doivent être tellement disposés qu'il y ait toujours équilibre, de manière à éviter qu'elle ne s'incline dans un sens ou dans un autre. Contrairement à l'opinion de Desault, je pense que la position horizontale est préférable non seulement pour éviter les dérangemens de la sonde, mais encore pour favoriser l'écoulement de l'urine et fatiguer moins la malade.

Lorsque je place une sonde dans la vessie, je me sers d'une sonde en gomme élastique qui dépasse à peine le méat urinaire, afin de ne pas fatiguer le canal. J'ai vu en effet de ces sondes trop longues qui irritaient beaucoup sa paroi inférieure, et la tiraillaient de manière à causer des douleurs vives. Je préfère aussi une sonde de moyen calibre comme étant moins lourde, et par conséquent moins fatigante. Enfin j'entoure le pavillon d'un morceau de diachylon taillé en gouttière, qui fait les trois quarts de la circonférence de ce pavillon, et qui est fixé à l'aide de liens qui doivent eux-mêmes s'attacher au bandage du corps. L'urine coule le long de la gouttière dans un vase, et c'est un excellent moyen d'éviter que les malades en soient inondées.

Si maintenant nous examinons la valeur de ces procédés, nous voyons que le *cautère actuel* et le *nitrate d'argent fondu* ont le même mode d'action, mais avec une énergie différente; ces deux moyens tendent à produire le gonflement des lèvres de la plaie et à effacer l'ouverture qui livre passage à l'urine. Mais ce n'est que lorsque la fistule est étroite que la cautérisation peut avoir un résultat heureux. C'est pour cela qu'on avait pensé à raviver les bords de la fistule par la cautérisation et à les rapprocher ensuite. Mais il n'en est pas des fistules vésico-vaginales comme des perforations du voile du palais ou des joues, que l'on peut guérir, quelquefois même assez promptement, par le nitrate d'argent ou le cautère actuel, quoi qu'elles aient une certaine étendue. Lorsqu'on cautérise les bords d'une perforation du voile du palais, la force de resserrement qui a lieu dans la nouvelle cicatrice s'exerce alors principalement sur la partie mobile et flottante du palais; d'où il résulte que la demi-circonférence de la fistule qui tient à la partie mobile, tend à s'engager et à se porter derrière la portion de circonférence qui se continue avec celle qui est fixée aux os. Chez un homme qui avait une perforation du voile du palais, j'ai guéri cette fistule accidentelle en déterminant l'adossement des deux portions de circonférence par la pierre infernale, et en les disposant, pour favoriser leur adhérence, absolument comme les deux valvules qui ferment le trou de Botal. Quant aux joues, la cautérisation détermine le développement de volumineux bourgeons qui bientôt oblitèrent la perforation, à moins qu'elle n'ait une largeur considérable.

Pour les fistules vésico-vaginales, au contraire, la même force de constriction existe bien dans la cicatrice, mais elle s'exerce suivant toute la circonférence de la fistule, puisqu'il n'y a pas un point qui prête plus que l'autre, et que les adhérences qui existent entre le vagin et la vessie s'opposent par conséquent au resserrement de la fistule et au chevauchement des deux parties de la circonférence. Aussi est-ce là un obstacle presque invincible à la guérison d'une fistule un peu large. D'un autre côté, on n'a pas l'espérance de voir se développer des bourgeons volumineux et nombreux, puisque le tissu cellulaire dense, à peine vasculaire de ces parties, est peu favorable à leur développement.

Il importe aussi de s'opposer aux efforts que peut faire la malade pendant la défécation, et de lui tenir constamment le ventre libre.

Procédé de Desault. Desault se proposait aussi, d'une part, de donner issue aux urines, et de l'autre de rapprocher les bords de la fistule: ainsi, il introduisait dans la vessie une sonde d'un gros calibre; et dont les yeux étaient larges et d'un autre côté, il conseillait de porter dans le conduit vulvo-utérin, soit un tampon de linge, soit une espèce de gant garni de charpie, ou un morceau de liége, ou tout autre corps de la forme d'un cylindre, et recouvert de gomme élastique ou de cire. Par ce moyen, il rapprochait la lèvre antérieure de la fistule de la lèvre postérieure. Desault dit, au moyen de ce contact, avoir obtenu la guérison de fistules urinaires vaginales très-anciennes, dont la largeur était telle, que le doigt pouvait être facilement porté dans la vessie. Cependant un seul fait appuie cette doctrine; encore cet illustre chirurgien avoue-t-il que la malade lui *paraissait* guérie; ce qui permet raisonnablement de supposer qu'il n'a jamais eu la certitude de cette guérison.

Chopart pense, comme Desault, que si la fistule est peu étendue et voisine du col, on peut la guérir par l'usage soutenu de la sonde.

La manière légère avec laquelle Desault a parlé de ses réussites, me fait croire qu'il n'a jamais eu de résultat heureux de l'emploi de son procédé. Pour moi, il est probable que si, dans ce cas, il a parlé d'une

---

une application soutenue, sans un travail constant, opiniâtre, qui peut conduire à la perfection, mais capable aussi d'amener les plus funestes résultats pour la santé, indépendamment des autres causes morbifiques. L'auteur du livre dont il s'agit ici, entre à cet égard dans de nombreux et intéressans détails, mais où il ne nous est pas possible de le suivre. Nous avons surtout distingué un article où M. Brouc fait remarquer avec justesse que l'état d'éréthisme nerveux où se trouve un acteur lorsqu'il se livre à toute la force de son jeu, met l'économie animale dans un tel état d'énergie vitale, qu'elle peut repousser l'action nuisible des agens estétiques; mais outre que cette influence préservative dure peu, l'éréthisme nerveux dont il s'agit est à peine tombé que l'artiste n'en devient que plus impressionnable.

Ce que dit l'auteur sur le caractère susceptible et jaloux des artistes dramatiques, est plein de sens et de vérité. Tous les hommes en sont là, et la remarque d'Hérodote sur le potier envieux du potier son voisin, subsistera éternellement. Toutefois, il semble que ce sentiment, dont la racine est un amour-propre immense, est plus particulier aux artistes et aux poëtes, qui ne savent ni supporter les mécomptes de la renommée, ni boire avec modération dans la coupe du succès. C'est le *genus irritabile* dans toute sa violence et son impétuosité. La louange est le seul baume qui puisse calmer ce spasme douloureux de l'imagination. Byron écrivait à un de ses amis: « N'ayez pas peur de me louer trop, j'empocherai mes rougeurs. » Combien de gens de lettres, d'artistes, ressemblent à ce grand poëte, moins le génie et la franchise. Il n'en est peut-être pas un auquel on ne puisse appliquer ces paroles de Salluste sur Sylla: *Voluptatum cupidus, gloriæ cupidior* Le malheur est que cet excessif amour-propre n'étant jamais satisfait, que les simples piqûres y sont profondément ressenties, que ce fatal bon sens, cette raison impitoyable qui en définitive gouverne le monde, ramenant ces imaginations fougueuses dans la ligne du vrai, du possible, du réel, finissent par leur infliger de rudes privations sans pourtant jamais les corriger. En ce qui concerne les artistes dramatiques sur ce sujet lié d'une manière si intime au bien-être physique et moral, nous renvoyons, pour les détails, à l'ouvrage dont nous faisons la rapide analyse. Les explications de M. Brouc sur la position actuelle des artistes dramatiques dans la société, méritent aussi d'être remarquées. Ils ne sont excommuniés, les foudres de Rome sont éteintes, admis, fêtés, choyés, enivrés plus de louanges, bercés de caresses dans toutes les réunions, on croirait qu'ils jouissent d'une faveur incontestée; et cependant il y a dans l'opinion publique, contre les acteurs, même les plus distingués, un reste de préjugés, un fonds de répulsion qui se manifeste dans plus d'une circonstance. « D'ailleurs, dit M. Brouc, l'état n'a pour eux ni titre qui les fasse distinguer, ni récompense qui les honore. Le ruban de l'honneur peut décorer la poitrine du musicien habile, du peintre célèbre, mais l'artiste dramatique doit se contenter de ses lauriers scéniques. »

Nous aurions désiré citer plus souvent l'ouvrage dont nous nous occupons, soit pour en donner une idée exacte et complète, soit pour prouver que nos éloges sont fondés, mais l'espace ne nous le permet pas. D'ailleurs, il faut bien aussi faire la part de la critique, c'est un tribut que toute œuvre de l'esprit doit acquitter. Nous reprocherons donc à l'auteur de se livrer trop souvent à des généralités qui l'écartent insensiblement de son intention première. Quel est le but de son travail? exposer les *spécialités* hygiéniques qui concernent les artistes dramatiques Alors, pourquoi s'étendre sur des choses générales, utiles il est vrai, mais

manière si favorable de la sonde, c'est qu'il a fait à tort application à la femme de ce qui se passe chez l'homme, faisant trop peu d'attention à la différence si importante qui existe entre les fistules urinaires de l'homme, qui sont étroites et tortueuses, et celles des femmes qui sont courtes et représentent une véritable perforation. On ne peut donc, dans le traitement des fistules vésico-vaginales, se servir de la sonde, avec quelque espoir de réussir, que dans les cas où ces fistules occupent le col de la vessie, sont étroites, récentes, et dépourvues de membrane organisée.

Le procédé de M. Jules Cloquet ressemble au précédent, avec cette différence, que ce chirurgien s'est servi d'un syphon inspirateur pour pomper l'urine dans l'intérieur de la vessie.

Comme on le voit, le tampon conseillé par Hippocrate, et qui, suivant lui, devait avoir une forme cylindrique et être fait de chair de bœuf, a été renouvelé de nos jours, et l'expérience a d'une manière positive prononcé sur son peu de valeur dans la plupart des cas.

Il n'en est pas de même des procédés de l'autre méthode, qui offrent le plus grand intérêt, puisqu'ils tendent à réunir *immédiatement* et sans suppuration les bords de la fistule. J'examinerai plus loin jusqu'à quel point on peut obtenir un pareil résultat.

Méthode par réunion immédiate. Cette méthode, qui aujourd'hui est généralement employée, se compose : 1° de la *suture*; 2° du rapprochement des lèvres par des instrumens unissans; 3° du procédé que j'ai imaginé et qui est une application de *l'élytroplastie.*

Suture. Henri Roonhuyzen, passe pour avoir proposé le premier la suture de la fistule vésico-vaginale. Il conseillait de rafraîchir d'abord la fistule; de mettre les bords en contact par la suture entortillée, et de la soutenir à l'aide d'une éponge.

Depuis, la suture a été diversement modifiée, et je vais brièvement examiner les procédés qui ont été successivement mis en usage.

M. Lewzisky, en 1802, ayant à traiter une fistule vésico-vaginale située à un demi-pouce au-dessus de l'orifice interne de l'urètre, et d'un pouce d'étendue, crut qu'il obtiendrait la cure radicale à l'aide de la suture. Dans cette idée, il se proposait d'employer une canule plate, longue de six pouces, ouverte à ses deux extrémités, courbée dans l'étendue de quatre à cinq lignes à l'une d'elles, offrant au commencement de cette courbure une fente d'une ligne de largeur sur sept à huit lignes de long, et et terminée par un anneau à l'autre extrémité; une aiguille courbe et du fil ciré complétaient l'appareil. La malade placée sur le bord du lit, la canule portée sur l'une des lèvres de la plaie, un ressort contenu dans la canule aurait été destiné à chasser l'aiguille devant lui, tandis que l'opérateur aurait porté la main gauche dans le vagin, pour en tendre la paroi antérieure et retirer l'aiguille en la traversant; la paroi opposée eût été traversée de même, à l'aide de la canule à cet effet portée de nouveau dans la vessie. Il se serait servi d'autant de fils qu'il eût été nécessaire pour mettre les bords de la fistule en contact. Enfin il voulait passer ensuite les fils dans un serre-nœud, au moyen duquel il aurait graduellement effacé la fistule vésico-vaginale. Le procédé ne fut pas mis à exécution.

Nægelé, en 1812, proposa divers moyens. Dans un premier procédé, après avoir ravivé les bords de la fistule, il les traversait avec une aiguille faite sur le modèle de celle de Deschamps. Le nombre des points de suture était en rapport avec l'étendue de la fistule. Ensuite il réunissait tous les fils en un faisceau, en les tordant sur eux-mêmes, jusqu'à ce que la malade eût conscience de la constriction; et il les fixait, ainsi réunis, au mont de Vénus, à l'aide de bandelettes agglutinatives.

Dans un second procédé, Nægelé voulait obtenir la réunion à l'aide de la suture entortillée, pratiquée de la manière suivante : des pinces fermées au moyen d'un crochet passant d'un anneau à l'autre, servaient à porter des aiguilles courbes, qui devaient traverser les lèvres de la plaie.

Enfin il a conseillé un troisième procédé qui se rapproche beaucoup de celui de M. Lewzisky, puisqu'il consiste à faire manœuvrer des instrumens de l'intérieur de la vessie vers le conduit vulvo-utérin.

M. Lallemand s'est servi aussi de la suture, en basant son procédé sur les mêmes principes que celui de Lewzisky. Il a préféré, comme le chirurgien polonais, la suture entrecoupée. Préalablement il ravivait les bords de la plaie avec le nitrate d'argent.

Deyber a employé la suture; et comme Lewzisky, il se servait d'une canule, mais qui, au lieu de contenir dans son intérieur un ressort de montre, renfermait un dard aiguillé, traversé à sa pointe par un chas enfilé d'un fil. Cette disposition permettait de porter une extrémité du fil sur la lèvre postérieure de la fistule, de la vessie vers le vagin; puis de rappeler le dard dans la canule, afin de pouvoir bientôt traverser la lèvre antérieure et dégager par là l'autre extrémité de l'anse.

M. Erhmann traita une fistule transversale par la suture faite avec des aiguilles courbes ordinaires, montées sur un porte aiguille, en les faisait agir sur les lèvres de la plaie par le vagin lui-même.

M. Malagodi, en 1828, traita une fistule vésico-vaginale longitudinale par la suture, à l'aide du doigt porté dans l'ouverture fistuleuse qui le recevait facilement. Il attira les bords calleux à l'extérieur vers l'orifice du vagin, puis il les réséqua sur son doigt armé d'un doigtier en peau. M. Malagodi fit ensuite la suture, en faisant pénétrer son aiguille de la vessie dans le vagin, en nouant les fils deux à deux, et enfin en mettant les bords de la plaie en contact.

En 1829, vers le mois de juillet, pour guérir une fistule longitudinale qui avait 13 lignes de long, et dont la commissure inférieure existait un peu au dessus de l'origine de l'urètre, M. Roux, après avoir ravivé les bords de la fistule et l'avoir agrandie légèrement en avant et en arrière, pratiqua la suture entortillée au moyen d'une aiguille courbe, montée sur un porte-aiguille, comme dans la staphyloraphie. L'aiguille armée d'un fil traversa les bords de la fistule d'abord de dehors en dedans, et ensuite de dedans en dehors, entraînant à sa suite une aiguille d'argent de 16 lignes de long, terminée par un bouton et percée d'une ouverture à l'autre extrémité.

Cette aiguille droite fut maintenue en place par un fil entortillé, comme dans l'opération du bec-de-lèvre. M. Roux plaça une seconde aiguille de la même manière. Il se servit de deux pinces à anneaux destinées à fixer, l'une le côté gauche de la fistule, et l'autre le côté droit. Il put alors facilement raviver les bords de la fistule en pratiquant une incision dans toute la longueur de la lèvre gauche et de la lèvre droite.

Un professeur de l'école de Montpellier, M. Dugès, chez une malade qui avait été cautérisée deux fois en vain par M. Lallemand, saisit les deux lèvres l'une après l'autre avec des pinces de Museux,

---

qui ne se rattachent qu'indirectement au sujet principal? M. Brouc dit : parmi les causes dont l'influence se fait le plus vivement sentir à la santé de l'artiste dramatique, il n'en est pas d'aussi énergiques, d'aussi tenaces que celles du vin, du jeu et des femmes; mais je ne sache pas que ces terribles passions ou poisons soient moins préjudiciables aux hommes des autres professions. Plus loin, on lit que l'artiste dramatique doit être habillé en ville selon sa fortune et son âge, mais toujours avec une extrême propreté. Il est également recommandé à cet artiste d'éviter autant que possible le pain mal levé et fait avec une autre farine que celle du froment et du seigle. D'accord; mais ce conseil, très-salutaire assurément, ne doit-il pas être adressé à tout le monde. Il faut aussi ranger dans ces généralités superflues, de longues considérations sur les alimens, les boissons, les passions, la distinction entre les différentes sortes d'amour, etc. Tout cela est bon dans un traité général d'hygiène, mais non dans un travail spécial, ou du moins n'y doit tenir que fort peu de place, sous peine de grossir inutilement l'ouvrage. Ramazzini n'a donné que fort peu d'étendue à son travail sur les maladies de presque tous les artisans; Tissot a renfermé dans un petit volume tout ce qui concerne la santé des gens de lettres. Si j'osais me citer après de tels hommes, je ferais remarquer que, dans l'ouvrage que je publiai il y a près de deux ans sur les *hommes livrés aux travaux de l'esprit*, j'ai presque demandé grâce au public de donner deux volumes sur ce sujet, qui pourtant renfermait la *physiologie*, la *pathologie* et l'*hygiène* des gens de lettres, savans, artistes, hommes d'état, etc.; peut-être dois-je attribuer à ce cadre restreint autant que possible, l'accueil favorable que le public a bien voulu faire à mon travail. Quoi qu'il en soit, c'est une nécessité de se renfermer dans les spécialités de son sujet, si on veut lui donner toute l'utilité dont il est susceptible. Les longs ouvrages nous font peur, surtout à notre époque, où il est cent fois plus facile de composer un livre et surtout un bon livre, que de le faire lire. Au reste, ce défaut que nous avons remarqué dans l'ouvrage objet de cet article, peut aisément disparaître; l'auteur est en fond pour donner à son hygiène des artistes dramatiques ce cachet de perfection scrupuleuse sans laquelle un livre n'a ni portée, ni influence, ni avenir.

R.-P.

— *Nouveau Traité de Pharmacie théorique et pratique*, par M. L. Soubeiran, chef de la pharmacie centrale des hôpitaux de Paris, professeur à l'Ecole de pharmacie, membre de l'Académie royale de médecine, etc.

Deux forts volumes in-8°, avec figures intercalées dans le texte. Paris, 1836 à la librairie de Crochard et compagnie, place de l'Ecole de Médecine, n° 135; prix, 16 francs.

puis raviva la supérieure avec des ciseaux dont la lame était courbée à angle droit sur le manche, et l'inférieure avec le bistouri. Il put après cela réunir les bords de la plaie à l'aide de la suture entrecoupée; des aiguilles courbes servirent à porter les fils. (*Revue médicale*, 1830.)

J'ai eu recours moi-même à la suture entrecoupée, et dans les deux cas où je l'ai pratiquée, elle a été sans succès. Ces deux épreuves ont été tentées sur la même malade. La première fois, j'ai avivé les bords de la plaie avec le nitrate d'argent; j'ai passé des fils à l'aide d'aiguilles courbes, montées sur le porte-aiguille de M. Roux, et j'ai maintenu les lèvres de la plaie en contact, en nouant les fils sur elle. Il n'y eut pas d'adhésion. Cet insuccès ne déconcerta pas la malade; et non moins ardent qu'elle pour obtenir la guérison d'une infirmité aussi dégoûtante, je ravivai de nouveau les bords de la plaie, et je tentai de les mettre en contact dans une étendue la plus considérable possible. Pour cela j'avais ravivé les bords de la fistule, en dédolant, aux dépens du vagin et de la muqueuse qui le tapisse; puis j'avais saisi la lèvre antérieure de la fistule dans deux points, et la lèvre postérieure dans deux autres, de manière qu'en serrant les deux bouts de fil, je renversais vers la vessie la surface vaginale saignante. Malgré mes efforts, le courage et la patience de cette malade, j'eus la douleur de voir échouer un procédé qui d'abord m'avait souri, et m'avait semblé renfermer toutes les conditions favorables à la réussite.

Comme on le voit, dans toutes les sutures il y a deux temps distincts: dans l'un, on ravive les bords de la plaie, et dans le second, on les maintient en contact. Le ravivement par la pierre infernale devait être et est en effet un mauvais moyen: il agit trop superficiellement pour exciter la déposition de lymphe nécessaire, et pour effacer la forme toujours arrondie des bords de ces fistules, qui ne peuvent, par conséquent, se mettre en contact dans toute leur surface. De plus, on laisse ainsi tout le tissu inodulaire dense et serré. Il est donc préférable de raviver les bords de la plaie avec l'instrument tranchant, qui détruit la forme arrondie de la fistule, rend ses bords saignans, et permet l'exhalation de la lymphe, et la déposition de la fibrine du sang dont, à n'en pas douter, la plasticité est un des premiers moyens d'union. Je dois avouer, cependant, qu'il y a quelques difficultés à opérer le ravivement des bords de la fistule, quoique ces difficultés ne soient pas réellement aussi grandes qu'on a bien voulu le dire.

En se servant des pinces de Museux, ou même des pinces dites à pansemens, on peut tirer graduellement les lèvres de la plaie à l'extérieur: ce qui se fait même quelquefois très-facilement chez les femmes qui ont eu plusieurs enfans, comme je l'ai expérimenté moi-même; on les ravive alors avec un bistouri droit, ou bien avec des ciseaux coudés, comme ceux dont s'est servi M. Roux.

Je sais bien qu'avec le spéculum on peut porter le caustique sur les lèvres de la fistule; mais il n'en est pas moins vrai que non-seulement il n'est pas au pouvoir du chirurgien de borner l'action du caustique, mais qu'il n'est pas toujours facile de l'appliquer exactement.

Quant aux différentes sutures, si l'on veut en apprécier la valeur relative, il me semble que la suture entrecoupée est préférable; il faut seulement avoir l'attention de rapprocher assez les bords de la plaie pour qu'ils soient en contact. Les uns préfèrent porter le fil par la vessie, les autres agissent plus volontiers sur les lèvres de la fistule par le conduit vulvo-utérin. Je suis de l'avis de ces derniers, et je ne crois pas qu'il soit aussi difficile qu'on l'a prétendu de faire manœuvrer les instrumens dans le vagin, pourvu toutefois qu'on ait des aiguilles commodes, courbées, courtes, petites et convenablement montées.

Enfin, il faut avoir soin de ne pas trop serrer les fils, qui doivent être cirés, afin de ne couper les lèvres de la plaie que d'une manière lente.

Rapprochement des lèvres par des instrumens unissans. Les chirurgiens modernes ont conseillé de réunir les lèvres de la plaie avec des instrumens unissans, qui doivent demeurer en place jusqu'à ce que l'adhésion soit complète entre les bords de la fistule. Ces instrumens ont tous été imaginés dans le même but. Il en existe trois principaux: 1° celui de Dupuytren, 2° celui de M. Laugier, 3° la sonde-érigne de M. Lallemand.

Le professeur de Montpellier fait faire une sonde de quatre pouces de long sur trois lignes de diamètre, renfermant une espèce d'érigne double, en griffe de chat, qui, à l'aide d'un moteur de quatre pouces de longueur sur une ligne de diamètre, et armé d'un pas de vis, sort par deux ouvertures pratiquées à une certaine distance de l'extrémité vésicale de la sonde, et pénètre dans la cloison vésico-vaginale en arrière de la fistule et à quelques lignes de son bord postérieur. A l'extrémité libre de la sonde, il existe un ressort à boudin en argent écroui, qui, abandonné à lui-même, prend un point d'appui sur un rebord mince et large d'une ligne et demie. Ce ressort refoule l'urètre vers la vessie, et pousse la sonde dans une direction contraire, lorsqu'il se détend, comme pour la chasser de l'urètre. Ainsi, la sonde entraîne avec elle les crochets, et enfin la paroi vésico-vaginale. Trois pièces composent donc cet instrument: 1° une canule, 2° deux crochets avec leur *moteur*, 3° une plaque mobile avec un ressort à boudin. La sonde charrie l'urine au-dehors, les crochets attirent en avant la lèvre postérieure de la fistule, tandis que la plaque pousse au contraire la lèvre antérieure au-devant d'elle.

M. Lallemand, pour raviver les bords de la fistule, se sert exclusivement du nitrate d'argent. Quatre ou cinq applications de ce caustique suffisent en général, à ce qu'il paraît, pour atteindre le but qu'il se propose. Aussitôt que l'escarre est tombée, on rapproche les bords de la plaie préparés ainsi pour une inflammation adhésive, et on les maintient en contact à l'aide de la sonde-érigne.

Il est très-important d'évacuer le canal intestinal, pour que la malade n'ait pas à faire d'efforts pendant les quatre premiers jours de l'application de cette sonde. On comprend à quels accidens pourraient donner lieu ces efforts pendant l'application de l'instrument, qui déchirerait les bords de la plaie. Il faut aussi, pour pratiquer cette opération, attendre que l'époque menstruelle soit passée.

Avant d'appliquer la sonde-érigne, il faut évidemment connaître d'une manière exacte le siége de la fistule. Dans ce but on se sert du *porte-empreinte*, que l'on introduit dans le vagin afin de mesurer l'espace qui existe entre le bord postérieur de la fistule et le méat urinaire, en ayant soin d'ajouter à cette mesure les six lignes qui doivent se trouver limitées par le bord postérieur de la fistule et l'implantation des crochets. Ainsi, pour une fistule située à un pouce et demi dans le vagin, on devrait introduire les deux ouvertures de la sonde à deux pouces du méat urinaire, point où les crochets doivent sortir par les ouvertures pour traverser la cloison vésico-vaginale.

On introduit donc la sonde dans la vessie, et on la confie à un aide. Le chirurgien porte alors le doigt indicateur gauche sur la lèvre postérieure de la fistule, d'une part pour la soutenir, et de l'autre pour reconnaître sûrement quel point il doit traverser, tandis que de la main droite il fait tourner de gauche à droite le moteur destiné à faire mouvoir les crochets, et cela jusqu'à ce que le pas de vis soit arrêté. Il place près du méat urinaire, autour de la sonde, un coussinet léger de charpie pour protéger les parties molles contre la pression de la plaque, qui, poussée en arrière par la détente du ressort à boudin, vient agir violemment contre l'ouverture du méat urinaire lorsqu'on dénoue les cordons qui la fixaient.

Un vase est placé pour recevoir l'urine, et l'on a soin que les mucosités n'obstruent pas la sonde; il arrive en effet quelquefois que l'urine ne pouvant sortir, il survient de vives douleurs de distension qui ne cessent que par l'évacuation du liquide. La sonde mal placée peut être un obstacle au libre et facile écoulement de l'urine. Il est facile de comprendre toute l'importance de ces précautions, sans lesquelles les lèvres de la plaie sont sans cesse exposées à être déchirées par les griffes de l'instrument.

On nourrit l'opérée avec des substances peu excrémentitielles, des crèmes de riz, des bouillons aux jaunes d'œufs, etc., afin d'éviter les efforts de la défécation.

Suivant M. Lallemand, il suffit de trois ou quatre jours de l'application de sa sonde-érigne pour obtenir la réunion. On fait ensuite rentrer les crochets, et l'on retire l'instrument; on se contente alors d'introduire une sonde ordinaire dans la vessie pour faire écouler l'urine.

Ce procédé me suggère plusieurs réflexions qui me semblent devoir fixer l'attention des chirurgiens.

D'abord, M. Lallemand préfère la *cautérisation* à la *résection* des bords de la fistule; or, j'ai fait remarquer plus haut toutes les chances défavorables de la cautérisation, chances sur lesquelles l'expérience a d'ailleurs prononcé; et j'ai établi, d'un autre côté, toutes les raisons de succès qui existent au contraire pour la résection; je ne reviendrai donc pas sur ce point, qui est déjà un reproche grave à faire à cet ingénieux procédé.

L'instrument de M. Lallemand a encore le désavantage immense d'irriter douloureusement, d'une part l'urètre sur lequel il appuie, de l'autre la vessie, sur laquelle les crochets de sa sonde-érigne agissent par leur pincement nécessaire.

Les contractions que cet instrument excite dans la vessie et les organes environnans, l'irritation qu'il produit nécessairement dans les lèvres de la plaie, jointes aux inconvéniens qui résultent de l'emploi du nitrate d'argent, entraînent fréquemment la déchirure des lèvres de la fistule avant la réunion. Enfin, la présence continuellement irritante de la sonde métallique contribue encore à l'insuccès de ce procédé.

Assurément, si on fait à la suture le reproche de déchirer les lèvres

de la plaie, on devra le faire avec beaucoup plus de raison aux griffes de cet instrument. En effet, le chirurgien mesure par ses doigts le degré de pression qu'il doit donner aux fils avec lesquels il pratique la suture, tandis qu'il est impossible de calculer la force aveugle, si je puis dire ainsi, de la sonde-érigne, qui tend sans cesse à déchirer les parties qu'elle étreint. En 1824, M. Lallemand a observé lui-même un cas de délire intense chez une jeune dame chez laquelle il avait fait l'application de son instrument. Le délire s'est-il développé sous l'influence de l'action des griffes de l'instrument sur la vessie, ou sous celle de la pression de la plaque sur l'urètre? Je l'ignore, ou plutôt je suis disposé à rapporter à ces deux causes réunies le trouble nerveux que l'on a observé chez cette jeune femme.

Cependant les femmes éprouvent le plus ordinairement, dit-on, plutôt une sorte d'engourdissement que de la douleur dans l'endroit où a lieu la pression.

M. le docteur Frogé a rapporté, à ce sujet, plusieurs observations pleines d'intérêt. Elles sont toutes recueillies à la clinique de M. Lallemand. La première est très-remarquable.

Obs. III. — Il s'agit d'une nommée Marie Carrier, qui eut un premier accouchement si laborieux, qu'on fut oblige d'avoir recours aux crochets pour le terminer. Après le travail, un flot d'urine s'écoula par le vagin. Cinq mois après, cette femme se presenta à M. Delpech, qui refusa de l'opérer à cause de la trop grande perte de substance. M. Lallemand ne fut pas du même avis; il pensa qu'une opération était nécessaire. Cette malade d'ailleurs était bien reglée, et si l'on excepte une constipation opiniâtre et un écoulement vaginal qui datait de l'époque des couches, elle était dans un bon état de santé.

Il y avait dans le vagin des rétrécissemens et des brides en forme de croissans, situés sur les côtés de ce conduit. M. Lallement les détruisit, et cautérisa à différentes reprises les bords de la fistule. Après quatre de ces ravivemens faits à des époques peu eloignées, il procéda à l'application de sa sonde-érigne. D'abord les urines coulèrent par la sonde; mais deux jours après elles passèrent dans le vagin, l'instrument n'ayant pas été complètement fixé sur les lèvres de la plaie. Cette première application détermina de la céphalalgie, une chaleur incommode, de la fréquence dans le pouls; le visage s'anima; la pointe de la langue rougit; il y eut de la soif; enfin il survint des élancemens continuels dans les organes génitaux, ce qui obligea de recourir à des évacuations sanguines. On enleva l'instrument, dont un des crochets était mal sorti, pour cautériser de nouveau et réappliquer la sonde-érigne. Trois jours après, il survint de la courbature, des élancemens dans la vessie et les organes génitaux, des douleurs vives dans le ventre, qui devint sensible à la pression. M. Lallemand fut encore obligé d'enlever sa sonde pour en substituer une en gomme élastique.

Je ne suivrai pas plus loin cette malade, au milieu des symptômes graves de cystite et de péritonite qui devinrent de plus en plus alarmans, et qui faillirent la conduire au tombeau. J'ajouterai seulement que, désespérée de conserver sa fistule après tant de maux, elle tomba dans un état voisin de la démence. A mes yeux, tous ces accidens doivent être attribués, non pas à la cautérisation ni à la destruction des brides, mais bien à la présence des crochets, et à la pression exercée par l'instrument. Mais ce procédé n'a pas seulement l'inconvénient de laisser la malade sans être guérie; il peut encore augmenter l'étendue de la fistule. On en trouvera la preuve dans le fait suivant.

Obs. IV. — Une femme de 26 ans, Marie Cartier, de Podenzac, nerveuse, très-irritable, fut atteinte d'une fistule urinaire à la suite de l'application du forceps dans un accouchement laborieux. Elle entra à l'Hôtel-Dieu Saint-Eloi le 5 février 1834. Le vagin était tellement retreci dans sa portion utérine, que le doigt ne pouvait arriver jusqu'au col. Le grand diamètre de cette fistule, éloignée de quelques lignes en arrière du col de la vessie, était dirigé transversalement. Il n'avait pas plus de 8 lignes d'étendue. L'urine passait en totalité par la fistule, et pourtant elle était conservée pendant quatre, cinq et même six heures. Cette femme était réglée. On essaya plusieurs cautérisations avec le nitrate d'argent; les dernières produisirent plus de douleur que les premières : l'urine put être gardée plus long-temps. Les lèvres de la fistule étant gonflées, M. Lallemand procéda à leur rapprochement au moyen de son instrument. L'application des crochets occasiona des douleurs vives pendant les premières heures de l'opération. Quatre jours après, la sonde fut retirée. Le cinquième, il s'écoula de l'urine par le vagin. La malade sortit de l'hôpital désespérée; ses urines s'écoulaient continuellement.

Il est évident que les crochets ont peu à peu déchiré la lèvre postérieure, et qu'ils ont ainsi agrandi la fistule, de manière à empêcher que l'urine fût retenue dans la vessie aussi long-temps qu'elle l'était avant l'opération.

Si les faits précédens ont établi des insuccès, on en a cité un cependant dont le résultat a été plus heureux. Françoise Philipon entra à l'hôpital de Montpellier pour se faire traiter d'une fistule vésico-vaginale, qui était le résultat de l'application des crochets dans un accouchement laborieux. La fistule transversale avait un pouce de diamètre; elle siégeait au bas-fond de la vessie. On la cautérisa cinq fois, après quoi on procéda à l'application de l'instrument. La guérison fut complète.

Comme on le voit, dans ce procédé le ravivement des bords de la plaie occasione peu d'accidens; mais au contraire l'application de l'instrument est douloureuse; elle expose à la déchirure des lèvres de la plaie, à l'agrandissement de la fistule, à l'inflammation de la vessie et du péritoine.

Je dirai rapidement quelques mots encore sur d'autres instrumens qui ont été proposés pour le même but.

Dupuytren a fait faire un instrument ingénieux et d'une application facile; c'est une sonde droite, offrant à son extrémité vésicale deux ouvertures latérales, qui sont fermées ou ouvertes au moyen d'opercules qui s'y adaptent exactement et qui eux-mêmes sont abaissés ou élevés par une tige qui parcourt tout l'intérieur de la canule. Un coulant qui entoure le pavillon de la sonde, surmonté de deux plaques ovalaires, complète cet instrument, avec lequel Dupuytren réussit, dit-on, à guérir une fistule vésico-vaginale qui avait résisté au nitrate d'argent.

Cet instrument est introduit dans la vessie; la tige centrale est pressée dans l'intérieur de l'organe; les opercules s'abaissent, les yeux de la sonde s'ouvrent. Le chirurgien tire celle-ci vers lui doucement, et lorsqu'il sent de la résistance, les opercules prenant un point d'appui sur le col de la vessie, il applique des hourdonnets sur le méat urinaire. On presse alors le coulant sur la charpie, et après avoir refoulé l'urètre vers l'intérieur, on le fixe par une vis de pression.

Il est évident que ce procédé ingénieux tend à mettre les lèvres de la fistule en contact et à favoriser leur fusion. Il est entouré de beaucoup moins de dangers que celui de M. Lallemand; seulement, en ne faisant que presser les lèvres l'une vers l'autre, il n'offre pas beaucoup de certitude.

M. Laugier a inventé aussi une érigne double pour les fistules transverses et longitudinales. Cet instrument est composé de deux branches terminées à leur extrémité prenante par des crochets. Ces érignes agissent par le vagin pour éviter l'irritation de la muqueuse vésicale. M. Laugier les a appelées érignes vaginales; il faut mettre une sonde dans la vessie après l'application de l'instrument.

Enfin M. Récamier a inventé plusieurs instrumens, qui pour la plupart ne sont que des modifications de celui du professeur Lallemand. Il faut attendre que l'expérience ait prononcé sur leur efficacité.

Quels que soient les instrumens unissans que l'on mette en usage, il faut toujours se rappeler que les bords de la fistule sur lesquels on opère tendent bien à se rapprocher, mais que presque toujours il y a une perte de substance qui ne permet pas d'obtenir ainsi une guérison sûre et complète; car les bords sont contractés; les lèvres prêtent peu; elles se déchirent sous les crochets, ou bien elles s'écartent sous l'influence des mouvemens du diaphragme, etc.; d'où déchirures et insuccès.

Il résulte de tout ce que je viens d'exposer que la *suture* et les *instrumens unissans* ont le désavantage commun et positif de ne pas rassurer complètement le chirurgien sur l'issue d'une pareille opération, qui du reste n'a que très-rarement été suivie de succès, et qui presque toujours, au contraire, a été l'occasion d'accidens plus ou moins graves.

Les *instrumens unissans* et la *suture* ne parviennent que très-difficilement à mettre les lèvres rafraîchies de la fistule en un contact parfait. Cette proposition est si exacte, qu'on ne peut regarder le cas contraire que comme un hasard heureux pour la malade et pour le chirurgien. On peut dire que l'erreur se perpétuait pendant qu'on cherchait les causes de l'insuccès dans le procédé lui-même.

Il est certain que les bords de la plaie sont trop minces pour pouvoir être rapprochés et affrontés d'une manière aussi précise que l'exigerait une réunion parfaite; et enfin, comme ces fistules sont plus ou moins rondes, il en résulte que l'on ne peut opérer le rapprochement de leurs lèvres que d'une manière fort irrégulière.

Pénétré des inconvéniens de ces méthodes, M. Velpeau a conseillé de fermer la fistule par la paroi postérieure du vagin poussée en avant. Pour juger un pareil procédé, laissons d'abord à son auteur le soin de le mettre en usage.

Enfin, une autre méthode a été inventée par M. Vidal de Cassis. Elle consiste à tenter l'oblitération de l'ouverture vulvaire du vagin, afin de faire une cavité de ce conduit, de manière que les urines puissent être versées dans son intérieur comme dans une poche, puis être ensuite portées à l'extérieur par l'urètre. M. Vidal de Cassis a tenté cette opération, et il y a été conduit : 1° par la proximité du vagin et de la vessie; 2° par l'espérance de voir la paroi postérieure du vagin représenter le bas-fond de la vessie; 3° par l'absence des règles, qui a fréquemment lieu dans cette maladie; 4° par le retour facile de l'urine dans la vessie pour être rejetée par l'urètre; 5° enfin par le dégoût qu'inspirent nécessairement les femmes qui sont dans cet état. Or, voici les raisons qu'on lui oppose : 1° le vagin servant de cloaque, et n'ayant pas de contractilité musculaire, n'expulsera pas la totalité de

l'urine, ce qui sera une condition de formation de calculs ; 2° on ne peut espérer que la cicatrice, en admettant qu'elle se fasse, résiste long-temps à la déposition putride des urines, qui, dans la station debout et la marche, tendront continuellement à se présenter à l'endroit cicatrisé ; 3° les règles peuvent être conservées chez les femmes affectées de fistules, et alors le sang se mélangera avec l'urine, et sous la forme de caillots ou à l'état liquide, il ne manquera pas de déterminer une irritation continuelle ; 4° enfin, on ne peut pas priver des femmes encore jeunes d'un pareil organe, et cela d'autant moins que l'on en a vu plusieurs fois, malgré leur fistule, devenir enceintes, et mettre au monde des enfans bien constitués. Après avoir exposé le *pour* et le *contre*, je n'essaierai pas de décider la question. Pour arriver à une solution exacte, il faut attendre que M. Vidal ait fait lui-même de nouvelles tentatives, et qu'il ait fait connaître ses recherches.

L'examen approfondi des diverses méthodes, des différens procédés, la plupart si ingénieux, que je viens de passer en revue ; la connaissance, l'expérience même des imperfections qu'ils présentent, des inconvéniens souvent graves qui leur sont attachés, me porteront à chercher s'il n'y aurait pas un moyen d'une exécution plus simple, surtout plus inoffensive, si je puis dire ainsi, et qui conduisît à un résultat plus sûr, à une cure radicale.

(*La fin à un numéro prochain.*)

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ITALIENS.

I. ANNALI UNIVERSALI DI MEDICINA.

Le cahier de janvier contient : 1° l'*histoire d'un cas de fièvre intermittente, suivie de réflexions*, par Pullino ; 2° *annotations sur les dégénérations squirrheuses et cancéreuses de l'utérus, et histoire d'une excision du col de l'utérus*, par Bamalari ; 3° *recherches pathologico-cliniques tendant à démontrer l'existence d'afflux sanguins par irritation*, par Galletti ; 4° *histoire des hôpitaux de Monza*, suite et fin, par Mezzotti ; 5° *histoire d'un calcul volumineux du poids de quatorze onces, extrait heureusement de la vessie par la taille médiane*, par Fattori ; le calcul fut broyé dans la vessie avec de fortes tenettes et extrait par fragmens.

HISTOIRE D'UN CAS DE FIÈVRE INTERMITTENTE, SUIVIE DE RÉFLEXIONS, par PULLINO.

OBS. — Une dame de 30 ans, de tempérament nerveux, d'une exquise sensibilité, fut prise d'une fièvre tierce en septembre 1833, après quelques jours d'ennui et de malaise. Après le tartre stibié pris à la méthode de Peysson, il suffit d'une très-petite dose de citrate de quinine pour enlever la fièvre ; mais il resta un dégoût pour les alimens et un abattement de l'esprit et du corps, pour lesquels on ordonna des pédiluves. Il s'ensuivit un écoulement sanguin presque hémorrhagique par l'uterus, qui l'affaiblit davantage encore. Elle se plaignait de passer les nuits sans dormir, et avec d'étranges malaises. Son mari la veilla, et voici ce qu'il observa. Passé minuit elle commença à se rouler dans son lit, poussant de fréquens soupirs entremêlés de courts gémissemens ; elle jeta ses jambes hors du lit, puis se dressa sur son séant, et tomba à la renverse comme morte, et resta ainsi, les yeux ouverts, les membres immobiles, presque jusqu'au matin.

M. Pullino, consulté, voulut vérifier par lui-même ces symptômes, et en constata d'autres encore. Le plus saillant était qu'elle avait la pupille dilatée et ne se rétrécissant point à l'approche de la lumière. Le carbonate d'ammoniaque mis sous les narines ne faisait aucune impression sensible ; à la fin de l'accès elle ne se rappelait rien, pas même une saignée qu'on avait pratiquée et qui ne fournit que quelques gouttes de sang. Le lendemain on lui donna trente gouttes d'ammoniaque liquide par petites doses. La nuit d'après elle prit une potion faite avec quinze grains de sulfate de quinine et trois grains d'opium ; elle dormit jusque dans la journée ; dans les trois jours suivans elle prit encore trois autres grains d'opium ; la gaîté lui revint ainsi que les forces, et en peu de temps elle fut complètement rétablie.

L'auteur fait suivre cette observation de quelques remarques qui, écrites dans le sens des doctrines italiennes, seraient à peine comprises en France, et offrent d'ailleurs peu d'importance ; ce qui suit nous a paru en avoir davantage.

En donnant le sulfate de quinine à 15 grains, l'auteur ne savait pas à quelles doses beaucoup plus élevées Tommassi était arrivé impunément dans ses expériences, et il ignorait l'opinion de deux auteurs renommés en matière médicale, qui ont reconnu à la quinine une vertu contro-stimulante, et recommandent le sulfate de quinine jusque dans les irritations gastro-intestinales. M. Pullino s'élève contre cette opinion, qu'il déclare mal fondée et périlleuse. Dans une de ses expériences à lui, une dose de ce sel, beaucoup plus faible que celles employées par Tommassi, a produit chez un individu sain de la soif, de la céphalalgie, un pouls accéléré, de la sécheresse à la peau et de la constipation. Ces accidens selon lui peuvent être dus à l'action mécanique du sulfate, et il reproche en passant aux auteurs français de faire trop peu attention à cette action, qui est très-différente de la vertu propre au médicament. Le sulfate de quinine ayant donc l'inconvénient d'agir mécaniquement, ne saurait convenir dans les irritations gastro-intestinales ; et dans ces cas, si l'on avait besoin de préparations de quinquina, il faudrait préférer le citrate de quinine, ou mieux l'hydrocyanate vanté par Brutti et obtenu par Pezzina, ou enfin l'hydro-ferro-cyanate obtenu par le procédé de Duclou.

Ce n'est pas tout que de savoir que la quinine prévient les accès de fièvre, et de l'administrer ainsi en toute occasion et d'une manière empirique. Cette vague théorie de la spécificité a fait trop négliger l'étude de la nature pathologique des fièvres intermittentes, unique moyen d'arriver à connaître d'une manière positive le mode réel d'action de la quinine et de ses composés.

Or, l'état pathologique est loin d'être le même dans toutes les fièvres intermittentes. Ainsi, pour les fièvres intermittentes des marais, dont l'auteur paraît avoir fait une étude spéciale, il pense que leur condition pathologique se rapproche beaucoup de la condition essentielle des fièvres sthéniques, avec des racines plus profondes dans un organisme détérioré, et se développant dans une partie spéciale du système nerveux ; ainsi, dans certaines circonstances, et après un traitement préalable, le quinquina peut vaincre la fièvre ; quelquefois il suffit seul ; souvent il faut ajouter à la suite d'autres moyens propres à arrêter les inflammations franches. Il cite brièvement plusieurs faits à l'appui.

Une femme avait la fièvre depuis huit mois ; elle avait affecté tous les types ; le quinquina n'avait fait que déranger les accès et les éloigner quelque peu ; la fièvre était devenue quarte. Quatre saignées, le nitrate de potasse à doses assez fortes, non-seulement guérirent la fièvre, mais encore quelques symptômes syphilitiques, que l'on se proposait de traiter plus tard.

Un pharmacien atteint d'une fièvre de marais en fut guéri par neuf saignées. Un an après, nouvelle attaque ; il use et abuse du sulfate de quinine, qui ne fait que du mal ; l'usage des eaux gazeuses, en même temps que de hautes doses de sous-carbonate de fer, amènent la guérison en seize jours, etc.

En résumé, le quinquina et ses dérivés combattent bien la périodicité ; mais s'il se trouve en même temps un autre élément morbide notablement développé, la périodicité peut disparaître sans que la maladie soit guérie, ou même quelquefois le quinquina est complètement impuissant. Ces faits sont avoués de tous les praticiens, et toutefois il est trop vrai qu'on les oublie très-fréquemment dans la pratique ; et de là sans doute les insuccès assez fréquens de la quinine et de ses préparations.

II. BULLETTINO DELLE SCIENZE MEDICHE.

SUR LE PERFECTIONNEMENT DU PROCÉDÉ OPÉRATOIRE POUR LA CURE DE LA FISTULE LACRYMALE, par le professeur CAVARA.

Après avoir examiné les diverses variétés de cette maladie et les diverses méthodes de traitement, l'auteur arrive à cette conclusion que, quelle que soit la méthode appliquée, lorsque le chirurgien n'a pu réussir à fermer la fistule, on y parvient toujours en oblitérant les voies excrétoires des larmes ; et que les procédés employés par Nannoni et par Volpi, et qui consistent à détruire les voies lacrymales à l'aide des caustiques, sont ceux qui réussissent le mieux. Tenter de rouvrir les conduits déjà obstrués ou altérés, est une entreprise que l'expérience a montrée presque toujours inutile. En terminant, il cite deux observations de malades qu'il a guéris de fistules lacrymales en oblitérant les conduits lacrymaux ; il y parvint en introduisant dans ces conduits un fil de métal très-ténu et rougi au feu et en les cautérisant ainsi dans toute leur étendue, méthode pour laquelle il revendique la priorité.

Le Journal dont nous extrayons cette notice ne donnant pas plus de détails, il est assez difficile de comprendre comment un fil métallique assez ténu pour traverser les conduits lacrymaux, peut garder une chaleur suffisante pour la cautérisation durant tout le temps nécessaire à son introduction. Mieux vaudrait introduire d'abord le simple stylet d'Anel, et en rougir ensuite l'extrémité libre au feu d'une bougie. Mais il y a plus de cinquante ans que Bosche a proposé un moyen encore plus simple, mis en usage une fois avec un plein succès par un

chirurgien de Saint-Malo, et qui consiste à cautériser seulement les points lacrymaux (1).

COLPODESMORAPHIE, OU ÉTRANGLEMENT PAR LA SUTURE SANGLANTE D'UNE PORTION DE LA MUQUEUSE VAGINALE, pour procurer la cure radicale des prolapsus du vagin et de l'utérus, par G. BELLINI, docteur en médecine et en chirurgie à Florence.

Nous avons fait connaître en leur lieu les procédés opératoires proposés et appliqués par MM. Marshall Hall, Ireland et Fricke pour guérir les prolapsus utérins et vaginaux. M. Bellini indique un procédé nouveau qu'il a mis à exécution une fois déjà avec quelque apparence de succès.

OBS. — Gentilina Rossi, femme d'un négociant juif de Ferrare, âgée d'environ 40 ans, portait depuis deux ans et demi un prolapsus de la paroi postérieure du vagin qui descendait au dehors sur le perinée et l'anus, entraînant avec elle la partie antérieure du rectum qui, unie à la paroi vaginale, formait en dehors une saillie du volume et de la forme d'un gros œuf de poule. Le docteur Bellini fut consulté, et proposa d'abord d'appliquer des sangsues en bon nombre sur la tumeur, non pas tant en vue de procurer une émission sanguine et de combattre la phlogose, que pour y déterminer plusieurs centres d'ulcérations, et obtenir ainsi ce que se propose M. Dieffenbach avec ses incisions multiples, et ce qui a réussi à Dupuytren pour les chutes du rectum. Mais bientôt une autre idee se présenta à son esprit, et ayant été approuvée par la malade et le médecin consultant, elle fut mise immédiatement à exécution de la manière suivante.

La femme situee sur le bord du lit, le chirurgien saisit avec une double érigne le segment supérieur de la tumeur saillante en dehors, et l'attira en bas le plus possible. Alors donnant l'érigne à tenir à un aide, avec une aiguille plate et recourbée, munie d'un double fil, il commença par le bord externe de la fosse naviculaire ou de la commissure vaginale inferieure, au côté gauche de la tumeur, à circonscrire cette tumeur même, en formant autour d'elle avec le fil un demi-cercle en fer à cheval ou un Ω renversé, en pratiquant à la suite l'un de l'autre des points de suture à intervalles d'à peine deux lignes; et pour ne pas intéresser le rectum, l'indicateur gauche, placé dans cet intestin, servait de regulateur à l'aiguille, que l'on n'enfonçait jamais au-delà de la paroi vaginale; et l'on comprenait ainsi dans chaque point de suture une ligne au plus de ces membranes. Arrivé à la partie superieure, il la contourna en quatre points de suture, puis revint de haut en bas pour completer le fer à cheval. Alors il n'y eut plus qu'à tirer en bas avec une main les chefs de l'un des deux fils, à soulever et comme replier et froncer sur elle-même la partie herniee, et à serrer avec reserve le nœud sur sa base.

On prescrivit le repos, des lotions d'eau fraiche, une diète sévère, et une saignee. Il n'y eut ni douleur, ni tension; la nuit fut tranquille. Le lendemain on donna un purgatif huileux et un lavement pour delayer et faire sortir sans effort les matières fecales; et après avoir prescrit un regime antiphlogistique local et general, et recommandé de serrer le fil de réserve après deux ou trois jours, M. Bellini abandonna sa malade aux soins du docteur Colla, son médecin. Quinze jours après, celui-ci lui écrivait :

« Votre operée a beaucoup à se louer de votre habileté; elles a eu des selles faciles, bien qu'elle n'ait pris ni huile de ricin, ni lavemens. La tumeur est tombée sans accidens, et sans serrer le lien, au bout de dix jours; et tout va bien maintenant dans la région qui a si long temps souffert. »

L'auteur pense que la même opération pourrait être faite pour les chutes de matrice, soit d'un côté du vagin, soit de deux côtés; on voit d'ailleurs que son procédé, qui n'est pas décrit peut-être avec toute la netteté désirable, n'est autre chose qu'une suture à points passés qui circonscrit la tumeur et l'étreint ensuite de la même manière que l'on serre les cordons d'une bourse, en prenant toutefois la précaution de dégager les parois du rectum, qu'il est essentiel de laisser en dehors de l'étranglement. On arrive ainsi à retrancher une portion de la muqueuse vaginale, tout comme l'ont fait MM. Marshall-Hall et Ireland à l'aide du bistouri.

Or, la différence du procédé permet-il d'espérer un meilleur résultat d'une opération que de l'autre? Cela n'est pas probable. M. Bérard jeune a présenté, au bout de trois mois, à l'Académie de médecine, une vieille femme qu'il avait guérie d'une chute de matrice par l'ablation d'un lambeau vaginal; quelques semaines après, la prétendue guérison s'était évanouie. On remarquera que l'auteur italien n'indique pas la date de son opération, et qu'il ne donne pas de nouvelles de sa malade passé le quinzième jour.

Il y a une puissante raison anatomique qui milite contre le succès durable de ces opérations : c'est que le vagin est énormément dilatable au-dessus de son orifice externe, et non pas seulement dans le temps de l'accouchement, mais toujours et sans effort. Quiconque a eu occasion de placer des pessaires, principalement des pessaires en gomme élastique, en forme d'entonnoir, sait avec quelle facilité se loge au fond de ce canal un cercle horizontal de trois pouces et plus de diamètre, ce qui donne plus de neuf pouces de circonférence. Retranchez un lambeau d'un et même de deux pouces, le canal garde encore une énorme largeur, facile à dilater surtout par la matrice qui écarte ses parois à la manière d'un coin, et qui est sans cesse poussée en bas par les contractions abdominales. On ne peut donc espérer d'arrêter la matrice qu'à l'orifice vaginal qui présente un véritable rétrécissement; mais cet orifice est lui-même fortement dilaté dans les anciens prolapsus, le ressort de son constricteur est absolument perdu; ses bords ne se rapprochent point comme pour l'anus; et l'opération de M. Dieffenbach, imitée de celle de Dupuytren pour l'orifice anal, ne paraît donc pas offrir de chances favorables. Nous avions eu l'idée de rendre à cet orifice son étroitesse à l'aide de la suture pratiquée soit à sa partie antérieure, soit à sa partie postérieure. Le premier procédé paraissant moins naturel que l'autre, ce fut celui-ci que nous mîmes en usage chez une femme affectée de prolapsus utérin, et entrée à Saint-Louis en octobre 1835. Mais une complication dont aucun auteur n'a fait mention, et qui doit cependant être très-fréquente, vint détruire tout l'effet de nos sutures : une leucorrhée abondante, accumulant ses produits dans le cul-de-sac inférieur produit par la suture, baignait continuellement les surfaces mises en contact, et eut même le pouvoir de détruire plus tard quelques adhérences partielles qui avaient eu lieu malgré cet obstacle. En sorte qu'il faudrait préférer, si l'on voulait répéter cet essai, la suture de la moitié supérieure de l'orifice vaginal. Mais l'unique opération qui offre jusqu'ici des chances est celle de M. Fricke, laquelle cependant ne remédie qu'au prolapsus du dernier degré.

Mais le procédé de M. Bellini et ceux qui l'ont précédé n'auront-ils pas plus d'efficacité contre les chutes du vagin seul? L'expérience seule pourra le dire; pour ma part, j'y crois fort peu. Il convient d'abord de faire observer que les chutes du vagin sont extrêmement rares; je n'ai pu en voir jusqu'à présent qu'une seule; et l'observation donnée sous ce titre par M. Bellini est une affection d'un autre genre. On y reconnaît parfaitement la chute du rectum à travers le vagin, hernie nouvelle, du moins pour les chirurgiens, et dont j'ai le premier annoncé l'existence dans une lettre adressée à l'Académie. Elle n'est cependant ni bien rare, ni bien difficile à reconnaître; et, depuis la publication de ma lettre, plusieurs praticiens ont eu occasion de la constater. Elle est pour le rectum ce que le cystocèle vaginal est pour la vessie; et je dois rappeler ici que M. Velpeau a proposé, il y a quelques mois, d'appliquer l'opération de Marshall-Hall au cystocèle vaginal; essai qu'on peut tenter sans doute, mais dont, à mon avis, il y a peu de succès à espérer.

ANÉVRISME VARIQUEUX DE L'ARTÈRE FÉMORALE, LIGATURE DE L'ILIAQUE EXTERNE; mémoire lu à l'Académie des sciences de Bologne, par le professeur GIUS. VENTUROLI.

OBS. — Pietro Barbieri, âgé de 36 ans, tempérament sanguin-bilieux, complexion robuste, mais déjà deteriorée par des excès de table, dans une chute violente se heurta la région de l'aine contre le tronc d'un arbre. Il en résulta une forte contusion; le membre tout entier se tuméfia de telle sorte qu'il ne pouvait plus lui confier le poids du corps; et il ne tarda pas à paraitre sur le lieu de la percussion une petite tumeur pulsative que le chirurgien put immédiatement reconnaître pour un anévrisme commençant. Les saignées, la diète sévère, les débilitans les plus actifs, la compression par les bandages, ayant été insuffisans pour arrêter les progrès du mal, Barbieri entra à l'hôpital provincial *del Ricovero*, où le professeur Baroni diagnostiqua un anévrisme de la fémorale commune immediatement au-dessous de l'arcade crurale, pour lequel l'opération était nécessaire; et sur la prière de M. Venturoli, il fit passer le malade à l'institut clinique, pour mettre sous les yeux des élèves une affection aussi rare et une aussi grave opération.

La tumeur était du volume d'un œuf de poule; le caractère des pulsations dont elle etait le siége, fit soupçonner à MM. Venturoli et Baroni qu'il s'agissait d'un anévrisme variqueux. L'opération fut pratiquee par ce dernier, le 23 janvier 1833, et l'iliaque externe liee un peu au-dessus de l'origine de l'epigastrique. Tout alla au mieux d'abord, et l'on se flattait d'un heureux résultat, lorsque le cinquième jour les pulsations de la tumeur reparurent; le huitième jour tout le membre s'engorgea; un engourdissement notable se manifesta sur la malleole externe où apparurent deux petites taches livides. Le quatorzième jour, le gonflement avait augmente, les pulsations de la tumeur étaient plus marquées, et la suppuration de la plaie très-abondante, avec les bords enflammes et couverts d'escarres gangréneuses. Les choses restèrent en cet état jusqu'au dix-neuvième jour; alors les escarres tombèrent, la plaie prit un bon aspect, et la ligature tomba sans accident; puis l'amélioration continua; le membre dégonflé en grande partie avait recouvré beaucoup de ses mouvemens, et les pulsations de la tumeur etaient à peine sensibles; quand, le quarante-deuxième jour de l'opération, il survint par la plaie une abondante hémorrhagie qui se répéta très-fréquemment les jours suivans. Le sang ne pouvant venir que des vaisseaux inférieurs communiquant avec le sac anévrismal, on convint de mettre à decouvert le sac lui-même et de lier tous ces vaissaux. Une ligature fut ainsi portée en effet sur la fémorale commune et sur diverses branches latérales. La tumeur n'en continua pas moins à offrir des pulsations. M. Baroni proposa alors d'ouvrir et de vider le sac pour lier séparément tous les vaisseaux dont on verrait sortir du sang; mais l'abondance de l'hémorrhagie ne permit pas de trouver ces vaisseaux; il fallut s'en tenir à la compression exercée dans le sac même, qui réussit en effet à arrêter le sang; et huit jours après cette troisième opération, l'enlèvement des tampons de charpie

(1) Voir la thèse de concours de M. Malgaigne *sur le traitement des fistules lacrymales.*

ne fut suivi d'aucun écoulement sanguin; une abondante suppuration occupait les parois du sac. Mais le dixième jour se manifesta une fièvre violente; le malade éprouva des mouvemens tétaniques; le lendemain tous les symptômes d'une pneumonie métastatique apparurent, et la mort arriva au commencement du troisième jour.

A l'autopsie, faite 24 heures après la mort, on trouva une collection purulente entre le poumon et la plèvre du côté droit, et le lobe inférieur de ce poumon gangréné.

Pour mieux découvrir les altérations de la région inguinale, on pratiqua d'abord une injection dans les artères des membres inférieurs; et ayant isolé la tumeur, on trouva qu'elle était formée par l'artère fémorale commune et sa veine satellite, et qu'avec elle communiquaient les veines fémorales superficielles et profondes, l'artère fémorale profonde et la circonflexe externe.

Ce cas est un des plus graves qui se puissent rencontrer dans la pratique, puisque, pour parvenir à une cure complète, il eût fallu lier à la fois l'artère nourricière du membre et le tronc veineux de retour. On sait que M. Gensoul a proposé cette double opération dans les cas de plaie des troncs veineux des membres; mais l'expérience n'en a pas encore été faite, et la théorie ne fait voir que bien peu de chances favorables à côté de redoutables dangers. Il semble que, dans l'observation qu'on vient de lire, une circulation collatérale veineuse avait pu s'établir, puisque l'ouverture et le tamponnement du sac anévrismal avaient aboli les fonctions de la veine fémorale; et nous regrettons beaucoup que le journal qui rapporte ce fait intéressant n'ait pas donné plus de détails sur la disposition des vaisseaux développés autour du sac.

III. IL FILIATRE SEBEZIO.

USAGE DU MUSC ET DE LA GOMME AMMONIAQUE DANS LA TYMPANITE, par le docteur GIUSEPPE SANTOLI.

Nous avons publié, l'an dernier, un mémoire de M. Tradini sur une affection assez peu étudiée jusqu'ici, la tympanite; l'auteur se louait surtout des bons effets qu'il avait retirés de l'emploi du camphre dans cette maladie. Le docteur Santoli annonce un moyen thérapeutique bien plus puissant, à son dire, que le camphre: c'est le musc uni à la gomme ammoniaque dans la proportion d'une partie sur quatre. Trois grains de musc et douze grains de gomme ammoniaque sont la dose ordinaire pour un jour. On en fait trois pilules, dont le malade prend une le matin, la seconde à midi et la troisième le soir. « Je tiens cette recette, dit-il, d'un vieux médecin praticien, qui l'avait reçue lui-même d'un autre, lequel avait été son ancien maître; en sorte que ce n'est point, à proprement parler, une invention nouvelle, bien qu'elle soit restée inconnue ou oubliée comme il arrive aux choses que l'on ne confie qu'à la tradition.

« En 1813, j'eus occasion de l'expérimenter dans la province où je m'étais retiré. Une femme d'environ 50 ans, restée stérile, et qui avait eu les menstrues toujours très-irrégulières, se vit atteinte d'une grave tympanite qui fut rebelle à tous les moyens, et qui laissait craindre qu'elle ne se terminât par une ascite. Par l'usage du musc et de la gomme ammoniaque la malade fut promptement guérie, et, encore aujourd'hui, elle jouit d'une bonne santé.

» Deux ans après, j'eus à traiter un paysan de 65 ans, affligé de la même maladie, et qui, ne pouvant plus travailler, était réduit à la plus profonde misère. Les résultats du traitement furent les mêmes, mais ils se firent attendre plus long-temps.

» Ces deux cas me confirmaient dans les principes théoriques que j'avais récemment puisés dans l'école. L'asthénie chez mes deux malades était évidente; l'induction très-manifeste était donc remplie par le musc, excitant diffusible héroïque, et par la gomme ammoniaque, évacuant tonique, comme on parlait alors. La vogue de la théorie en vigueur tomba, d'autres doctrines opposées lui succédèrent; et moi, pliant sous la force des nouveaux raisonnemens, et m'y fiant plus qu'à mes faits, je ne fis plus usage du musc dans les cas analogues. Mais, en 1831, il se présenta à moi un malade qui, depuis quatre ans, après avoir eu plusieurs fièvres périodiques, qui sont endémiques dans les campagnes marécageuses, portait une infirmité pour laquelle plusieurs médecins avaient été consultés et beaucoup de moyens tentés sans fruit. C'était un paysan de 35 ans, qui n'avait jamais eu d'autres maladies. L'émaciation était extrême; l'abdomen seul était gonflé, fortement distendu et très-dur. Non-seulement la sclérotique, mais toute la surface du corps offrait une teinte jaune. Il me raconta que tous les médecins qui l'avaient observé avant moi l'avaient cru atteint de très-graves obstructions du foie, chose qui n'était point improbable. On avait épuisé les antiphlogistiques, les résolutifs, et jusqu'aux médicamens d'une action équivoque. Il me parut que c'était le cas et le lieu de me fier à mes expériences pratiques plutôt qu'aux théories communes. Cet homme avait été traité suivant les règles posées par ces théories, et en vain. Je pris donc le parti de conseiller à mon malade l'usage du musc uni à la gomme ammoniaque. Dix jours suffirent pour procurer une amélioration telle qu'on ne douta plus de son entier rétablissement. L'abdomen s'amollit, la teinte de la peau devint meilleure, les fonctions naturelles se firent mieux. Au quarantième jour la santé était redevenue florissante.

» Je dois terminer par une observation importante: c'est que le remède agit comme évacuant, puisqu'il apparaît, dès les premiers momens, une sueur visqueuse continue, bien que peu abondante; et les fonctions du ventre non-seulement reprennent le rhythme périodique, mais encore les selles étaient constamment au nombre de deux par jour. »

LETTRE SUR L'EMPLOI DU SUC DES FRUITS DU MOMORDICA ELATERIUM (*cocomero asinino*), ASPIRÉ PAR LES NARINES, CONTRE LA JAUNISSE; par le docteur GUASTAMACCHIA.

Nous avons rapporté il y a quelques mois une note du docteur Porri sur l'emploi de ce moyen singulier, mais avec toute la réserve que commandait son étrangeté. Depuis, d'autres communications faites aux journaux italiens ont été reproduites par la GAZETTE MÉDICALE; en voici une nouvelle encore, que publie le *Filiatre* dans son numéro de janvier, et après ces succès répétés, il devient important que nos médecins d'hôpitaux vérifient à leur tour, par des expériences suivies, si vraiment nous possédons contre la jaunisse un remède aussi efficace que facile à administrer. Voici la lettre du docteur Guastamacchia:

« Monsieur le rédacteur, j'ai vu par la lecture de votre journal que le docteur Porri avait guéri trois ictériques en leur faisant aspirer par les narines le suc des fruits du *momordica elaterium* mélangé avec du lait; c'est un remède employé de temps immémorial dans mon pays, à Terlizzi (terre de Bari) par toutes les bonnes femmes. En août dernier, l'occasion s'étant offerte de l'expérimenter, j'ai voulu vérifier les assertions du docteur Porri, et je me suis convaincu qu'il n'avait pas exagéré la valeur de ce moyen. Vous en jugerez par le fait suivant.

» Vito Sciascia di Domenico, âgé de 20 ans, d'un tempérament irascible, menuisier de profession, de la commune de Terlizzi, à la suite d'une suppression de transpiration et d'accès de colère, fut atteint d'une jaunisse pour laquelle il réclama mes soins. Soumis à un régime convenable, en peu de jours il se rétablit parfaitement, la teinte jaune qui colorait la peau s'en allant par les urines. Au bout de quelques mois, l'influence des mêmes causes ramena la même maladie, contre laquelle cette fois les moyens les mieux appropriés échouèrent. Je me décidai alors à essayer le suc de *momordica elaterium*, et en quelques jours le malade était délivré de sa jaunisse rebelle, après avoir évacué par les narines un mucus jaune vert avec des éternuemens continuels. »

L'auteur de cette lettre ajoute que, dès le seizième siècle, les vertus de cette plante contre la jaunisse étaient connues, ainsi que le prouve le passage suivant de l'*Erbario* del Durante, à l'article *Cocomero asinino o silvestre*.

A nomine regis
Naribus infusum morbo cum lacte medetur.

Le rédacteur du *Filiatre* ajoute la note suivante. « Dans le mois dernier se présenta à l'hôpital de Lorette un jeune homme atteint de jaunisse et d'hépatite chronique. Il avait fait usage du suc du *cocomero asinino*, et par suite il évacuait encore une grande quantité de mucus jaune par les narines. Il racontait que dans l'origine la teinte ictérique était intense, et qu'elle avait beaucoup diminué par l'emploi de ce moyen, qui d'ailleurs lui avait en quelque sorte cautérisé les narines. De légers évacuans firent disparaître le reste de la maladie. »

OPÉRATION DE LITHOTRITIE PRATIQUÉE A NAPLES PAR LA MÉTHODE DE M. HEURTELOUP; MORT ET AUTOPSIE; par M. le docteur COLLIEX.

La valeur de la lithotritie est aujourd'hui hors de discussion; il ne s'agit plus que de décider d'une manière précise dans quels cas elle doit être appliquée, dans quels autres elle offre moins de chances; encore cette incertitude lui est-elle commune avec beaucoup d'autres opérations chirurgicales. Nous nous abstenons en conséquence de rapporter les succès qu'on en obtient, soit dans nos départemens, soit à l'étranger, de même qu'il serait fastidieux de citer des cas de guérisons obtenues par la taille ordinaire. Mais il est un côté de la lithotritie qui n'a pas été suffisamment exploré; c'est l'étude des accidens qu'elle peut déterminer, et l'autopsie des sujets qui sont morts à la suite. Sous ce point de vue, le fait suivant ne manquera pas d'intérêt.

Obs. — Giuseppe de Cosimo, employé à l'intendance de Foggia, âgé de 35 ans, un peu sourd, souffrait de la pierre depuis deux ans. Il consulta M. Colliex, qui trouva dans la vessie un calcul d'environ 10 à 12 lignes de diamètre, et se décida à l'opérer sans aucune préparation préalable, et même malgré un peu d'irritation gastro-intestinale.

La première séance eut lieu le 17 janvier 1836, en présence de beaucoup de professeurs et de docteurs; elle ne dura que trois à quatre minutes; le calcul, du diamètre de 10 lignes, fut brisé sans le secours du marteau. Un fragment de six lignes fut ensuite saisi et écrasé avec quelques coups de marteau; trois autres fragmens de trois lignes furent broyés de même, puis l'instrument fut retiré. Le malade se leva aussitôt et se promena comme s'il n'avait rien souffert. Il ne fut besoin d'aucun traitement; les fragmens les plus menus sortirent durant la semaine, et le 24 janvier eut lieu la seconde séance, dans laquelle on broya trois petits fragmens en cinq minutes. Le lendemain, le malade alla à pied à la clinique chirurgicale, et fut montré aux élèves. M. Colliex rendit compte de l'observation dans le *Filiatre* de février, et ajouta que cette seconde séance serait la dernière.

Mais après quelques jours, une nouvelle exploration fit voir qu'il restait des fragmens trop volumineux pour sortir par l'urètre; une troisième séance eut donc lieu le 30 janvier; on broya trois fragmens avec autant de succès, et le malade était si bien, qu'on lui permit de se promener, attendu que la promenade favorisait l'issue des fragmens.

Tout alla bien encore les jours suivans, et M. Colliex se préparait à faire une dernière exploration, lorsque le 5 février, le malade se sentant bien sortit pour quelques affaires; il faisait un vent violent; il rentra le soir avec une violente douleur à la cuisse droite, accompagnée d'une fièvre vive. On crut voir là une fièvre rhumatique, et on la combattit les trois premiers jours par des saignées et l'émétique. Les urines étaient belles et claires, la vessie et l'hypogastre sans douleur.

Le quatrième jour, la fièvre ne diminuant point et la langue étant devenue rouge et chargée, le docteur Mummiani fut appelé en consultation, et diagnostiqua une affection gastro-rhumatismale qu'il combattit par les délayans et le tartre stibié. Mais malgré ce traitement, la fièvre ne diminua point; la prostration des forces s'y joignit; la surdité naturelle du malade augmenta, avec des bourdonnemens dans les oreilles, et un tremblement général. MM. Sementini et Postiglione consultés, après un rigoureux examen, furent également d'avis que la vessie n'entrait pour rien dans la production de ces graves symptômes, et qu'il s'agissait d'une fièvre gastro-nerveuse approchant du typhus. Tel fut aussi l'avis du docteur Corbi, médecin de l'hôpital de la Paix, où le malade fut transporté. Malgré les soins de ces professeurs, la maladie revêtit tous les caractères du typhus, et le 14 le malade succomba.

M. Colliex demanda que l'autopsie fût faite en public; elle eut lieu le 16 au matin, en présence de MM. de Horatiis, Chiari, Salvatore de Renzi, Ramaglia, Nunziante, et de plus de cinquante autres personnes de l'art.

On trouva dans la vessie deux fragmens de calculs, l'un du volume d'un pois, l'autre d'une fève de haricot. Toute la muqueuse vésicale était le siège d'une hypérémie arborescente avec un pointillé rouge obscur; sur le bas-fond, en arrière et un peu à droite, on trouva une large tache quasi circulaire, de l'étendue d'un peu plus d'une demi-piastre, de couleur noirâtre, avec un pointillé rouge. La muqueuse vésicale était un peu épaissie. De petites taches de même nature se voyaient dans les portions prostatique et membraneuse de l'urètre, spécialement sur les côtés du verumontanum, avec un pointillé rouge semblable à celui de la vessie et une injection arborescente. La prostate était de couleur rosée. L'uretère gauche d'un calibre un peu plus grand que de coutume; le droit d'un calibre normal. La muqueuse des uretères, du bassinet et des calices offrait des injections arborescentes et un pointillé analogues à ceux de la vessie. Ceci était plus marqué dans le rein droit, tandis que le rein gauche offrait ces mêmes phénomènes beaucoup plus marqués à sa surface extérieure.

Le péritoine aux environs de la vessie présentait le même genre d'injection et de pointillé rouge-obscur. Toute l'étendue de la muqueuse des intestins en montrait autant; mais surtout la muqueuse du rectum et des intestins grêles, où se voyaient aussi des taches noirâtres; il y avait en outre quelques lombrics. Les glandes de Peyer étaient à l'état normal. Même disposition pathologique dans l'estomac et l'œsophage. Le foie avait d'anciennes adhérences avec le péritoine, et était un peu augmenté de volume. La vésicule du fiel était remplie d'une bile noirâtre. La rate un peu plus grosse que d'ordinaire.

Le cœur était sain, un peu accru en volume. Les deux ventricules contenaient un sang liquide, noirâtre et veineux, dont on retrouvait une certaine quantité non-seulement dans l'aorte thoracique et abdominale, mais encore dans la brachiale, dans la fémorale, etc.; sans aucune altération de la tunique interne des vaisseaux.

Les poumons étaient à l'état normal. La muqueuse de la trachée et des grosses bronches offrait, avec l'injection arborescente, un pointillé nombreux qui différait par sa couleur rouge intense du pointillé rouge noirâtre des intestins et de la vessie.

Dans le crâne, les artères de la base étaient injectées, ainsi que toutes les veines et les artères cérébrales; il y avait de la sérosité dans les ventricules et entre la pie-mère et l'arachnoïde; les ventricules latéraux injectés sous forme d'arborisations. Une injection avec des taches noires occupait la partie postérieure et inférieure du lobe cérébral gauche. Le cervelet, le pont de Varole et la moelle allongée offraient le même aspect que le cerveau.

Nous devons d'abord reproduire le procès-verbal de la première séance, signé par les professeurs les plus honorables de Naples, qui y avaient assisté.

« Nous déclarons, disent-ils, 1° que, bien que l'instrument employé eût un diamètre de trois lignes et demie, son introduction dans la vessie a eu lieu sans douleur et sans la moindre difficulté;

2° Que l'appréhension du calcul et de ses fragmens a toujours été exécutée en un seul instant;

3° Il n'y a eu aucune hémorrhagie;

4° Le malade n'a souffert que peu ou point de douleur;

5° Il n'a jamais souffert durant les coups de marteau;

6° La vessie n'a point subi de contusion ni de lésion d'aucune sorte; et l'instrument a été retiré sans trace de membrane muqueuse ou de sang;

7° L'instrument a été retiré avec la plus grande facilité, et sans avoir subi aucune torsion. »

Le procès-verbal de la deuxième séance a été analogue à celui qui précède. Dans ces circonstances, la mort du malade peut-elle être attribuée à l'opération, ou du moins celle-ci y est-elle entrée pour quelque chose? Voici les réflexions que fait sur cette observation l'habile rédacteur du *Filiatre*.

« 1° M. Colliex écrivait après la seconde séance: *Je crois que ce sera la dernière*. Mais il en fallut encore une troisième, et après celle-ci il assurait définitivement que tout était fini; et cependant à l'autopsie on a encore retrouvé deux fragmens dans la vessie. Quelques-uns en concluent qu'avec cette méthode il n'est pas difficile de laisser des fragmens dans la vessie, bien que les douleurs soient palliées.

» 2° L'autopsie a clairement fait voir que le sujet avait succombé à une fièvre typhoïde. La vessie n'offrait pas de lésions plus graves que les intestins, l'encéphale, etc. Quelques-uns ont prétendu que de la vessie irritée était partie l'irradiation phlegmasique qui, se répandant dans les centres nerveux, avait déterminé la forme typhoïde de la fièvre; mais cette opinion n'est qu'une hypothèse contredite encore par les détails de l'observation. D'autres admettant que l'action du froid atmosphérique et le peu de soin que le malade prit de lui-même ont été les causes occasionnelles de la fièvre, accusent néanmoins la prétendue irritation vésicale d'en avoir déterminé le développement; et ils ajoutent que, le malade ayant supporté la première et la seconde séance, la troisième fut comme la goutte d'eau qui fait déborder le vase, et donna naissance à la fièvre, laquelle n'aurait peut-être pas suivi une opération unique achevée en peu de minutes, et qui aurait en une seule fois délivré le malade de tout son mal. Et de l'existence de deux fragmens restés dans la vessie et de la fièvre qui a suivi l'opération, ils voudraient tirer une conséquence défavorable à la méthode. Pour nous, nous ne pouvons adopter une telle manière de voir, de même que nous ne saurions nous persuader non plus que dans la lithotritie la vessie souffre moins que dans un simple cathétérisme. Si le chirurgien ne doit pas se hâter de proscrire une méthode pour un mauvais succès, bien moins encore doit-il la rejeter pour un succès douteux; et nous espérons que nos chirurgiens s'occuperont à étudier les indications positives de cette méthode, et la pratiqueront sur le vivant.»

Un point qui nous paraît d'une haute importance, c'est le peu d'attention que l'on a fait au traitement antérieur comme au traitement consécutif. Le calculeux ayant une irritation gastro-intestinale, c'était risquer de compromettre la lithotritie, que de la tenter sans avoir au préalable détruit cette complication. Puis, après la première et la seconde séance, et même la troisième, on lui permet de sortir, de se promener, de vaquer à ses affaires, au mois de janvier, par un temps défavorable. Ce sont là de réelles et fâcheuses imprudences; et la lithotritie, pas plus que toute autre opération de chirurgie, ne peut se traiter avec cette sorte de légèreté.

— Nous empruntons au même journal un article qu'il a extrait d'un nouveau recueil périodique qui se publie à Naples, sous ce titre: *Effemeridi di clinica medico-chirurgica e di chimica farmaceutica per gli ospedali civili e militari del regno delle due Sicilie.*

TRAITEMENT DE LA PETITE VÉROLE PAR LES BAINS FROIDS, par M. De Vitis.

La théorie médicale de la variole a beaucoup varié et la thérapeutique avec elle. Long-temps on crut que la débilité en était le principal caractère, et les malades étaient soumis à toutes sortes d'excitans. Aujourd'hui c'est en général à l'élément inflammatoire qu'on s'attaque; mais on va le chercher dans les viscères, comme dans son siége essentiel et spécial, et on oublie le siége primitif, constant, capital de la maladie, l'enveloppe cutanée.

Il n'y a que peu de différence, dit M. de Vitis, entre la variole et tout autre exanthème cutané accompagné d'une inflammation intense. Le travail pathologique est le même, la forme seule diffère; la variole est une inflammation qui occupe toute l'étendue de la peau et qui s'étend même jusqu'à ses prolongemens intérieurs, à la muqueuse gastro-intestinale, et donne lieu conséquemment à des symptômes de gastro-entérite joints à ceux de la dermatite. De ce double point de départ irradient les phénomènes sympathiques qui se manifestent dans le sys-

tème nerveux, dans le système vasculaire, etc. Mais ces phénomènes ne sont point la maladie; le centre morbide est à la peau; c'est de la phlogose cutanée qui tout dépend, à elle que tout se rattache. Ainsi, quelle que soit l'intensité des autres symptômes, on peut les vaincre en éteignant l'inflammation de la peau; et nul autre moyen ne pourrait mieux convenir ici que le bain froid, qui, agissant directement sur le lieu malade, soustrait avec rapidité le calorique morbide, indice de l'inflammation intense, et réussit en même temps à calmer tous les phénomènes secondaires.

La théorie est simple; les faits la soutiennent-ils? La pratique de M. de Vitis est riche, à ce qu'on assure, en succès éclatans, qui doivent engager tous les médecins à l'imiter. Le bain froid a d'autant plus d'efficacité, que les symptômes sont plus graves; il y plonge ses malades quand ils sont dans le délire ou même le coma, avec une respiration râlante, et tous les signes d'une mort prochaine. Durant leur séjour dans le bain, leurs douleurs s'apaisent, et le travail morbide, loin de s'exaspérer, s'incline vers un favorable résultat, la résolution de la maladie. En voici un exemple.

Obs. — Berardino Melone, jeune soldat, tempérament sanguin, constitution robuste, fut atteint, en novembre 1834, d'une variole confluente. Après les prodrômes ordinaires de céphalalgie et d'irritation à la gorge durant les trois premiers jours, commencèrent à apparaître les pustules, avec forte congestion sanguine vers la tête, pouls plein et gonflé, météorisme, constipation. Au cinquième jour, l'éruption devint nombreuse; et bien qu'on eût appliqué un traitement convenable en purgeant le malade à plusieurs reprises et le soumettant à des déplétions sanguines, les phénomènes cérébraux s'accrurent sensiblement, et on jugea convenable de favoriser l'éruption en donnant des émulsions nitrées. L'exanthème devint confluent; le malade, porté au délire par l'intensité de la chaleur cutanée, respirait avec effort, se démenait avec inquiétude, changeant à chaque instant de position; il ne pouvait plus avaler; la tête et la poitrine étaient prises de manière à faire craindre qu'il ne suffoquât. Dans cet état, on le plongea vers le soir dans l'eau froide comme un cadavre, car il ne faisait plus attention à rien, et l'extérieur du corps était déformé d'une manière horrible. Le malade éprouva à l'instant même du soulagement, qui devint d'autant plus sensible que l'eau du bain se réchauffait plus rapidement en soustrayant le calorique morbide. Reporté dans son lit, il y demeura tranquille. Le lendemain matin on reconnut qu'il avait un peu ouvert les yeux; les pustules de la peau étaient plus confluentes et plus développées; la gêne de la respiration et le coma carotique sensiblement diminués; la déglutition plus libre. On continua les émulsions nitrées et on répéta le bain froid, dans lequel le malade fut mis trois fois dans le courant de la journée, toujours avec une amélioration sensible.

La même pratique fut suivie les jours d'après; en faisant rester le malade dans son bain 7 à 8 minutes, jusqu'à ce que l'eau eût acquis une température indiquant une notable émission du calorique morbide. Le cours de la maladie fut ainsi arrêté; les symptômes cérébraux disparurent, et le malade n'eut à souffrir que les conséquences de l'horrible éruption cutanée qui parcourut toutes ses périodes et le soumit à tous les inconvéniens d'une longue et fatigante suppuration.

On remarqua dans le cours de ce traitement que les symptômes cérébraux et pulmonaires décroissaient chaque fois que le malade était plongé dans l'eau froide; il annonçait lui-même qu'il se trouvait soulagé; et le coma et le râle revenaient dès qu'on le retirait du bain. On observa également que les purgatifs répétés plusieurs fois étaient au moins inutiles, attendu que le tube intestinal irrité et contracté ne permettait aucune issue de matières fécales; et ils servaient même à accroître par leur présence l'inflammation et le météorisme. Dans le bain, au contraire, cet état de spasme intestinal cessait, et les matières fécales étaient rendues involontairement et avec un grand soulagement pour le malade. C'était encore le bain qui surmontait une espèce de strangurie qui empêchait le libre écoulement de l'urine, laquelle, à son passage, développait dans l'urètre un sentiment de brûlure.

Trois autres observations semblables ajoutent leur autorité à celle de la première. Toutes attestent la grande efficacité du bain froid, et tendent à rassurer les praticiens contre les dangers que leur fait craindre la théorie. La variole a été à diverses époques un fléau pour l'espèce humaine, aussi puissant que le choléra de nos jours; et cette foule de remèdes vantés contre elle n'ont jamais donné les résultats qu'on attendait. Sydenham, fixant son attention sur ce symptôme de la chaleur morbide qui accompagne l'éruption cutanée, et qui, mieux que tout autre, indique l'acuité de la phlogose exanthématique, instruit d'ailleurs du peu de fonds à faire sur tous les remèdes, avait coutume, dans les cas désespérés, d'étendre ses malades sur le pavé, au plus haut degré de la période inflammatoire, et de les faire arroser d'eau froide. Cet exemple a peu d'imitateurs. Le bain froid est généralement redouté; on a craint, sans faits réels à l'appui de cette crainte, la rétrocession de l'exanthème, et sa métastase sur des viscères importans. L'expérience montre qu'il n'en est rien, et que le bain froid agit même favorablement sur les phlegmasies de l'intérieur, puisqu'il favorise l'issue des urines et des selles, et soulage notablement les malades. D'un autre côté les pustules varioliques en reçoivent une heureuse impulsion qui facilite leur développement; la suppuration se fait aussi bien et mieux qu'à l'ordinaire, et les cicatrices, ajoute-t-on, sont aussi moins difformes.

Nous ne saurions nous rendre garans de toutes ces assertions; mais il convient d'observer que l'eau froide, trop long-temps négligée, a repris de nos jours une juste faveur dans les inflammations traumatiques externes; et les faits annoncés par le médecin de Naples sont trop importans pour ne pas mériter d'être vérifiés.

IV. OSSERVATORE MEDICO.

Sur l'efficacité de la pommade de deutophosphate de mercure dans les affections vénériennes, par le docteur Pasquale-Albano.

Bien que la matière médicale se soit enrichie depuis 1776 du deutophosphate de mercure, il paraît que l'on n'a commencé à en faire usage dans la pratique que vers 1794, en Allemagne; et il n'a été introduit en Italie qu'en 1817, époque où le chimiste Ricci le prépara sur l'ordonnance du docteur Gaimari. Mais depuis que le docteur Fiore a publié en 1828 un très-bon mémoire sur les résultats qu'en avaient obtenus plusieurs médecins distingués de Naples, l'administration de ce sel à l'intérieur y est devenue presque générale.

Le docteur Pasquale-Albano a voulu tenter pour le deutophosphate de mercure ce que Cirillo avait fait pour le deutochlorure, remplacer l'emploi à l'intérieur par une pommade appliquée en frictions. Déjà le docteur Rocco Solina, en 1829, en avait composé un onguent pour panser un ancien ulcère vénérien qui s'était jusqu'alors montré rebelle à tous les remèdes, et même au deutophosphate mercuriel pris par la bouche; et non-seulement l'ulcère se cicatrisa parfaitement, mais le malade se trouva même guéri, sous l'influence de cette application, d'une impuissance virile dont il avait été atteint. Mais ce mode d'administration était resté négligé; et le docteur Albano en veut faire aujourd'hui une méthode générale. Il rapporte en preuve de son efficacité les observations suivantes :

Obs. I. — Un homme de 36 ans, tempérament phlegmatique-bilieux, dix jours après un coït impur, eut un bubon à l'aine droite. Appelé près de lui le cinquième jour, comme toutes les fonctions se faisaient bien et que le bubon marchait rapidement à un plus grand développement accompagné de douleur, sans faire aucun autre remède, je prescrivis de frictionner légèrement avec le bout du doigt le pli de l'aine malade, avec six grains d'une pommade composée de 55 parties d'axonge sur 5 parties de deutophosphate de mercure. Vingt-quatre heures après il se manifesta un prurit considérable dans la partie, avec une tache érythémateuse; pour calmer le prurit, comme on était en automne, je fis faire des lotions avec une décoction tiède de fleurs de tilleul; et ayant obtenu l'effet que j'attendais, je fis répéter la friction avec égale quantité de la même pommade. Douze heures après cette seconde friction, en outre de la tache érythémateuse, apparurent dans le lieu frictionné une foule de pustules semblables à celles de la rougeole, dont les unes, plus petites, se desséchaient; tandis que les plus grandes rendaient un pus *sui generis* un peu jaunâtre, et se desséchaient ensuite comme les premières, la peau se desquamant en une poudre furfuracée. Après douze autres heures, je fis pratiquer une troisième friction; déjà le bubon diminuait; et j'observai que l'amélioration était en raison et de l'éruption impétigineuse et du nombre des frictions; en sorte qu'en continuant celles-ci, tantôt sur l'aine droite, tantôt sur l'aine gauche, sans recourir à aucun autre moyen, pour ne pas confondre les résultats, il suffit de deux gros d'onguent pour obtenir la résolution radicale du bubon et rendre le malade à une santé complète.

Obs. II. — Une bucheronne, déjà mère de plusieurs enfans, était affligée d'un bubon vénérien qui occupait la grande lèvre gauche; son état me fit compassion; car elle était fiancée, et n'avait par conséquent que très-peu de temps pour se guérir, et enfin il lui était essentiellement nécessaire de cacher sa maladie. Soumise à un traitement pareil à celui de la première observation, après la treizième friction, sans avoir besoin des lotions d'eau de tilleul, elle fut guérie de manière à pouvoir célébrer ses noces.

La troisième observation concerne un jeune homme déjà atteint diverses fois d'un bubon, de chancres, de blénorrhagie, et guéri avec l'eau de Pollino et les autres onctions mercurielles; enfin il fut pris de nouveau d'un ulcère à la verge, d'un bubon à l'aisselle gauche et de douleurs articulaires. On lui fit une légère saignée et il prit un purgatif; après quoi on le soumit aux frictions de la pommade de deutophosphate de mercure selon la méthode indiquée; le premier jour à l'aisselle gauche; le lendemain à l'aine du même côté, le troisième jour à l'aine droite. Après avoir consommé deux gros et demi de pommade, non-seulement le bubon était résolu, le chancre guéri, les douleurs disparues; mais le jeune homme se trouvait beaucoup mieux portant qu'avant la maladie. Dans ce cas, quinze heures après la première friction, l'aine fut couverte d'une éruption très-abondante et de taches semblables à celles que nous avons décrites précédemment.

Dans le quatrième cas, il s'agit d'un homme de 30 ans affecté d'exos-

toses à la jambe gauche, et de tumeur vénérienne à l'aisselle droite; vingt frictions suffirent pour le guérir radicalement.

Il est à remarquer que ces frictions sont trop légères pour amener la salivation, et que dans les quatre observations elles ont procuré la résolution de bubons vénériens. Si cette efficacité se confirmait parmi nous, la pommade de deutophosphate de mercure serait une des plus précieuses conquêtes de la thérapeutique.

EFFICACITÉ DE LA POMMADE DE CÉRUSE DANS UNE NÉVRALGIE FACIALE TRÈS-INTENSE, par M. MAGLIARI.

M. Ouvrard a retiré de bons résultats, dans le traitement des névralgies faciales, d'une pommade dont il a trouvé la formule dans une pharmacopée anglaise, et qui est composée de cérat, une once; sous-carbonate de plomb, quantité suffisante pour saturer le cérat. C'est une médication peu connue, même parmi nous, et qui cependant ne paraît pas mériter un tel oubli. On en jugera par le fait suivant.

Obs. — Dans les premiers jours d'octobre dernier, dit M. Magliari, je fus appelé près d'un jeune homme atteint, depuis quatre ans, d'une névralgie faciale, et qui, depuis bientôt un an, ressentait des douleurs si intenses qu'il en était devenu insupportable à lui-même et aux autres. Cette douleur suivait sa marche avec une constance extraordinaire; elle commençait dans le milieu de la tempe droite, à deux heures de la nuit, quelle que fût la saison, et, s'étendant sur le front, à l'entour et dans l'intérieur de l'orbite, ainsi que dans la mâchoire inférieure du même côté, en moins d'une demi-heure elle acquérait une intensité formidable. Le malade courait par la chambre, se roulait par terre, hurlait comme un forcené, disant qu'un fer ardent lui brûlait les os du crâne, qu'un clou très-aigu lui était enfoncé dans la tempe à coups redoublés d'un pesant marteau, que l'œil était arraché de l'orbite; cette dernière sensation était si vive qu'il s'approchait du miroir pour s'assurer que cet organe était bien dans sa place; et son visage, ses gestes, sa voix attestaient la plus extrême désolation.

L'accès durait trois heures avec cette intensité que rien ne pouvait alléger. Au bout de ce temps, la douleur commençait à diminuer, et finalement, deux heures après, le malade s'endormait pour se réveiller le lendemain, fatigué et étourdi comme s'il avait veillé plusieurs nuits. Le reste du jour il ne souffrait pas autant; mais il était toujours dolent et triste.

On essaya tous les remèdes rationnels et empiriques: saignées, purgatifs, antipériodiques, narcotiques, spécifiques, le tout en vain. La seule chose dont la malade se louait et qu'il n'omettait jamais de pratiquer, était une compression avec quatre ou cinq grosses pièces de monnaie de cuivre, placées les unes sur les autres, dans le lieu où commençait la douleur, et qu'il soutenait avec un mouchoir noué fortement sur le front. Il faut noter toutefois que ce moyen, auquel il avait eu recours de lui-même, était insupportable dans les trois premières heures de l'accès, et ne pouvait être appliqué que dans les deux dernières.

Nous étions à bout de tous nos moyens et dans un embarras difficile à comprendre, quand je me ressouvins de la pommade de M. Ouvrard; et, suivant les préceptes de l'auteur, après avoir fait raser le peu de cheveux qui occupaient la tempe, à une heure après midi j'étendis cette pommade à partir du point où naissait la douleur, le long du front, autour de l'orbite et sur la mâchoire. Elle fut recouverte avec un papier non collé, et le tout maintenu par un bandage approprié. Un peu moins d'une heure avant le commencement de l'accès, on en fit une seconde application après avoir enlevé ce qui restait de la première, et on attendit avec une grande anxiété le moment fatal. La douleur ne manqua pas de se manifester, mais si faiblement, que dans sa plus grande intensité elle était moitié plus faible qu'auparavant dans sa période de rémission, et elle ne dura en tout pas plus de deux heures.

Très-satisfait d'un tel succès, le lendemain je me contentai d'une seule application qui eut lieu à une heure de nuit. La seule trace de l'accès fut qu'à l'heure accoutumée le malade éprouva dans le lieu affecté une grande chaleur qui d'ailleurs se dissipa très-vite. Je n'en fis pas moins faire le troisième jour une troisième et dernière application; et le malade se trouva si bien, qu'aux heures du paroxysme il ne sentait aucune différence d'avec son état du matin. Le seul remède interne que je joignis à cette pommade fut une pilule de belladone, dont il avait déjà pris auparavant, et sans succès, une énorme quantité.

Le malade écrivait, à la date du premier janvier, qu'il n'était pas encore si complètement bien portant qu'avant d'avoir contracté sa maladie; mais il ne ressentait plus dans la partie qu'une certaine sécheresse, selon ses expressions, et de temps en temps comme une petite brûlure. M. Magliari invite les praticiens à répéter des essais qui lui ont si bien réussi.

NOUVEAU TRAITEMENT DES DARTRES.

Le docteur Bugliarelli loue hautement, dans le *Giornale delle scienze mediche per la Sicilia*, journal qui ne parvient point à Paris, un médicament qu'il emploie pour le traitement des dartres.

On prend, dit-il, cinq livres de soufre sublimé (fleurs de soufre) et huit livres d'huile commune, que l'on mêle ensemble dans un matras de verre à large ouverture bien luté; et on les chauffe à un feu doux au bain de sable, ayant soin d'augmenter peu à peu le degré de chaleur jusqu'à ce que le soufre soit entièrement liquéfié. Le mélange réduit à deux livres en tout, on laisse refroidir; puis on ajoute cinq livres d'alcool et on remet sur le feu comme ci-dessus jusqu'à nouvelle réduction à deux livres; après quoi en séparant le résidu on aura une huile spiritueuse qui, unie à une égale quantité d'acide hydrochlorique, formera la liqueur *anti-herpétique du premier degré*, bonne seulement pour abattre le caractère chronique de la maladie, et dont on se sert de temps en temps dans le cours du traitement.

Mêlant ensuite une partie de cette liqueur à deux parties d'eau distillée de fleurs de sureau, on aura celle du second degré, utile dans la cure des dartres chroniques indolentes; et si on ajoute à cette première portion de liqueur trois parties de cette eau distillée, on obtiendra le *troisième degré*, qui convient dans le traitement des dartres récentes et quand la peau a un très-haut degré de sensibilité.

Une demi-livre de liqueur du premier degré mêlée à une dose égale de celle du second, suffit pour guérir une dartre qui occuperait toute la surface cutanée, et le traitement, selon l'auteur, ne dure pas deux mois.

On emploie cette liqueur non-seulement à l'extérieur, mais encore à l'intérieur, en aidant son action, selon les cas, de divers moyens généralement connus. Ainsi, l'auteur commence le traitement par purger le malade avec le sel d'Epsom; le troisième jour il prescrit des bains chauds d'eau douce, une tisane sudorifique et l'éthiops minéral. Chaque semaine il faut au moins deux bains d'eau douce, dans laquelle on a fait bouillir une livre de soufre et une demi-livre de chaux vive; et tous les jours, à l'aide d'un pinceau très-fin, on touche avec la liqueur les taches herpétiques. En même temps que cette liqueur, on donne les pilules de Belloste, accompagnées chaque fois d'une livre de décoction de fumeterre et de scabieuse.

Si les malades ne voulaient pas s'assujétir à l'usage du protosulfure de mercure, il faudrait y substituer la liqueur antiherpétique du premier degré, à la dose de 10 à 30 gouttes dans une livre de décoction diaphorétique. La diète doit être plutôt végétale qu'animale, et surtout il faut éviter les salaisons et les acides.

L'auteur cite à l'appui de sa méthode les noms de treize individus plus ou moins affectés de dartres, et qu'il a ramenés en peu de temps à la santé.

SUR UNE MALADIE PARTICULIÈRE A LA VILLE DE COMACCHIO, ET CONNUE SOUS LE NOM DE MALADIE DU FOIE (*male del fegato*).

Comacchio est une ville située sur le bord de la mer Adriatique, entourée d'amples lagunes d'eau salée, qui durant l'été restent stagnantes. Pendant le jour, l'air est encombré de vapeurs denses et abondantes, qui s'élèvent de ces lagunes pour retomber le soir et la nuit en une humidité condensée, malgré le souffle vif des vents du nord. La température y est moyenne; la végétation rare et peu développée. Une partie des habitans est condamnée à de durs travaux, à creuser les vallées, à construire des digues contre la mer; ils sont pêcheurs ou travaillent dans les salines; toutes occupations où une plus ou moins grande partie du corps demeure plongée dans l'eau, tandis que le reste est exposé aux rayons du soleil. Leurs alimens sont du poisson salé, ou tout imbibé de substance huileuse; des bouillies de farine de maïs, des légumes. Les eaux contiennent des principes salins et terreux en abondance; les vins sont âpres, imprégnés de matière colorante; les maisons étroites, humides, froides, obscures, non ventilées, encombrées d'habitans; les vêtemens et la propreté du corps proportionnés à tant de misère; l'intelligence rétrécie et abaissée. Tel est le pays, tels sont les individus chez qui se développe une maladie particulière qui n'a encore été décrite par aucun auteur, et qui y est connue sous le nom de *male del fegato*, mal du foie.

Elle présente trois périodes, chacune avec les symptômes suivans. Dans la première, la couleur blanche de la peau se change en quelques points en une couleur tantôt rosée, tantôt livide, ou d'un jaune-paille; la figure s'enfle un peu; les traits changent, en même temps que le tempérament; le malade éprouve un prurit qui revient sans cesse à la peau; celle-ci a une grande facilité à s'excorier et à se couvrir de furoncles, lesquels ne se cicatrisent qu'avec beaucoup de difficulté et de lenteur.

Dans la seconde période, toutes ces altérations persistent et s'aggravent; il se manifeste de plus certaines petites tumeurs et certaines gerçures, d'où s'écoule une sanie extrêmement fétide; le front d'abord en est presque toujours couvert, puis les jambes et les pieds, puis les mains et les bras; et enfin peu à peu elles envahissent toute la surface du corps, pénètrent dans la bouche, dans les fosses nasales, dans les oreilles; le sommeil est inquiet, les songes effrayans; les cheveux tombent; la leucophlegmasie survient.

Le mal s'accroît d'une manière effroyable dans la troisième période; les tumeurs s'ulcèrent et se gangrènent; puis elles se réunissent en formant des plaies larges, profondes, excessivement dégoûtantes, aux

articulations et à la face ; les chairs, les vaisseaux, les nerfs se corrompent et se consument, ainsi que le sang qu'elles contiennent, ainsi que toutes les fibres et même les os les plus durs. Spectacle horrible ; qui donne à un homme vivant l'aspect d'un cadavre rongé par la putréfaction

La maladie est regardée comme héréditaire ; on l'attribue d'ailleurs au climat et au genre de vie de ses habitans.

Quant au traitement, il ne paraît y avoir d'espérance que quand la maladie est encore à sa première période ; on peut arrêter alors et guérir la maladie avec un régime hygiénique, qui doit d'ailleurs durer autant que la vie. Il faut porter de la flanelle sur la peau, rechercher une extrême propreté dans les vêtemens, se préserver particulièrement de l'humidité, du froid et de tous les changemens atmosphériques ; éviter les travaux les plus pénibles ; s'abstenir de tout aliment ou boisson excitante et de difficile digestion ; suivre un régime presque entièrement végétal ; enfin prendre des bains simples dans la saison convenable. Dans la seconde période, à peine est-il au pouvoir de l'art d'arrêter les progrès de la maladie ; alors on peut prescrire les scarifications ou mieux encore les sangsues répétées autour des tubercules, s'ils sont pris d'une vive inflammation ; les bains alcalins ou sulfureux, ou les bains de vapeur ; les boissons rafraîchissantes ou légèrement laxatives et purgatives ; les décoctions antiscorbutiques et antiseptiques, avec le gaïac, la salsepareille, le dapliné mézéréon ; les sangsues à l'anus et la saignée si les circonstances le demandent. Dans la troisième, tout est perdu ; l'art est absolument impuissant.

M. Cavalieri regarde cette affection comme une maladie inflammatoire ; le professeur Medici, au contraire, lui reconnaît beaucoup d'analogie avec la lèpre tuberculeuse ou l'éléphantiasis, et pense qu'elle consiste dans un vice matériel des parties solides et liquides du corps Sans entrer fort avant dans la discussion, on ne saurait nier que cett seconde opinion ne présente plus de probabilités que l'autre, quoi qu'elle ne jette encore qu'un jour bien léger sur la nature de la maladie.

TRAVAUX ACADEMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 21 MARS 1836.

LETTRE DE M. KARSTEN A M. DE HUMBOLDT SUR L'ÉLECTRICITÉ DE CONTACT (en allemand).

On donne l'analyse suivante des opinions exprimées dans cet ouvrage :

1° Les métaux, et peut-être tous les corps solides, deviennent positifs dans les fluides, et le fluide dans lequel ils sont plongés prend l'électricité negative.

2° Un corps solide, qui est plongé à moitié dans le fluide, présente une polarité électrique. La partie plongée possède alors l'électricité positive, et celle qui ne l'est pas l'électricité negative.

3° Les corps solides présentent une grande différence dans leur force électro-motrice par rapport au même fluide, et cette différence est la véritable cause de l'activité électrique, chimique et magnétique de la chaine galvanique.

4° Si deux électro-moteurs solides, mais de différente force, se trouvent plongés dans le même fluide sans se toucher, l'electro-moteur le plus faible devient négativement electrique, l'autre positivement.

5° La moitié du plus faible électro-moteur qui déborde le fluide montre pareillement l'electricité opposée à celle de sa partie plongée, c'est-à-dire l'electricité positive.

6° L'activité électro-motrice d'un fluide dépend de la propriété d'être réduite par deux électro-moteurs solides de différente force à un tel etat, que les électro-moteurs solides en reçoivent des électricités opposées. En general, tous les fluides qui sont de mauvais conducteurs pour l'électricité possèdent la propriete qu'on vient de signaler ; mais non les fluides qui ne conduisent pas du tout l'électricité (les huiles, etc.), ni ceux qui sont de bons conducteurs (le mercure, les métaux en fusion, etc.). Cependant l'intensité de la force électro-motrice des fluides ne dépend pas seulement de la conductilité plus ou moins imparfaite, mais encore d'autres rapports non suffisamment connus jusqu'à ce jour.

7° Les effets électro-moteurs de deux métaux qui forment une chaine fermée dans le même fluide sont fondes sur l'excitation et la neutralisation continuelle d'électricités opposées qui ont lieu dans le fluide. Ils sont engendrés par l'action electro-motrice du plus fort et du plus faible des électro-moteurs sur le fluide ; ils sont augmentés par l'action du plus fort électro-moteur sur le plus faible ; ils sont accélérés par le contact immediat des deux électro-moteurs solides, lorsque ceux-ci sont bons conducteurs.

8° Les changemens chimiques qui ont lieu dans le fluide sont, il est vrai, en rapport avec la neutralisation des deux electricités produites par les elemens solides de la chaine, mais ces changemens et la neutralisation ne se comportent pas mutuellement comme cause et effet.

9° Dans le système de chaines qui forment la pile de Volta, les électricités opposées sont neutralisées complètement par les élemens solides de chaque chaine, c'est-à-dire par les couples, et il n'y a pas de courant electrique d'un couple à l'autre.

RECHERCHES HISTORIQUES ET STATISTIQUES SUR LES CAUSES DE LA PESTE, par M. SÉGUR DUPEYRON.

Dans un travail sur les divers régimes sanitaires qui bordent la Méditerranée M. Dupeyron avait déjà présenté quelques réflexions sur le rapport qui pouvait avoir existé entre les diverses apparitions de cette maladie en Europe et le plus ou moins d'activité commerciale. Remarquant que la peste attaquait fréquemment Venise tant que son commerce était actif, et la respectait au contraire quand des guerres entravaient son commerce avec le Levant, il en concluait que la peste est originaire du Levant, ce qui du reste n'est pas contesté. D'autres recherches lui montraient que c'est principalement d'Egypte que la peste nous vient, et comme cette proposition n'est pas aussi generalement admise que la précédente, il a cru devoir l'appuyer par de nouvelles preuves, et c'est là l'objet du present mémoire.

Les sources auxquelles il a puisé sont les archives des affaires étrangères, qui, pour l'Egypte et la Syrie, ne remontent pas au-delà du dix-septième siècle ; les auteurs chrétiens qui ont écrit sur ces pays, et enfin quelques auteurs arabes.

Le dépouillement de la correspondance des consuls lui a fourni non-seulement des preuves à l'appui de la proposition qu'il avait avancée, mais encore des faits qui, par leur rapprochement, mettent sur la voie des causes les plus fréquentes de la peste.

C'est ainsi que M. de Maillet, consul au Caire, écrivait le 4 mai 1796 : « L'extrême cherté des vivres a fait périr cet hiver un grand nombre d'indivi- » dus du peuple ; les fièvres malignes n'ont pas fait un moindre ravage, et le mal » contagieux dont elles ont été suivies a aussi emporté beaucoup de monde. »

Le 20 avril 1718, M. Lemaire, autre consul à la même résidence, annonçait « qu'une espèce de famine qui avait régné tout l'hiver avait été suivie d'une peste » des plus malignes. »

Le 18 juillet 1756, M. de Joinville informe le ministre « que les vivres sont » d'une cherte affreuse, que le petit peuple meurt de faim, et que la *maladie* » exerce sa fureur meurtrière. »

Le 15 avril 1767, M. Chaillan, vice-consul à Rosette, fait aussi mention « de » la cherté du blé qui produit des fièvres malignes. » Puis, l'année après, M. Fort, vice-consul à Alexandrie, parle « de la peste qui venait de cesser » dans cette ville. »

De ces renseignemens et de plusieurs autres de la même nature, il résulte l'indication de deux circonstances qui, dans certains cas, précèdent la peste en Egypte, savoir, la disette et les fièvres malignes. Restait à vérifier si cette coïncidence était fréquente. Bientôt, dit M. Dupeyron, une autre lettre de M. de Joinville me rappela que la famine ou l abondance resultent le plus fréquemment en Egypte d'une mauvaise ou d'une bonne crue du Nil Je dis le plus fréquemment ; parce qu'après une bonne crue l'action délétère des vents du kamsin brûle parfois les moissons avant leur maturité. Or, la crue est mauvaise, ou quand elle est trop faible, parce que toutes les terres n'étant pas arrosées ne peuvent pas être ensemencées ; ou quand elle est trop forte, puisque dans ce cas les eaux mettent plus de temps à s'écouler, et que l'époque des semences se passe sans que le grain ait pu être confié à la terre. On pouvait dès lors penser que la mauvaise crue du Nil était la cause première de la peste en produisant directement la famine ; pour achever de le montrer, il fallait prouver que les fièvres malignes viennent fréquemment à la suite de la disette, et enfin qu'en Egypte ces fièvres peuvent prendre un tel caractère d'exaspération qu'elles présentent les symptômes de la peste d'Orient, c'est-à-dire les charbons et les bubons.

L'opinion qu'un *mauvais Nil* produit la peste a été avancée par bon nombre d'écrivains ; et un auteur arabe entre autres, El-Maçoudy, dit qu'une crue de dix-huit coudées est toujours suivie de la peste ; mais on avait en général attribué cet effet à une plus grande abondance de miasmes exhalés dans ces circonstances de la vallee du Nil, tandis que, suivant M. Dupeyron, ces exhalaisons ne jouent qu'un rôle très-secondaire dans la production de la maladie. Afin d'appuyer son opinion du plus grand nombre possible de preuves, il a dû chercher à suivre les coïncidences dont il vient d'être parlé dans des époques antérieures à celles pour lesquelles la correspondance des consuls français fournit des renseignemens. Mais ici la tâche devenait plus difficile : les auteurs chrétiens qu'on peut consulter à ce sujet sont très-incomplets, et les auteurs arabes, d'autre part, sont très-suspects. Et comme ils auraient pu donner pour une vraie peste toute grande mortalité due à une autre maladie, M. Dupeyron s'est borné à puiser dans leurs écrits l'indication des hauteurs du Nil. Il a ainsi déterminé, aussi complétement qu'il lui a été possible, les années d'inondation trop grande ou trop petite, et a cherché si à ces années il ne rencontrait pas la peste dans quelque partie de l'Europe.

Aben-Ayas et Djemal-ed-Dyn sont les deux auteurs qu'il a consultés, et quand leurs assertions n'étaient pas d'accord, c'est celle du premier qu'il a adoptée comme plus digne de confiance. Des diverses années que ces auteurs désignent comme ayant été marquées en Egypte par de mauvaises crues, quarante correspondent à des pestes mentionnées par des historiens européens, et comprises entre les années 963 et 1499. Or, dans cet intervalle, on ne trouve guère plus de 50 à 55 invasions. Ainsi, plus des trois quarts des pestes qui ont affligé l'Europe ont coïncidé avec de mauvais Nils.

Mais il y a plusieurs de ces pestes, telles que celles de 1137, 1157 et 1263, à Venise, qui ont éclaté l'année même où la crue a été trop forte ou trop faible. Comme le Nil atteint sa plus grande hauteur au mois de septembre, et que la récolte sur laquelle cette hauteur influe n'a lieu qu'à la fin de l'année suivante, on ne s'explique pas d'abord comment ces mauvaises crues avaient pu produire une famine ou une peste immédiate. M. Dupeyron, qui se fait cette objection, croit

(1) Cet article a été emprunté par *l'Osservatore medico* à un opuscule publié par le professeur Medici, de Bologne, sous forme de lettre adressée au docteur Cavalieri et ayant pour titre : *Cenni fisiologici, patologici e terapeutici intorno la malattia conosciuta nella città di Comacchio sotto il nome di male del fegato.* Bologna, 1835.

qu'on peut jusqu'à un certain point y répondre, en se rappelant l'usage où étaient les grands du pays d'accaparer toutes les denrées dès l'instant où ils pouvaient prévoir, par le niveau de la crue, que la récolte suivante serait mauvaise. Ainsi il se pourrait que la disette parfois se fût montrée aussitôt après l'inondation, et eût été bientôt suivie des maladies qu'elle a coutume d'amener.

L'auteur fait remarquer ici que les pachas d'Egypte pouvaient, aussi bien que les accapareurs, trouver leur profit à la peste; car ils vendaient fort cher les gouvernemens qui devenaient vacans; et quand la peste était meurtrière, ils revendaient souvent deux ou trois fois dans la même année le même village.

M. Dupeyron, au reste, ne prétend nullement que la peste en Egypte soit nécessairement précédée de la famine, et il pense au contraire que toute calamité publique peut donner naissance à cette maladie; ainsi, on ne s'étonnera pas si l'on trouve quelques pestes qui n'auraient pas coïncidé avec des années de mauvaises récoltes en Egypte. Si d'un autre côté on remarque des années de disette dans ce pays, sans peste correspondante en Europe, c'est, suivant l'auteur du mémoire, d'abord parce que la famine ne produit quelquefois que des fièvres malignes en Egypte; ensuite, parce que la maladie, par des circonstances particulières, peut n'avoir pas quitté le lieu où elle est née. Il ne serait donc pas impossible qu'à la suite des mauvaises crues de 965, 966, 967, 1008 et 1052, citées par Aben-Ayas, il se fût développé en Egypte des pestes qui n'auraient pas dépassé les frontières du pays, à cause du peu d'activité qui régnait alors dans les relations commerciales; de même que si la maladie s'est développée à la suite des cinq mauvaises crues comprises entre 1183 et 1193, on concevrait que les victoires de Saladin sur les Croisés l'eussent empêchée de se répandre en Europe.

Poursuivant pour ainsi dire d'année en année les crues anomales du Nil, l'auteur s'attache à faire voir que, lorsque ces époques ne sont pas marquées par l'apparition de la peste en quelque point de l'Europe, il y a ordinairement, par suite de guerre ou par toute autre cause, interruption des relations avec le Levant.

M. Dupeyron signale l'existence d'une grande lacune dans les documens où il a pu puiser, lacune d'autant plus regrettable, dit-il, que si, jusqu'au milieu du XVe siècle, il n'a existé qu'un foyer de peste, on commence dès ce moment à reconnaître en Europe l'action d'un second, celui de Constantinople. L'auteur annonce qu'il s'est aussi occupé de ce foyer secondaire, et qu'il soumettra prochainement à l'Académie les résultats auxquels il est parvenu. Pour le moment il ne traite que de l'Egypte, et il termine en rapprochant, pour le XVIIIe siècle, les mauvaises crues des pestes. Dans certains cas il y a eu peste, quoique le Nil eût atteint le niveau voulu; et l'auteur pense ou que l'inondation a été trop peu durable, ou que le vent du khamsin a brûlé les moissons; et en effet, la correspondance des consuls montre que pour deux années de peste, 1740 et 1770, où la crue du Nil avait été régulière, il n'y en avait pas moins eu absence presque complète de récolte.

Dans un dernier tableau, l'auteur rapproche les apparitions de la peste en Egypte de celles qui ont eu lieu en Syrie et dans quelques îles de l'Archipel.

CONSIDÉRATIONS SUR LES VESSIES A CELLULES.

Tel est le titre d'un mémoire lu par M. Civiale, dans lequel ce chirurgien considère successivement les différences qu'on a observées dans la disposition des cellules et dans leur contractilité, les accidens qui en résultent, les difficultés qu'elles apportent dans le traitement des maladies calculeuses, les signes qui décèlent leur existence, et le parti que l'on peut tirer des indications ainsi obtenues

RÉTRÉCISSEMENS DE L'URÈTRE.

M. Leroy d'Etioles lit un mémoire sur le traitement des rétrécissemens par un procédé nouveau qu'il nomme dilatation rétrograde, et qui consiste à passer et repasser à travers la stricture un instrument qui s'ouvre au-delà de ce point dans la portion saine du canal, et qui, par sa disposition, ressemble au lithomètre de M. Leroy, ou au percuteur de M. Heurteloup. Ce procédé, dit l'auteur du mémoire, a l'avantage, sur le cathétérisme forcé de M. Mayor, de ne point exposer aux fausses routes, tout en agissant avec une promptitude égale, et de pouvoir remédier aux inconvéniens des applications intempestives du caustique.

NOUVEAU PROCÉDÉ DE TAILLE SUS-PUBIENNE.

M. Leroy d'Etioles lit un second mémoire sur ce sujet. Les instrumens imaginés par lui ont pour but de rendre cette opération plus sûre et plus facile. Un rapport fait à l'Académie de médecine a reconnu qu'ils remplissent ce but; seulement on les trouvait un peu compliqués. Ce reproche n'est plus applicable, suivant M. Leroy, aux instrumens modifiés qu'il présente.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 22 mars. — Présidence de M. Louyer-Willermay.

— MM. Blandin, Gerdy et Bérard jeune, se portent candidats pour la place vacante dans la section de pathologie chirurgicale.

— Le reste de la séance est occupé par les scrutins pour la nomination des juges du concours d'anatomie ouvert à la Faculté. Peu de nominations ont été aussi difficiles à faire à l'Académie; il a fallu plusieurs scrutins pour chaque juge nommé. Les voix se sont réparties sur plus de trente personnes.

Au second tour, sur 102 votans, M. Ribes a obtenu 88 voix.

A un second tour encore, sur 94 voix M. Magendie en a eu [illegible].

Les deux autres candidats nommés sont : M. Baron, 45 voix sur 89; et M. Emery, 39 voix sur 64.

A mardi les six autres nominations.

— Samedi, séance extraordinaire pour la lecture de mémoires des auteurs étrangers à l'Académie.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

SUR L'EMPLOI DU SULFATE DE QUININE ASPIRÉ PAR LES NARINES DANS UN CAS D'IRALGIE, par M. BOURJOT SAINT-HILAIRE.

Les praticiens qui s'occupent des maladies des yeux se trouvent souvent dans l'embarras pour calmer les douleurs si aiguës, si térébrantes, que ressentent les malades dans la profondeur et au pourtour de l'œil, dans certaines affections de cet organes ou après quelques opérations.

D'après une expérience déjà appuyée sur des faits nombreux, je crois pouvoir affirmer que la belladone qui agit si bien pour obtenir la dilatation de la pupille, n'est que d'un faible secours pour calmer la douleur iralgique.

La belladone n'est donc pour moi qu'un adjuvant utile lorsque l'on veut mieux examiner l'intérieur de l'œil, et un préventif excellent, lorsqu'il s'agit de changer les rapports de la face antérieure ou postérieure de l'iris pour empêcher ses adhérences si fâcheuses et si fréquentes avec la capsule en arrière, ou en avant avec le feuillet séreux de la cornée.

Les préparations opiacées, telles que la décoction de la tête de pavot blanc unie à celle des plantes émollientes, quelques gouttes de laudanum de Rousseau sur un cataplasme, sont bien préférables pour calmer la douleur dans les affections aiguës et phlegmoneuses de l'œil, même dans l'iritis la plus intense, que la belladone et les autres narcotiques âcres. Mais lorsque l'iritis et l'iralgie consécutive ont pris un caractère de chronicité ou de périodicité désolantes pour le médecin comme pour le malade, il faut avoir recours aux antipériodiques par excellence, aux préparations de quinquina. Voici un cas où le sulfate de quinine m'a réussi en l'employant d'une manière assez peu usitée.

OBS. — M. B., âgé de 60 ans, a été opéré en juin de la cataracte par abaissement. Je dois dire que cette méthode est souvent coupable des inconvéniens que je vais lui reprocher. L'opération fut suivie d'une inflammation assez intense du globe de l'œil, mais surtout de douleurs vives; cependant le malade voyait bien vers la fin d'août, les accidens s'étant calmés, quand à la suite d'un coup d'air se manifesta l'iritis compliquée de névralgie sus-orbitaire. Je fus appelé auprès de lui pour remplacer le chirurgien qui l'avait opéré, et que des circonstances particulières retenaient éloigné.

La saignée du pied, les sangsues en grand nombre vers la tempe, les dérivatifs sur le canal intestinal, n'amenèrent qu'un très-faible soulagement. Les douleurs iralgiques étaient atroces, lancinantes, et se répétaient par accès de deux en deux heures, avec une régularité manifeste; la nuit elles étaient plus aiguës, plus acerbes; le malade ne pouvait dormir; un larmoiement âcre inondait son visage. J'avais parcouru tout le cercle de la médication antiphlogistique et calmante par les saignées et les collyres chargés d'opium, de thridace, le tout inutilement. Mon attention se fixa alors sur la périodicité et la nature névralgique des douleurs, sur leur cause qui remontait à une blessure et à une irritation des nerfs iridiens, qui naissent du ganglion lenticulaire lui-même formé par les branches de la troisième paire, et du rameau nasal de la cinquième.

Je pensai devoir employer le sel de quinine par la méthode endermique, et je fis appliquer deux fois 6 grains de cette substance sur la surface vive d'un vésicatoire placé à la nuque. L'effet fut décisif et prompt, et le malade passa les deux nuits qui suivirent chacune des applications de quinine, dans un calme presque complet; du moins eut-il des intervalles de six à huit heures sans iralgie. Le vésicatoire s'étant recouvert d'une couenne blanchâtre, l'absorption fit défaut et les douleurs reparurent avec une intensité croissante. J'essayai le sulfate de quinine en lavement, à la dose de 12 grains; il détermina un état de priapisme douloureux et de la constipation. Alors, réfléchissant à la distribution du rameau naso-lobaire de la branche nasale de l'ophthalmique sur la muqueuse des voies olfactives, je pensai devoir agir par cette voie directe, et je formulai la poudre errhine suivante :

Sulfate de quinine,	6	grains.
Poudre de sucre,	1	gros.
Poudre d'iris,	1	demi-gros.

Je recommandai au malade d'en prendre de petites prises le soir, et l'effet fut encore manifeste, et tel que l'iralgie nocturne se calmait et laissait du repos au malade chaque fois qu'il prenait le soir une ou deux prises de ce mélange.

Ce qu'il importe de noter ici c'est l'action de l'antipériodique dans les névralgies de l'œil, névralgies qui touchent de près à certaines névroses splanchniques auxquelles viennent se lier les fièvres intermittentes.

BOURJOT SAINT HILAIRE.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

ÉLÉMENS DE PHYSIOLOGIE DE LA NATURE, par le docteur L. FORNI. Turin, 1821.

SULLA ESISTENZA E PROPRIETA DEL CALORICO L' SAGGIO FISICO-MEDICO del dottore L. FORNI. Torino, 1824.

PRENOZIONI FONDAMENTALI DI BIOLOGIA CHE SEGUANO I LIMITI AL MATERIALISMO, ed all' anismo nella scienza della natura del dottore L. FORNI. Torino, 1829.

L'histoire naturelle, ou plutôt l'étude des phénomènes extérieurs de la nature, est une science d'une telle étendue, qu'elle offre une vaste carrière à tous les genres de talent, comme aux opinions les plus variées et aux intelligences les plus diversement organisées. L'homme qui n'attache d'importance qu'aux faits positifs et matériels n'a pas à craindre de voir s'épuiser la mine féconde qu'elle lui offre à exploiter, et celui qui, ne donnant à ces faits qu'une importance relative, cherche à les comparer, à les lier, afin d'en tirer des conclusions et d'arriver à la connaissance des phénomènes qui les dominent, des causes qui les produisent, a devant lui le plus vaste champ sur lequel puisse s'exercer un esprit généralisateur. Aussi, nombre d'opinions différentes ont été avancées sur les causes des phénomènes de la nature. Chaque époque a eu la sienne, répondant le plus souvent à l'état des connaissances du temps et à la direction des esprits. Un coup d'œil rapide sur les principales idées philosophiques qui ont régné sur ce sujet nous prouverait facilement cette vérité; mais pressés par le temps et l'espace, nous nous contenterons de signaler les trois principales opinions qui ont cours aujourd'hui. La première que nous indiquerons, qui compte aujourd'hui bien peu de partisans, est celle qui admet des forces en dehors de la nature et agissant cependant sur elle. Ici les faits matériels ne sont liés aux dernières conclusions que par une série d'inductions trop longues pour que l'enchaînement en soit bien fort. D'autres croient pouvoir expliquer tous les faits matériels par les lois physiques jusqu'ici connues. Enfin, la troisième opinion est celle qui, sans nier ni repousser aucun fait, s'élève cependant au-dessus d'eux, et cherche à les réunir, à les expliquer par des phénomènes pris en dehors d'eux, et qui complètent l'intelligence de la nature. Cette dernière opinion, qui tient une espèce de milieu entre les deux premières, offre une foule de variétés, parmi lesquelles nous distinguons surtout celle de l'auteur des ouvrages indiqués ci-dessus, le docteur Forni. Quelques mots sur la manière dont il considère la physiologie de l'histoire naturelle, et dont il explique les phénomènes qui appartiennent à la vie, et sur quelques-uns des principaux résultats auxquels il est arrivé dans l'étude des sciences naturelles par la seule méthode d'observation, et par une interprétation limitée des faits, nous prouvera qu'il a devancé sur plusieurs points des recherches faites plus récemment, que ses opinions sur la vie se rapprochent beaucoup de celles émises depuis quelques années parmi nous, et qu'il a quelques droits à faire valoir dans le mouvement actuel qui dirige les esprits vers l'étude des lois de la vie considérée d'une manière générale.

Le plus important des ouvrages du docteur Forni remonte à une époque déjà éloignée de nous. Imprimé en 1821 à Turin, en français, voici à quelle occasion il avait été composé. L'auteur était sur le point de publier en langue italienne un traité élémentaire de physiologie de la nature, lorsque l'Académie des sciences de Pétersbourg proposa, pour sujet de prix, de nouvelles recherches sur les propriétés métalliformes des terres et des alcalis. Comme cette question se trouvait en partie traitée dans l'ouvrage que préparait le docteur Forni, il compléta cette partie spéciale de son traité, qu'il envoya à Pétersbourg, mais où il arriva trop tard pour qu'il pût faire partie du concours. Le seul moyen de réparer, en partie au moins, le résultat fâcheux de ce retard, était de livrer le traité à l'impression. Tel fut aussi le parti que prit l'auteur.

On a fait beaucoup d'efforts pour rattacher au fluide électrique la plupart des phénomènes vitaux; quelques expérimentateurs peu sévères ont même prétendu avoir démontré l'identité du fluide électrique et du principe de la vie. Le docteur Forni, qui ne considère pas la vie seulement dans l'homme et les animaux qui se rapprochent le plus de lui par leur organisation, mais encore dans les animaux les plus inférieurs, les plantes, admet l'existence d'un fluide vital qui, à la manière des autres fluides impondérables, pénètre les corps et détermine dans leur intérieur des mouvements spéciaux. Ce fluide est, d'après le docteur Forni, répandu partout l'univers, où il agit à la manière d'un corps comburant; il ne peut exister sans la présence du calorique, de la lumière et de l'oxigène; et se présente dans la nature sous trois modifications principales, magnétique, électrique et vitale. L'auteur apporte le plus grand soin à démontrer l'identité de l'agent vital universel; il cherche même dans ce système l'explication de plusieurs des phénomènes les plus remarquables, et jusqu'ici les moins bien expliqués de la nature, tels que les volcans, les tremblemens de terre, etc.; mais ces questions, quelque intérêt qu'elles inspirent, sont trop éloignées de l'objet qui doit nous occuper spécialement pour que nous suivions l'auteur dans son travail. Qu'il nous suffise de dire que ces recherches sont dignes de fixer l'attention de tous les hommes qui attachent quelque importance à ces sortes d'études; et, pour preuve, nous citerons l'un des principaux résultats auxquels l'auteur est arrivé par sa méthode, savoir l'identité des fluides électrique et magnétique, identité qui a été démontrée par le savant OErsted de Copenhague, et auquel cette brillante découverte est attribuée, tandis que le docteur Forni était arrivé au même résultat quelques années auparavant, et par une méthode tout-à-fait différente.

Il nous est inutile de dire que, dans les trois ouvrages du docteur Forni, il y a peu de questions qui appartiennent immédiatement à la médecine pratique; mais d'après la direction qu'il a suivie dans ces études, d'après les principes sur lesquels repose sa méthode, nous avons tout lieu de penser qu'elle serait féconde en résultats avantageux, et nous hâtons de nos vœux l'époque où il aura soumis à la même analyse que la physiologie de la nature, l'étude spéciale de l'homme et des maux auxquels il est exposé; car c'est seulement par l'étude des lois auxquelles est soumis le principe vital que l'on peut espérer d'arriver à la connaissance de ces maladies graves, dont on chercherait vainement l'explication dans les systèmes fondés exclusivement sur la physique, la chimie et la mécanique.

SUITE DES RECHERCHES SUR LA LOCALISATION DE LA FOLIE; mémoire accompagné d'observations et d'autopsies; par le docteur BELHOMME. Brochure in-8° de 100 pag.

L'auteur nous apprend dans la préface qu'il se propose de publier chaque année une brochure analogue à celle que nous avons en ce moment sous les yeux pour à la fin faire un volume complet et sur le même sujet : la localisation de la folie. Déjà une première partie a été publiée en 1834, dans laquelle l'auteur a exposé son opinion sur le siége de l'aliénation mentale, qu'il dit avoir trouvé dans le système nerveux de la vie animale. La GAZETTE MÉDICALE ayant à cette époque rendu compte de cette brochure, il nous restera peu de chose à dire sur celle que l'auteur présente comme en étant la suite, mais dans laquelle il y a quelques parties que l'on peut considérer, sinon comme étrangères au sujet, au moins comme pouvant être examinées à part. Ainsi l'auteur consacre une partie de ce mémoire à l'exposé de quelques considérations sur la phrénologie, l'œdème cérébrale des aliénés, l'orthophrénie, etc. Il admet que toutes les parties du système nerveux ont une fonction distincte et partage l'opinion qui regarde la substance corticale du cerveau comme le siége de l'intelligence. Nous avons eu tant d'occasions de faire connaître notre opinion sur ces diverses questions qu'il nous semble tout-à-fait inutile de la mettre ici en opposition avec celle de l'auteur qui attend de l'application de la phrénologie à l'étude de l'aliénation mentale des résultats très-avantageux; car elle doit faciliter la distinction des divers genres de folies qui peuvent être rapportées à l'influence des organes particuliers tels que ceux de l'ambition, de la religion, de l'amour physique, etc.

Malgré la grande influence que les phrénologistes attribuent aux organes cérébraux, M. Belhomme ne laisse pas cependant de rapporter le siége primitif d'un grand nombre de cas d'aliénation mentale à des portions du système nerveux situées en dehors du cerveau dans les divers foyers de sensibilité, placés dans diverses régions du corps, et ici il est d'accord avec les écrivains qui se sont occupés avec le plus de

fruit de l'étude de la folie. Il cite même à cette occasion plusieurs observations très-importantes et qui ne peuvent laisser de doute.

Nous avons parcouru avec intérêt quelques observations d'œdème cérébrale et d'atrophie cérébrale. Les questions qui se rattachent à ces deux altérations anatomiques ne nous paraissent pas encore assez éclaircies pour pouvoir être résolues d'une manière positive et définitive; C'est en réunissant de nouveaux faits que l'on peut espérer d'arriver à une connaissance exacte des symptômes qui peuvent les faire reconnaître et des moyens à leur opposer. Sous ce rapport le travail de M. Belhomme nous paraît devoir être utile à la science et nous l'engageons à continuer ses recherches.

DIACHYRISMOS DE MÉDICAMENS SIMPLES POUR LE TRAITEMENT DES MALADIES, par le docteur COMET. — Broch. in-8° de 30 pag. A Paris, chez J.-B. Baillière et chez l'auteur.

Qu'est-ce qu'un diachyrismos? Ce mot, que M. Comet nous apprend avoir été employé par Hippocrate et M. Orfila, est destiné à désigner un flacon hermétiquement fermé par un bouchon de verre qui plonge dans son intérieur jusque près de la base. On voit aussitôt qu'il suffit de déboucher subitement le flacon pour en extraire une quantité du médicament qu'il renferme proportionnée au volume du bouchon, et dans des proportions calculées d'avance. Les avantages de ce précieux instrument sont considérables; mais le plus important, c'est de permettre aux malades, après avoir pris toutefois l'avis d'un homme de l'art, de se traiter eux-mêmes sans le moindre inconvénient. Un autre avantage que M. Comet espère de l'emploi de ce moyen si utile, c'est que son invention lui aura « acquis un rang honorable parmi les hommes qui s'occupent avec bonheur du perfectionnement de l'art de guérir. » L'auteur se propose de compléter dans un second mémoire les connaissances qu'exige l'emploi du *Diachyrismos*. Nous remettons à cette époque de rendre à cette merveilleuse invention toute la justice qu'elle mérite, ce que nous n'avons fait qu'ébaucher ici.

RAPPORT FAIT A LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE LYON, LE 15 JUIN 1835, SUR LES MÉMOIRES ENVOYÉS AU CONCOURS POUR LES PRIX DE L'ANNÉE 1835; par le docteur L.-A. ROUGIER, rapporteur.

Si l'utilité des prix proposés par les sociétés savantes comme encouragement pour quelques études spéciales est incontestable lorsque le choix des sujets est convenable, la publicité des rapports faits dans ces occasions n'est pas moins avantageuse et pour ces sociétés elles-mêmes, et pour ceux auxquels le prix est accordé, et surtout pour tous ceux qui veulent se tenir au courant des progrès de la science. Examiné sous ce triple point de vue, le rapport du docteur Rougier nous paraît remplir parfaitement son objet.

Nous allons donner en quelques mots l'extrait de ce rapport, qui lui-même contient une analyse du mémoire couronné.

Sur trois mémoires envoyés à la société de médecine de Lyon, deux ont obtenu la faveur de cette société : à celui de M. Téalier a été accordé le prix; celui de M. Reignier a obtenu une mention honorable.

Le sujet proposé par la société était vaste et offrait l'occasion de développer beaucoup d'érudition; mais il ne pouvait promettre des résultats bien avantageux : DU CANCER UTÉRIN. L'épigraphe du travail de M. Téalier, empruntée à l'Histoire anatomique des inflammations, suffira pour nous faire connaître la pensée qui a dominé dans tout le cours de l'ouvrage et la direction qu'il a suivie dans ses recherches.

Les cancers ne sont point des inflammations ni des suites d'inflammation.

Le cancer dépend donc, dit M. Téalier, d'une disposition organique qui quelquefois est mise en action par des causes locales ou accidentelles, mais qui souvent se développe spontanément sans l'intervention d'aucune cause apparente. Cette opinion admise depuis longtemps par les hommes qui ne se laissent pas entraîner par des idées préconçues ou par l'esprit de système, compte, M. Rougier nous l'apprend, de nombreux adversaires dans la société de médecine; ce qui n'a point empêché l'auteur du mémoire d'obtenir le prix. Nouvelle preuve des progrès journaliers de la science et de l'heureuse direction que sont disposés à suivre aujourd'hui la plupart de ceux qui travaillent à son avancement.

VARIÉTÉS.

OUVERTURE DE L'ÉTABLISSEMENT DES BAINS D'ENGHIEN.

L'établissement des eaux minérales d'Enghien sera ouvert au public le 1er mai prochain. Comme l'affluence des baigneurs a été l'an dernier si considérable qu'il n'a pas été possible de procurer des logemens à tous, et que plusieurs d'entre eux ont été dans la nécessité de faire le voyage de Barèges pour y trouver des eaux équivalentes, les administrateurs-propriétaires viennent d'ajouter à l'établissement des acquisitions nouvelles assez vastes pour recevoir beaucoup de monde.

Les nouveaux appareils ont été construits sous la direction de M. Bouland; leur action, réunie à celle des anciens appareils, étendra les ressources de la thérapeutique, et formera des bains d'Enghien l'établissement le plus complet qui existe en Europe.

Les eaux de la nouvelle source, analysées, sur la demande du ministre, par l'Académie de médecine, ont été trouvées parfaitement identiques avec les anciennes, et égales aux meilleures eaux connues du même genre. Elles sont d'une telle abondance, qu'elles peuvent suffire au service le plus actif.

Il serait superflu de rappeler tous les avantages qui résultent du voisinage de ces eaux si rapprochées de la capitale. S'il est, en effet, des maladies que de longs voyages peuvent soulager ou guérir, il en est beaucoup d'autres que la fatigue et les secousses inévitables d'une longue route peuvent agraver; telles sont les affections utérines, qui réclament le repos le plus complet, et dans lesquelles des mouvemens brusques peuvent provoquer des accidens redoutables. Nous rappellerons, à l'occasion de cet ordre de maladies, les résultats obtenus l'an dernier par l'emploi des eaux d'Enghien, résultats constatés par M. Lisfranc et qu'il a communiqués à l'Académie royale de médecine.

RÉSULTAT DU CONCOURS RELATIF A LA QUESTION PROPOSÉE PAR LA SOCIÉTÉ ROYALE DE MÉDECINE SUR LES RÉTRÉCISSEMENS DU CANAL DE L'URÈTRE.

Cinq mémoires sont parvenus au secrétariat; le docteur Ledain, de Paris, a obtenu le prix, consistant en une médaille en or de la valeur de 300 fr.; MM. Tanchou de Paris, et Warmé, chirurgien-aide-major à Saint-Cyr, ont obtenu une médaille en argent; enfin, M. Hubert de Montpellier, et Carlo Bruno de Turin, ont été associés aux travaux de la société par un diplôme de correspondant.

Questions mises au concours pour l'année 1837 :

« Le passage du choléra en France a-t-il suffisamment modifié les opinions médicales relatives au mode de sa propagation, pour qu'on puisse immédiatement changer sur ce point notre législation sanitaire? »

« Le mode de propagation de la fièvre jaune, de la peste et du typhus en général, est-il ou non analogue à celui du choléra-morbus; et la législation étant adoucie pour celui-ci, pourrait-on l'adoucir pour ceux-là? »

Un prix de la valeur de *cinq cents francs* sera accordé à l'auteur du meilleur mémoire.

— *Dictionnaire historique et iconographique de toutes les opérations et des instrumens, bandages et appareils de la chirurgie ancienne et moderne*; formant le complément de tous les autres dictionnaires de médecine, et le seul contenant l'histoire et les dessins de la partie mécanique de la médecine externe et de toutes les spécialités chirurgicales, telles que l'art de l'accoucheur, du dentiste, de l'oculiste, du bandagiste, etc., etc. Deux volumes in-8°, ornés de plus de 800 dessins intercalés dans l'ouvrage; par Colombat (de l'Isère). — L'ouvrage sera divisé en 16 livraisons, comprenant 50 feuilles de texte et 64 planches représentant plus de 800 dessins. — Le prix de chaque livraison, composée de 3 feuilles et de 4 gravures, est de 1 fr. 25 c. par la poste.

On souscrit à Paris, chez l'auteur, rue du Cherche-Midi, n° 91; et chez J.-B. Baillière, libraire, rue de l'Ecole-de-Médecine, n° 13 *bis*.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

PARIS. — ÉVERAT, IMPRIMEUR, RUE DU CADRAN, N° 16.

Gazette Médicale

DE PARIS.

LA GAZETTE MÉDICALE DE PARIS (*Gazette de santé* et *Clinique des hôpitaux* réunies) paraît tous les samedis de chaque semaine; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et équivaut à 6 feuilles in-8°. Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois. Pour l'Étranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Poissonnière*, n° 5, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

THÉRAPEUTIQUE.

DE LA DÉBILITÉ CONSIDÉRÉE DANS LES MALADIES NERVEUSES EN GÉNÉRAL, et de l'emploi des toniques dans l'aliénation mentale en particulier. Mémoire lu à la Société de médecine de Gand, le 7 avril 1835, par le docteur GUISLAIN, médecin en chef de la maison d'aliénés à Gand.

> Entre la faiblesse et l'inflammation vraie, il se trouve plusieurs états qui refusent de se prêter aux divisions des médecins systématiques. — BARRAS, *de la Gastralgie*.

Là où la maladie se traduit par les signes d'une activité organique exagérée, là où l'examen cadavérique n'annonce plus de rapport entre les symptômes morbides et l'état pathologique des tissus, on a cru devoir toujours admettre l'*irritation*, dans le sens attaché au mode inflammatoire, à l'exaltation pure et simple des phénomènes vitaux: comme si des agens ne pouvaient, d'une part, détruire la vie dans sa source même, et susciter des réactions de l'autre; comme si un érysipèle gangréneux à la jambe d'un hydropique ne résultait que d'une exaltation des forces, demandant comme moyens curatifs le régime antiphlogistique, les émolliens, les sangsues sur la partie enflammée.

Mais des progrès réels caractérisent la science au moment actuel. On revient à d'anciennes idées, mais à des principes qui, pendant plus de vingt-deux siècles, ont guidé les observateurs consciencieux. On est loin de ce temps où les maladies n'étaient considérées que comme des nuances diverses de la débilité, et déjà la doctrine de l'irritation ne nous reste plus que comme l'expression d'une brillante vérité, reconnue trop générale, trop exclusive dans ses nombreuses applications. L'action des causes débilitantes fixe l'attention: plus que jamais on reconnaît des agens qui frappent l'organisme à l'instar des poisons, détruisant la vie sans irritation préalable; on reconnaît dans les maladies une qualité organique indépendante de l'irritation, une providence intérieure qui réagit lorsqu'une cause quelconque menace nos organes, dans l'atonie comme dans l'irritation, dans l'ataxie comme dans l'intoxication. C'est la connaissance des *puissances nocives*, comme disaient les anciens, et leur mode d'agir sur l'organisme que le médecin doit surtout prendre pour guide dans le traitement des maladies.

Or, il est reconnu que l'exagération des phénomènes vitaux s'identifiant avec les caractères de la douleur, des convulsions et du désordre intellectuel, *naît et se développe sous l'influence de la débilité comme sous celle d'un vrai surcroît de forces*.

A l'estomac, une irritation de la muqueuse, une inflammation de ce tissu, déterminent les nausées et le vomissement; mais les nausées, le vomissement succèdent aussi à l'usage des alimens aqueux et mucilagineux. Ainsi les jeûnes prolongés, les alimens peu nourrissans déter-

---

Feuilleton.

LA VRAIE MÉDECINE DÉCOUVERTE PAR M. AZAÏS.

Cette découverte a été faite bien souvent depuis quarante ans. Il paraîtrait donc que c'est une chose assez facile, car toutes sortes de gens s'en sont mêlés, et ce sont même les moins habiles en apparence qui ont le mieux réussi. Les médecins qui sembleraient devoir s'y entendre un peu mieux que les autres, ont prouvé qu'ils n'étaient en ce genre que des écoliers. Qui voudrait, en effet, mettre en parallèle la faculté inventive de Rasori et celle de Cagliostro, celle de Broussais et celle d'Audin Bouvière, de Leroi, de M. de Saint-Gervais et de tant d'autres illustres inventeurs dont la France se glorifie à bon droit? Hahnemann, lui-même, tout grand qu'il est, ne peut être comparé à Mesmer. Quoi qu'il en soit, il est certain que la vraie médecine, que tant de pauvres d'esprit, comme vous et moi, regardent encore comme un problème, a été découverte dans ce siècle et sous nos yeux, par une infinité de gens. Il résulte de là qu'au lieu d'une seule vraie médecine, qui suffirait à la rigueur, nous en possédons une douzaine; or, comme on ne saurait avoir trop de vérités, empressons-nous d'accueillir celle que M. Azaïs vient tout fraîchement de tirer du puits.

M. Azaïs est, comme chacun sait, un homme célèbre par ses systèmes, par ses écrits et par son éloquence. Pendant de longues années, il a renouvelé dans ses beaux jardins de la rue de l'Ouest les merveilles du jardin d'académus. Il enseignait la philosophie comme Platon, en plain air, sous des arbres, au bruit des cascades. Sa théorie des *compensations* a fait le tour du monde, et son *explication universelle* mérite une place distinguée auprès des plus rares conceptions de la méthaphysique allemande. Après quelques années de silence, il vient de signaler sa rentrée dans l'arène philosophique par la découverte de la *vraie médecine et de la vraie morale* exposée, dans une brochure de 80 pages in-8°. Cet écrit est le résumé de quelques idées qu'il développa l'hiver dernier, dans ses *conférences philosophiques*. Ce n'est qu'un fragment, il est vrai, de ce vaste enseignement qui embrasse tout, un petit rameau du plus grand arbre scientifique qui ait jamais été planté, mais il est pour nous d'une importance majeure et d'un intérêt tout particulier.

Cette découverte, toute merveilleuse qu'elle puisse paraître à notre science routinière, est pourtant une chose fort simple, et qui n'a pas dû coûter beaucoup à l'inventeur. Elle n'est que la conséquence inévitable et nécessaire de sa découverte fondamentale de la *vérité première, de l'explication universelle*. La science universelle contient en effet toutes les sciences particulières, car qui a le

minent dans l'estomac de vives souffrances ; tandis que la douleur de cet organe caractérise, à son tour, les stimulations réelles, les inflammations, les ulcérations, les carcinomes de son tissu.

A la poitrine, mêmes phénomènes. Les anxiétés, les palpitations du cœur, la toux, l'asthme, sont dus à l'action des causes débilitantes, à la perte de sperme, de lait, à l'abstinence des alimens; mais les anxiétés, les palpitations, la toux et la dyspnée se présentent également comme symptômes d'une vraie irritation pulmonaire.

Au cerveau, l'usage inconsidéré des boissons conduit à l'exaltation cérébrale la plus désordonnée. C'est la *manie des ivrognes*. Mais la privation des spiritueux chez des hommes qui ont contracté l'habitude de s'enivrer, fait naître la même vésanie. C'est le *delirium tremens*. L'état convulsif provient, en certains cas, d'irritations du système nerveux, d'inflammations des méninges, de maladies du crâne; mais dans d'autres cas, les convulsions sont le résultat de causes déprimantes, telles que la frayeur; débilitantes, telles que les pertes de sang.

L'insomnie est un symptôme d'irritation cérébrale; mais il se présente dans les grandes débilités, souvent après de fortes déplétions sanguines.

Le tintement d'oreille est propre aux congestions cérébrales; mais il appartient aussi à la débilité.

La sensibilité de la rétine s'exalte par l'habitude de travailler à la lueur d'une vive lumière; mais elle s'exalte également chez les personnes qui se livrent avec excès aux plaisirs solitaires.

La pupille se dilate dans les irritations vermineuses, mais cette dilatation se retrouve comme symptôme de la débilité.

La céphalalgie frontale, l'hémicranie est due aux inflammations des méninges, à la trop grande réplétion de l'estomac, à l'indigestion, à des écarts de régime; mais cette douleur se déclare à la suite d'hémorrhagies abondantes, accompagne la débilité de l'estomac, succède à l'abstinence des alimens.

Des douleurs lancinantes ressenties dans les membres sont propres à l'atonie de l'estomac; elles le sont aussi à son état inflammatoire, et nous voyons la réaction fébrile naître par irritation et succéder à la débilité : par irritation dans les nombreux cas des maladies de ce nom; par débilité après de fortes hémorrhagies, par exemple, dans les cas de pertes des fluides sécrétés, après la ponction dans l'hydropisie, dans le choléra; dans ceux d'un épuisement lent des forces vitales, à l'approche de la mort chez les vieillards.

Voilà donc des modes d'être de la vitalité qui, tout en offrant entre eux des phénomènes identiques dans les caractères extérieurs de la maladie, présentent dans les causes qui les font naître une diversité d'action on ne peut plus frappante. Nous demanderons si ce n'est pas cette diversité qui constitue le fond, la nature des maladies?

Ainsi, lorsque dans le choléra le cœur réagit et rallume les forces éteintes, lorsque, dans le cours d'une maladie grave, il se déclare une diarrhée, un flux sanguin, une diaphorèse, une éruption qui dissipe le mal; lorsqu'enfin dans la gangrène d'un os long nous voyons un cylindre osseux se former autour de l'os malade, faudra-t-il donc, dans ces efforts conservateurs de notre organisme, ne voir toujours qu'une irritation, qu'une tendance automatique du principe vital?

Aux modifications les plus incompréhensibles de la vitalité, doit être rapportée l'action si variable, si diverse de nos médicamens donnés dans des circonstances en apparence identiques; les exaltations les plus fortes se calment, dans une infinité de cas, par un traitement stimulant ou tonique. C'est ainsi que la cardialgie, dans laquelle les souffrances sont intolérables, s'aggrave par un traitement antiphlogistique, tandis qu'on la traite avec succès par les sédatifs et les toniques. Les arômes, les huiles volatiles, les éthers, conviennent dans les entéralgies nerveuses; et il est prouvé que la plupart des maladies convulsives ne cèdent point aux agens débilitans, mais qu'elles se dissipent plus souvent par les toniques et les stimulans diffusibles. L'irritation développée par une seule cause peut affecter en même temps le système nerveux et le système vasculaire; elle peut exiger d'une part des agens qui calment la douleur ou arrêtent les retours périodiques de la maladie, et de l'autre demander l'emploi des moyens qui dissipent l'éréthisme vasculaire, l'état inflammatoire. L'effet des premiers, on l'obtient par les sédatifs, les narcotiques, les toniques; celui des autres, par le régime débilitant, les émolliens et les déplétions sanguines. Ce traitement mixte, composé de la cure débilitante au début, de la cure antinévrosique au déclin du mal, n'est-il point de rigueur dans une infinité de cas, dans beaucoup de maladies cérébrales, par exemple, dans les affections qui siégent dans des organes à structure nerveuse, qui se déclarent chez des sujets dont le tempérament offre une prédominance du système nerveux, dans les fièvres intermittentes essentielles, dans le rhumatisme aigu, qui reste si souvent rebelle au régime sévère, aux saignées, tandis que les narcotiques et les agents antipériodiques emportent presque toujours ce mal? Que dire enfin de ces fièvres rémittentes qui tantôt naissent, tantôt se dissipent par une vive frayeur; de ces névralgies, de ces inflammations caractérisant les fièvres masquées et pernicieuses, et dans lesquelles toute débilitation produit de si funestes suites? Je laisse à d'autres l'explication de telles irritations.

On n'a pas encore précisé les caractères qui, dans les maladies mentales, annoncent l'altération pure et *simple* du *système nerveux*; on n'a point encore admis dans ces maladies un état de *débilité* caractérisée par un surcroît de *réaction fonctionnelle* : le terme de *mobilité nerveuse*, par lequel Cullen et d'autres après lui ont si bien désigné ce mélange d'irritabilité et de faiblesse, semble devenu un mot, sinon vide de sens, du moins déplacé dans l'histoire des irritations; et c'est au diagnostic et au traitement des maladies mentales que j'applique particulièrement cette remarque, à la manie surtout, affection qui, à différentes époques, a passé par toutes les épreuves possibles du régime débilitant.

Il est une condition pathologique qu'il importe de ne point perdre de vue, et dont l'importance, il faut le dire, n'a point jusqu'ici été appréciée suffisamment; c'est un certain ordre dans la succession des accès morbides, un type pendant lequel il s'opère dans la nature du mal même un changement consistant dans une progression de l'état actif au passif. Ce revirement dynamique (1), quoique ne s'annonçant pas par des symptômes toujours fort évidens, influe puissamment sur l'action des agens thérapeutiques; il se retrouve dans toutes les maladies qui, par des accès successifs, marchent vers un apogée, et il se révèle surtout par une propension à la cachexie et une tolérance pour les agens toniques. C'est ainsi que, pour nous servir d'une comparaison, ce caractère morbide se présente d'une manière frappante dans les fièvres in-

(1) *Diadoxis* des anciens pathologistes.

plus a le moins; et celui qui sait tout saura aussi la médecine, car qui dit tout n'excepte rien. Or, telle est précisément la science de M. Azaïs. Sa doctrine n'est rien moins que la solution du problème du monde; elle donne le dernier pourquoi et le dernier comment de toutes choses, à peu près comme Dieu pourrait le faire, s'il voulait bien nous communiquer son secret. Au reste, M. Azaïs n'est pas le seul philosophe de nos jours en possession de l'omni-science. La plupart des philosophes allemands croiraient ne rien savoir sur rien, s'ils ne savaient tout sur tout. Ils dédaignent, et ils ont bien raison, ces prétendues sciences qui se bornent à compter, à comparer, à décrire, à classer sous le ridicule nom de *faits*, toutes les apparences phénoménales qui passent comme des ombres devant les yeux de l'esprit et du corps, et ils prétendent qu'il ne peut résulter de ces énumérations et additions qu'une vaine et insignifiante fantasmagorie. Ils pensent, ces grands hommes, que pour mesurer une chaîne il faut en tenir les deux bouts. Il n'y a, selon eux, d'autre vérité que la vérité absolue. La raison humaine étant identique à la raison divine peut connaître toutes choses d'une connaissance parfaite et adéquate, et toute philosophie digne de ce nom doit être une explication absolue et universelle. Nous avons déjà un assez bon nombre de ces explications, qu'ils appellent des constructions. On peut, par conséquent, choisir.

Il est évident que ces philosophies, étant la science absolue, doivent donner la clef de toutes les sciences particulières. Il serait contradictoire qu'on sût, par exemple, ce que représentent les mots : esprit, Dieu, matière, espace, existence, et qu'on ignorât ce qu'est la fièvre; qu'on expliquât parfaitement le motif et le mode de la création, et qu'on ne pût expliquer le mécanisme d'une gastrite; qu'on connût très-distinctement les vrais rapports existant entre Dieu, la natur[e] et l'homme, et qu'on ignorât les fonctions de la rate; qu'on pût enfin répondre pertinemment et avec pleine connaissance de cause à cette question : Pourquoi y a-t-il quelque chose? et qu'on restât court pour celle-ci : qu'est-ce que la gale?

Ces grands philosophes ne s'expliquent pas toujours suffisamment sur ces menus détails qui seraient pourtant si utiles à connaître. Ils se contentent d'ordinaire de poser quelques prémisses fondamentales dont ils laissent à d'autres le soin de poursuivre les conséquences. C'est là d'ordinaire l'affaire des disciples qui, par malheur, soit faute de logique, soit par quelque autre raison, ne savent rien tirer de ces admirables formules qui, contenant tout, ne rendent rien; de sorte qu'on a la douleur de posséder la science universelle sans posséder aucune science particulière; on est philosophe, mais on n'est ni astronome, ni physicien, ni chimiste, ni médecin; on sait la raison première et dernière de tout en général, mais en particulier, de rien. Le célèbre auteur de la *Philosophie de la nature* est le seul, à notre connaissance, qui n'ait pas dédaigné de descendre à ces applications de détail. M. Schelling, en effet, ne s'est pas contenté de nous donner en bloc la science absolue condensée dans sa formule A = A. Il l'a déroulée dans tous les sens, et en a tiré un grand nombre d'autres sciences, et en particulier une médecine qui ne peut être que vraie, si elle est logiquement déduite de la formule supérieure de tout le système, dont l'évidence mathématique est certes incontestable.

M. Azaïs a suivi cet exemple. Il a fait une physique qui, pour n'être pas approuvée de l'Académie des sciences, n'en est pas moins bonne, puisqu'elle est déduite du principe même qui régit l'univers, savoir : *le balancement universel par voie de compensations exactes*, lequel principe est démontré. Aujourd'hui

termittentes ; ces affections, après s'être annoncées d'abord par une exaltation des forces exigeant l'emploi des débilitans, passent au bout de quelques accès à l'état asthénique, tout en conservant les caractères extérieurs de réaction.

Or, c'est ce passage de l'état de force à celui de faiblesse qu'il importe de saisir dans le traitement des phrénopathies ; c'est sur cette période du mal qui ne consisteque dans une mobilité nerveuse, qui n'est plus entretenue que par des habitudes fonctionnelles du système nerveux, que le médecin doit surtout diriger ses vues. Je me plais à citer ici le nom du docteur Barras, qui a rajeuni ce principe si bien connu de nos devanciers, en l'appliquant au traitement des gastralgies.

C'est avec raison que ce praticien habile dit qu'on ne peut se faire une idée des névroses, si l'on se borne à l'observation de leurs caractères extérieurs, et, sous ce rapport, le diagnostic offre des difficultés et exige des connaissances pratiques spéciales ; car le mal peut revêtir le caractère d'une forte exaltation et reconnaître dans sa source un état de débilité. Toutefois, les phénomènes qui, dans les fièvres intermittentes, invitent à l'emploi des toniques fébrifuges, peuvent de même chez les aliénés nous servir de guides : or, presque tous se résument dans un état spécial du système sanguin, se manifestant par une décoloration, un amaigrissement plus ou moins prononcés, et une manière particulière d'être du pouls. Il est difficile d'indiquer l'époque à laquelle cette *mutabilité morbide* se déclare : les causes débilitantes, les hémorrhagies, les saignées, la favorisent ; elle se montre promptement, lorsque le trouble intellectuel éclate subitement ; elle est imperceptible, nulle, si la maladie procède lentement. Il est une période dans l'aliénation, et c'est de la manie surtout que nous parlons, caractérisée par la décoloration des lèvres, des bords des paupières et des ouvertures nasales ; c'est à cette époque que le malade maigrit, que l'urine est pâle, décolorée, que le pouls offre une fréquence particulière sans dureté, annonçant la nécessité d'employer les toniques ; la figure est expressive, mais sillonnée, les traits sont douloureux ; l'œil est mobile, et la conjonctive offre un état pathognomonique, une teinte bleuâtre qui acquiert quelquefois une intensité si forte, qu'elle se rapproche d'un bleu de ciel assez éclatant : cet état de l'œil se retrouve en effet chez tous les hommes faibles et délicats ; il appartient aux constitutions nerveuses ; on le trouve très-prononcé chez les femmes leucorrhéiques, chez celles épuisées par un allaitement prolongé ou par d'abondantes hémorrhagies menstruelles ; chez les personnes atteintes de fièvres intermittentes chroniques : et dans l'aliénation, la cyanose de la conjonctive est d'autant plus prompte à se déclarer que le malade s'est trouvé sous l'influence de causes directement débilitantes ; c'est ainsi que j'ai fait voir qu'elle se rencontre constamment chez ceux de ces malades qui refusent de manger.

La fréquence du pouls est en raison directe, chez les aliénés, de l'exagération des phénomènes intellectuels ; dans la manie, il offre une célérité d'autant plus remarquable que la névrose cérébrale est moins accompagnée de congestion sanguine ou lymphatique. Mais dans la période asthénique de cette maladie, la fréquence du pouls est extrême ; de même dans les fortes douleurs physiques les pulsations sont à peine sensibles, au point que l'artère n'offre plus qu'une trémulation et semble vide. C'est alors que vous rencontrerez une couleur bleue très-apparente aux lèvres, aux ongles et au scrotum.

Après l'administration du sulfate de quinine seul ou combiné avec l'opium, les pulsations artérielles se relèvent ; d'abord il y a moins de fréquence dans leur succession ; ensuite les systoles deviennent plus sensibles, et, à mesure que le pouls gagne en force et diminue en fréquence, l'agitation cérébrale se calme, la loquacité décroît, le sommeil revient, et la convalescence se décide au moment où les pulsations ont acquis leur type normal ; la guérison est assurée, si un léger abattement musculaire succède au retour de la circulation. Quelquefois, dans la manie, le pouls offre une lenteur remarquable ; c'est lorsque cette maladie offre une propension à passer à l'extase ; et, dans les cas de cette nature, le moyen antipériodique ne m'a point paru avoir les mêmes chances de succès que lorsque le pouls offre l'extrême fréquence dont il s'agit.

L'occasion favorable à l'administration des toniques dans l'aliénation mentale ne se déduit point exclusivement de l'action des causes débilitantes, quoiqu'elles exaltent fortement l'irritabilité cérébrale (dans ce cas sont une lactation prolongée, des saignées, des hémorrhagies copieuses) ; la faiblesse du système nerveux est indépendante aussi de ces causes, et elle se présente plus souvent comme résultat de l'hypertonie organique. Toutefois, on ne peut considérer cette période d'invasion et d'accroissement morbide comme l'expression d'une irritation franche, et dans le sens attaché aux irritations inflammatoires ; car le traitement employé dans les phlegmasies n'a point, dans les maladies nerveuses, développées même sous l'influence de causes irritantes, ce succès éclatant et assuré qu'on obtient dans les phlegmasies. Le régime débilitant, les émolliens, calment bien les souffrances dans la période hypertonique des névroses et quelquefois les dissipent entièrement ; mais dans la plupart des cas, l'emploi des saignées, des sangsues, le régime affaiblissant, ne conduisent à rien moins qu'à exalter l'irritabilité morbide, et avec d'autant plus de promptitude qu'on a recours à ces moyens dans une période déjà avancée de la maladie ; or, l'expérience atteste le succès des toniques dans les maladies nerveuses, et il est étonnant de voir qu'on en ait si rarement invoqué l'usage dans les phrénopathies. J'ai fait ressortir ailleurs les avantages qui se rattachent à l'emploi des toniques dans les aliénations mentales ; j'ai démontré l'utilité de ces moyens dans les mélancolies : d'autres faits sont venus confirmer ce que j'ai dit sur les vertus du sulfate de quinine dans ces espèces de maladies.

Ce qui arrête ordinairement les praticiens dans l'emploi des toniques chez les aliénés, c'est l'idée d'un état congestionnel ou inflammatoire du cerveau ; je vais donc tâcher d'établir les caractères spécifiques qui distinguent les phrénopathies avec altération névrosique, et surtout la manie, de ceux qui sont propres aux aliénations avec congestion.

L'exagération dans les attributs fonctionnels du cerveau caractérise l'état névrosique du cerveau chez les aliénés. La manifestation des sentimens, des passions, de la volonté, des idées est telle chez les maniaques, qu'ils franchissent, en un instant, tous les échelons des impulsions et des actes intellectuels ; un rien éveille leurs soupçons et provoque leur haine ; ils pleurent et rient presque en même temps : la mobilité de leurs traits est excessive ; l'élocution est facile chez eux ; leur force musculaire est prodigieuse, et tous leurs actes locomoteurs, quoique prompts et violens, sont admirablement coordonnés. Leur mémoire est exaltée ; ils se retracent les faits avec une netteté remarqua-

---

il vient d'esquisser une médecine théorique et pratique basée sur le même principe. C'est par hasard qu'il a dirigé ses investigations de ce côté ; et voyez à quoi tiennent les plus grandes découvertes ! Si M. Léon Simon n'avait pas professé l'*homœopathie* dans la même salle où M. Azaïs professait l'*explication universelle*, M. Léon Simon n'aurait pas eu la pensée de faire des objections à M. Azaïs, qui, pour répondre à ces objections, ne se serait pas occupé de médecine. Deux ou trois conversations avec ce médecin décidèrent M. Azaïs à exposer sa doctrine médicale ; il se trouva bientôt prêt, car, comme il le dit lui-même, tous les sujets sont de son domaine ; et leur liaison réciproque au moyen du principe universel, lui donne la Faculté de les traiter tous à l'instant. C'est à cette circonstance que nous devons une théorie médicale que son auteur n'hésite pas à déclarer la seule vraie et inébranlable, attendu, dit-il, qu'il la fera découler du principe universel. C'est là en effet une raison sans réplique.

Cette théorie est d'une simplicité telle qu'on peut l'exposer en quelques lignes, et qu'un enfant peut la comprendre.

Dans l'univers, tout est en mouvement et cependant en équilibre, ce qui ne peut avoir lieu que par le balancement croisé de tous les mouvemens. Ce balancement croisé, exécuté librement, constitue l'état normal, l'ordre de la nature ; s'il est troublé par quelque cause, les mouvemens, au lieu de se balancer également, s'entrechoquent ; il y a alors désordre, état *critique* de la nature. Ainsi, par exemple, l'état normal de l'atmosphère est la succession des deux vents généraux qui circulent du pôle à l'équateur et de l'équateur au pôle. Cette distribution régulière constitue la *santé* de l'atmosphère ; mais lorsque le soleil, à l'époque des équinoxes, détruit cet équilibre, l'atmosphère est en crise, elle est *malade*. Le balancement croisé des mouvemens finit toujours par se rétablir, pourvu qu'on le laisse agir librement.

Dans le monde organique il en est de même ; l'*adolescence* dans les êtres organisés et surtout dans l'homme, et l'*âge mûr*, sont deux époques *critiques* analogues aux deux équinoxes de l'atmosphère ; elles sont signalées par des troubles violens, mais passagers, suivis du retour à l'équilibre si une fausse médecine ne s'en mêle pas.

Dans l'économie animale même phénomène, la vie n'est que le résultat de deux mouvemens opposés, dont l'un *afférent*, va de la circonférence au centre, et l'autre *efférent*, va du centre à la circonférence ; ce que l'anatomie confirme notamment dans le système vasculaire. Lorsque ces deux impulsions opposées, au lieu de se succéder régulièrement, se combattent comme les vents équinoxiaux il y a *maladie*. Ce combat est représenté surtout par la *fièvre*. On peut comparer aussi la vie organique à un concert. Lorsque toutes les parties marchent ensemble, l'orchestre se porte bien. Mais si une seule des parties concertantes presse ou ralentit la mesure ou change le ton, l'orchestre est malade.

Voilà la pathologie, voici la thérapeutique.

Quand il y a tempête, orage dans l'atmosphère, comment se rétablit le calme ? par un effort général de toute la masse qui finit par surmonter l'action des causes qui ont entravé sa circulation régulière. Lorsque dans un concert il y a dissonance, comment se rétablit l'harmonie ? par les efforts de tout l'orchestre qui force la partie rebelle à rentrer dans l'ordre, ou qui lui impose silence. Toute *maladie* se termine de même. C'est l'économie entière qui seule peut la guérir, soit en faisant rentrer dans l'équilibre organique la partie troublée, soit en supprimant son action quand elle n'est pas d'une importance majeure. La thérapeu-

ble, et l'intelligence offre, par momens, une élévation, une lucidité, à laquelle on ne s'attendrait guère chez des personnes qu'on croit dépourvues de cette faculté! Des myriades d'idées se traduisent par la parole, confuses, il est vrai, et sans enchaînement.

Ce qui frappe dans *l'état congestionnel*, c'est un affaiblissement graduel dans les actes du cerveau, en raison directe toujours de l'abondance du sang qui engorge cet organe. C'est ainsi que ce fluide comprime et gêne la fibre nerveuse dans ses fonctions, en même temps qu'il devient cause stimulante, et engendre des symptômes d'irritation. C'est le cas de tous les organes enflammés; car l'inflammation détermine d'une part des phénomènes d'irritation, de l'autre elle paralyse l'attribut fonctionnel de l'organe. Ainsi lorsque la rétine est le siége d'une congestion, la vue se perd, tandis que ce sens s'exalte fortement dans certaines névroses de cette membrane. Le coryza s'annonce toujours par l'abolition de l'odorat; et l'impressionabilité pour les odeurs s'accroît dans presque toutes les névroses par débilité. Dans les gastrites, l'appétit cesse, la chymification est impossible; et dans la cardialgie, au milieu des vives souffrances qui caractérisent cette maladie, l'appétit se soutient et les digestions se font bien : parfois une faim dévorante annonce le retour de cette affection.

Ainsi, dans l'engorgement inflammatoire du système cérébral des aliénés, il y a affaiblissement, extinction graduelle de la sensibilité considérée au moral comme au physique; le malade ne témoigne aucune douleur lorsqu'on irrite sa peau; il regarde sans voir et entend sans écouter; il est sans crainte, n'éprouve aucune aversion; sa volonté se trouve enrayée, sa force physique éteinte; ses traits sont immobiles, son élocution lente, confuse, impossible : ses mouvemens sont indécis, ses membres paralysés sont à la fin le siége de violentes irritations : et, du côté de l'intelligence, nullité complète, nulle conception; aucune appréciation des impressions de relation; extinction progressive des sentimens, de la mémoire, de toutes les idées; propension au sommeil comateux.

D'après cet exposé, il est facile de voir dans l'état névrosique une exaltation des phénomènes intellectuels, une réaction dans les forces cérébrales qui, conduisant à l'extase, au délire, à la démence, n'offre aucun indice d'un état paralytique, soit du système intellectuel, soit des muscles. Dans l'état congestionnel, la réaction cérébrale est impossible; les actes cérébraux sont enrayés. Toutefois, entre ces extrêmes il y a des états mixtes dans lesquels, d'une part, sont représentés l'exaltation fonctionnelle constituant la manie; de l'autre, la paralysie, la rigidité, les convulsions, la démence, phénomènes propres à la congestion. Dans cette occurrence l'aliéné offre en même temps et une exaltation des plus désordonnées et une soustraction frappante, caractéristique, des manifestations intellectuelles; la première s'annonçant par la manie, l'autre par la perte graduelle des idées de relation, par l'extinction de la mémoire, par la marche vacillante et les contractions subconvulsives des muscles. Dans tous les cas, l'état de la langue éclaircit le diagnostic; car dans les moindres congestions des hémisphères cérébraux elle s'embarrasse, sans que la bouche éprouve de déviation. On jugera d'après ceci de quelle importance il est d'avoir égard à la prononciation, lorsqu'il s'agit de l'emploi des toniques chez les aliénés.

Un type intermittent est propre à toutes les phrénopathies, appréciable seulement à la période accroissante ou au déclin de ces affections; car après des explosions dans lesquelles les accès morbides s'étendent progressivement, le mal acquiert, à la période stationnaire, un type continu. C'est ce caractère, également propre à la plupart des névroses, qui doit nous conduire à l'emploi des moyens antipériodiques. Sous l'emploi du fébrifuge chez les aliénés, et dans ces aliénations caractérisées par un état névrosique, les intervalles lucides se dessinent d'abord et s'élargissent à mesure que les accès morbides offrent une durée et une intensité moindres. Toutefois, il y a ceci de particulier dans les aliénations cédant à l'emploi des toniques, c'est que la convalescence n'est pas brusque comme il arrive lorsqu'on arrête les accès d'une fièvre intermittente; l'amélioration est graduelle; la guérison n'est complète qu'au bout de quelques semaines ou de quelques mois après l'emploi du remède, même administré à haute dose. Dans l'état congestionnel, les intermittences, la périodicité dans la succession des phénomènes cérébraux, se remarquent aussi; mais, n'étant point remplacées par une lucidité parfaite, elles ne sont, en quelque sorte, qu'ajoutées au groupe des symptômes annonçant la congestion. C'est le système nerveux qui, dans ses explosions réagissantes, se fait jour à travers les phénomènes appartenant à la lésion du système sanguin, à celle du système lymphatique. Toutefois ici se montrent des exacerbations véritablement fébriles, intermittentes ou rémittentes, précédées, dans beaucoup de cas, par des frissons auxquels succède une période de chaleur et une abondante diaphorèse. Lorsque l'engorgement sanguin a acquis une extension suffisante pour comprimer la masse cérébrale au point d'éteindre dans ce tissu la sensibilité, l'état fébrile alors ne se montre plus que par des accès que séparent de longs intervalles, et toujours accompagnés de symptômes formidables.

MISÈRE, CHAGRIN, FRAYEUR; ACCOUCHEMENT : DIX-SEPT JOURS APRÈS, MANIE FURIEUSE. GUÉRISON PAR LES TONIQUES.

OBS. I. — Amélie Timmerman, âgée de 36 ans, entre à notre établissement le 27 mars 1834, offrant les indices d'une violente manie, caractérisée par des cris, des vociférations, des actes bizarres. Il résulte des renseignemens qui nous sont donnés qu'elle est veuve avec sept enfans, dont le plus jeune est illégitime, et âgé seulement de dix-sept jours. Durant l'accouchement, elle eut à essuyer de grandes privations, et depuis long-temps elle était exposée à la misère; il paraît même que, pendant le part, elle éprouva de vives frayeurs, qui se renouvelèrent le cinquième jour de sa délivrance. Le trouble intellectuel se déclara subitement dix-sept jours après l'accouchement.

Du 27 mars au 2 avril, cette malade, isolée dans une cellule spéciale, se fit remarquer par l'incohérence la plus complète dans les paroles, par sa voix rauque, ses cris, son état de fureur; par la faiblesse de son pouls, la couleur terne de sa face, la couleur bleue prononcée des conjonctives et la dilatation des pupilles. — Je prescris l'isolement et un régime tonique; de la gelée de viande et 20 grains de sulfate de quinine à prendre en vingt-quatre heures.

Continuation du même régime et du sulfate de quinine pendant huit jours; au bout de ce temps, amélioration sensible; expression des yeux naturelle. L'état convulsif des traits fait place à un regard de honte; rien de déraisonnable dans la parole; elle annonce même une certaine culture de l'esprit. Il y a aphonie, et la malade parle à voix basse; le pouls est fréquent, la température de la peau normale.

Du 3 avril au 15 du même mois, l'amélioration est progressive; le sommeil est bon; la malade repose tranquillement dans son lit; les pupilles sont contractées; les joues s'injectent; le pouls est lent. La malade se plaint d'un vide qu'elle dit ressentir dans le crâne.

Par une erreur de la sœur servante, la malade parla à un de ses proches, et pendant cette entrevue elle eut à essuyer des reproches. Dès cet instant, elle fut-

---

tique consiste donc uniquement à soutenir la force vitale des organes sains, dont l'intervention est essentiellement médicatrice. L'exercice modéré de tous les organes sains et libres, et la satisfaction de tous les désirs et besoins qui s'y développent, est la première règle médicale; et par la même raison on doit repousser tout médicament qui répugne, toute pratique désagréable; jamais de saignées, car elles affaiblissent l'organe circulatoire; point de purgatifs ni de diète forcée, qui affaiblissent l'estomac; point d'applications irritantes extérieures, qu'on les appelle révulsives, dérivatives ou autrement, car elles affaibliraient l'appareil cutané. En somme, point de *remèdes*, parce qu'il n'en est aucun qui ne soit repoussé par l'instinct animal, et qui ne trouble plus ou moins l'économie et n'entrave ses efforts médicaux et curatifs. Si les animaux guérissent si vite, c'est qu'ils ne s'opposent pas à l'action des causes naturelles; et s'il existait une pharmacie de l'atmosphère, on n'aurait presque jamais de beaux jours.

Telle est la *vraie médecine* selon M. Azaïs. Elle avait déjà été formulée, et avec bien plus de détail encore il y a cinq ans, par M. Lopès, médecin espagnol, et disciple de M. Azaïs, dans une thèse soutenue à la Faculté de Paris. C'est là, je crois, le seul médecin en France, et peut-être en Europe, qui connaisse et pratique la *vraie médecine*; ce qui est désolant. Il y en avait un autre encore, M. Hourelle, de Reims; mais malheureusement il mourut au moment où il allait publier hautement sa profession de foi médicale.

Tout en admirant cette théorie comme elle le mérite, nous ne pouvons lui prédire un grand succès. Il ne suffit pas qu'une médecine soit *vraie* pour réussir, car il y a déjà beaucoup de médecines vraies; on en fait chaque jour une nouvelle, et on ne sait plus trop laquelle préférer. Celle de M. Azaïs a beau descendre en droite ligne du principe universel, elle ne séduira personne tant qu'elle ne s'établira pas sur la base bien autrement solide de la pharmacie. Toute médecine qui renonce à calmer les nerfs, à purifier le sang et à purger les humeurs, est une abstraction et une chimère. Quant à nous, fidèles aux traditions fondamentales de notre art, nous resterons invariablement attachés à la pathologie nébuleuse, arbitraire, variable, incohérente, et à la thérapeutique cruelle qu'on nous a enseignées à l'école. Nous saignerons en dépit du principe d'*expansion*; nous purgerons en dépit de la loi de *transpiration* universelle; nous cautériserons en dépit de l'état de *vibration*. La fausse médecine ne cessera jamais de vivre à côté de la véritable, comme l'ivraie à côté du bon grain; et les sages qui se chargent de révéler au monde les plus précieuses vérités, trouveront toujours des sourds ou des ingrats semblables à nous; car il faut que tout ait sa compensation. Notre aveuglement rentre, comme tout autre fait de ce monde-ci et de tous les mondes, dans l'*explication universelle*. M. Azaïs voudra bien nous comprendre dans cette vaste amnistie que son système philosophique accorde à toutes les opinions. Il nous pardonnera d'avoir traité si légèrement un travail si sérieux. Il peut même se féliciter d'en être quitte à si bon marché, car sa médecine est pour nous une véritable déclaration de guerre; si elle était adoptée, nous serions tous perdus, corps et biens, et il faut être bien magnanime pour supporter aussi paisiblement de telles attaques.

— M. Piorry commencera le mercredi 13 avril, à 8 heures du matin, salles Saint-Laudry et Saint-Joseph, à l'Hôtel-Dieu, ses leçons cliniques pour le semestre d'été; la visite aura lieu tous les jours à la même heure. M. Piorry se propose de traiter principalement, pendant ce semestre, des applications pratiques de la percussion au diagnostic et au traitement des maladies de chaque appareil organique. Les élèves qui le désireront seront exercés en particulier à la percussion.

agitée, ne dormit plus, les traits se décomposèrent, et une profonde mélancolie remplaça son état de calme et de tranquillité.

Par des soins assidus, la nourriture substantielle et le quinquina donné en décoction, on ramena la malade à la convalescence.

Elle quitta l'établissement le 20 du mois de juillet de la même année, dans un état de guérison parfaite.

ACCOUCHEMENT; CARACTÈRE JALOUX*; MANIE FURIEUSE; SUCCÈS PAR LES TONIQUES.

OBS. II. — Madame T..., s'était fait remarquer dès les premiers jours de son mariage par une injuste jalousie, des soupçons et des accusations dirigées contre son mari. Après une année de mariage, elle mit au monde un enfant bien portant, et cet événement ne changea rien à son humeur. N'ayant pu donner le sein à son enfant, elle se sentit encore enceinte quelques mois plus tard, époque à laquelle les préludes d'une aliénation mentale se firent insensiblement apercevoir. Toutefois, l'accouchement se fit sans aggravement au moral. Madame T... devenue enceinte d'un troisième enfant, l'aliénation fut cette fois-ci caractéristique. L'accouchement eut lieu au mois d'octobre 1834; et, quatre jours après la délivrance, éclata un accès de manie caractérisée par des transports furieux; je trouvai la malade dans un état de désordre extrême; il me semble encore entendre l'accent aigu et le ton emphatique de sa voix, qu'accompagnait un déluge de paroles incohérentes. Les yeux étaient saillans, assez fortement injectés; la face pâle; le pouls excessivement fréquent.

Au bout de trois semaines de délire, d'agitation, d'insomnie, on remarque moins de trouble le matin. Toutefois, il y avait une grande irrégularité dans ces rémissions fort incomplètes d'ailleurs. La langue était sèche et les lèvres étaient fendillées. Je donnai le camphre, mais sans succès.

La pâleur extrême de la face et des urines, la blancheur éclatante de la conjonctive, la trémulation du pouls, me firent avoir recours au quinquina, donné sous la forme d'une décoction concentrée.

Le lendemain soir, la malade éprouva un frisson suivi de moiteur à la peau. Je fis ajouter à la décoction 20 grains de sulfate de quinine; au bout de quatre jours de l'emploi de ce moyen, on eut une rémission complète, et six jours plus tard un intervalle lucide parfait de deux jours, suivi d'un accès de délire moins violent cependant que les précédens. A cette époque, la malade avait pris en tout 60 grains de sulfate de quinine et 6 onces de quinquina rouge en décoction. Le mieux-être continua.

14 novembre. Cinq semaines de maladie; le sommeil est paisible; une certaine dureté se fait sentir dans le pouls, mais il a perdu toute sa fréquence; la langue est pâle et large, il reste toutefois une propension à la loquacité, et la malade conserve un ton emphatique dans la conversation, dont elle se corrige cependant au bout de quelques jours.

Depuis cinq mois, cette personne est guérie; toutefois, son caractère jaloux primitif est resté au même degré; elle a même des momens d'humeur dans lesquels on observe une certaine intermittence morbide.

ACCOUCHEMENT, MÉNORRHAGIE, CONTRARIÉTÉS; MANIE FURIEUSE. GUÉRISON PAR LES TONIQUES.

OBS. III — Une fermière âgée de 39 ans, mère de quatre enfans, d'une constitution sanguine, robuste, entre à notre établissement le 3 juillet 1833, atteinte de manie.

Il faut isoler la malade dans une chambre obscure, car son exaltation est grande. Par ses vociférations, ses cris prolongés, elle porte le trouble dans toute sa division. Les idées de relation sont éteintes, et pendant plusieurs jours elle refuse avec obstination de manger. Elle se défait de ses vêtemens. Les traits sont douloureux et le pouls est très-fréquent.

Il résulte des renseignemens obtenus que la malade est relevée de couches depuis sept semaines seulement; que l'écoulement des lochies, d'abord abondant; s'est supprimé ensuite, et que ce flux s'est montré derechef, mais à l'état hémorrhagique, malgré une saignée qui fut pratiquée sans avantage, et quinze sangsues appliquées à la tête; car la malade se plaignait de céphalalgie. On se tint à l'expectation pendant quatre semaines, pendant lesquelles le flux sanguin se supprima et reparut alternativement. A cette époque, cette personne eut à essuyer des contrariétés suscitées par des militaires logés chez elle: elle s'en affecta vivement, au point d'en perdre le sommeil et d'offrir les symptômes que nous venons de voir.

Elle passa quatre mois dans un isolement complet, sans qu'il fût presque possible de lui laisser quelque liberté. Pendant tout ce temps elle refusa de manger, et il fallut les efforts les mieux combinés pour vaincre sa résistance. Le pouls était d'une fréquence extrême, et les traits étaient décomposés.

En novembre, on fit un essai en la plaçant dans la division des aliénés tranquilles, mais il fallut reconduire la malade chez les maniaques.

En janvier 1834, j'eus recours au sulfate de quinine donné à la dose de trente grains administrés en vingt-quatre heures de temps, et continués pendant plusieurs jours.

On obtint un résultat tellement avantageux, que la manie fit graduellement place à un état de mélancolie et d'abattement. Le sulfate, après en avoir continué l'usage, fut remplacé par une décoction de quinquina; et au bout de deux mois de traitement, cette personne sortit de notre établissement dans un état de guérison parfaite.

GROSSESSE, CONTRARIÉTÉS, COLÈRE; MANIE FURIEUSE; SUCCÈS DES TONIQUES; RECHUTE PAR LA LACTATION.

OBS. IV. — Joséphine M..., âgée de 38 ans, d'une complexion forte, sanguine, entra à notre établissement le 16 octobre 1834, enceinte de sept mois et demi.

Nos informations portent que, quelque temps avant son entrée, elle éprouva des revers domestiques suivis d'une violente colère.

Il faut l'isoler: elle se livre aux actes les plus extravagans, à la fureur la plus désordonnée. Afin de préserver l'abdomen de contusions, et de prévenir un accouchement prématuré, il fallut la lier dans son lit.

Le cinquième jour de son entrée, une rémission dans les symptômes morbides se fait remarquer vers le soir, et le lendemain un intervalle lucide fort court se montre à midi. Deux jours après, la rémission eut lieu le matin. Dans cet état de calme, les idées restent cependant confuses; toutefois nous pûmes laisser la malade libre dans son lit sans liens aucuns.

Après avoir pris une décoction saturée de quinquina, la malade offrit un allégement remarquable dans son état. Il restait encore un air de folie; l'aliénée m'appelait son frère. Je fis ajouter à la décoction tonique quinze grains de sulfate de quinine. Les nuits étaient encore agitées.

11 novembre, vingt-septième jour de son entrée, l'amélioration est remarquable: rectitude dans les réponses, plus d'illusions. La décoction est continuée; toutefois on supprime le sulfate de quinine. On accorde à la malade de voir un de ses parens. Elle a pris jusqu'ici 9 onces d'écorce du Pérou en décoction, et 50 grains de sulfate de quinine.

La malade fit de vives instances pour faire ses couches chez elle; contrariée de mon refus, elle devint rêveuse et mélancolique. Afin de prévenir une récidive, j'accordai sa demande, et dès cet instant son air morose disparut.

Retournée chez elle elle accoucha, le 1er décembre, d'un enfant bien portant. Dans le fort de l'enfantement, elle fut prise de délire pendant une demi-heure à peu près.

J'avais donné des injonctions précises à la malade pour qu'elle n'allaitât point son enfant; elle crut pouvoir les transgresser, et vers la fin de décembre, vingt-cinq jours après sa délivrance, elle se leva la nuit, et se livra à plusieurs extravagances. Rentrée à l'établissement, elle crie, frappe, se débat; le pouls est très-fréquent, la peau froide; les traits sont décomposés et les lèvres bleuâtres. (Isolement dans une chambre obscure; de la gelée de viande et une décoction de quinquina rouge, avec addition de 20 grains de sulfate de quinine.)

Jusqu'au 24, refus de manger, voix rauque, couleur bleue des conjonctives. Dans la matinée du 23, la malade se défait de ses liens et vide d'un trait la fiole contenant la décoction et le sulfate. Dans l'après-midi du 24, elle eut un intervalle lucide de plusieurs heures. Le 25, rémission vers le soir durant une heure. (Décoction avec addition de 30 grains de sulfate de quinine et un grain d'acétate de morphine.) Bonne nuit. Le 30, chants, loquacité, plaintes. — Cet état continue; et au moment actuel, mois de mars, la malade entre en convalescence.

MANIE; INTERMITTENCE COMPLÈTE; SULFATE DE QUININE; GUÉRISON; RECHUTE; GASTRITE.

OBS. V. — M. ***, âgé de 60 ans, doué d'une constitution éminemment nerveuse, ayant éprouvé de grandes contrariétés, se sentait depuis plusieurs jours agité et livré à de sombres réflexions, lorsque, le 8 septembre 1834, il fut pris d'un accès de manie avec penchant au suicide.

Le malade fut d'abord saigné au bras, mais sans allégement; il quitta sa maison et se rendit dans une ville voisine, où il fit plusieurs extravagances. Reconduit chez lui, une saignée fut instituée au pied, et le soir une troisième déplétion fut faite à la même partie.

Lucidité complète pendant la journée qui suivit ces évacuations; mais le soir, subitement et sans prodrômes, une manie éclata, qui dura pendant 24 heures. Il y eut encore un intervalle lucide d'un jour. Vers le soir, tristesse, loquacité, délire complet. Appelé en consultation, il fut résolu d'administrer dix grains de sulfate de quinine et un grain d'acétate de morphine, divisés en cinq pilules. Pendant trois jours il ne se fit remarquer aucun symptôme d'aliénation.

Le 13 septembre il se déclara le soir, vers sept heures, un symptôme étrange: une forte secousse se fit sentir à l'épigastre, que le malade compara à un coup électrique. Cette sensation se renouvela cinq fois dans quelques instans. Le malade s'en alarma fortement. Des symptômes de gastrite se déclarèrent, et il fallut supprimer le remède.

Le 14, les mêmes secousses se renouvelèrent vers le soir. Le sulfate de quinine fut donné en lavemens pendant plusieurs jours, avec ce seul résultat que les secousses épigastriques cessèrent de se faire sentir; mais le moral se dérangea de nouveau, le sommeil était agité; le malade priait constamment à voix basse, et conçut une forte aversion pour sa fille unique. Il fallut supprimer le remède, l'état des premières voies s'opposant à son emploi. Dans la suite le trouble mental s'est aggravé au point de nécessiter la séquestration du malade.

MALADIE DE POITRINE; MANIE; TONIQUES; GUÉRISON.

OBS. VI. — Un vieillard âgé de 60 ans avait séjourné pendant plus d'un an à l'hôpital civil, atteint d'une affection de poitrine caractérisée par des symptômes d'asthme, lorsqu'au mois de juin 1834, après avoir épuisé tous les secours de l'art, une manie se déclara, qui détermina le médecin de service à renvoyer ce malade et à le confier à nos soins.

Jour et nuit cet aliéné inquiète ses camarades par sa loquacité, ses cris et ses chants; une incohérence complète règne dans ses idées; toutefois les idées de relation persistent. Le pouls est fréquent, petit, trémulent; l'urine est claire, la face contractée; les yeux sont saillans, scintillans; les conjonctives cyanosées, et la chaleur de la peau est diminuée.

L'ensemble de ces phénomènes annonçant une lésion du système nerveux, j'eus recours au quinquina donné en extrait, et à la dose de 2 drachmes par jour. Le succès de ce moyen fut tel, qu'au troisième jour de son emploi le désordre intellectuel avait totalement cessé. Le remède fut continué pendant deux mois. Mais à peine les symptômes cérébraux avaient disparu, que le mal de poitrine recommença de nouveau

Jusqu'à la mort du malade, qui arriva huit mois après la cessation du trouble intellectuel, il n'éprouva pas la moindre rechute.

TREIZE ANS; MALHEURS; MANIE; GUÉRISON PAR UN RÉGIME FORTIFIANT.

OBS. VII. — Une fille âgée seulement de 13 ans est apportée à notre établissement dans un état de manie complète. Sa figure porte l'expression de la rage et

de la frayeur; le regard est souffrant, plaintif; les yeux sont saillans, la conjonctive brillante et cyanosée, les pupilles dilatées; les lèvres sont sèches et pâles; tout le corps est maigre; le pouls offre une fréquence extrême, et la peau est froide au toucher. Dès qu'on adresse la parole à la jeune malade, elle pousse des cris, bat des jambes et parle un langage incohérent. Il résulte des renseignemens fournis sur la cause de sa maladie, qu'elle fut très-malheureuse par suite du décès de sa mère; qu'elle fut repoussée par l'homme que sa mère avait épousée en secondes noces; qu'elle était à la charge d'un oncle qui la renvoya chez une tante, et qu'elle sollicita en vain l'appui de ses proches. Deux mois après la mort de sa mère, il se déclara chez elle une manie caractérisée par les symptômes que nous venons d'indiquer.

Je prescrivis quinze grains de sulfate de quinine incorporé dans du sirop d'amandes; mais le remède ne fut pas pris, car au moindre effort pour le faire accepter, la malade déploya une violente résistance. Je ne voulus point l'irriter, et remplaçai ce moyen par la gelée de viande, que la petite malade prit volontiers et en abondante quantité. Déjà au bout de cinq à six jours, on remarqua une amélioration sensible dans son état; elle ne pleurait presque plus. Le sommeil revint, et les yeux moins hagards exprimaient plus de calme. Insensiblement le désordre intellectuel disparut comme par enchantement; et jusqu'à l'entière convalescence on continua l'usage de la gelée de viande jointe à d'autres alimens analeptiques. L'enfant gagnant de l'embonpoint, on la mit au régime ordinaire.

MANIE A DIX-HUIT ANS; GUÉRISON AU BOUT DE SIX MOIS; RETOUR DE LA MANIE A VINGT-DEUX ANS; INVASION TOUS LES DIX-HUIT JOURS, ET PENDANT QUATRE ANNÉES SUCCESSIVES; GUÉRISON PAR LE SULFATE DE QUININE.

OBS VIII. — N. D... fut pris, à 18 ans, d'une phrénopathie qui paraît avoir offert tous les caractères de la manie, et qui avait succédé à des contrariétés, et même à une frayeur assez vive. Cette première explosion du mal se dissipa au bout de six mois.

A 22 ans, nos commotions politiques agissant vivement sur le moral de cette personne ne tardèrent pas à provoquer le retour de sa manie, qui, cette fois-ci et dès le début, se caractérisa par des intermittences très-prononcées et un type régulier remarquable; car tous les dix-huit jours il y eut un retour de la maladie, et chaque fois la durée de l'accès était de quinze jours environ. Le malade était triste à chaque invasion, abattu pendant un ou deux jours; mais bientôt les traits changèrent; une gaîté enfantine, un rire continuel remplaça cet état, jusqu'à ce que des impulsions fantastiques portèrent le malade à déchirer ses habits, à briser ses meubles. Le dixième, le onzième jour, il survint un assoupissement, qui se termina par le retour à la santé. Pendant les intervalles lucides, le malade jouit d'une intégrité intellectuelle parfaite, vaquant à ses affaires et assistant même aux divertissemens publics vers lesquels sa position sociale le ramenait sans cesse. Le retour des accès était tellement régulier, que, pendant tout le cours de sa maladie, ils n'ont jamais dépassé le terme de dix-huit jours.

La maladie durait depuis quatre ans; lorsque je fus consulté. Les saignées, les sangsues à la tête, à l'anus, avaient été invoquées souvent, largement instituées, mais sans le moindre succès. J'eus recours au sulfate de quinine, que je donnai pendant les intervalles lucides et durant quatre mois successifs, au point que le malade en consomma une très-grande quantité; car à chaque période lucide il en prit à peu près deux scrupules. Un grain d'extrait gommeux d'opium fut donné tous les jours pendant la même période.

Cette médication eut pour résultat de diminuer d'abord l'intensité des accès, sans en arrêter le retour régulier; mais tout à coup, au mois de septembre 1834, les accès ne reparurent plus. Un léger amaigrissement, un calme parfait au moral m'annoncent, au moment actuel, une guérison durable.

Les faits que nous venons de rapporter attestent des succès constatés : chez Joséphine M..., une rechute fut déterminée par une cause affaiblissante, l'allaitement; chez un autre malade, une inflammation du tube digestif me fit renoncer aux toniques : nous voyons l'irritabilité cérébrale s'exalter après de fortes hémorrhagies, après la saignée; nous voyons même une de nos malades dans son état de grossesse être prise d'aliénation mentale à la suite d'un accès de colère, et malgré cette stimulation cérébrale qui parle si haut en faveur d'un état actif du cerveau, nous voyons la disparition des symptômes morbides succéder à l'usage du tonique fébrifuge.

Je me garde toutefois de considérer cet agent comme une panacée offrant, dans tous les cas éventuels, des résultats assurés : car bien des fois je l'ai employé sans aucun succès. Ce succès même se rattache parfois à une tendance déjà existante vers la guérison, de manière que le remède ne fait qu'accélérer une convalescence tardive. Il est reconnu d'ailleurs que l'administration des toniques, comme de tout autre médicament, est difficile chez les aliénés : ils croient voir dans tout ce qu'on leur fait prendre, une substance nuisible à leur santé, un poison même. Je dirai plus, la constitution actuelle de l'atmosphère m'a paru favoriser depuis quelque temps l'action de ces moyens; et sons ce rapport il y a identité entre ce que nous observons chez les aliénés, et chez beaucoup de malades atteints de névroses. Il paraît même que ces maladies, ainsi que les fièvres intermittentes, depuis l'irruption du choléra, du moins dans nos provinces basses et voisines des polders, ont pris une intensité que nous ne leur connaissions pas avant l'apparition du fléau indien. Qui de nous, en effet, n'a point remarqué, depuis la dernière invasion de cette maladie, une apparition insolite de névralgies, de la tête surtout, se manifestant sous la forme inflammatoire, et qu'on combat avec un succès assuré par les agens fébrifuges?

Mais, sous un autre rapport, nos recherches nous ont semblé avoir de la portée, en ce qu'elles nous font voir les aliénés, soumis à l'action du sulfate de quinine, le supporter sans offrir la moindre exaltation cérébrale. J'ai donné ce médicament à de très-fortes doses; j'en ai continué l'usage pendant plusieurs mois, sans que jamais des symptômes aggravans se soient manifestés : et sous ce rapport, le cas de Joséphine M..., enceinte de sept mois, forte et pléthorique, récupérant sous l'emploi des toniques sa santé morale, est, je crois, propre à fixer l'attention des praticiens. L'état de grossesse seul aurait, je n'en doute point, conduit plus d'un médecin à combattre le trouble intellectuel par les déplétions sanguines. Or, dans les cas d'aliénation mentale avec caractère névrosique, résistant à l'action du sulfate de quinine, je ne saurais attribuer l'insuccès du remède à des qualités trop excitantes; son inefficacité m'a semblé plutôt dépendre d'un manque de vertus médicamenteuses assez prononcées, assez puissantes.

A cet égard, je ferai observer en passant que j'ai vu, et je dirai avec étonnement, des maniaques furieux supporter de fortes doses de boissons, telles que la bierre, le vin, l'eau-de-vie même, être pris d'un degré d'ivresse assez prononcé, sans offrir le moindre aggravement dans leur maladie : dans des cas j'ai même observé de l'allégement, après un premier degré d'ivresse, et nous connaissons l'effet salutaire produit dans la manie des ivrognes par le vin et l'opium.

Nous voyons dans les cas qui précèdent des hémorrhagies utérines, des saignées employées pour les combattre, exalter outre mesure l'irritabilité cérébrale. Or, des praticiens à qui l'étude des maladies mentales est familière, ont fait voir combien les évacuations sanguines exercent une influence fâcheuse sur le cerveau : et malgré les suites les plus déplorables auxquelles conduit la saignée dans les maladies mentales, il est vraiment douloureux de voir avec quelle aveugle confiance on a recours à ce moyen dans le traitement de ces maladies.

Loin de moi, toutefois, de vouloir exclure la saignée du traitement des phrénopathies; ce serait tomber dans l'erreur que je m'efforce de combattre, ce serait établir des propositions trop générales, et qui, de tout temps, ont fait un mal incalculable à la science. La saignée peut être utile dans les maladies mentales, pour prévenir des congestions, des désorganisations du tissu cérébral; des observations prouvent même qu'instituées au début du mal, elles en ont quelquefois arrêté la marche, et, sous ce rapport, le désordre intellectuel se rapproche des maladies nerveuses dans lesquelles parfois une saignée emporte le mal. Mais de telles réussites sont rares chez les aliénés; car je puis attester que, depuis plus de quinze ans que je dirige mon observation sur ces malades, il ne s'est point encore présenté dix cas desquels je puis dire que les déplétions sanguines ont opéré une guérison complète. J'ai fait à mon établissement le relevé des aliénés entrés pendant plusieurs années, après avoir été saignés plus ou moins souvent, et, à de très-faibles exceptions près, j'ai pu constater un aggravement dans les symptômes. Ces moyens calment bien en apparence l'irritabilité du cerveau, quelquefois ils donnent aux intervalles lucides un caractère intermittent prononcé; mais, dans le grand nombre des sujets, ils préparent à l'incurabilité : je dirai plus, dans les cas de congestion cérébrale, les saignées n'ont pas le succès qu'on serait en droit d'en attendre chez les aliénés, comparativement à leur efficacité dans d'autres maladies avec congestion inflammatoire du cerveau : elles arrêtent la propension à l'état comateux, rendent la marche tant soit peu plus libre, dissipent même la contracture des muscles; mais elles sont sans effet appréciable sur le moral proprement dit; le trouble intellectuel augmente progressivement, au milieu de l'allégement apparent suite des soustractions sanguines. Or, le succès de ces moyens est si peu constaté dans les cas de congestion, de ramollissement cérébral, que je dois à la vérité de dire, que je ne me souviens pas d'avoir guéri un seul aliéné offrant de l'embarras dans la prononciation et une marche plus ou moins vacillante. L'unique résultat est souvent de rendre la maladie stationnaire, de progressive qu'elle était dans sa marche.

Je termine cet exposé par la relation d'un fait qui prouve jusqu'à quel point on peut porter l'exagération dans l'emploi des agens thérapeutiques dont il s'agit.

OBS. IX. — Un jeune homme atteint de manie entre à notre établissement, et, à ma visite du lendemain, je le trouve mort dans sa couche; les paupières ouvertes, les doigts contractés; les avant-bras fléchis et serrés contre le sternum, les genoux élevés; la peau est d'une blancheur remarquable. L'ouverture du corps ne laisse voir aucune lésion organique appréciable. L'arachnoïde offre une parfaite transparence; nulle part on ne trouve de sang dans les vaisseaux encéphaliques. Le cœur est d'une exiguité frappante; on dirait qu'il a subi de violentes contractions dans les derniers instans. Nulle apparence de suicide; trace toutefois d'une petite incision faite à la tempe gauche.

Voici les renseignemens que j'obtins plus tard sur les antécédens de ce malade. Elevé par des personnes étrangères, il ignore sa naissance jusqu'à l'âge de 19 ans,

et conçoit à cette époque des soupçons qui ne tardent pas, après des recherches multipliées, à lui donner quelque certitude sur ses parens. Jour et nuit il s'occupe de ce secret; il parait avoir l'esprit troublé; et après bien des recherches et des démarches, il se rend dans une ville de France, où il parvient à découvrir sa mère qui occupe un rang distingué dans la société. Après plusieurs jours d'hésitation, il se ménage une entrevue avec cette dame, mais il est repoussé, et avec dureté. A l'instant même il quitte la ville, se rend dans un village voisin, où déjà les symptômes d'une aliénation décidée se manifestent la nuit de son arrivée. Le chirurgien de l'endroit lui ouvre une veine au bras, et il parait que le sang coula abondamment. Dans la journée qui suivit cette opération, le malade éprouva de fortes anxiétés, et une seconde saignée lui fut pratiquée. Alors on le conduisit à Gand, où il fut confié aux soins d'un médecin qui lui fit appliquer vingt sangsues aux tempes. L'aliénation prit un caractère de forte exaltation; l'aliéné ne dormait plus et était affecté d'un tremblement général. Pendant un jour il fut calme; mais bientôt les anxiétés et les propos décousus, le besoin de marcher, de quitter la maison, se montrèrent de nouveau. Après quinze jours de manie, on invoqua le secours d'un autre médecin qui pratiqua une saignée du pied. Le malade refusait de manger, restait debout dans un coin de sa chambre, et ne répondait mot aux questions qui lui étaient adressées. Le lendemain une artère temporale fut ouverte, et on eut de la peine à arrêter l'hémorrhagie, qui fut abondante. Un tremblement violent succéda à cette dernière déplétion, alternant avec les transports les plus violens. C'est dans cet état qu'au bout de quelques jours ce malheureux avait été conduit dans notre hospice.

CLINIQUE CHIRURGICALE DE LA PITIÉ.

LEÇON DE M. LISFRANC SUR L'EMPLOI DU MURIATE DE BARYTE CONTRE LES TUMEURS BLANCHES.

Il y a fort long-temps que le muriate de baryte avait été conseillé contre les scrophules. Dans les ouvrages de matière médicale, on a établi que ce médicament ne devait être donné qu'à une dose extrêmement faible. C'est à M. Pirondi que l'on doit des idées plus exactes sur ce médicament et sur son efficacité. Cepraticien, dont les recherches ont été consignées dans la thèse de son fils, et dans la GAZETTE MÉDICALE DE PARIS de 1834, a expérimenté ce médicament à Marseille, et l'a porté graduellement à une dose si élevée, qu'elle paraît effrayante, c'est-à-dire jusqu'à 2 gros dans 4 onces d'eau distillée, pris en 24 heures. Nous avons répété ces essais, et voici le résultat de nos expériences.

On fait dissoudre six grains du médicament dans quatre onces d'eau distillée; toutes les heures, le malade prend une cuillerée à bouche de cette solution, excepté une heure avant et deux heures après le repas. Chose remarquable, il faut que le malade, pour supporter le médicament, s'abstienne de boire du vin et de manger de la viande, et soit soumis à l'eau pure et à une alimentation végétale. Au bout de huit jours, à moins qu'il ne survienne des accidens notables, on porte la dose à 12 grains pour la même quantité d'eau distillée, et ainsi de suite, on va graduellement. Quelques précautions sont indispensables pour assurer l'effet du médicament et pour prévenir quelques accidens; ainsi l'on recommande au malade de ne pas exposer la bouteille qui contient cette solution à l'action du soleil, parce que sous cette influence il se forme un précipité qui rend les dernières cuillerées beaucoup plus concentrées que les premières; et pour éviter plus sûrement encore cet inconvénient le malade devra agiter la bouteille avant de prendre chaque cuillerée de la solution.

Le médicament cause quelquefois des douleurs assez légères vers l'estomac, ou bien une simple pesanteur; s'il n'y a pas d'autres accidens on continue, et ordinairement l'estomac s'habitue, les douleurs s'évanouissent. Si au contraire des nausées, des vomissemens et autres signes d'irritation gastrique surviennent, si même quelques légers symptômes d'empoisonnement se manifestent, il faut suspendre le médicament pendant quelques jours; y revenir ensuite avec plus de précautions et augmenter plus lentement les doses. Mais il faut faire état ici de l'influence des climats, si justement signalée par Hippocrate, dans son Traité sur les eaux, l'air et les lieux. En effet, tandis qu'à Marseille le muriate de baryte a pu être porté à la dose de deux gros, nous n'avons pas pu à Paris dépasser celle de 48 grains, et souvent nous n'avons pu l'atteindre. Interrogez les malades des numéros 14 et 26 de la salle Saint-Augustin, et vous verrez qu'elles ont éprouvé quelques symptômes d'empoisonnement, légers, il est vrai, la première à la dose de 48, la seconde à la dose de 26 grains. Ces accidens ayant été combattus avec peu de succès par le vin sucré conseillé par M. Piroudi, ont été bientôt dissipés par l'emploi du blanc d'œuf. Dans ce moment, nous expérimentons le mercure en frictions sur la plupart de nos malades et un petit nombre d'entre eux sont soumis au muriate de baryte : voici cependant les résultats que nous avons constatés tout récemment, et qu'il est bon de reproduire en détail pour mieux fixer les idées des praticiens.

Un malade du n° 8 de la salle Saint-Louis porte une tumeur blanche au coude; la dose qu'il prend n'est encore que de 12 grains; cependant le volume de la tumeur est diminué d'un demi-pouce à sa partie supérieure; au milieu et en bas la diminution est nulle. Le malade du n° 18 même salle Saint-Louis, porte deux tumeurs blanches, une à chaque coude, et prend maintenant 24 grains du médicament. Le volume de la tumeur du côté droit n'a pas changé en haut; il a diminué de deux lignes au milieu et de deux lignes également en bas. Du côté gauche, il y a une diminution de volume d'un demi-pouce en haut, d'un demi-pouce au milieu et d'un tiers de pouce en bas; ces deux malades sont assez manifestement scrophuleux.

La malade du n. 14, salle Saint-Augustin, porte une tumeur blanche du genou; elle prend actuellement 36 grains; depuis la dernière fois qu'on a pris les mesures, la tumeur a diminué d'un pouce et demi en haut, d'autant au milieu et d'un pouce en bas. Cette malade a une constitution légèrement scrophuleuse.

La malade du n° 26, même salle, n'est pas scrophuleuse; elle porte aussi une tumeur blanche du genou, et prend maintenant 26 grains de muriate de baryte par jour. La tumeur, depuis les dernières mesures, a diminué d'un pouce et quart en haut, d'un pouce et demi au milieu, d'un pouce enfin à la partie inférieure. Tous les résultats que nous venons d'indiquer ont été obtenus en quinze jours.

Chez les malades nombreux que nous avons soumis à cette méthode dans le cours de l'été dernier, nous avons obtenu des effets analogues; et voici en définitive les conclusions auxquelles nous sommes arrivés aujourd'hui.

1° En général la tumeur blanche a été beaucoup amendée; la guérison a été quelquefois obtenue.

2° Les succès ont été plus marqués chez les malades scrophuleux; résultat déjà démontré par M. Pirondi.

3° Dans des cas assez rares le muriate de baryte seul a obtenu la guérison.

4° Au bout d'un certain temps, l'état de la maladie étant devenu stationnaire, il a fallu revenir à une autre méthode. Plus tard, le muriate de baryte, employé de nouveau sur les mêmes sujets, a produit d'excellens effets.

5° La méthode peut réussir contre les tumeurs blanches à l'état aigu et à l'état chronique.

6° Jamais des accidens graves n'ont eu lieu par l'emploi du médicament; les accidens légers que nous avons observés ont toujours cédé très-facilement et très-promptement aux moyens simples que nous venons d'indiquer.

7° Un effet non pas constant, mais assez fréquent, a été le ralentissement de la circulation; plusieurs malades offrant dans l'état ordinaire 60 à 80 pulsations, n'en ont présenté que 40 à 50, et même 25 sous l'influence du médicament.

8° Nous avons vu dans certaines circonstances le médicament, continué pendant un mois à la dose de 12 grains, produire autant d'amendement que si, comme chez d'autres malades, la dose du muriate de baryte avait été graduellement augmentée.

9° N'omettons pas de faire remarquer que les accidens légers éprouvés par nos malades, se sont fait observer le plus ordinairement lorsque le muriate de baryte, employé déjà à une dose assez élevée, produisait les effets les plus avantageux sur la maladie, et en avait presque amené la guérison.

10° Nous avons souvent associé au muriate de baryte la compression ou les évacuations sanguines locales, par exemple; et souvent aussi de la combinaison de ces moyens ont résulté des effets extraordinairement avantageux.

Donc le muriate de baryte, suivant la méthode de M. Pirondi, est une vraie conquête chirurgicale. Quelques observations ajoutées aux considérations générales qui précèdent serviront de complément à cette leçon.

TUMEUR BLANCHE SCROPHULEUSE AIGUE DE L'ARTICULATION DU COUDE GAUCHE; TRAITEMENT PAR LE MURIATE DE BARYTE.

OBS. I. — Jules Gontier, âgé de 17 ans, entra à la Pitié, salle Saint-Louis, n° 8, le 17 novembre, portant une tumeur blanche aiguë du coude gauche, avec deux fistules fournissant une abondante suppuration. La maladie datait de cinq mois; elle reconnaissait pour cause une chute que le malade avait faite sur le coude dix-huit mois auparavant.

Tumeur volumineuse, chaude, rouge et très-douloureuse; impossibilité de fléchir l'avant-bras.

Le 20 novembre, muriate de baryte porté en un mois à la dose de 24 grains. Les douleurs ont notablement diminué ainsi que le volume de la tumeur; diminution d'un pouce à la partie supérieure. Aucun changement aux parties moyenne et inférieure.

TUMEUR BLANCHE SCROPHULEUSE DOUBLE DE L'ARTICULATION DU COUDE; TRAITEMENT PAR LE MURIATE DE BARYTE.

Obs. II. — Charles Sibil, âgé de 21 ans, constitution lymphatique, entra à la Pitié, salle Saint-Louis, n° 10, le 7 août 1835, portant une tumeur blanche aiguë à chaque articulation du coude, dont il était affecté depuis quatre ans, sans cause connue; les coudes étaient chauds, douloureux, les mouvemens de flexion et d'extension presque impossibles.

Administration du muriate de baryte pendant trois mois. On a porté à 30 grains la dose du médicament.

Coude gauche. Diminution de deux tiers de pouce à la partie supérieure.
Un pouce à la partie moyenne.
Un pouce trois lignes à la partie inférieure.
Coude droit. Deux lignes de diminution à la partie supérieure.
Pas de diminution à la partie inférieure.
Deux tiers de pouce à la partie moyenne.

C'est donc le coude gauche, qui était le plus volumineux et le plus douloureux, qui présente aussi le plus de diminution.

TUMEUR BLANCHE RHUMATISMALE AIGUE DE L'ARTICULATION DU GENOU; TRAITEMENT PAR LES FRICTIONS MERCURIELLES ET PAR LE MURIATE DE BARYTE.

Obs. III. — Ce malade entra à la Pitié, salle Saint-Louis, n° 11, le 27 août 1835, portant une tumeur blanche rhumatismale aiguë de l'articulation du genou droit, contre laquelle le muriate de baryte fut employé pendant six semaines et porté graduellement à la dose de 36 grains. On obtint en un mois un pouce de diminution à la partie supérieure, autant à la partie moyenne; un demi-pouce à la partie inférieure de la tumeur.

L'amendement ayant suspendu sa marche pendant quinze jours, on renonça au muriate de baryte; et l'on employa les pilules de calomel, qui ne produisirent autre chose que des symptômes d'irritation gastrique, sans déterminer la salivation. Alors on mit en usage deux gros d'onguent mercuriel en frictions sur les membres thoraciques; salivation abondante; amendement notable des douleurs; diminution de la tumeur.

Un pouce et demi à la partie supérieure.
Un pouce à la partie inférieure.
Un demi-pouce à la partie moyenne.

TUMEUR BLANCHE SCROPHULEUSE DU GENOU GAUCHE; TRAITEMENT PAR LE MURIATE DE BARYTE, LES FRICTIONS MERCURIELLES, ET LE CALOMEL ET L'OPIUM.

Obs. IV. — Camus Mathieu, âgé de 23 ans, cultivateur, entra à la Pitié, salle Saint-Louis, n° 34, le 5 novembre 1834, portant une tumeur blanche du genou gauche, dont il était affecté depuis quatre ans.

A l'entrée du malade à la Pitié, le genou était tuméfié, chaud, douloureux à la pression; le malade ne pouvait fléchir la jambe qu'avec beaucoup de peine

Du 26 mai 1835 jusqu'à la fin du mois d'août, administration du muriate de baryte porté successivement à la dose de 38 grains.

Diminution des douleurs et du volume de l'articulation; un demi-pouce à la partie supérieure; deux lignes à la partie inférieure; un demi-pouce à la partie moyenne.

Même état jusqu'au 15 novembre 1835. A cette époque, frictions mercurielles sur la jambe gauche et sur les deux avant-bras. Ces frictions furent faites pendant trois semaines, et ne déterminèrent qu'une salivation peu abondante. Diminution des douleurs à la partie interne du genou; diminution du volume de la tumeur, une ligne à la partie supérieure, inférieure et moyenne.

Deux jours après son entrée à l'hôpital le malade avait été soumis au traitement par les pilules mercurielles qui avaient produit une abondante salivation et une diminution très-notable de la tumeur.

Diminution de 4 lignes à la partie supérieure.
2 lignes à la partie moyenne.
4 lignes à la partie inférieure.

TUMEUR BLANCHE SCROPHULEUSE CHRONIQUE DU GENOU GAUCHE; TRAITEMENT PAR LE MURIATE DE BARYTE, LES PILULES DE CALOMEL ET D'OPIUM, ET LES FRICTIONS MERCURIELLES.

Obs. V. — Jaluzot, âgé de 30 ans, constitution scrophuleuse, entra à la Pitié, salle Saint-Louis, n° 35, le 15 janvier 1835, portant au genou gauche une tumeur blanche chronique dont il était affecté depuis quatre ans environ.

Pilules de calomel et d'opium; salivation abondante; diminution notable de la tumeur; deux pouces de diminution à la partie supérieure; un pouce à la partie moyenne; deux pouces à la partie inférieure.

Muriate de baryte commencé le 26 mai et administré pendant deux mois, jusqu'à la dose de 38 grains; diminution de la tumeur, un pouce à la partie supérieure; autant à la partie moyenne; un demi-pouce à la partie inférieure.

Frictions mercurielles commencées le 15 novembre; au bout de quinze jours, salivation abondante; diminution de deux lignes à la partie supérieure; autant à la partie inférieure; une ligne et demie à la partie moyenne.

M. Lisfranc s'est ensuite retranché sur l'emploi de la compression et des frictions faites avec la pommade d'hydriodate de potasse. Ce malade et le précédent qui a été soumis à l'usage de ces deux derniers moyens, sont sur le point de sortir guéris.

TUMEUR BLANCHE SCROPHULEUSE AIGUE DE L'ARTICULATION DU GENOU GAUCHE; TRAITEMENT PAR LE MURIATE DE BARYTE.

Obs. VI. — Madame Hubert (Florence), âgée de 24 ans, tempérament lymphatique, entra à la Pitié, salle Saint-Augustin, n° 14, le 26 mai 1835, pour y être traitée d'une tumeur blanche de l'articulation du genou gauche, dont elle était affectée depuis quatre ans.

Il y avait un an que la malade ne pouvait plus se servir de son genou: l'articulation, d'un tiers plus volumineuse que celle du côté opposé, était chaude, assez sensible à la pression, surtout aux parties latérales de la rotule et au-devant du ligament rotulien.

Les mouvemens de flexion et d'extension étaient presque impossibles.

28 mai, 6 grains de muriate de baryte. La dose de ce médicament a été successivement portée à 48 grains dans l'espace de deux mois. A cette époque, les douleurs étaient beaucoup moindres, et la tumeur avait diminué d'une quantité très-notable.

Diminution de la tumeur après deux mois de traitement par le muriate de baryte: partie supérieure, un demi-pouce; partie moyenne, un pouce; partie inférieure, un demi-pouce.

Dès-lors on a associé au muriate de baryte, continué encore pendant quelque temps, la compression et les frictions avec la pommade d'hydriodate de potasse. Depuis l'emploi de ces moyens la tumeur a diminué d'une manière très-remarquable.

Aujourd'hui l'articulation n'offre aucun symptôme de tumeur blanche; les mouvemens sont encore un peu gênés; la malade va sortir.

TUMEUR BLANCHE CHRONIQUE DE L'ARTICULATION DU GENOU GAUCHE; TRAITEMENT PAR LE MURIATE DE BARYTE.

Obs. VII. — Mlle Mauguet, âgée de 23 ans, couturière, tempérament sanguin, entra à la Pitié, salle Saint-Augustin, n° 25, pour y être traitée d'une tumeur blanche de l'articulation du genou gauche. Cette tumeur s'était manifestée à l'âge de 12 ans, à la suite d'une chute que la malade avait faite sur l'articulation fémoro-tibiale.

A l'entrée de la malade à l'hôpital, il y avait quatorze mois qu'elle ne pouvait plus se livrer à la marche; le genou était dans la demi-flexion; l'articulation considérablement tuméfiée, surtout à sa partie supérieure, était très douloureuse, sans même qu'on exerçât aucune pression.

19 juin. On a commencé à donner à la malade 6 grains de muriate de baryte: la dose de ce médicament est successivement portée à 26 grains. Il devient impossible à la malade de supporter une dose plus forte.

Un mois après le commencement du traitement, les douleurs et la tumeur ont beaucoup diminué.

Au 1er septembre, cessation du muriate de baryte, qui ne peut plus être supporté.

Diminution de la tumeur: partie supérieure, deux tiers de pouce; partie moyenne, un demi-pouce; partie inférieure, un tiers de pouce.

Les douleurs ont totalement disparu.

La compression et les frictions fondantes employées depuis la cessation du muriate de baryte, ont réduit encore de beaucoup le volume de la tumeur.

TRAVAUX ACADEMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 28 MARS 1836.

M. Chevalier adresse pour les prix de Montyon un essai sur les fabriques de poudre fulminante, et sur un moyen propre à préserver les ouvriers qui y travaillent du contact des vapeurs acides.

— M. Beau présente dans le même but un mémoire manuscrit intitulé: Recherches d'anatomie pathologique sur une forme particulière de dilatation et d'hypertrophie du cœur, et un mémoire imprimé: Recherches sur les mouvemens du cœur.

— M. Delean demande qu'un appareil pour l'extraction des calculs de la vessie, qu'il avait présenté sous enveloppe cachetée, en date du 2 novembre 1833, soit admis au concours.

— M. Hossard, d'Angers, dépose un paquet cacheté contenant le dessin d'un appareil dont il n'indique point la destination.

— M. de Blainville donne, d'après une lettre de M. Gay, naturaliste, quelques détails sur la tendance des reptiles dans l'hémisphère austral à devenir vivipares.

— M. Geoffroy St-Hilaire lit la première partie d'un mémoire sur l'enfant de Syra.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 26 mars. — Présidence de M. Louyer-Willermay.

— M. Maingault lit un extrait d'un mémoire de M. Faure, sur l'emploi de la saignée dans quelques maladies graves et sur l'usage des irrigations d'eau froide dans la bouche pour atténuer et arrêter les mauvais effets du fluide nerveux détérioré.

— M. Honoré fait un rapport sur un ouvrage manuscrit intitulé: *Oracle de Cos*, ou code de médecine naturelle hippocratique; par M. Lesage, médecin à Vierzon (Cher).

Le rapporteur conclut à adresser des remercîmens à l'auteur, et à l'inscrire sur la liste des candidats pour les places de correspondant. (Adopté.)

— M. Gimelle fait un rapport sur des crochets destinés à maintenir héantes les lèvres de la plaie après l'opération de la trachéotomie. (Remercîmens à l'auteur et dépôt aux archives.) Adopté.

— M. Gueneau de Mussy fait un rapport verbal sur l'histoire raisonnée d'une paraphlégie accompagnée de phénomènes extraordinaires éprouvés par Dominique Valetto; par le docteur Monte Sauto, de Padoue. (Nous en avons déjà parlé plusieurs fois.)

— M. Bouvier lit un mémoire sur les tractions perpendiculaires dans le traitement des courbures latérales du rachis. (MM. Villeneuve, Desportes et Amussat.) Nous en rendrons compte à l'occasion du rapport.

SÉANCE DU 29 MARS.

Cette séance a été entièrement consacrée à la nomination des six autres candidats pour les fonctions de juges au concours.

1er tour de scrutin,	104 votans,	MM. Cornac,	57
2e	104	Ollivier,	55
3e	100	Renauldin,	61
4e	79	Gerardin,	51
5e	70	Amussat,	48
6e	76	Gimelle,	42

— M. le président tire au sort les 4 juges et un suppléant pour assister au concours qui doit s'ouvrir le 14 avril à l'école de médecine, pour la place de professeur d'anatomie. Ce sont MM. Ribes, Magendie, Baron, Gimelle, juges; M. Cornac, suppléant.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

MYÉLALGIE DORSALE SYMPATHIQUE D'UNE GASTRALGIE; par M. CREUSETON, D.-M. P.

OBS. — Emilie Virien, femme Provost, âgée de 24 ans, d'une constitution faible, maigre, à système nerveux irritable, héréditaire, réglée régulièrement et n'ayant jamais eu de flueurs blanches, a, depuis au moins quatre ans, des douleurs d'estomac qu'il est facile, en remontant aux causes hygiéniques, d'attribuer à une alimentation mauvaise mais surtout irrégulière; comme ont malheureusement coutume d'en user la plupart des ouvrières qui travaillent sans relâche des journées entières sans songer à leurs repas, qui n'ont pas d'heure fixe.

Cette dame, qui s'est mariée depuis un an, est accouchée il y a trois mois, par les maux de reins, d'une fille à terme.

Pendant tout le temps de sa grossesse les douleurs épigastriques ont été beaucoup plus vives, et il s'y est joint un point fixe dans l'hypocondre gauche; la dernière douleur a provoqué le vomissement, et elle a, dit-elle, perdu beaucoup de sang à la suite du délivre; les lochies sont restées sanglantes pendant quinze jours.

Depuis sa couche dont elle a eu beaucoup de peine à se remettre, il lui est resté une douleur dans le dos qui s'est aggravée jusqu'à ce jour, où elle m'a fait appeler. Voici ce que je constate.

Cette dame exerce depuis six mois l'état de brunisseuse.

Faciès naturel, un peu fatigué; maigreur générale; lassitude extrême, mais surtout des membres inférieurs.

Douleur très-vive à la pression et à la percussion sur la sixième apophyse épineuse dorsale; cette douleur retentit dans la région épigastrique. La pression et la percussion sur l'épigastre se répètent très-douloureusement dans la région dorsale, au point précisément indiqué.

Je renouvelle l'expérience à plusieurs reprises, et chaque fois les mêmes phénomènes se reproduisent, et avec assez d'intensité pour arracher des larmes à la malade.

Langue rosée, large, naturelle, sans enduit; soif modérée; inappétence; les alimens les plus légers, l'eau pure, occasionent des aigreurs et le pyrosis; il y a quelques nausées, mais les vomissemens n'ont lieu que lorsque la malade essaie de manger; l'épigastre est très-douloureux; la pression augmente cette douleur, qui correspond à la région dorsale. La pression sur le reste de l'abdomen ne développe aucune sensibilité anormale. Il y a eu quelques coliques et quelques selles liquides ces jours derniers.

La poitrine est sonore, la respiration facile; les bruits du cœur sont clairs. La malade éprouve des palpitations et de l'essoufflement au moindre exercice; elle dit avoir eu de la chaleur suivie de sueurs les nuits précédentes. Le pouls est normal à 70 pulsations, mais faible.

Les idées du docteur Griffin de Limerick sur l'irritation de la moelle épinière (voir la GAZETTE MÉDICALE, 2 mai 1835), et les nombreuses observations du docteur Ens sur le même sujet (voir la GAZETTE MÉDICALE du 14 novembre 1835), me revinrent à la mémoire; car, il faut le dire, j'avais jusque-là inutilement cherché dans ma pratique et dans les salles de M. le docteur Piorry, à l'Hôtel-Dieu, un seul cas du genre de ceux mentionnés par ces deux honorables observateurs.

J'employai d'abord un moyen empirique que j'avais vu réussir quelquefois dans des névralgies musculaires dorsales; la malade s'opposant à l'application des sangsues.

Prescriptions : Sinapisme sur la région douloureuse jusqu'à rubéfaction vive de la peau; on le remplacera alors par un cataplasme arrosé de 20 gouttes de laudanum; même cataplasme sur l'épigastre; se tenir chaudement; tisane de salsepareille; lavemens avec la décoction de guimauve et de têtes de pavots.

Le surlendemain, pas d'amélioration; la malade dit avoir beaucoup souffert du sinapisme: il lui a semblé que c'était du feu que l'on appliquerait sur une plaie vive; j'examine le dos, il n'est pas plus rouge que les autres parties.

Prescription : dix sangsues sur le point douloureux; faire saigner long-temps les piqûres; cataplasme laudanisé sur le dos et sur l'épigastre, etc.

Je revois la malade le surlendemain; les piqûres des sangsues ont été aussi douloureuses que l'avait été le sinapisme. Le mal est resté stationnaire; pas la moindre amélioration. La malade est descendue du second étage, et a été forcée de s'aider de ses mains pour remonter. Digestions toujours très-pénibles; à peine quelques cuillerées de potage sont-elles supportées; la malade n'a pas d'appetence pour les alimens, mais elle éprouve le besoin de manger.

C'est alors qu'abandonnant les idées du docteur anglais, et satisfait d'avoir trouvé l'occasion, dans un cas bien tranché, d'expérimenter en partie sa thérapeutique locale qu'il fait consister dans les sangsues, les vésicatoires, les frictions opiacées ou mercurielles sur le point douloureux, et cela sans le moindre succès; c'est alors, dis-je, que je me hâtai de rentrer dans les grands préceptes de nos maîtres, c'est-à-dire de tenir compte d'abord, dans tout diagnostic, des états généraux.

Je complétai donc le diagnostic physique chez ma malade par le diagnostic physiologique; et son état général, l'anémie, cette grande cause morbide de la plupart des affections du système nerveux, l'anémie domina la question.

Mais comme pour remédier à ce vaste symptôme, nous n'avons qu'un moyen, l'assimilation des alimens, il fallut songer avant tout à rétablir peu à peu la fonction digestive d'un viscère ruiné depuis longues années par de négligentes abstinences et récemment par des pertes suites des couches.

Prescription :		
	Quinquina jaune pulv.,	1 once.
	Rhubarbe pulv.,	1 once.
	Oxide blanc de bismuth,	1 scrupule.

Mêlez pour douze paquets : un par jour dans du potage; vin de Bordeaux coupé avec l'eau de Seltz aux repas.

Au bout de huit jours les alimens de toute sorte sont très-bien digérés, plus d'aigreurs; appétit, la malade se trouve beaucoup mieux, bien que la douleur du dos et de l'épigastre persiste toujours; mais elle est bien supportable; la lassitude des membres inférieurs n'a pas encore tout-à-fait disparu.

Prescription :		
	Sous-carbonate de fer,	6 grains.
	Sulfate de quinine,	2 grains.
	Extrait thébaïque,	1/4 grain.
	Extrait de réglise,	Q. S.

Pour un bol; en prendre deux par jour, puis trois au bout de quatre jours; faites vingt-quatre bols.

Au huitième jour je revois la malade, le mieux est resté stationnaire; la douleur dorsale et épigastrique subsiste encore; l'état général est satisfaisant.

La malade finit par m'avouer qu'elle n'a pas fait faire les pilules. J'insiste, et elle me promet moins de négligence.

Aujourd'hui 18 mars, après trois semaines de traitement, je trouve madame Provost occupée à son travail; je reste étonné moi-même de sa bonne mine, sa figure est pleine, colorée; son appétit est, dit-elle, insatiable; elle n'éprouve plus aucune douleur et m'engage à m'en assurer; j'appuie en effet avec assez de force et tour à tour sur les régions dorsale et épigastrique, si sensibles naguère à la pression; les forces générales sont revenues, et cette dame est dans l'enchantement.

Cette observation pourra paraître un peu longue pour un journal; mais j'ai cru devoir en donner les détails parce qu'elle m'a semblé être une contre-épreuve négative, d'abord des résultats, mais surtout de la théorie de MM. les docteurs Griffin et Ens.

Je n'ai nulle intention, d'ailleurs, de révoquer en doute les succès obtenus par ces deux honorables observateurs; mais je ferai remarquer qu'ils emploient aussi une thérapeutique générale; les purgatifs, le calomel uni à l'opium, etc. etc. Quand aux moyens directs sur les divers points douloureux de la moelle épinière, tels que sangsues, vésicatoires, etc. etc., et qui sembleraient la clef de voûte de leur théorie, est-ce une chose nouvelle que l'application des sangsues ou d'un vésicatoire derrière le dos ou à la nuque suspende des vomissemens nerveux, une névralgie faciale, une dyspnée, etc.? On n'a pas eu besoin jusqu'à ce jour de la théorie de M. Griffin pour s'en rendre raison.

Mais, c'est que M. Griffin a voulu trop généraliser, comme il arrive toujours en pareil cas. Séduit par une apparente simplicité thérapeutique, il s'est trop hâté de bâtir un système sur une idée qui ne manque pas de portée et de grandeur.

Il a voulu rapporter d'un seul coup, la plupart des névralgies, si ce n'est toutes à une lésion de la moëlle de l'épine, lésion qu'il ne définit pas, et qui peut bien être l'irritation nerveuse; et cela, parce que dans beaucoup d'affections nerveuses, il n'est pas rare de trouver la sensibilité de la colonne rachidienne exagérée dans quelques points.

Ainsi, naguère encore, dans un système célèbre, la plupart des états morbides étaient rapportés à la lésion de l'estomac; parce qu'en effet dans un grand nombre d'affections on trouve la gêne ou la douleur épigastrique; aussi le traitement local de la gastrite était-il devenu le point culminant de toute thérapeutique. . . . .

Je me résume en soutenant :

1° Que l'irritation nerveuse spinale est presque toujours sympatique.

2° Que le cordon rachidien n'étant que l'intermédiaire, le conducteur de l'agent nerveux entre les extrémités capillaires vasculo-nerveuses de tous les autres organes et celles de l'encéphale, racines où se passent tous les mystères de la vie physiologique et pathologique; c'est sur ces derniers qu'on doit chercher à agir; et on le peut par les moyens généraux.

3° Que les affections essentiellement nerveuses dépendent principalement de modifications hygiéniques qui ont créé peu à peu cette constitution, si elle n'est héréditaire ou connée.

4° Qu'avant tout, il convient, dans le traitement de ces affections, d'avoir d'abord égard à l'état général, parce que les modifications qui portent sur toute l'économie offrent seules la garantie de succès solides et durables.

Creuseton, D.-M. P.

Guérison remarquable d'une épilepsie; par M. Taillefer, D.-M. à Honfleur.

Au mois de juillet 1834, le nommé Tesson, cultivateur à Vasouy, près Honfleur, vint me consulter pour son fils qui, depuis six ans, est sujet à de fortes convulsions doublement inquiétantes et par leur fréquence, et la par perte de connaissance dont elles sont suivies.

Désirant me rendre témoin de la maladie de son fils, il voulut me l'amener pendant quelque temps. J'y consentis, mais, bientôt fatigué d'une expectation inutile, je les engageai à cesser leurs visites.

Ce congé ne fut point accepté.

Un jour que j'étais absent il se déclara, en présence de ma femme, une attaque dont le père fut averti par un cri aigu; de suite il s'élança sur son fils, qui s'était levé précipitamment, mais le choc fut si subit que l'un et l'autre furent renversés. Lorsque j'arrivai le père avait la figure ensanglantée par une déchirure au front occasionnée par sa chute sur l'angle de la table à manger, et son fils, dont je m'occupai peu, car l'état de ma femme réclamait de prompts secours, n'avait pas encore recouvré entièrement connaissance.

Cette scène affligeante ne les détourna point, cependant, de leur projet. Quelques jours après, pendant que nous causions dans mon cabinet, un cri perçant fut pour moi le signal de l'invasion de l'attaque, et pendant que le père tenait son fils dans ses bras je l'examinai à loisir.

Bientôt je demeurai convaincu que j'avais assisté à une attaque de mal caduc, dont je juge inutile de donner la description, attendu qu'elle ne m'a rien offert que de bien connu.

Une circonstance curieuse et que je n'ai pu observer par moi-même est la suivante: à l'instant de l'attaque, ce malade, s'il n'est point retenu, au lieu de tomber comme la plupart des épileptiques, court en obliquant à gauche; puis au bout de deux ou trois minutes, si des obstacles quelconques ne l'ont point arrêté dans sa course, il tombe, et l'accès cesse presqu'aussitôt.

Cette circonstance inquiétait beaucoup ses parens qui, malgré une surveillance active, redoutaient quelque catastrophe.

Ce jeune homme, âgé de 17 ans, eut, il y a six ans, une grande peur qui fut suivie de convulsions légères. Comme avant cette époque il n'avait jamais rien éprouvé de semblable, il ne reste aucun doute sur l'origine de sa maladie.

Le mal s'augmentant de jour en jour, sa famille prit l'avis de médecins qui conseillèrent les émissions sanguines et l'usage d'une tisane de valériane. Son état n'en fut nullement amélioré.

C'est quelques mois après la suspension de ce traitement qu'on me consulta.

Chez cet épileptique l'intelligence est plutôt enchaînée qu'annihilée. Il répond avec hésitation, mais justesse, aux questions qu'on lui adresse. Sa mémoire est médiocre. Il dit éprouver de temps en temps des étourdissemens légers et fugaces, particulièrement quand il doit être pris d'une attaque. Après celle-ci, il conserve un souvenir très-confus de ce qu'il vient d'éprouver. Forcé par son infirmité de vivre retiré, il marque le plus grand désir d'être guéri.

Tel était très-succintement l'état de ce malade, lorsqu'il fut soumis à mon observation.

Je ne regardais pas son mal comme incurable mais j'étais incertain; touchant la médication à employer, lorsque le souvenir des expériences du Dr Siedler sur l'efficacité du zinc, et les succès obtenus par Dupuytren d'une médication à peu près analogue me décidèrent en faveur de ce dernier moyen. Voici ma prescription:

Ouvrir un cautère au bras.

Prendre chaque jour les pilules suivantes:

Prenez:		
Oxide de zinc,		8 grains.
Extrait de jusquiame,		4 grain.
Valériane en poudre,		10 grains.
Sirop simple q. s. M. F. 4 pilules.		

Plus tard je portai la dose du zinc à 12 grains, et celle de la jusquiame à 2 grains.

Dans les six premiers mois de ce traitement les accès devinrent plus irréguliers; quelquefois ils cessaient pendant quelques jours, puis ils reparaissaient avec peu de violence; le malade en avait jusqu'à quatre dans les 24 heures.

Insensiblement ces attaques, quoique fréquentes, perdirent de leur violence, au point même que le malade ne se plaignait plus que des vertiges.

Elles devinrent également plus rares, puis enfin elles cessèrent complètement après plus d'un an du traitement ci-dessus, pendant lequel je pratiquai deux saignées.

Depuis huit mois ce jeune homme n'a pas cessé de se bien porter. Sous le rapport des facultés physiques et morales, il s'est opéré un grand changement; et pour ne parler que de ces dernières, je ferai remarquer que sa mémoire d'abord médiocre, est devenue heureuse, et son intelligence plus étendue.

Ce jeune homme est actuellement au Havre, garçon limonadier chez le capitaine Gallon, qui commande le bateau à vapeur du Havre à Honfleur. Ses nouvelles habitudes consolideront, je n'en doute pas, sa guérison.

Je traite maintenant par les mêmes moyens une jeune épileptique sur laquelle on a essayé inutilement l'essence de térébenthine d'après les conseils du célèbre Flaubert, et l'indigo d'après les miens.

Maladie nerveuse avec perte de la parole; par le même.

Une fille Laumone, de Genneville, âgée de 17 ans, présentant les apparences du tempérament mixte, éprouva, dans le mois de septembre 1835, une impression morale vive qui fut suivie d'une suppression.

Chez elle l'écoulement menstruel a commencé à paraître tard, et a continué à revenir régulièrement, mais en très-petite quantité.

A ce retard se joignirent d'autres symptômes qui obligèrent la malade à abandonner sa place pour retourner dans sa famille où elle était depuis trois mois, lorsqu'on me fit appeler pour lui donner mes soins.

Cette malade, chez qui l'intelligence, la sensibilité et les mouvemens ne me parurent point altérés, était dans l'état suivant.

Céphalalgie frontale peu violente, presque continuelle; nausées et vomissemens de mucosités claires; douleurs à l'épigastre et dans le dos; sentiment de constriction à la gorge; toux sèche; urines limpides; légère constipation; pouls régulier; langue naturelle.

La douleur épigastrique et les vomissemens ne se liaient à aucune affection des voies digestives; il en était de même, pour les voies respiratoires, de la petite toux et des douleurs thoraciques. Tel fut du moins le résultat de l'auscultation et de la percussion que je pratiquai avec soin, les parens s'imaginant que leur fille tombait phthisique.

Dans tous ces symptômes, je ne vis qu'un trouble passer du système nerveux, et conséquemment je me bornai à prescrire de légers antispasmodiques.

Dans la nuit qui suivit cette visite, on vint m'avertir que cette jeune fille avait perdu la parole. Je la vis quelques heures après, et il existait effectivement un mutisme complet.

J'interrogeai la malade, et elle me fit comprendre que le sentiment de constriction à la gorge, ainsi que la céphalalgie, étaient augmentées, cette dernière étant accompagnée d'étourdissemens. Je n'hésitai point à faire appliquer quelques sangsues aux cuisses, d'autant plus que nous approchions d'une époque menstruelle.

Malgré tout, cette perte de la parole persista pendant quatre jours; puis la malade, en voyant son ancienne maîtresse lamenter sa position, la recouvra tout-à-coup, mais mal articulée.

Trois jours après, nouvelle perte de la parole, pour laquelle je fis appliquer dix sangsues au siége, et prescrivis une once et demie d'huile de ricin, afin de vaincre la constipation devenue plus opiniâtre. Le lendemain les règles reparurent, et elles durèrent aussi long-temps qu'à l'ordinaire.

Pour tous accidens cette malade éprouve présentement une constriction à la gorge de moins en moins considérable, et parfois un bégaiement fort incommode. La toux persiste encore, mais la poitrine résonne bien partout et la respiration est pure.

LUXATIONS DU FÉMUR ET DE L'HUMÉRUS.

A M. le rédacteur de la GAZETTE MÉDICALE.

Monsieur,

J'ai eu occasion dernièrement d'observer une luxation du fémur sur la branche horizontale du pubis. Comme cette affection est rare, et que d'ailleurs celle que j'ai vue a présenté des circonstances remarquables, je pense qu'il vous sera agréable de connaître les détails de mon observation : si vous la jugez digne de la publicité, vous pourrez l'insérer dans votre excellent journal. Je saisirai cette occasion pour vous entretenir aussi d'une luxation de l'humérus, que j'ai réduite avec une étonnante facilité par le procédé dont votre estimable collaborateur, M. Malgaigne, a si bien prouvé les avantages.

Agréez, etc.

G. GOYRAND, D.-M. P.

LUXATION DU FÉMUR DROIT EN HAUT ET EN AVANT; ALLONGEMENT APPARENT DE DIX LIGNES COINCIDANT AVEC UN VÉRITABLE RACCOURCISSEMENT DE SIX OU SEPT LIGNES.

OBS. — Un jeune bomme de 20 ans, fortement constitué, habitant la commune de Bouc, s'étant endormi sur une lourde charrette qu'il conduisait, se laisssa tomber entre la charrette et les chevaux. Il ne sait pas positivement comment il fut blessé ; mais il eroit qu'étant etendu par terre, le dos en l'air, une roue lui passa sur la fesse et la partie postérieure et supérieure de la cuisse droite. Il ressentit de violentes douleurs, et eut, cependant, la force de se trainer de suite en dehors de la voie, ponr éviter d'autres voitures qui suivaient la sienne. Cet bomme fut à l'instant transporté chez lui, et confié aux soins du médecin du lieu. On crut qu'il n'existait que de la contusion ; il survint bientôt dans tout le membre un gonflement considerable, qui fut combattu par les antiphlogistiques. Appelé auprès du malade, avec M. le docteur Arnaud, quinze jours après l'accident, nous reconnûmes l'existence d'une luxation du fémur ; mais il existait des symptômes qui rendaient le diagnostic obscur, et qui auraient bien pu induire en erreur, relativement au sens dans lequel la luxation avait eu lieu.

Ce qui frappait au premier coup d'œil, c'était l'allongement du membre, et sa fixité dans l'abduction et la rotation en dehors. Le genou du côté malade était à une grande distance de l'autre, la jambe etait un peu fléchie sur la cuisse ; le membre appuyait par toute l'étendue de son côté externe sur le plan horizontal du lit ; la rotule et le pied étaient bien plus bas que les mêmes parties du côté sain ; le trochanter était profondément déprimé ; la tête du fémur était dans l'aine, au-dessus de la branche borizontale du pubis, couverte par une assez grande épaisseur de parties molles. La cuisse n'était nullement fléchie sur le bassin, et le tronc n'avait aucune tendance à s'incliner en avant ; les muscles de la fesse et de la cuisse étaient flasques et relâchés. Quand nous cherchâmes à imprimer au membre des mouvemens d'adduction et de rotation en dedans, le malade accusa les douleurs les plus vives. Au premier coup d'œil, nous crûmes à une luxation dans la fosse sous-pubienne ; les luxations sous-pubiennes et sous-cotyloïdiennes sont, en effet, les seules dans lesquelles il y ait allongement ; mais le relâchement des muscles qui allaient du bassin au fémur, et, surtout, la présence de la tête du fémur au-dessus de la branche borizontale du pubis, nous firent bientôt reconnaître une luxation en baut et en avant, et nous pûmes facilement nous convaincre que l'allongement du membre n'était qu'apparent et que l'obliquité du bassin donnait seule lieu à cette apparence trompeuse. Pour bien constater le fait, je tirai des lignes borizontales à la hauteur des épines iliaques, des rotules et des pieds, et je reconnus que l'épine iliaque antéro-supérieure du côté malade était plus basse que l'autre de dix-huit lignes, que la rotule et la plante du pied du côté de la luxation dépassaient les mêmes parties du côté sain de dix lignes environ. Je plaçai ensuite les deux cuisses dans la même direction par rapport au bassin, et mesurant la distance qui séparait l'épine iliaque antéro-supérieure de la partie supérieure de la circonférence de la rotule des deux côtés, nous reconnûmes que la cuisse luxée avait six ou sept lignes de longueur de moins que l'autre. Le bassin était si bien fixé dans son obliquité, qu'il ne dépendait ni de nous ni du malade d'en changer la direction. Il y avait donc, avec un raccourcissement de six ou sept lignes, une apparence d'allongement de près d'un pouce.

Nous fîmes quelques tentatives de réduction qui furent sans résultat. N'ayant à notre disposition rien de ce qu'il eut fallu pour exercer une attention soutenue, nous conseillâmes au malade de se faire transporter à l'bôpital. Là, on fit, le 16, de nouvelles tentatives aussi infructueuses que les nôtres. On se proposait d'y revenir le 18, et d'employer les moufles ; mais le malade s'y refusa absolument, et sortit de l'bôpital avec sa luxation.

Cette déviation du bassin a été signalée par plusieurs chirurgiens anglais, et tout récemment par MM. Sanson et Boinet (1), comme cause d'erreur dans l'appréciation de la longueur des deux membres pelviens, dans les affections chroniques de l'articulation de la hanche ; mais je ne sache pas qu'on l'ait jamais remarquée dans un cas semblable à celui-ci. Du reste, je me rends compte de cette inclinaison du bassin, par la nécessité du relâchement des muscles qui pouvaient imprimer quelque mouvement au fémur. Cette position, que le malade prend automatiquement, relâche les muscles fessiers et le tenseur de l'aponévrose crurale. Je pense que chez le malade qui fait le sujet de mon observation, le bassin se redressera peu à peu à mesure que l'inflammation et la douleur se dissiperont, et qu'une articulation nouvelle s'organisera.

(1) GAZETTE MÉDICALE, n° du 8 août 1835.

LUXATION DE L'HUMÉRUS, RÉDUITE PAR LA MÉTHODE DE M. MALGAIGNE.

OBS. — Le 14 janvier, un homme de 61 ans, grand, à système musculaire peu développé, se trouvant au milieu d'un troupeau de moutons, fut renversé par ces animaux. Cet bomme ne sut pas nous rendre compte de la manière dont il était tombé ; mais, en le découvrant, nous reconnûmes de suite une luxation du bras droit. Ce membre était allongé, incliné en arrière et en debors, et ne pouvait être ramené vers le tronc sans de vives douleurs. Le creux sous-acromien était vide, le deltoïde tendu sur cette cavité se laissait facilement déprimer, et alors, l'acromion devenait plus saillant. La tête de l bumérus située sous l'apophyse coracoïde soulevait, dans ce point, le muscle grand pectoral.

Je réduisis la luxation, deux heures, environ, après l'accident, en présence et avec l'aide de MM. Savournin, Barthélemy et Blancard, élèves de l'hôpital. Nous procédâmes de la manière suivante :

Le malade fut placé sur une chaise de bauteur ordinaire. Je relevai le bras luxé, de manière à l'amener à une direction parallèle au cou, l'avant-bras étant fléchi à angle droit sur le bras. Le membre fut alors confié à l'un de ces messieurs, qui fit l'extension directement en baut, pendant qu'un autre faisait la contre-extension avec ses deux mains appliquées sur l'épaule. La tête de l'bumérus fut ainsi portée en debors de la cavité glénoïde, et quand l'extension l'eut élevée presque à la hauteur de cette cavité, je la poussai de bas en haut avec mes deux pouces, et à l'instant la réduction s'opéra avec bruit. Le membre fut alors abaissé, il avait repris sa conformation normale ; nous le fixâmes contre le tronc, au moyen d'une écharpe, et cet homme fut renvoyé chez lui.

Je sais que ce fait ne peut suffire pour prouver l'excellence de la méthode qui a été suivie pour la réduction de la luxation ; car le cas était simple, la luxation étant toute récente et le système musculaire du malade étant peu développé. Mais moi qui ai réduit et vu réduire un assez grand nombre de luxations de l'humérus, je suis bien convaincu que la réduction eût été opérée avec beaucoup moins de facilité par les procédés ordinaires.

N. du R. Dans l'état où nous avons mis la question des luxations coxo-fémorales, que nous regardons toutes comme primitivement incomplètes, nous ne voulons point laisser passer l'observation de M. Goyrand sans quelques observations. Si tous ceux qui ont publié des faits de ce genre y avaient mis l'exactitude de cet habile observateur, on n'en serait pas venu jusqu'ici à donner comme une luxation complète un déplacement qui ne raccourcit le fémur que de quelques lignes ; la tête du fémur a plus d'un pouce et demi en hauteur, et en sortant complètement de sa cavité elle entraînerait un raccourcissement énorme, qui pour les luxations en haut et en avant n'a jamais été observé. Il y a plus ; c'est que pour cette luxation en particulier, on peut constater sur le cadavre un phénomène qui ne se rencontre pas pour les autres. La luxation complète est ici rigoureusement possible sans déchirure complète de la capsule ; mais alors la saillie n'est plus au pli de l'aîne ; le raccourcissement est énorme, la rotation en debors n'existe plus, et *le membre est porté dans l'adduction*. J'ai démontré toutes ces particularités dans mon cours d'anatomie chirurgicale ; et comme aucun chirurgien n'a jamais ouï parler d'une luxation sus-pubienne du fémur, où la cuisse fût dans l'adduction, ce seul symptôme, forcé pour les luxations complètes, suffisait à prouver mon assertion, qu'il n'en existait que d'incomplètes.

J'ai dit dans ma lettre à l'Académie que cette assertion était démontrée en outre par les procédés de réduction qui avaient le mieux réussi. Il semble au premier abord que, le membre étant raccourci, il n'y a rien de mieux à faire que de tirer dessus pour l'allonger ; mais une circonstance spéciale doit faire déroger ici au principe général ; c'est que par la position particulière de la tête du fémur, les muscles psoas et iliaque sont fortement allongés, et qu'on ne peut tirer sur le membre étendu sans les tirailler encore. On a réussi quelquefois ; qui en doute ? A quoi ne réussit-on pas, disait déjà Galien, en multipliant les forces et les machines ? Mais il est resté néanmoins dans l'esprit de tous les chirurgiens que cette luxation était la plus difficile à réduire de toutes. Une méthode a cependant été trouvée qui rend la réduction assez facile, au moins dans les premiers temps. Jusqu'ici mes recherches ne la font encore remonter qu'à Palletta ; bien d'autres depuis l'ont mise en usage ; elle a réussi à M. Larrey dans un cas où il désespérait du succès. Elle consiste à fléchir la cuisse sur le bassin en même temps qu'on attire en bas la tête luxée. Prenez un fémur à la main ; considérez la profonde échancrure qui sépare en arrière la tête du grand trochanter ; figurez-vous cette échancrure embrassant étroitement la crête iléo-pectinée ; et dites si la flexion de la cuisse, dans cette hypothèse, parviendrait à faire franchir cette éminence à la tête fémorale accrochée au-dessus et en arrière ! C'est une chose impossible, et l'on casserait le fémur ou l'iliaque avant d'y arriver. Avec la luxation incom-

plète, telle qu'elle est démontrée par les essais sur le cadavre et par les symptômes, le mécanisme de la réduction est simple à concevoir, facile à exécuter; le succès a couronné la méthode chaque fois qu'elle a été mise en usage.

Cette méthode qui consiste à fléchir le fémur sur le bassin peut être employée avec succès dans toutes les luxations du fémur, avec quelques modifications. Elle a été renouvelée récemment par M. Collin, chirurgien militaire, et par M. Després, l'un des internes les plus distingués des hôpitaux de Paris. Il a ainsi réduit, sans effort, à l'hôpital Saint-Louis, une luxation en bas et en avant qui avait résisté aux plus violentes tractions exercées la veille. Il est peu de choses absolument nouvelles sous le soleil; et mes études spéciales sur les luxations m'ont fait découvrir tant de procédés pour la réduction des luxations du fémur, que je doute qu'on puisse en trouver de différentes. Toutes cependant ont été plus ou moins dans l'oubli, parce que le hasard seul les avait fait trouver; et qu'en chirurgie, comme en toute autre science, on aime peu à s'en rapporter au hasard. Il faut qu'une théorie juste, fondée en anatomie, justifiée par l'expérience, vienne dire quel est le meilleur des procédés connus; alors seulement la véritable méthode sera *trouvée*.

OBSERVATION DE RECTOCÈLE VAGINAL, MAINTENU RÉDUIT PAR UN PESSAIRE SPÉCIAL; avec des réflexions, par M. MALGAIGNE.

J'ai annoncé il y a quelques mois, à l'Académie des sciences et à l'Académie de médecine, que je venais de constater l'existence d'une maladie nouvelle chez la femme, nouvelle en ce sens qu'aucun accoucheur, aucun écrivain spécial n'en a parlé, et qu'elle a toujours été confondue avec des affections fort différentes. Il s'agit de la chute du rectum à travers la vulve, à laquelle, pour plus de brièveté, j'ai donné le nom de *rectocèle vaginal*, sans me dissimuler les objections que pourront adresser les grammairiens à la composition de ce mot hybride, demi-latin, demi-grec. Il m'a paru court, net, facile à comprendre; et je ne demande pas mieux que d'en adopter un meilleur.

Le rectocèle vaginal n'est pas bien rare; car si j'en juge par les faits qui me sont propres, il est plus commun que les chutes de matrice, et bien plus commun surtout que les prolapsus simples du vagin; le cystocèle vaginal seul l'emporte sur lui pour la fréquence. Je l'ai vu d'ailleurs à tous les degrés, et peut-être dans toutes les variétés; simple ou compliqué de cystocèle, de prolapsus utérin, et de ces deux affections à la fois. Ce n'est pas ici le lieu d'en tracer une histoire complète; je veux seulement montrer par une observation quels sont les signes auxquels on peut le reconnaître, les graves inconvéniens qu'il entraîne, et le moyen de contention auquel mes essais m'ont amené, et qui m'a jusqu'à présent le mieux réussi.

La veuve Pont..., âgée de 47 ans, se présenta au bureau central, à la visite du 9 novembre, pour une chute de matrice, dit-elle, qu'elle portait depuis l'âge de 22 ans, et qui lui était survenue quelques jours après sa première couche. Ce n'était d'abord qu'une petite tumeur, qui grossit par la suite, surtout après chaque nouvel accouchement. La malade a eu en tout six enfans. Je l'examinai; je reconnus un rectocèle vaginal simple, faisant saillie hors de la vulve, de la longueur d'un pouce; l'indicateur introduit par l'anus, et pouvant plonger jusqu'au fond de cette tumeur, ne laissait aucune espèce de doute. La malade, interrogée en courant, dit seulement que les selles étaient difficiles, que dans les efforts la tumeur sortait davantage, et que l'anus se renversait quelquefois en même temps; les matières étaient dures et écorchaient le fondement en passant. M. Blin, bandagiste du bureau central, lui appliqua un pessaire rond ordinaire, et la coucha sur ses papiers comme atteinte d'une chute de l'utérus; mais je l'engageai à me revenir voir.

Exposons maintenant la série des accidens éprouvés par cette malade, que j'appris plus tard avec peine, et à force de multiplier mes questions.

La difficulté de la défécation datait de l'apparition du rectocèle; elle augmenta peu à peu en même temps que la tumeur; les selles devinrent dures, et il fallut multiplier les lavemens pour les faire descendre; et la crainte de la douleur engageant la malade à les retenir le plus long-temps possible, la constipation s'en accrut encore. Bientôt il fallut cinq et six lavemens pour obtenir quelques portions d'excrémens à peine délayés, quand le besoin devenait bien urgent; en outre elle se mit à l'usage quotidien de pilules purgatives. A part ces grandes occasions, la malade était obligée de prendre deux lavemens par jour, sans quoi elle sent, dit-elle, *quelque chose qui lui remonte*, et qui cause de l'oppression et des étouffemens. Lorsque ses quatre et cinq lavemens de suite n'évacuaient pas suffisamment les intestins, les étouffemens redoublaient, allaient jusqu'à l'angoisse, et déterminaient enfin des crises nerveuses terribles. Elle en vint à cette extrémité que, pour ne pas éprouver si souvent la nécessité d'aller à la selle, elle retrancha sur sa nourriture accoutumée; aussi, de grasse et bien portante qu'elle était, elle est devenue faible, maigre, valétudinaire. Elle se sent l'estomac faible, délabré; la digestion se fait mal; elle est sujette aux défaillances. Il y a dix ans qu'aux autres symptômes s'est joint un mouvement fébrile très-prononcé, qui dès-lors a toujours persisté; revenant presque tous les jours, ne laissant jamais du moins plus d'un jour d'intervalle; quelquefois dans la journée, plus fréquemment le soir, débutant par des frissons; puis vient la chaleur et une forte céphalalgie, et de la pesanteur dans tous les membres. Quand le temps est humide ou quand elle est en proie à des émotions morales pénibles, elle a des frissons deux ou trois fois par jour.

L'anus lui sort quelquefois dans de violens efforts; ce prolapsus est léger, de la grosseur de la phalange au plus, et date de son enfance. Je me suis assuré, en lui faisant soulever un lourd fardeau, que ce renversement de l'anus ne diminuait en rien la tumeur recto-vaginale, qui augmentait même durant cet effort. Enfin, pour compléter le tableau, elle est sujette à des attaques de goutte qui se portent quelquefois sur la tête et la vessie; il y a deux mois qu'elle n'en a pas eu. Ses règles commencent à se déranger, et elle a déjà éprouvé quelques pertes à des époques inaccoutumées.

Le 17 novembre, elle vint me voir: le pessaire était placé obliquement de haut en bas, d'arrière en avant, de manière qu'il soulevait la paroi postérieure du vagin, et avait de beaucoup diminué le volume de la tumeur. Mais, sans doute par son volume et la forte pression qu'il exerçait en arrière, il avait rendu les selles encore plus difficiles; l'anus, resserré en tout temps, était pris depuis son introduction d'une contraction spasmodique qui s'opposait même à l'entrée de la canule d'une seringue ordinaire; il fallut donc enlever ce pessaire. Dès-lors elle put prendre des lavemens et aller un peu à la selle à l'accoutumée; mais la tumeur reparut aussi grosse qu'auparavant.

Le 21, j'appliquai un pessaire en entonnoir en caoutchouc, de la fabrique de M. Cresson, qui pénétra facilement et parut sur l'instant maintenir assez bien le rectocèle. Ce pessaire fut très-bien supporté, détermina à peine un très-léger écoulement, et n'accrut pas la constipation comme le précédent; mais il la laissait presque au même degré, en sorte que trois à quatre lavemens étaient encore nécessaires pour obtenir quelques fèces; et dans les efforts la tumeur sortait encore, réduite, à la vérité, à la moitié au plus de son volume primitif. Toutefois l'estomac faisait mieux ses fonctions, et les défaillances avaient cessé; et cette amélioration était bien certainement due à l'emploi du pessaire; car, l'ayant ôté un jour, les maux d'estomac et les défaillances la reprirent, et cessèrent ensuite quand elle l'eut réappliqué.

Cependant ce résultat était trop léger pour me satisfaire; j'imaginai que, si à la queue du pessaire en entonnoir, je surajoutais un autre entonnoir beaucoup plus petit et renversé de manière à donner à l'instrument la forme d'un sablier irrégulier, je refoulerais en arrière la tumeur d'une manière constante. Je donnai ces indications à M. Cresson; mais la difficulté de fabriquer cette nouvelle forme de pessaire avec le caoutchouc, fit qu'il ne réussit pas d'abord; le pessaire qu'il m'apporta offrait simplement une queue large de dix à douze lignes, sans renflement. Je l'appliquai néanmoins le 8 décembre. Il contint mieux que le précédent, laissa moins de gêne, et favorisa beaucoup les selles, car elle allait à la garderobe avec deux lavemens; et cet heureux succès l'enhardit tellement, qu'elle cessa l'usage de ses pilules. Les digestions se firent mieux aussi; et l'oppression qui suivait toujours chaque repas, disparut presque entièrement. Le pessaire ne causait aucune douleur; il ne détermina pas non plus d'écoulement durant les trois premiers jours; mais alors survint une perte qui dura jusqu'au 21, et pendant laquelle l'instrument resta en place. La perte cessée, ma malade me vint revoir le 22.

M. Cresson m'avait fait un autre pessaire qui approchait plus de mon idée, mais ne la remplissait pas encore; c'était un pessaire en entonnoir dont le sommet offrait un renflement circulaire de deux lignes de saillie. Je le substituai au précédent, qui laissait encore sortir un peu de la tumeur; il réussit mieux d'abord; mais comme le renflement inférieur était trop peu épais, la pression des parois vaginales l'affaissa et réduit au pessaire sa forme conique; la malade s'en aperçut bien vite; trois lavemens devenaient nécessaires pour avoir des selles.

Elle ne put revenir que le 10 février; elle avait eu une perte et une attaque de goutte. Alors je possédais enfin un pessaire de la forme voulue, et à laquelle je n'ai fait depuis que de très-légères modifica-

tions. Je le mis en place; la hernie fut parfaitement contenue. Le 18 février arriva une perte qui dura jusqu'au 3 mars, en sorte que je ne la revis que le 8 de ce mois; il y avait environ un mois qu'elle portait son pessaire. Il avait causé les premiers jours quelques légères douleurs qui avaient cédé à l'application d'un cataplasme. A part cet accident, le pessaire maintenait parfaitement la hernie, et en faisant soulever un fardeau à la femme, on voyait la partie postérieure du vagin se plisser en rides transversales au-dessus du pessaire, mais sans former de tumeur; l'appétit était bon, la digestion facile; la fièvre quotidienne avait beaucoup diminué; depuis le 10 février elle n'a eu qu'une seule fois un peu d'oppression; enfin, le 5 mars elle avait fait des courses assez longues et pénibles pour lui causer des douleurs dans les deux aines; et elle n'avait rien ressenti du côté de la tumeur. Les selles se font avec l'aide seulement de deux demi-lavemens, et avec une facilité à laquelle depuis long-temps elle n'était plus accoutumée.

Je ne l'ai pas revue depuis le 8 mars.

J'ai donné cette observation tout entière, malgré sa longueur, à raison de l'importance qu'elle me paraît offrir. Sans doute, toutes les malheureuses femmes qui portent de ces prolapsus n'éprouvent pas des accidens si graves; mais il ne s'agit que du plus ou moins; et la constipation rebelle, opiniâtre, doit amener à la longue des désordres ensuite bien difficiles à guérir. J'ai dit que cette affection est fréquente; on la confond le plus généralement avec une chute du vagin ou de l'utérus; mais je possède l'observation d'une femme qu'un médecin traitait par des purgatifs pour vaincre une constipation qu'il ne savait à quoi attribuer; elle avait un rectocèle vaginal. Du reste, déjà plusieurs praticiens ont mis à profit les idées que j'avais émises; M. Cresson vient d'appliquer avec succès un de mes pessaires à une dame qui avait essayé de tous les autres, et qu'on avait traitée jusque là pour un prolapsus vaginal; tant il est vrai que le diagnostic fait plus de la moitié de l'art.

MALGAIGNE.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

PHYTOGRAPHIE MÉDICALE; HISTOIRE DES SUBSTANCES ÉNERGIQUES ET DES POISONS TIRÉS DU RÈGNE VÉGÉTAL. Trois volumes in-8° avec un atlas grand in-4° de 150 planches coloriées; par J. ROQUES. Nouvelle édition entièrement refondue. Chez Cormon et Blanc, rue Mazarine, n° 70.

L'ouvrage que nous annonçons est d'un auteur dont la réputation est toute faite, d'un auteur que le public aime déjà comme un des savans qui possèdent le mieux l'art de rendre les connaissances les plus utiles faciles et agréables. Cet auteur est le docteur Roques. Il est inutile de parler de ses autres productions, de l'*Histoire des champignons comestibles et vénéneux*, de son *Histoire des plantes usuelles*; tout le monde les a lues, et trouve toujours le même plaisir à les relire. Occupons-nous de la phytographie que nous avons sous les yeux. Nous dirions volontiers que cet ouvrage surpasse tous ceux qui sont sortis de la même plume, si la lecture que nous venons de faire des autres à l'occasion de celui-ci ne nous avait prouvé que M. Roques n'est nulle part inférieur à lui-même, et qu'il a l'heureux don de se soutenir partout à la même hauteur.

Il existe assurément aujourd'hui une multitude de traités de botanique et de toxicologie médicale, et l'on peut s'en rapporter au docteur Roques pour savoir par quel côté ils se recommandent, et comment il est possible d'en tirer parti; mais tous, il faut le dire, sont plus ou moins revêtus des formes sévères d'une exposition scientifique; tous ou presque tous s'adressent exclusivement à des intelligences façonnées déjà aux principes de la médecine, et pourtant, si l'on considère à combien de périls l'ignorance de la vertu des plantes nous expose, de combien de ressources elle nous dépouille au milieu des infirmités qui nous assiègent; enfin, de quels agréables délassemens elle nous prive pendant le cours si monotone de cette vie, comme on saurait gré à l'auteur d'un livre qui mettrait leur connaissance à la portée du plus grand nombre, en réunissant dans un cadre assez borné tout ce qu'il y a dans les plantes d'utile, de dangereux et d'attachant. Tel est le but de la phytographie médicale; voyons de quelle manière le docteur Roques l'a rempli.

L'introduction de cet ouvrage est l'exposé général des idées que l'auteur a développées dans le cours des trois volumes; elle est digne à tous égards de servir d'initiation aux principes de botanique médicale qu'il a pris à tâche de populariser. On y trouve en effet l'énoncé de toutes les vérités fondamentales sur les circonstances par lesquelles les plantes nous intéressent, soit à titre de poisons, soit à titre de remèdes. L'auteur s'élève à chaque page contre les abus que les fausses théories et le charlatanisme ont introduits dans la pratique médicale, et, distinguant soigneusement le vrai du faux des principaux systèmes, il nous rappelle incessamment aux lois imprescriptibles de la bonne médecine, lois aussi vieilles que l'art médical, et que l'expérience bien dirigée de tous les âges a toujours reconnues et fortifiées. Cette introduction, qu'il est impossible d'analyser, tant elle est substantielle, annonce que l'auteur de la phytographie n'a pas seulement tous les talens d'un botaniste habile, mais qu'il possède encore toutes les ressources d'un médecin plein de zèle et imbu des plus saines doctrines. Après l'introduction, M. Roques entre en matière.

La classification des plantes qu'il étudie est fondée sur la méthode naturelle. C'est la plus parfaite sans contredit, ou plutôt c'est la seule bonne, puisqu'elle embrasse et comprend seule toutes les parties des plantes. Chaque espèce est décrite par ses caractères les plus tranchés, avec l'attention de bannir les expressions techniques qui ne sont pas à la portée de tous les lecteurs, et de n'employer à leur définition que les termes les plus familiers et les plus ordinaires. Trop souvent la difficulté de l'intelligence des mots, surtout en matière de descriptions, entrave ou empêche même l'intelligence des choses; c'est un reproche qu'on ne saurait adresser à notre auteur, tant ses analyses botaniques sont à la fois simples, complètes et précises. Deux ou trois traits habilement rapprochés lui suffisent le plus souvent pour reproduire l'idée complète d'une plante qu'on ne pourrait faire connaître, si l'on s'y prenait autrement, qu'en y consacrant un plus ou moins grand nombre de phrases.

L'analyse botanique ne donne que le signalement des plantes; mais leur aspect extérieur ne suffit ni au médecin, ni à l'économiste; l'un et l'autre ont besoin de les connaître plus à fond, et jusque dans leurs qualités les plus cachées, s'ils veulent les approprier avec discernement à la pratique de la médecine et aux usages domestiques. Une analyse chimique arrive donc fort à propos pour compléter leur notion. Nous dirons de celle-ci ce que nous avons dit de l'examen des caractères physiques : rien n'y manque de tout ce qui peut nous mettre au courant de leur constitution, en même temps qu'on n'y trouve rien de trop, malgré les innombrables opérations chimiques que la plupart ont éprouvées avant qu'on ait saisi leurs véritables principes. Leur description sous ce rapport, aussi claire, aussi nette, aussi concise que les descriptions purement botaniques, résume en quelques mots tout ce qu'il y a d'important à savoir relativement au nombre et à la nature des élémens actifs de leur composition.

Après ces développemens, nous sommes en mesure de suivre les plantes dans leur action sur le corps vivant, sous le double point de vue de leurs propriétés délétères et médicinales. C'est ici que l'auteur déploie les richesses de la plus brillante érudition, pour tâcher de faire bien comprendre comment les plantes sont nuisibles et comment elles deviennent utiles; il a puisé aux meilleures sources les preuves les plus saillantes de ces deux sortes de vertus, en joignant au fruit de l'expérience des autres le produit de ses propres observations; il montre, par des faits résumés avec un talent admirable d'exposition, dans quels cas il faut y avoir recours, quelles circonstances exigent telle ou telle préparation, à quels signes on reconnaît qu'elles ont agi comme poison, et par quels moyens il faut enrayer leur activité désastreuse. Les noms les plus illustres, les autorités les plus imposantes, viennent à l'appui de ses conseils et de ses prescriptions. A cette occasion, et sans cesser d'être accessible à toutes les intelligences, il fait passer sous les yeux de ses lecteurs les doctrines diverses, et souvent contradictoires, qui embarrassent à chaque pas le choix de ces agens thérapeutiques; il trouve à prendre dans toutes les théories et jusque dans celle de Hahnemann, parce que dans toutes il se trouve, parmi beaucoup d'ivraie, plus ou moins de bon grain. Quant à ses opinions particulières, elles ne sont dévouées à aucune coterie médicale; elles ne dérivent d'aucune source systématique; elles sont formées sur les préceptes et les pratiques des plus grands maîtres, que le docteur Roques connaît par cœur. Voulez-vous avoir un échantillon de la sagacité de notre auteur dans la recherche des causes des maladies, voyez ce qu'il dit des maux de nerfs à propos du mode d'action de l'opium; ce qu'il dit de la fièvre puerpérale à l'occasion de l'emploi de l'ipécacuanha; ce qu'il dit enfin de la génération de cette innombrable variété de fièvres intermittentes, du typhus, des fièvres typhoï-

des, etc., etc., à propos du quinquina, des purgatifs et de tous les remèdes.

Les idées du docteur Roques sur la composition ou la nature thérapeutique des maladies, ses opinions sur la part qu'y prennent les constitutions médicales, ses principes de traitement et leurs modifications, à raison des sujets, de l'état général du ciel et des conditions des localités; tout annonce un médecin rompu à l'art difficile de guérir, un médecin à qui il ne manque aucune grande qualité, non-seulement pour triompher des obstacles de la pratique, mais pour communiquer aux autres les mêmes avantages. Nous regrettons que les bornes d'un compte-rendu ne nous permettent pas de multiplier des citations, qui seraient la meilleure preuve que nous ne disons rien que de vrai dans les éloges que nous donnons au docteur Roques; nous espérons néanmoins que les personnes qui nous connaissent en croiront nos paroles, elles qui savent combien nous sommes étrangers à tout esprit de secte, et qu'il n'est pas dans nos habitudes de sacrifier à aucune considération l'indépendance de notre caractère. Quant aux autres, nous les renvoyons à la lecture de la phytographie; nous en référant à leur jugement de celui que nous portons sur ce livre; contentons-nous d'une seule citation; elle est relative à la nature des affections nerveuses. « Les maux de nerfs, autrefois si fréquens, dit le docteur Roques, ensuite beaucoup plus rares, se montrent aujourd'hui sous des formes très-variées, et font souvent le désespoir des malades et des médecins. Parmi les causes qui leur donnent naissance, il faut surtout compter les commotions politiques, les discordes civiles. Ici, l'ambition, l'orgueil, une sorte de fanatisme philosophique, une perfectibilité indéfinie, tourmentent quelques têtes ardentes, séduisent quelques optimistes de bonne foi; là des sentimens moins élevés, la cupidité, la soif des richesses, l'amour du luxe, la vanité avec toutes ses faiblesses, l'intrigue avec ses mensonges, sa corruption, son immoralité, poussent le plus grand nombre. Les uns exaltés, enivrés par un succès inespéré, tombent dans une sorte de délire fébrile qui fausse leur jugement, les livre à toutes les folies d'un orgueil sans frein, et les rend presque mécontens d'un revirement de fortune qui les a placés si haut; les autres, déçus de leurs espérances, trompés dans leur ambition, réduits à une vie simple, à des privations qu'ils n'ont pas le courage de supporter, s'irritent, s'enflamment, s'abreuvent de fiel, le répandent dans leurs écrits et se consument dans l'attente de changemens qui n'arrivent point.

» Hors de la sphère politique, c'est l'envie qui se repaît de désirs, de chagrin et de colère; l'envie qui pâlit, qui frissonne au moindre succès d'autrui; qu'une fièvre lente, habituelle, ronge, dévore. Tout le monde veut être riche, faire du fracas, vivre au milieu des jouissances. La médiocrité, qui a tant de charmes pour l'homme sage, est aujourd'hui méprisée et presque un objet d'horreur. Eh! qui ne connaît les effets de la colère, ses emportemens habituels? Lisez Sénèque, ce philosophe éloquent, quelquefois sublime, qui a sondé toutes les profondeurs du cœur humain. La colère est un ouragan qui détruit, renverse tout sur son passage; un feu qui brûle, consume, anéantit; un poison qui dévore le cœur où il a pris naissance. Tous les vaisseaux se gonflent, les yeux sortent de leurs orbites, ils étincellent de fureur. Tout le corps s'agite, les lèvres sont tremblantes, convulsives; la menace et l'injure sortent de la bouche avec des flots d'écume; le visage est couvert tour à tour d'une rougeur livide et d'une pâleur cadavéreuse. A ces explosions violentes succède une sorte d'abattement moral, escorté des phénomènes nerveux les plus étranges; les organes de la sensibilité se dépravent; la bile, le sang, tous les fluides s'altèrent, se décomposent. » Le docteur Roques poursuit avec la même supériorité la peinture des passions et de leurs effets dans les diverses classes de la société; c'est après le tableau aussi brillant que solide de ces excès variés, que l'auteur revient en ces termes aux indications de l'opium. « C'est dans les souffrances morales, dans ces maux de l'ame qui répandent sur la vie tant d'amertume, éloignent le sommeil et font les nuits si longues, si douloureuses, que l'opium, donné par une main intelligente, produit quelquefois un bien inespéré. Le médecin doit alors seconder les effets de cette substance par un langage consolant, plein d'une tendre et généreuse pitié; éloigner du malade tous les objets qui pourraient irriter son chagrin; déployer toutes les ressources d'une hygiène rationelle; prescrire un régime frais, adoucissant, des lectures philosophiques qui relèvent le courage; des promenades dans les champs, sur des coteaux entourés de paysages d'un aspect gracieux; en un mot, procurer au malade tout ce qui peut le distraire, le calmer; faire entendre à son oreille une douce mélodie, des sons qui captivent son esprit, charment ses douleurs, etc. » L'ouvrage de M. Roques est rempli de tableaux dans le même goût. On en trouvera d'une teinte moins lugubre et non moins exquise dans les chapitres où il est question de l'usage et de l'action des vins, du thé et du café.

Les réflexions que nous avons faites jusqu'ici sur la phytographie, concernent la partie solide et nourrissante, si l'on peut ainsi dire, de ce livre; c'est par celle-là surtout qu'elle se recommande à ceux qui, tout en cherchant à se récréer par la lecture d'un ouvrage, se demandent néanmoins, avant de l'entreprendre, s'ils y gagneront quelque chose d'utile ou d'applicable. Mais la phytographie comprend encore une autre partie; c'est la partie agréable, descriptive ou pittoresque. Il était impossible que le docteur Roques, sans cesse en regard avec la belle nature, ne cherchât pas à reproduire, chemin faisant, dans son ouvrage, les impressions qui l'avaient charmé. C'est dans cette vue qu'il a placé de distance en distance quelques esquisses d'harmonie végétale, empreintes, suivant les circonstances, tantôt d'une mélancolie touchante, tantôt d'une aimable gaîté, et toujours entraînantes par le charme du style et la chaleur du coloris. « Les fleurs printanières ont perdu leur éclat, dit-il; des gousses naissantes, des corolles fléchies annoncent l'accomplissement de leurs destinées; mais la nature ne peut se lasser de produire; elle ouvre son sein : une infinité d'herbes aromatiques jonchent la terre. C'est l'ivette musquée, c'est la sarriette de montagne, c'est la camomille valentine avec sa tige empourprée, le romarin avec son feuillage demi-vert. Ici le grand plantain m'offre sa tige toute nue et sa charmante aigrette, composée d'un faisceau d'étamines de la plus douce nuance. Là, au milieu d'un groupe d'arbrisseaux divers, une belle plante étale ses corolles de neige; c'est le liseron des haies, indolent parasite, qui se fait balancer par les brises dans un berceau de verdure. Plus loin, faible et sans appui, le petit liseron rampe sur la pelouse, où il épanche son doux parfum. Le vulgaire méprise et foule aux pieds cette herbe modeste, qui est pourtant un chef-d'œuvre sorti des mains de la nature; qu'il est joli ce petit entonnoir blanc qu'elle a nuancé de rose et plissé avec grace, pour qu'il se ferme le soir et se rouvre le matin aux premiers rayons du soleil. Le monde végétal a aussi ses heures de repos; mais c'est le sommeil des champs, sommeil paisible et doux, qui n'a point de mauvais réveil. » Souvent un épisode plein de finesse vient varier l'intérêt d'une description pleine de grace. Telle est, entre mille exemples, l'histoire du bon curé de l'Aveyron; tels sont les détails d'intérieur de la vie des chaumières. On croit lire à chaque instant Jean-Jacques ou Bernardin de Saint-Pierre. Ailleurs, sont des repos d'un autre genre. Ce n'est plus par la grace et la douceur que ses peintures nous attachent, mais par l'élévation des pensées et la magnificence de l'expression, telles qu'on les rencontre dans Buffon, lorsque ce sublime naturaliste contemple la beauté majestueuse de la nature. Nous n'en finirions pas si nous voulions nous arrêter à tous les traits qui étincellent dans la phytographie. Disons, en terminant ce coup d'œil analytique sur un ouvrage qui compte parmi les plus utiles et les plus attrayantes productions du dix-neuvième siècle, que l'histoire des substances héroïques et des poisons du docteur Roques se place, par l'intérêt médical, à côté des traités les mieux exécutés de médecine pratique, et par l'élégance toujours soutenue de la diction, par le luxe et la variété des descriptions, à côté des ouvrages les plus séduisans de la littérature.

FOSTER.

NOUVELLES RECHERCHES SUR LE RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU EN GÉNÉRAL ET SPÉCIALEMENT SUR LA LOI DE COINCIDENCE DE LA PÉRICARDITE ET DE L'ENDOCARDITE AVEC CETTE MALADIE, ainsi que sur l'efficacité de la formule des émissions sanguines COUP SUR COUP dans son traitement; par J. BOUILLAUD, professeur de clinique médicale à l'école de Paris. — Brochure in-8° de 160 pages. Paris, 1836.

Le travail de M. Bouillaud se présente à nous sous deux aspects tout-à-fait différens; et comme œuvre scientifique et comme ouvrage critique. On n'attend pas de nous sans doute que nous suivions l'auteur dans cette seconde partie de son travail où il poursuit avec une opiniâtreté qui n'a rien de scientifique, les opinions de l'un de ses collègues à l'école de médecine, et qui s'est fait plutôt remarquer par la clarté et la précision de son style, par le soin qu'il apporte dans l'examen des malades qui lui sont confiés et par la facilité avec laquelle il expose dans de bonnes leçons cliniques les élémens de l'observation médicale, que par des idées neuves, originales et surtout aventureuses. On a quelque lieu d'être surpris de trouver à chaque instant le nom de M. Cho-

mel en opposition aux opinions de M. Bouillaud, quand on sait que le premier n'a rien publié sur le rhumatisme depuis sa thèse inaugurale (en 1817), et que des opinions sur le rhumatisme qui, sont en circulation dans la science, il n'en est pas qui lui appartienne exclusivement. D'ailleurs quel est le médecin qui aujourd'hui voudrait être jugé d'après une thèse inaugurale publiée depuis 20 ans, ou d'après des lambeaux de leçons plus ou moins fidèlement rapportées par des élèves. Nous laisserons donc de côté toutes les discussions personnelles qui n'intéresseraient que peu le lecteur. D'ailleurs on annonce comme devant paraître incessamment un travail de M. Chomel lui-même sur le rhumatisme et dans lequel, nous n'en doutons pas, il se chargera de répondre aux allégations de son adversaire.

Nous arrivons donc aux faits scientifiques : ils sont peu nombreux, et bien que présentés avec une chaleur de conviction approchant souvent de la déclamation, n'ont pas reçu cependant tous les développemens dont ils étaient susceptibles, et que nous aurions bien préférés aux phrases à effet que l'on rencontre à chaque page.

Le point de vue le plus remarquable de ces recherches c'est la coïncidence de l'inflammation des tissus séro-fibreux, interne et externe du cœur, avec le rhumatisme articulaire aigu; aussi nous allons citer le passage où M. Bouillaud rapporte l'histoire de ses recherches sur ce sujet :

« Il y a trois ans environ que des observations recueillies avec soin me firent entrevoir cet important rapport. Voici d'ailleurs à quelle occasion je fus conduit à fixer toute mon attention sur le grand fait qui nous occupe. En auscultant les bruits du cœur chez quelques individus, atteints encore ou convalescens d'un rhumatisme articulaire aigu, je ne fus pas peu surpris d'entendre un fort bruit de râpe de scie ou de soufflet tel que je l'avais si souvent rencontré dans les cas d'induration chronique ou organique des valvules, avec rétrécissement des orifices du cœur. Ne pouvant supposer une affection de cette espèce, je résolus d'explorer attentivement le cœur et ses fonctions chez tous les rhumatisans que je rencontrerais; grâce à cette exploration, je ne tardai pas à reconnaître qu'une affection aiguë du cœur, dans les cas de rhumatisme articulaire aigu généralisé avec fièvre violente, n'était point un simple accident, une complication rare, pour ainsi dire, fortuite, mais bien un *accompagnement* des plus ordinaires de cette maladie.»

Long temps avant l'époque dont parle ici M. Bouillaud, il était admis dans la science que le rhumatisme articulaire aigu était quelquefois compliqué de péricardite. Ainsi, pour ce qui est de cette dernière maladie, en admettant comme vrai ce qu'il dit des rapports du rhumatisme articulaire avec la péricardite, il n'y a donc pas découverte réelle, ces rapports étant connus. La seule modification apportée par les recherches de M. Bouillaud sur ce point, change seulement la proportion : au lieu de dire, comme on le faisait il y a quelque temps, que l'inflammation du péricarde se développe *quelquefois* pendant le cours du rhumatisme articulaire aigu, on devrait dire, d'après M. Bouillaud, qu'elle le complique *souvent*. Autrefois cette complication était regardée comme rare, comme une exception; d'après les recherches dont nous parlons, elles se rencontreraient dans la moitié des cas. Mais comme M. Bouillaud établit cette proportion pour les cas de rhumatisme aigu très-violent, et que ce dernier est rare, dans les circonstances ordinaires, relativement aux cas de rhumatisme aigu léger, il en ressort que la complication dont nous parlons ici serait encore peu commune, en supposant que l'on admît l'opinion de M. Bouillaud dans toute son extension. Sous ce rapport, les recherches que nous signalons ici n'apporteraient donc de modification à l'état actuel de nos connaissances que dans le cas où elles nous fourniraient quelque nouveau moyen de reconnaître la péricardite dans ces cas. Or, le passage suivant va nous prouver que sous ce point de vue la science n'est pas plus avancée qu'il y a trois ou quatre ans, c'est-à-dire avant que M. Bouillaud se fût occupé de ces recherches d'une manière spéciale. Qu'un accident se présente une fois sur quatre ou une fois sur dix, le praticien ne doit pas moins se tenir sur ses gardes et chercher à le reconnaître aussitôt qu'il apparaît.

« L'existence d'une péricardite est certaine, dit M. Bouillaud, chez un individu affecté d'un rhumatisme articulaire aigu, lorsqu'on observe les symptômes suivans : matité de la région péricardienne beaucoup plus étendue qu'à l'état normal; voussure de la même région; battemens du cœur éloignés, peu ou nullement sensibles au toucher; bruits du cœur lointains, obscurs, accompagnés de différens bruits anormaux dont les uns dépendent du frottement des feuillets opposés du péricarde l'un contre l'autre, et dont les autres proviennent quelquefois de la complication de la péricardite avec une endo-cardite valvulaire. Une douleur plus ou moins vive à la région précordiale, des palpitations, des irrégularités, des inégalités, des intermittences du pouls, se joignent quelquefois aux symptômes précédens.»

Quant à ce qui concerne l'endo-cardite, nous ne nous en occuperons pas ici, car beaucoup de praticiens révoquent encore en doute l'existence de cette maladie telle qu'elle a été décrite par M. Bouillaud et quelques autres observateurs; et il nous répugnerait d'anticiper sur ce que doit en dire celui de nos collaborateurs chargé de rendre compte de l'ouvrage de M. Bouillaud sur les maladies du cœur, et dans lequel cette question a été traitée d'une manière plus étendue. Nous nous contenterons de dire à ce sujet que l'auteur range parmi les cas d'inflammations rhumatismales du cœur tous les accidens rapportés par les observateurs sous les noms d'*asthme* goutteux, névralgie du cœur, goutte remontée au cœur, etc. Mais comme cette assertion n'est point appuyée ici de preuves, nous ne pouvons ni l'admettre ni la combattre, et nous nous contenterons de rappeler que l'inflammation ayant pour caractère constant de persister pendant un espace de temps donné, avec les mêmes symptômes, il serait difficile d'attribuer à cet état morbide les accidens qui, chez les sujets goutteux et rhumatisans, apparaissent subitement et enlèvent le malade en quelques instans ou disparaissent sans laisser de traces, pour revenir à une époque plus éloignée ou se porter sur un autre organe.

Ces faits, dont les praticiens ont observé de nombreux exemples, ne s'accordent pas avec les idées généralement reçues sur l'inflammation. Aussi nous devons dire que M. Bouillaud semble ne pas admettre les métastases; et il aime mieux croire que le tissu séro-fibreux interne du cœur se prend en même temps que celui des articulations. Mais alors pourquoi voit-on apparaître et disparaître si subitement les accidens dont nous parlons, s'ils ne sont que l'effet de l'inflammation? Voit-on rien de semblable dans le phlegmon, dans la pneumonie et dans toutes les autres phlegmasies franches?

M. Bouillaud allant encore plus loin, nie que le rhumatisme soit aussi mobile qu'on le pense communément : à l'en croire, ce ne serait que dans les cas de rhumatisme léger qu'on observerait ce phénomène. Il prétend que la douleur de l'articulation peut disparaître promptement, avec ou sans explosion d'une nouvelle douleur sur une autre articulation, mais qu'il n'en est pas toujours de même de l'épanchement articulaire, lequel cependant constitue, selon lui, l'élément essentiel de la maladie. Le raisonnement suivant, sur lequel l'auteur s'appuie pour nier ce déplacement, cette mobilité du rhumatisme, nous paraît très-faible, comparé aux faits dont les exemples se présentent chaque jour. « Dire qu'un rhumatisme articulaire avec épanchement peut toujours se déplacer ainsi en un clin d'œil, ce serait supposer que la péricardite avec épanchement peut toujours aussi disparaître de la même manière, hypothèse que la saine observation repousse.»

Si l'opinion de M. Bouillaud sur la présence dans tous les cas de rhumatisme grave d'une inflammation du cœur était exacte, elle donnerait la solution d'un problème jusqu'ici inexplicable dans la théorie admise par l'école physiologiste, savoir : la persistance de la fièvre chez quelques rhumatisans dont les articulations sont depuis long-temps dégagées. « Une inflammation rhumatismale du cœur, des vaisseaux, de la plèvre, etc., en voilà réellement la cause, » dit M. Bouillaud. Cette explication plaira beaucoup, nous n'en doutons pas, à ceux qui pensent que la fièvre suppose toujours un organe enflammé. Cependant pour nous elle a moins de valeur, parce que nous savons que la péricardite, la pleurésie indolente, dont il est ici question, sont des phlegmasies qui dans la plupart des cas ne déterminent qu'une fièvre légère ou même n'en déterminent pas du tout, et parce qu'il est démontré pour nous que la réaction fébrile ne suppose pas nécessairement une ensence d'un organe inflammé, mais qu'elle peut exister sous l'influence de conditions différentes.

Dans le chapitre consacré à l'étude des caractères anatomiques et du siége du rhumatisme articulaire, M. Bouillaud a réuni quelques cas où l'on a trouvé chez des individus morts à la suite de rhumatisme et de quelques autres affections, du pus dans les articulations; et on conclut que cette maladie est une inflammation et qu'elle a son siége dans les membranes synoviales. Sans vouloir suivre ici l'auteur pas à pas nous ferons observer que ces faits peuvent être rangés en trois catégories distinctes : la première contiendrait ceux qui n'ont pas rapport au rhumatisme articulaire mobile, mais au *rhumatisme articulaire fixe*, maladie qui avait été déjà signalée par Stoll, qui a été décrite parmi nous, il y a quelques années, et que l'on ne peut confondre avec le vrai rhumatisme articulaire mobile, bien que jusqu'ici elle ait été désignée par le même nom. Les faits de ce genre, cités par M. Bouillaud, doivent donc être laissés de côté dans cette discussion.

La seconde série contiendrait les cas où la maladie offrait en même temps que le rhumatisme une autre maladie inflammatoire, comme la

pleurésie, la phlébite, l'érysipèle, le métro-péritonite, etc. Or, est-il rationnel de regarder comme produit par le rhumatisme le pus que dans ces cas on trouve quelquefois dans les articulations? Autant vaudrait attribuer au rhumatisme les collections purulentes qu'on trouve fréquemment dans les articulations chez les sujets qui succombent à la suite d'une amputation, des plaies faites en disséquant, etc. Nous avons vu à la Maternité une épidémie de fièvre puerpérale, pendant la durée de laquelle on a trouvé fréquemment du pus dans les articulations; or la plupart des faits rapportés par M. Bouillaud sont dans ce cas et nous prouvent bien que les surfaces articulaires peuvent devenir le siége de collection purulente, mais non que la suppuration soit la terminaison du rhumatisme.

La troisième série contiendrait des cas de rhumatismes non compliqués, et qui se seraient terminés par supuration; mais les travaux de M. Bouillaud n'en offrent pas un seul exemple non douteux; et cependant c'est sur l'observation de ce dernier genre de faits que devra t se reposer toute son argumentation, et non sur ceux des deux premières séries.

Après ces courtes réflexions que nous a inspirées la lecture de ce chapitre, nous devons faire connaître avec quelle ardeur et même quelle intolérance l'auteur défend une opinion aussi faiblement appuyée.

« Ce n'est pas, en conséquence, sans une sorte de pudeur médicale que l'on se trouve aujourd'hui forcé de démontrer la nature inflammatoire du rhumatisme articulaire aigu son *maximum* d'intensité, surtout depuis que tant de faits ont démontré la coïncidence de la péricardite et de l'endocardite avec cette maladie. Eh quoi! on oserait refuser le titre de flegmasie à une maladie qui, dans des cas malheureux où elle s'est terminée par la mort, a été accompagnée de suppuration dans les articulations, à une maladie qui. . . . . »

Nous serons brefs sur ce qui concerne le traitement du rhumatisme, tel qu'il est indiqué dans cette brochure. Le véritable spécifique du rhumatisme articulaire aigu, dit M. Bouillaud, son *quinquina*, si l'on peut parler ainsi, c'est la médication antiphlogistique et le prince de la médication antiphlogistique, c'est la saignée, et la saignée *coup sur coup*. Il a été déjà tant de fois question de cette méthode, prétendue nouvelle et si bizarrement nommée, que nous nous bornerons à présenter quelques considérations générales sur ce sujet. Toutes les fois que le même moyen est vanté comme doué d'une grande énergie dans le traitement de maladies différentes, nous nous rappelons involontairement ces remèdes puissans, qui, aux dires de leurs inventeurs, devaient guérir toutes les maladies, et qui ont successivement disparu pour faire place à d'autres. Nous doutons pourtant que la méthode vantée ici par le professeur de la Charité arrive jamais au haut degré de prospérité dont ont joui quelques-unes de celles qui l'ont précédée. Ses funestes effets aussitôt qu'elle sera sortie de l'enceinte des hôpitaux seront trop évidens pour permettre qu'elle soit employée d'une manière aussi générale que le désire M. Bouillaud; tant que le praticien n'aura à agir que sur des hommes chez lesquels les systèmes musculaire et vasculaire prédominent, on pourra porter les saignées coup sur coup assez loin sans danger et même peut-être quelquefois avec avantage. Mais que cette méthode soit appliquée sans modification aux gens du monde chez lesquels l'élément nerveux prédomine et qui sont si fréquemment atteints de rhumatisme articulaire et de goutte, et de nombreux insuccès ne tarderont pas à ramener à une plus saine pratique. Un trop grand nombre de douloureux exemples où l'emploi d'une méthode moins absolue a été promptement suivi des plus déplorables résultats, se pressent en ce moment dans nos souvenirs pour que nous croyions devoir insister sur cette considération d'une importance toute pratique.

Nous terminerons ici ce que nous avons à dire sur cette brochure, dont l'examen nous a occupé pendant plus de temps que nous n'en consacrons ordinairement aux publications de ce genre; mais la haute position de l'auteur dans la hiérarchie médicale, la conviction bien connue de ses opinions, l'intérêt de la science et peut-être aussi la vivacité des attaques auxquelles il se livre contre ceux dont les opinions diffèrent des siennes, nous ont fait dévier un peu de nos habitudes, et nous ont fait oublier la légèreté du volume et le peu d'importance des travaux qu'il contient.

— ALMANACH GÉNÉRAL DE MÉDECINE, pour 1836; par M. Domange-Hubert, secrétaire des bureaux de la Faculté de médecine de Paris. Cet ouvrage, si utile aux médecins de la capitale et des départemens, pour communiquer entre eux, et pour les divers renseignemens médicaux qu'il renferme, est en vente chez Just Rouvier, libraire, rue de l'École de Médecine, n° 8. Prix: 3 fr. 50 c.

ESQUISSE SUR L'ÉTUDE ET LES CAUSES DES GRANDES ÉPIDÉMIES; par le docteur Léon MARCHAND. Paris, 1836. Broch. in-8° de 31 pages.

L'étude des épidémies est l'une des parties les plus importantes de la science médicale, et cependant peut-être l'une des plus négligées. Lorsqu'une épidémie apparaît, chacun l'explique à sa façon, et oppose aux maux qu'elle produit le traitement qui découle de ses opinions médicales. Mais quand le danger est passé, on ne tarde pas à oublier les leçons qu'elle aurait du fournir. Il est donc du devoir des médecins auxquels la pratique laisse quelque loisir et que leur goût porte vers ces sortes d'études, de s'y livrer et de rappeler de temps en temps l'attention sur cette question importante; et sous ce rapport, le travail de M. Marchand, lors même que nous n'adopterions pas entièrement sa manière de voir sur toutes les questions qu'il agite, n'en mérite pas moins une mention spéciale.

La principale question dont s'occupe l'auteur, la seule même à l'occasion de laquelle il entre dans quelque développement, est la suivante: les causes qui concourent à la formation d'une maladie sporadique sont-elles les mêmes que celles qui la font éclater sous forme épidémique, et il se prononce avec force pour l'affirmative. Une affection, soit qu'elle n'atteigne qu'un seul individu, ou qu'elle en frappe un grand nombre à la fois, se développe toujours sous l'influence des mêmes causes; en sorte que pour déterminer rigoureusement le caractère étiologique d'une maladie qui peut devenir épidémique, il faut étudier avant tout les causes de l'état sporadique, puis les causes de l'état endémique, et, dans cette étude on doit voir se développer l'état endémique, avec l'accumulation, avec l'intensité des causes. Le choléra-morbus sert d'exemple à l'auteur, qui trouve les mêmes conditions étiologiques pour le choléra sporadique, et pour le choléra épidémique. Nous ne le suivrons pas dans cette discussion, dans laquelle il nous semble avoir négligé d'examiner un point important, savoir s'il y a identité d'état morbide entre certaines affections sporadiques et quelques épidémies qui offrent à peu près les mêmes symptômes et reçoivent le même nom; ainsi, pour l'exemple qu'il a choisi, il était d'abord nécessaire de démontrer que le choléra sporadique dont nous observons quelques exemples tous les ans pendant les mois d'été, est absolument la même maladie que celle qui a fait tant de ravages depuis quelques années; et c'est ce dont il est permis de douter. La plupart des maladies épidémiques surtout celles qui sont graves et occupent une vaste étendue, diffèrent essentiellement des mêmes maladies régnant d'une manière sporadique. Elles se ressemblent sans doute par la plupart des symptômes, ce qui leur a fait donner le même nom; mais elles offrent toujours quelques caractères particuliers qui en font comme le cachet; c'est le génie de chaque maladie épidémique, qui entraîne des modifications dans l'étiologie et sur tout dans le traitement.

C'est spécialement aux influences atmosphériques que l'auteur attribue la puissance étiologique la plus énergique, et il fait surtout jouer un grand rôle à l'électricité atmosphérique et à ses variations dans la production des différentes constitutions médicales qu'il semble disposé à borner à deux: l'inflammatoire et la catarrhale.

L'essai tenté par M. le docteur Marchand dans cette brochure est un bon exemple à suivre; et son travail n'eût-il d'autre résultat que de reporter l'attention sur un sujet aussi important, déjà il aurait droit à une honorable distinction, mais il se recommande encore par une érudition assez riche et par la clarté et l'enchaînement des idées.

Découverte du cowpox à Passy.

Une découverte importante vient, nous assure-t-on, d'être faite à Passy. Une femme avait à l'un des doigts et sur la lèvre des boutons tout-à-fait analogues à ceux que détermine le virus-vaccin; on a appris que ces boutons lui étaient survenus après avoir trait une vache. Cette femme a été présentée aux vaccinations à l'Académie, et a fourni du vaccin qu'on a inoculé à trois enfans sur lesquels se sont développés de très-beaux boutons de vaccine, bien que les pustules de la femme fussent anciennes, déprimées et presque sèches.

Si le fait est bien exact et tel qu'on nous le rapporte, cette découverte peut avoir des résultats intéressans.

Les enfans vaccinés ont dû être présentés aujourd'hui, à 3 heures, à MM. les membres de la commission de vaccine.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

PARIS. — ÉVERAT, IMPRIMEUR, RUE DU CADRAN, n° 16.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La Gazette médicale de Paris (*Gazette de santé* et *Clinique des hôpitaux* réunies) paraît tous les samedis de chaque semaine; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et équivant à 6 feuilles in-8°. Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois. Pour l'Étranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Poissonnière*, n° 5, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

PATHOLOGIE CHIRURGICALE.

MÉMOIRE SUR LES FISTULES VÉSICO-VAGINALES, et sur leur traitement par une nouvelle méthode opératoire; lu à l'Académie des sciences, le 14 février 1836, par M. Jobert, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien de l'hôpital St.-Louis.

(Troisième et dernier article.)

J'eus alors l'idée de placer entre les bords de la fistule ravivée un lambeau de chair, destiné à y être maintenu jusqu'à la fusion complète avec la plaie, de cette espèce de greffe animale.

Je mis cette idée à exécution le 2 juillet 1834. Je me proposais, dans mon procédé, de tailler un lambeau qui dût remplacer la perte de substance, de maintenir le lambeau en place, et de rétablir le cours des urines.

Comme on le voit, ce procédé est une espèce d'ente animale, de restauration à laquelle j'ai donné le nom d'élytroplastie. Il se compose de quatre temps : 1° du ravivement des bords de la plaie; 2° de la formation du lambeau; 3° de la suture; 4° du rétablissement du cours des urines.

Avant tout, il faut raviver les bords de la fistule avec l'instrument tranchant; j'ai dit plus haut pourquoi j'aimais mieux les rendre saignans que de les cautériser avec le nitrate d'argent. Au premier abord le ravivement paraît difficile à exécuter; mais si on réfléchit que la cloison vésico-vaginale peut être, par des tractions ménagées, attirée au dehors, on ne sera pas embarrassé alors pour retrancher une portion des lèvres de la fistule et les rendre saignantes.

Il m'a suffi plusieurs fois d'introduire un doigt dans la fistule et de la tirer à l'extérieur. Je me sers habituellement d'érignes de Museux pour saisir l'une ou l'autre lèvre, qui sont ravivées tour à tour. J'aime mieux commencer par la lèvre postérieure et terminer par celle qui est plus voisine de l'urètre. On peut se servir seulement du bistouri boutonné, porté obliquement de manière à retrancher les parties en dédolant, et plus aux dépens du vagin que de la vessie. Les ciseaux à staphylorraphie de M. Roux peuvent quelquefois être utiles dans le courant de l'opération. La lèvre postérieure étant fixée à l'aide des pinces de Museux, les pinces à disséquer saisissent la lèvre antérieure afin qu'on procède à son ravivement. Il faut avoir soin de rendre saignante toute la circonférence de la fistule; car faute de cette précaution le lambeau n'adhérerait que dans une partie. On peut se servir avec avantage d'une des valves de mon spéculum, comme je le fais toujours, pour diriger les pinces de Museux sur les lèvres de la fistule.

Une fois le ravivement opéré, il s'agit de tailler un lambeau de for-

Feuilleton.

CONDITION ACTUELLE DE LA MÉDECINE EN PIÉMONT.

Ne vous plaignez pas trop, mes chers confrères, si les améliorations qu'on réclame depuis quelque temps pour les Facultés de France n'arrivent pas encore; venez voir ce qui se passe dans le beau pays qui est au pied des Alpes du côté de l'Italie, et vous verrez que nos institutions sur ce point, ainsi que sur beaucoup d'autres, sont merveilleuses en comparaison. Je tâcherai d'en donner un aperçu pour occuper quelques momens de loisir avant de quitter les états sardes

On trouve à Turin un grand nombre de médecins, nombre qui augmente prodigieusement tous les jours, à peu près dans la même proportion qu'à Paris; mais les notabilités sont infiniment plus rares. Aussi, si vous exceptez un savant professeur de l'Université, d'une renommée vraiment européenne, vous ne trouverez presque pas un individu qui soit avantageusement connu quelque part par ses ouvrages ou par ses talens, soit à l'instruction publique, soit aux hôpitaux civils et militaires, aux établissemens des bains, etc. On est vraiment étonné que la patrie des Argenterio, des Botallo, des Bianchi, des Cigna, des Beccaria et des Allioni, soit tombée dans un tel état de dégénération et de stérilité. Les intrus, les empyriques, des hommes sans aveu, dépourvus de toute espèce de connaissance, sortis de la lie du peuple, qui débitent avec une audace inconcevable leurs orviétans, et qui dans ce pays de fanatisme, d'ignorance et de morgue aristocratique, trouvent toujours appui et protection; ces hommes-là, dis-je, fourmillent beaucoup plus que partout ailleurs Ce n'est pas précisément la même chose dans les villes de la provinces, où le nombre des médecins et presque toujours proportionné aux besoins de la population; et parmi ces derniers on en trouve assez souvent d'assez instruits; on comprend aisément que leur ambition est moins excitée par l'appât des places qu'on trouve vacantes assez fréquemment dans la capitale, et qu'on ne saurait désirer en province, il y a moins de concurrence aussi auprès des riches, des puissans, des nobles, dont l'importance en province est nulle. Quand le médecin de province a une petite clientelle qui peut l'occuper suffisamment, il se persuade aisément qu'il est ce qu'il doit être toute sa vie; il s'ensuit qu'on trouve beaucoup moins de vices parmi ces médecins, plus de justice auprès du public dans l'appréciation du vrai mérite, beaucoup plus d'instruction, au moins quant à la pratique, plus solide et plus utile.

La chose se passe bien autrement dans les petits villages, dans les petites terres et particulièrement dans les pays de montagnes; c'est ce qu'il y a de plus pitoyable. Pour en donner une idée exacte autant que possible en peu de mots, on pourrait remarquer que dans la vallée d'Agte, auprès de Châtillon, on trouve douze communes assez près les unes des autres, qui n'ont pas un médecin depuis un temps immémorial; aussi c'est affreux de voir quelle espèce de traitement on donne à l'humanité souffrante parmi ces pauvres gens Que les mauvais plaisans, qu'on rencontre assez souvent dans la société, aillent voir s'il est vrai qu'on est si heureux sans cette faculté qu'on accable d'injures quand on n'en a pas besoin, et qu'on cajole d'une façon si hypocrite lorsque la fièvre nous tourmente. Le grave inconvénient dont il est question augmente d'une manière effrayante de-

me ovalaire, de largeur variable, pris aux dépens des grandes lèvres on de la fesse, ou de ces deux parties à la fois. Ce lambeau destiné à servir de tampon, d'obturateur, doit avoir un volume et une longueur proportionnés aux dimensions de la fistnle; et il importe de savoir que, trop volumineux on trop gras, il embarrasserait singulièrement le chirurgien et le forcerait à en retrancher une partie. Il faut aussi avoir égard à l'état du vagin, qui doit être exempt de brides et d'ulcérations; autrement on devrait auparavant procéder à la guérison des unes et à l'excision des autres.

Toutefois le lambeau ne doit pas avoir le même volume que l'ouverture qu'il est appelé à remplir, puisque les lèvres de celle-ci vont se rapprocher sur lui. Enfin il vaut mieux qu'il ait un excès de largeur et d'épaisseur; car il aura plus de vie, et par conséquent il sera moins snjet à se flétrir.

Avant de commencer cette opération, il fant raser les poils. Le lambeau doit être roulé ou plié sur lui-même, de manière à mettre les surfaces saignantes en cootact.

Il faut que le pédicule ait des dimensions un pen considérables, afin de recevoir le plus de sang possible. Il doit être attaché à l'endroit le plus voisin du vagin, pour qu'il n'exerce pas de tiraillement, et il faut le laisser plutôt trop long que trop court, pour que la circulation se fasse avec plus de facilité.

Ce lambean ne doit pas seulement être formé par la peau: il serait bientôt gangréné, comme cela m'est arrivé une fois; il faut qu'il comprenne le tissu adipeux, et en un mot, plusieurs conches superposées.

Enfin, s'il existe une grande débilité générale ou une maladie constitutionoelle, etc., il ne faut rien tenter avant que la santé soit parfaitement rétablie. C'est pour avoir agi antrement que dans un eas j'ai vu mon lambeau frappé de mort dans une partie de son étendue.

Ces préceptes une fois établis, je vais examiner successivement: 1° la dissection du lambeau; 2° la manière dont il doit être bssé dans la fistule; 3° le moyen de maintenir les bords en contact avec lui; 4° le moyen de rétablir le conrs de l'urine; 5° enfin le procédé qu'emploie la nature pour la fusion du lambeau avec la lèvre de la fistule, et le changement qui s'opère après cette fusion.

Pour tailler le lambean, je fais tordre la grande lèvre, et je la tords moi-même d'une main, afin de ne pas inciser irrégulièrement les tégumens, et d'opérer avec le plus de promptitude possible, pour ne pas prolonger la douleur, et même pour la diminuer par la distension des tissus. Je porte alors mon bistouri sur le côté exteroe de la grande lèvre, je le promène en abaissant le poignet, de baut en bas, et à mesure que l'instrument approche de la main qui distend les tégumens, celle-ci est doucement portée en arrière, en exerçant toujours sa traction sur la peau, tandis que l'autre main continue l'incision en gaguant le côté interne de la grande lèvre, et en faisant décrire au poignet un demi cercle. Enfin le bistouri achève l'incision an niveau du point où il l'a commencée. Il en résulte un lambeau à sommet arrondi, ce qui convient pour les fistules larges.

On peut aussi tailler le lambeau entre deux incisions qui commencent l'une en debors, et l'autre en dedaos de la graude lèvre, et qui viennent se réunir en bas, à angle plus ou moins aigu.

Ce deruier est surtout applicable aux fistules vésico-vaginales qui n'offreot pas une grande largeur. On doit ensuite disséquer la peau de debors en dedans et du sommet du lambean vers son pédicule, en comprenant avec elle plusieurs couches de parties molles, afio qu'il puisse être alimenté par un assez grand nombre d'artères et d'artérioles.

Ces couches soutiennent la peau et servent de gaîne aux artères et aux veines. On lie les artères qui fournissent du sang à la surface de la plaie.

Chez les femmes chez lesquelles la vie est très-active, le lambeau offre une sorte de rétraction et des plicatures nombreuses.

Le pédicule du lambeau doit avoir des dimensions plus grandes que le lambeau lui-même: la raison en découle des dispositions anatomiques et du degré de vitalité que doit avoir le lambeau pour qu'il puisse se réunir avec les bords de la fistule.

Il est nécessaire qu'il reçoive une grande quantité de saog qui pnisse fournir une certaine quantité de lymphe pour que la réunion ait lieu.

Comme le lambeau se rétracte pendant qu'il suppure, il faot lui donner une certaine longueur, et c'est pour cela que je conseille de prolonger les incisions jusque sur la fesse.

Je dois avertir que, dans les cas où les femmes sont grasses, il vant mieux que le lambeau soit taillé aux dépens de la longueur de la grande lèvre, que de la fesse; car il arrive de deux choses l'une: ou bien on taille un lambeau trop épais, et alors son introduction est difficile et la réuoion ne se fait pas aisément avec les bords ravivés de la fistnle; ou bieo on en enlève une trop grande quantité de tissu adipeux, et alors le lambeau tombe en gangrène.

Il vaut donc mieux que le lambeau soit formé par la peau, par du tissn dartoïde, des artères, des veines, etc., que par de la graisse.

Il m'est arrivé une fois de tailler un lambeau chez une femme très-grasse, et de ne pouvoir pas l'introduire dans la fistule recto-vaginale.

Quand le lambeau est taillé, il s'agit de l'interposer eotre les lèvres de la fistule, ce qui, au premier abord, paraît souffrir de nombreuses difficultés; il n'en est cependaot rien: voici comment j'y procède.

D'abord je le plie en deux ou le roule sur lui-même comme l'a fait M. Velpeau pour la trachée-artère, et je traverse son sommet avec un fil ciré qui offre une certaine largeur.

J'iotroduis ensuite dans la vessie, par l'urètre, une sonde que je fais bientôt parvenir daos le vagin par la fistule; je passe alors mes deux fils daos les yeux de la sonde; en la retirant j'entraîne le fil que je dégage des yeux de cet instrument; puis je pousse le lambeau d'noe main, tandis que de l'autre je tire doucement sur le fil. Celui-ci est livré à un aide, et je procède à la suture du lambeau et des lèvres de la fistule.

Pour y parvenir, j'introduis le doigt le long du lambean; je glisse dessus une aiguille courbée, mootée sur le porte-aiguille à staphyloraphie; ou bien je la dirige à l'aide de la main seulement. J'enfonce alors la pointe d'un seul coup au travers du lambeau et des lèvres de la fistule. L'aiguille est saisie avec des pinces à pansement, et rameoée au dehors, entraînant à sa suite le fil doot elle est armée. J'en fais autant pour l'angle opposé de la fistule. Il est de la plus haute importance que le lambeau et les angles de la fistule soient compris chacuo dans une anse de fil: c'est pour n'avoir pas pris cette précaution nécessaire que l'on a vu l'urine suinter par la voie contre nature, et exiger de nouveao une opération minutieuse et pénible.

Les fils une fois passés, doivent être noués pour maintenir en con-

---

puis la promulgation des dernières dispositions administratives pour le réparer; c'est un chaos monstrueux d'ordonnances contradictoires qui parurent depuis les constitotions de l'université de 1772: et qui, en paralysant ces mêmes constitutions dans ce qu'elles ont de plus admirable, ont eu pour résultat spécial de priver de tout secours médical les populations pauvres, de refouler dans les grandes villes et dans la capitale, toutes les médiocrités, tous les officiers de santé que nous a légnés l'empire, tonte cette série interminable d'bommes obscurs qui, à Turin principalement, mendient une celebrité quelconque et par-dessus tout quelque peu d'argent.

L'exercice de la pharmacie n'est pas en meilleure condition. Tout ce qui est an-dessus des préparations pharmacologiques banales et anciennes ne pourrait être préparé à Turin, faute de cabinet chimique suffisamment pourvu du necessaire; le laboratoire de l'Université ne saurait établir nne exception. Aussi presque tous les apothicaires sont plutôt des marchands de drogues et de produits chimiques étraugers que de vrais chimistes. D'ailleurs, pour apprécier au juste l'état des sciences pharmacologiques, on peut remarquer simplement qu'à la suite de seances et de travaux très-assidus (à ce qu'il parait), pendant dix-huit ans, d'une enmmission spéciale chargée par le gouvernement de rediger une pharmacopée et les réglemens qui regardent cet article d'hygiène publique, on a publié un codex le plus incomplet qu'on puisse imaginer, accompagné de toute espèce de fautes très-graves; et parmi les reglemens on remarque celte bizarre ordonnance qui défend aux médecins, d'une manière très-sevère, la preseription des formules des autres pharmacopées, à moins qu'on ne soit en état de donner par écrit tous les détails possibles de ces mêmes formules au lit dn malade, an moment de la visite. Les confiseurs, les liquoristes, les vendenrs de toute espèce de plantes, des ferblantiers et autres marchands débitent aussi bien que les apothicaires des élixirs, des teintures, des décoctions, des emplâtres, quoique des réglemens existant, mais oubliés, le defendent.

L'exercice de la médecine, soigneusement séparé jusqu'à présent de l'exercice de la chirurgie, en a subi dernièrement une étrange fusion, ce qui contribue puissamment à compliquer ce gâchis médical En voilà assez quant à l'exercice pratique de l'art; voyons maintenant ce qu'il y a de plus remarquable par rapport à l'enseignement.

Le departement de l'instruction publique est confié à nn conseil particulier qu'on appelle *Magistrato della Reforma*. M. Louis Collegno qu'on appellerait en France ministre de l'instruction publique, en est le chef avec titre de président; les six ou sept autres individus sont plutôt des commis, des aides bien soumis à la volonté du chef, que de vrais conseillers qui puissent jamais prétendre à une opinion libre et consciencieuse: magistrature composée d'élémens aussi étrangers aux sciences et à la littérature, que les ténèbres le sont à la lumière. Voici quelques traits biographiques de ces messieurs. Le président, homme éminemment adroit, souple, doux, connaissant parfaitement toutes les ruses possibles; ignoré complètement du monde savant, incapable d'aucune production scientifique ou littéraire, qualités qu'il a assez communes avec ses confrères; il est décoré de plusieurs ordres chevaleresques. M. Gazelli, homme de cour, crampouné au temps de l'empire aux derniers degrés du trône, se parant alors de la cocarde tricolore; officier snbalterne de cavalerie à la restauration, enfin maître des cérémonies à la cour, conséquemment bien légitimiste à présent. M. Serravalle, décoré de la grande croix de St Maurice et Lazare, ennnu à la direction de la petite police de la capitale, où il a été employé pendant trois aus, Les autres sont MM. l'abbe Ma-

tact le lambeau et les lèvres de la fistule : pour le faire, nn les dirige avec une pince, nne sonde de femme, etc.

Le premier nœud est fortement serré; le second consolide le tont. On laisse les fils pendre à l'extérieur, après les avoir enveloppés cependant de manière à les reconnaître. Peu à peu les parties serrées sont enflammées, ramollies, coupées, et bientôt le nœnd et le fil tombent. Cette chute a lieu du dixième au quatorzième jour, quelquefois plus tard.

On peut se dispenser de la suture en agissant comme je l'ai fait déjà, c'est-à dire en passant les deux bouts du fil qui traverse les lèvres de la fistule dans un serre-nœud, et en les attachant à son extrémité opposée. On soutient ensuite les serre-nœuds à l'aide d'une ou plusieurs alèses pliées, pour que l'instrument n'irrite pas les parties molles et ne les déchire pas par son poids.

Le fil *urètral*, celui qui est passé dans le sommet dn lambeau, doit être fixé à son tour, mais de manière à ne rien déchirer dans les mouvemens de la malade. Je le colle ordinairement sur une des cuisses, avec une bandelette de diachylon.

Il s'agit, lorsque le lambeau est fixé en place, de livrer passage à l'urine au moyen d'une sonde introduite dans la vessie. Cette sonde doit être proportionuée au diamètre du canal. Quand on l'introduit dans la vessie, il faut y mettre la plus grande attention, car le lambeau qui forme tampon étant plus nu moins près de l'ouverture vésicale de l'urètre, devient, an premier abord, un obstacle à son introduction. Si la sonde vient heurter contre lui, il faut l'incliner à gauche ou à droite, pour passer à côté.

On ajoute une seconde sonde à la première, pour que l'urine ne tombe pas sur le lambeau et sur la plaie qui est le résultat de sa dissectinn, afin d'éviter les vives douleurs auxquelles ce liquide ne manquerait pas de donner lieu.

La sonde doit être continuellement béante, et soutenne par des fils de coton qui viennent se fixer au bandage de corps.

Il faut faire garder à la malade une position horizontale et nn repos parfait, pour que la vessie ne soit pas irritée par la sonde, qui doit être conservée le plus long-temps possible. On cherche à éviter par là les contractions de la vessie, qui tendent à chasser l'urine et qui empêchent la cicatrisation.

Quand faut-il couper le pédicule du lambeau? le plus tard possible. Il m'est arrivé plusieurs fois de me trop presser; aussi a-t-il été frappé de mort, et les fistnles sont demeurées ce qu'elles étaient. Je l'avais coupé du quatorzième au quinzième jour. Il résulte de là qu'on dnit s'éloigner le plus possible, pour faire cette section, de l'époque nù l'opération a été pratiquée, pour éviter l'accident dont je viens de parler. Maintenant je ne pratique la section du pédicule du lambean que du trentième au qnarantième jour; et encore l'espace de temps doit-il être en rapport avec la constitution du sujet et sou degré de vitalité.

La nécessité de cette section tardive est parfaitement expliquée, je pense, comme je l'ai déjà dit, par la densité des tissus, par le changement qu'ils ont éprouvé dans leur structure depuis que la fistnle existe, et par le peu de tissn cellulaire lâche qu'un y rencontre. De même qu'il y a une grande différence entre cette région et les diverses parties de la face, de même la conduite du chirurgien doit différer pour la section du lambean. A la face, la vascularité est immense, le tissn cellulaire y est en abondance, la vitalité est an plus haut degré; aussi la réunion s'y npère-t-elle avec une facilité incroyable. Le quatrième jour, j'ai pu couper le pédicule du lambeau sans inconvénient dans certaines restaurations de la face, dans des blépharoplasties.

Mais, que se passe-t-il dans les parties mises eo contact, quels sont les changemens qui s'npèrent dans le lambeau, et comment a lieu la rénnion?

Aussitôt que les parties sont en contact, il se fait dans la vessie nne certaine exhalation ou exsudation de sang qui est portée à l'extérieur par la sonde; dans le vagin même l'exsudation a lieu. Bientôt la surface vulnérée du lambean se couvre d'une couche de lymphe; les urines deviennent troubles parce que le sommet du lambeau suppnre et que le pus se mêle à ce liquide.

Ce trouble des urines dure un temps variable, et le terme n'en peut être que difficilement indiqué; car tant que le sommet du lambeau n'est pas contracté et ne se nivèle pas à peu près avec la vessie, la suppuration persiste. Je l'ai observée jusqu'à 2n et 25 jours.

La sectinn du pédicule donne lieu à un écoulement de sang plus ou moins abondant, et bientôt il y a une sorte de retrait dans les denx parties divisées, l'une se retirant vers le vagin, et l'autre vers l'endroit où le lambean était implanté. Mais comme le lambeau jouit actuellement de la vie, il en résulte que, comme les autres parties, il est sujet aux diverses maladies; aussi s'enflamme-t-il sous l'influence de la plus petite qnantité d'urine qui s'écoule sur la surface divisée et par l'effet même de la section. C'est à cause de cela qu'il se gonfle, qu'il se tuméfie, qu'il rougit, qu'il dépasse l'entrée du vagin. Il est gorgé de liquides alors; prochainement il suppure, et à mesure que la suppuration diminue, on le voit graduellement se retirer, se rétracter vers la cloison vésico-vaginale. Il y a pen de temps que j'ai été à même d'observer ces divers phénomènes; j'ai d'abord vu le lambean au moment de la section se retirer dans le vagin, puis en sortir pendant la période inflammatoire, et y rentrer ensuite à ce point que, lorsqu'nn vent le voir, il faut écarter fortement les grandes lèvres et abaisser la commissure postérieure.

Un phénomène très-remarquable, c'est que ce lambeau ne jouit désormais plus de la sensibilité, toute communication étaot détrnite avec les centres nerveux; et cependant il jouit de la vie.

La pean conserve en totalité sa struetnre; elle n'a rien perdu de son organisation, et les phénomènes vitaux s'y passent comme avant l'npération; les poils y croissent comme par le passé.

Ainsi, dès que le pédicule a été conpé, une partie de la surface cutanée dn lambeau devient vaginale, c'est-à-dire qu'elle est tonrnée vers le vagin et qu'elle est déprimée. Or, cette surface qui autrefois était ombragée par des poils devrait en être dépnurvue, si on s'en rapportait à ce qu'a dit Dieffenbach au sujet de la rhinoplastie.

Ainsi, comme on le sait, Dieffenbach, pour appnyer un prncédé opératoire qui consiste à tailler un lambeau aux dépens du cuir chevelu, lorsque cela ne peut pas se faire antrement, a dit que les poils ne renaissent plus sur le lambeau. Je puis affirmer cependant que nnnseulement les poils renaissent, mais encore qu'ils se développent, s'allongent, se colleot et prennent de la vie comme si la peau n'avait pas changé de place.

---

laspina, le comte de S. Giorgio, le comte d'Ojaco, noms qui pour la première fois, au moyen de cette épître, arrivent à la publicité.

A la suite de plusieurs organisations et desorganisations de la Faculté dont j'ai parlé précédemment, en 1832, on s'est arrête au replatrage suivant Ces deux Facultés (medecine et chirurgie) sont séparees ponr ce qui regarde les colleges des agréges qui doivent examiner les candidats : ces deux colleges ont un costume particulier chacun; leur place est marqnée séparement aux fonctions publiques et aux réunions academiques; la première place est à la Faculte de médecine. Les élèves, soit en medecine, soit en chirnrgie, suivent indistinctement nn seul cours d'étodrs à très-peu d'exceptions près; les professeurs des deux Facultés sont appelés indistinctement à plusieurs examens, quoique les deux derniers examens du cours et les grades soient conférés exclusivement par les colléges de chaque Faculté. Parmi nombre de singularités qu'on remarque dans ces deux Facultés, qui ne sont pas absolument reunies, ni absolument divisees, les suivantes meritent d'être enregistrées : deux professeurs de chimie, denx de matière médicale qui se répètent dans leurs leçons mot à mot presque tous les jours, point de professeur d'anatomie comparée et d'histoire médicale, point de professeur de botanique qui donne un cours élémentaire et suivi.

Le Muséum d'histoire naturelle est peut-être ce qu'il y a de mieux parmi tous les etablissemens qui ont rapport aux sciences physiques. Le bâtiment ainsi que la disposition des objets de zoologie et de mineralogie, la manière dont les premiers sont préparés et conservés, offrent un degré de perfection admirable. A côté de ce Museum on a placé une collection de préparations anatomiques en cire, pêle-mêle avec des préparations pathologiques naturelles. On est saisi d'étonnement quand on entre dans les salles de cette dernière collection après avoir visité le Muséum. C'est si peu de chose, si mesquin, si désordonné, qu'on a de la peine à croire que cette informe collection soit destinée pour l'université et pour l'enseignement. Vous voyez, à côté d'une tête qui vons représente bien imparfaitement la disposition de quelques nerfs de la cinquième paire, le pelvis d'une femme en couches. Par cette dernière préparation on veut donner aux élèves une idée d'accouchement difficile aidé par le forceps, et pour éviter le scandale qui en resulterait, on a imaginé de mutiler horriblement ce simulacre de cadavre; on a ôté tont ce qui serait au-dessus des vertèbres lombaires, et les extrémités inférienres à partir dn trochanter, on a voilé les parties genitales avec un drap de soie vert, qu'on a soigneusement cloué au-dessus du pubis; et on a pratiqué une fente au beau milieu de ce voile, pour y placer le forceps! Mais qu'on ne rie pas encore Au milieu de ce salon anatomique on voit encadré le bel ouvrage de Mascagni (planches anatomiques, grandeur naturelle), qu'on a publié dernièrement à Pise; l'encadrement est elegant, mais très-mal placé; plusieurs pièces sont tournées contre le jour. On a placé des lonpes d'une grandeur considérable près de ces dessins, croyant par ce moyen aider à l'etude anatomique. On n'a pas vu ce que tout le monde voit très-aisément, savoir que cet instrument optique grossit les traits du dessin, et ne pourra jamais révéler à l'observateur l'intime structure febrillaire des tissus, ce qui n'arrive qu'en examinant la nature elle-même. On voit l ouvrage de l'artiste en détail, mais on ne voit rien d'anatomique. Qu'on juge par là quel est le talent et de quel genre de connaissances est pourvu le directeur d'une partie aussi essentielle, et le *magistrato della riforma*.

Un événement bien singulier par le temps qui court a eu lieu dernièrement. Les médecins qui désirent être agregés au collége de la Faculté, doivent se soumettre à un examen sur des thèses ou dissertations qu'eux-mêmes présentent au collége; c'est ce qu'on appelle nn examen d'agrégation. La majorite des voix décide pour l'admis

Qu'il me soit permis de rapporter brièvement à ce sujet le fait suivant :

OBS. V. — Désiré Picard, âgé de 20 ans, affecté d'ectropion de la paupière inférieure droite depuis l'âge de trois ans, par suite de brûlure, a été guéri à l'hôpital Saint-Louis par la blépharoplastie. Le lambeau, taillé dans la région malaire et greffé à la paupière, présente des poils au nombre de cinquante à soixante, de 3 à 4 lignes de longueur ; ils sont soyeux, de couleur châtaine, dirigés en haut et en avant, et légèrement arqués ; ils n'existaient avant l'opération qu'à l'état rudimentaire, et étaient à peine sensibles, comme on peut s'en convaincre, par analogie, en examinant la partie correspondante de l'autre joue. Le lambeau sur lequel ils sont implantés est un peu boursoufflé et s'affaisse sous une pression légère; sa coloration ne diffère pas de la partie correspondante du côté opposé ; sa sensibilité est cependant moins vive. Picard est sorti de l'hôpital St-Louis le 25 juillet 1835.

Si le fait précédent prouve l'erreur de M. Dieffenbach, il sera facile de voir que son opinion n'est pas plus exacte pour l'élytroplastie. J'ai vu sur une jeune femme chez laquelle j'avais pratiqué cette opération, des poils se développer, blanchir, friser, et à mesure que la maigreur de la femme a disparu, que sa santé est devenue meilleure, reprendre leur coloration noire habituelle.

Il est évident que ces poils ont pris une coloration différente suivant la vitalité de l'individu. Au reste, en cela, ils suivaient les changemens qu'éprouvaient les cheveux, qui ont blanchi dans le moment de la plus grande maigreur du corps, et qui sont revenus noirs en même temps que l'amélioration de la santé générale s'est prononcée.

La peau conserve donc, comme je viens de le dire, sa même structure; elle n'a rien perdu de son organisation.

Enfin si à cette époque on introduit le doigt dans le vagin, on finit par rencontrer le tampon qui bouche la fistule; et si on le presse, il cède un peu comme un corps élastique, pour revenir sur lui-même lorsque la pression cesse.

Tel est le procédé que j'ai imaginé pour la cure des fistules vésico-vaginales. D'une part, je le crois exempt de la plupart des inconvéniens attachés à tous ceux qui ont été proposés jusqu'ici, souvent d'une manière si ingénieuse; de l'autre, j'ai trouvé en lui, plus que dans aucun d'entre eux, les conditions qui peuvent faire raisonnablement espérer une guérison complète.

Malheureusement jusqu'ici je n'ai pu demander à l'expérience que très-peu de témoignages; cependant ils m'ont semblé suffire pour légitimer la proposition que je viens d'avancer. Je n'ai mis encore que trois fois mon procédé en exécution. Une des trois malades, la dernière, est encore à l'hôpital Saint-Louis, et quoique tout semble présager un succès, l'observation n'est pas encore assez complète pour que je doive la figurer ici. Je vais rapporter, pour finir ce mémoire, l'histoire des deux autres, dont l'une est un exemple de succès, et l'autre d'issue malheureuse.

OBS. VI. — La nommée Eugénie Ele fut opérée une première fois à l'hôpital St-Louis par mon procédé élytroplastique. Cette tentative ne fut pas couronnée de succès, parce que cédant à l'impatience de la malade, je coupai le pédicule trop tôt, le quatorzième jour de l'opération; il en résulta la gangrène de t nt le lambeau et le rétablissement de la fistule. Cette femme ne se découragea pas; elle rentra à l'hôpital le 4 février 1835 pour y subir la même opération.

Après avoir préparé cette malade par des bains, des boissons délayantes et de doux laxatifs, je l'opérai; mais le lambeau ne fut pas seulement comme la première fois taillé aux dépens des parties génitales, je le taillai diagonalement, de dedans en dehors, de la partie inférieure des grandes lèvres jusques sur la fesse aux dépens de laquelle il fut fait en grande partie.

Le lendemain de l'opération la malade était bien, et les urines coulaient par la sonde. Elle fut calme jusqu'au troisième jour, époque à laquelle elle fut prise d'une violente toux qui céda à un traitement approprié. Le 2 avril, après de vives émotions, elle eut des envies de vomir, des vomissemens, du dévoiement; enfin elle présenta un appareil de symptômes qui étaient faits pour alarmer sur son état, d'autant plus que la plupart des malades de la salle St. Augustin étaient en proie à des accidens semblables.

Le 3 avril au matin, la face était profondément altérée, la diarrhée continuait, il y avait de la fréquence et de la petitesse du pouls. L'eau de Seltz et des lavemens laudanisés firent cesser les vomissemens et les coliques.

Le 5 la malade était bien; il sortit par la sonde une certaine quantité de sang mêlé à de l'urine.

Le onzième jour le fil qui était passé dans le sommet du lambeau tomba.

Depuis ce moment jusqu'au 2 mai, c'est-à-dire trente six jours après l'opération, la malade a été dans un état satisfaisant, si bien que le pédicule a été coupé le 2 mai. Au moment de la section, il s'est écoulé une assez grande quantité de sang artériel et le pédicule s'est retracté dans la vulve jusque derrière le méat urinaire. La plaie de la fesse était tout-à-fait guérie au moment de cette section. L'écoulement des urines donna lieu à des cuissons, et bientôt on aperçut le lambeau qui s'avançait peu à peu au niveau du méat urinaire, pas tout-à-fait en avant de celui-ci. Ce phénomène était évidemment dû à l'inflammation qui s'en était emparée, à son gonflement et à l'infiltration de la lymphe dans son épaisseur, par suite du contact d'un liquide irritant, de l'urine.

La surface du lambeau suppura, puis pâlit et se rétracta à mesure que la suppuration se tarissait.

Les poils qui s'étaient développés sur ce lambeau, de gris qu'ils étaient, devinrent noirs. Ces changemens remarquables cadraient parfaitement avec l'état général qui était devenu bon, ainsi que l'embonpoint qui avait succédé à une extrême maigreur.

Le 8 mai la sonde fut supprimée.

La malade sentait le besoin d'uriner comme avant sa fistule, et cependant elle avait la conscience de l'écoulement d'une petite quantité d'urine par le vagin, ce que je reconnus en effet avec une sonde introduite dans la vessie. Une certaine quantité d'urine coulait par un angle de la fistule qui n'avait pas été ravivé et où le lambeau n'avait pas adhéré.

Je pus, à l'aide d'un mandrin creux chargé d'un morceau de nitrate d'argent maintenu dans son intérieur par un coulant, cautériser la petite ouverture fistuleuse, en portant ce mandrin dans la vessie au moyen d'une sonde de femme dont l'extrémité était ouverte, de manière à laisser passer le mandrin lorsque le doigt introduit dans le vagin reconnut que la sonde portée par l'urètre était parvenue sur l'ouverture vésicale de la fistule. Je renouvelai cette cautérisation plusieurs fois, à huit jours d'intervalle, sans que la malade éprouvât aucune espèce d'accident. Loin de voir qu'il y eût la moindre amélioration par le nitrate d'argent, je m'aperçus avec regret que les urines s'écoulaient avec un peu plus de facilité qu'avant la cautérisation. Cependant la pierre infernale avait au moins servi à raviver les bords de cette petite fistule et permettait de mettre ces lèvres en contact; c'est ce que je fis à l'aide d'un fil dont les deux extrémités traversaient l'une l'angle du lambeau et l'autre la lèvre opposée, de manière qu'il existait dans la vessie une anse de fil dont les deux extrémités sortaient par la vulve. Je les passai dans le serre-nœud de Desault, et les fixai aux deux anneaux, de telle sorte que l'extrémité du serre-nœud fût poussée dans l'intérieur du vagin jusqu'aux lèvres de la plaie, assez pour les mettre en contact. Ce serre-nœud fut maintenu en place; huit jours après je retirai mes fils et mon serre-nœud. Tout cela se fit facilement, je tirai sur une extrémité du fil qui entraîna l'autre dans la vessie et la fit sortir ensuite par le vagin. Il ne s'écoula plus d'urine par le vagin, et aujourd'hui, 2 mois après l'opération, cette femme, que je n'ai pas perdue de vue, ne présente plus de traces de son infirmité.

La deuxième observation prouve combien le médecin doit peu céder à l'impatience des malades, et combien il est important et nécessaire de les préparer avant d'entreprendre une pareille opération.

---

sion ou pour le refus. Un candidat qui, à beaucoup de prétention, de morgue et de qualités qu'on ne publie pas, réunissait très-peu de mérite, a été renvoyé à une forte majorité. Il jouissait de la protection toute particulière du *magistrato*, et par-dessus de l'appui tout-puissant de la bande noire. Beaucoup d'intrigues et de tripotages ont été occasionés par ce petit événement; la puissance aristocratico-jésuitique en a été furieuse. Est-il possible, se disait-on, que sous nos yeux et avec un régime tel que le nôtre, une réunion de médecins, quoique légalement constituée, libre et indépendante dans ses délibérations, ose toutefois refuser ce que nous proposons et ce que nous voulons? Il faut absolument se venger de ces messieurs qui croient pouvoir émettre une opinion à eux; mais il faut se venger adroitement. On a commencé par essayer si on pourrait surprendre la religion du roi; mais on n'a pas été assez heureux dans le commencement; le roi a opposé de bonnes raisons pour ne pas déroger si aisément aux lois existantes. On est revenu à la charge plusieurs autres fois, ayant soin toujours de présenter au roi la même chose de plusieurs manières différentes. On est parvenu enfin à obtenir, six mois après l'événement, une ordonnance royale qui ôte tous les droits et prérogatives au collége des médecins pour le choix et la création des membres de cette réunion. Le roi nomma *motu proprio* quatre individus membres de ce collége. Les nouveaux agrégés à qui un instant de faveur a prodigué la science à leur insu, sont justement stigmatisés par l'opinion publique, comme vils instrumens d'une mesquine vengeance de coterie. La nomination du doyen de ce même collége a aussi été faite par autorité du roi; et en cette même occasion, nouvel empiétement sur les droits et lois universitaires. Parmi ces lois, on doit remarquer que le nouveau roi en avait sanctionné une, il y a trois ans, qui déclarait positivement qu'on choisirait toujours pour doyen le professeur qui aurait acquis le plus de réputation par ses ouvrages; et le nouveau doyen est parfaitement inconnu sous ce rapport. On demandera peut-être si tout cela est possible; si le roi Charles Albert donne sciemment son adhésion à de semblables injustices, lui qui, en arrivant au trône il y a trois ans, avait déclaré d'une manière si explicite ne vouloir jamais s'opposer aux arrêts des magistrats dans les affaires de leur juridiction, ni entraver aucunement l'entière exécution des lois existantes. Voici tout ce qu'on peut répondre à une observation aussi juste. Les rois sont souvent abusés; c'est la perfidie des courtisans qui souvent les fait paraître injustes, qui les perd et qui ruine les peuples. Les amours-propres de ces messieurs, leurs intérêts particuliers et l'esprit de parti dont ils sont toujours obsédés, en font de petits tyrans parés des beaux noms de soutiens du trône, d'amis de la patrie.

En Piémont on est très-persuadé des excellentes intentions du roi; on en a eu des démonstrations très-éclatantes dernièrement. On pourrait ici rappeler l'expulsion soudaine de deux ministres qui, tout récemment, avoient abusé de la confiance royale; l'arrestation d'un grand nombre d'employés distingués aux différens départemens de l'administration, pour malversations et escroqueries semi-légales dans la liquidation de la dette publique. On a mille preuves des bonnes intentions du roi; mais on l'obsède de tant de façons pour le tromper; et on le trompera toujours assez facilement s'il ne peut pas entendre les plaintes de ceux qu'on opprime si indignement en son nom. Au reste, pour ce qui regarde le département de l'instruction publique, le roi trouverait une réforme (hautement réclamée actuellement) toute faite, et approuvée par une longue expérience dans les universités des états voisins. Celles de Padoue et de Pavie, entre autres, prouvent évidemment que, soustraites à la direction des grands seigneurs, leurs affaires ne vont que mieux.

V. S.

Obs. VII. — Au n° 65 de la salle Saint-Augustin entra à l'hôpital Saint-Louis le 1[er] septembre, la nommée Dorbey (Geneviève), journalière, âgée de 27 ans. Trois fois enceinte, elle accoucha d'un premier enfant à sept mois. La seconde couche, qui eut lieu le 20 avril 1833, eut pour résultat l'issue d'un enfant mort depuis quelque temps, sans qu'aucun accident eût troublé la grossesse. Le troisième accouchement, qui se fit le 1[er] avril 1835, il y a cinq mois, fut très-laborieux. Le fœtus était très-développé. Le travail dura trois jours, sans des douleurs trop vives. Trois introductions de forceps furent tentées par un premier accoucheur; deux le furent par un autre praticien, qui broya la tête du fœtus. Huit jours après cette opération, la malade commença à s'apercevoir de la déviation du jet urinaire, qui, depuis ce temps, passait en totalité par le vagin. Aucune envie d'uriner; impossibilité totale de garder les urines soit le jour soit la nuit. A l'extérieur, on rencontrait une grande quantité de matière graveleuse, lithique, revêtissant les poils. La partie inférieure de la vulve et le pourtour du rectum étaient blanchâtres, durs, douloureux au toucher; le contact même d'une éponge donnait lieu à de vives douleurs. Cette sensibilité existait aussi au pourtour de l'anus. La partie supérieure de la vulve ne présentait rien de semblable; l'urètre avait perdu de son calibre; il présentait à son extrémité un bourgeon rougeâtre. L'introduction de la sonde, beaucoup moins douloureuse que le contact exercé sur les parties inférieures, n'amenait aucune goutte d'urine.

Lorsque la femme était horizontalement couchée, on ne sentait rien; si on la plaçait sur le bord du lit comme pour examiner au spéculum, on remarquait que la vessie avait perdu de sa capacité; à l'union du vagin et de la lèvre antérieure du museau de tanche, on rencontrait une ouverture arrondie, à plus grand diamètre transversal, située légèrement à droite, large de 8 lignes transversalement, de 6 à 7 d'avant en arrière. L'extrémité de l'indicateur pouvait y être introduite. Le col présentait des inégalités. A l'aide du spéculum on reconnaissait un tubercule à droite. Le reste du col était rougeâtre et présentait de petites ulcérations. Sur les fesses on remarquait des pustules d'ecthyma qui avaient laissé des ulcérations après elles. Le tissu cellulaire paraissait induré. De la limonade tartrique; eau de Vichy; pastilles alcalines; grand bain et bain de siége; deux lavemens émolliens, application de guimauve froide sur la vulve, tel fut le traitement, qui fut continué jusqu'au 6 septembre. A cette époque la malade était beaucoup mieux. Cependant je voulais encore attendre que sa santé fût plus solidement rétablie, lorsqu'elle me pressa vivement. Je cédai à ses instances, et l'opération fut pratiquée d'après mon procédé, avec toutefois une légère modification dans la disposition des fils. Je taillai le lambeau aux dépens de la grande lèvre du côté droit.

Le lendemain 7, la malade était bien. Un écoulement sanguin très-abondant avait collé toutes les pièces de l'appareil.

Le 8, à quatre heures du soir, il survint des douleurs vives à l'épigastre, de la chaleur à la peau, de la rougeur des pommettes; les yeux brillaient légèrement; la langue était jaunâtre et pâteuse, la soif vive, l'appétit nul, le pouls pressé et non remarquablement petit. Point de toux; fatigue dans les lombes; l'urine coulait bien par la sonde, et aussi, à ce que croyait la malade, par une autre voie. (40 sangsues sur l'abdomen; saignée du bras de trois palettes; fomentations émollientes.)

Le 9 au matin, vomissemens constans; vive sensibilité de l'abdomen; face grippée; peau chaude, et pouls pressé et filiforme; abattement extrême. (Nouvelle application de sangsues sur l'abdomen; point de sonde; eau de Seltz par cuillerées; fomentations émollientes.) Le soir, à 6 ou 8 heures, on retire les fils et le lambeau à l'extérieur. (Continuation de l'eau de Seltz.) Mort à 10 heures du matin, avec les symptômes d'une péritonite intense.

L'autopsie, faite le 11 septembre 1835, à 8 heures du matin, laissa voir les désordres suivans.

Ventre ballonné; petites ecchymoses autour des plaies des sangsues; peu de raideur; encore assez d'embonpoint.

Thorax. Poumon droit. Pas d'adhérences ni d'épanchement autour de ce poumon, qui est crépitant, légèrement engoué à la partie postérieure, et emphysémateux à la partie antérieure.

Poumon gauche exactement dans le même état.

Cœur. Une cuillerée de sérosité sanguinolente dans le péricarde; caillots fibrineux adhérens et assez volumineux.

Abdomen. Intestins ballonnés; épiploon non adhérent; traces de légères adhérences récentes de toutes les circonvolutions entre elles; légères injections, par places, du tissu cellulaire sous-péritonéal et de celui qui est compris dans l'épaisseur de l'intestin. Cette injection est surtout très-marquée dans le petit bassin, dans toute cette cavité, dans la fosse iliaque droite et non dans la gauche. On rencontre un épanchement de matière purulente où flottent de fausses membranes, surtout entre le rectum et la matrice. Du reste, le péritoine entre l'utérus et le rectum n'est nullement perforé, mais il est rouge et enflammé.

Foie ramolli et très-friable, d'un rouge brun. Vésicule remplie de bile jaune saine. Rate ramollie. Pancréas sain. Estomac rempli de liquide jaunâtre; pas de rougeur de sa membrane muqueuse; mamelonnement du petit cul-de-sac.

Ovaires et trompes rouges. L'ovaire droit est augmenté de volume; coupé en travers, il présente du pus à l'état solide dans son intérieur, et une assez grande quantité de liquide sanguinolent.

Entre la vessie et la matrice, à peine la rougeur existe-t-elle sur le péritoine, et il n'y a aucune trace de pus, non plus qu'entre la vessie et les parois de l'abdomen, où l'on trouve un tissu cellulaire graisseux non friable.

Vessie ouverte à son sommet ainsi que l'urètre. On aperçoit une petite quantité de matière purulente au bas-fond; coloration d'un noir foncé de l'ouverture de la fistule vésico-vaginale, coloration entièrement due à l'infiltration sanguine. Il existe aussi un assez grand nombre de dépôts de matière lithique, assez volumineux et saillans. Les tuniques de la vessie sont saines, sans rougeur ni infiltration purulente jusqu'à la fistule, et ces tuniques sont réunies par un tissu cellulaire sain présentant même de la graisse dans son épaisseur.

Utérus. Surface interne d'une coloration noirâtre qui cède au frottement; tissu dur et normal. Le col présente des végétations colorées comme le pourtour de la fistule et le fond du vagin. Le lambeau n'est nullement gangrené; il a été retiré au dehors; lorsqu'on le rapproche de l'ouverture il la bouche exactement. Le vagin est noirâtre à son intérieur et surtout dans son fond; dans son épaisseur on trouve plusieurs veines oblitérées par des caillots et contenant du pus que la pression fait sortir.

Veine crurale droite. Elle contient des caillots noirâtres, sans pus dans son épaisseur.

Veine crurale gauche. Le caillot est entouré par une fausse membrane adhérente à ce caillot.

Malgré la malheureuse issue de mon opération chez cette malade, cette observation, comme on a pu le voir, serait encore favorable à mon procédé. Ainsi, les accidens graves qu'éprouva cette femme doivent être attribués, non pas à l'opération elle-même, mais à ce qu'elle a été pratiquée alors que la malade était dans des conditions favorables: Mais l'autopsie a démontré que le tampon, adhérent, remplissait l'ouverture, et que tout aurait pu faire espérer une guérison complète sans l'invasion de cette phlébite qui, d'ailleurs, vient trop souvent détruire l'ouvrage du chirurgien, même dans les opérations les plus simples.

— Depuis que ce mémoire a été présenté à l'Institut, le succès de ma troisième opération s'est consolidé; et j'ai même en ce moment, dans mes salles, une quatrième femme sur laquelle j'ai appliqué mon procédé avec de fortes chances de succès. Voici l'histoire de ma troisième opération, recueillie par M. G. Dubois, interne.

FISTULE VÉSICO-VAGINALE; INSUCCÈS DE PLUSIEURS MÉTHODES; GUÉRISON PAR LE PROCÉDÉ DE M. JOBERT.

Obs. VIII. — Gabrielle Morel, lingère, âgée de 28 ans, avait toujours joui d'une bonne santé, lorsqu'au commencement de l'année 1831 elle eut une couche très-laborieuse, pendant laquelle des accès réitérés d'éclampsie nécessitèrent l'application du forceps. Cette opération, qui amena un enfant mort, fut immédiatement suivie de violens accidens inflammatoires. Le ventre et la vulve devinrent très-douloureux et se tuméfièrent considérablement. Dès le lendemain de l'opération on fut obligé de sonder la malade, et la persistance de la rétention d'urine rendit cette manœuvre nécessaire jusqu'au neuvième jour. A cette époque, la malade éprouvant un besoin pressant d'uriner, se fit asseoir dans un fauteuil, et à l'instant même elle sentit son urine s'échapper avec bruit et inonder ses vêtemens. Depuis ce moment l'écoulement de l'urine a été permanent et complet. Dès le lendemain la malade se fit transporter à la Pitié, où M. Velpeau, après avoir attendu que les parties revinssent à un état plus satisfaisant, ce qui exigea une quinzaine de jours, eut recours à la cautérisation. Cette méthode fut mise en usage pendant environ deux semaines, mais sans succès, et la malade découragée revint chez elle. Trois mois plus tard elle fut opérée suivant la méthode de M. Lallemand, par un chirurgien de la capitale. Cette méthode ne réussit pas mieux que la précédente; et Gabrielle Morel, complètement rebutée, ne voulut plus voir aucun médecin, bien mieux elle eut encore un nouvel enfant qui vint au monde sans accident.

Il y a un an la dégoûtante infirmité dont cette malheureuse était atteinte, lui fit réclamer les soins de M. Jobert, qui l'opéra par sa méthode. Le lambeau fut taillé aux dépens de la grande lèvre du côté gauche, et le douzième jour l'adhérence du tampon avec les bords de la fistule fut présumée assez solide pour engager M. Jobert à couper sa base. Malheureusement sa vitalité n'était pas encore suffisante, aussi se gangréna-t-il et l'écoulement reparut comme précédemment. La malade revenue encore du découragement que lui avait causé ce nouvel échec, se présenta de nouveau chez M. Velpeau, qui fit encore des tentatives inutiles.

Le 14 décembre 1835 la malade revint à l'hôpital St-Louis, et c'est depuis cette époque que nous l'avons observée.

Après les nombreuses tentatives de guérison que cette femme a supportées, sa fistule s'est considérablement agrandie. C'est maintenant une large perte de substance, de forme arrondie, capable de recevoir l'extrémité du pouce, et située seulement à une quinzaine de lignes de l'orifice de l'urètre.

La nouvelle opération, celle qui a été couronnée de succès, a été pratiquée le 20 janvier 1836. Cette fois-ci le lambeau obturateur a été taillé dans le pli même qui sépare la cuisse de la fesse, sa base située en haut, et son sommet relevé de bas en haut pour être introduit dans la fistule.

Peu d'heures après l'opération, la malade est prise de vomissemens et de douleurs vives dans le flanc droit. Le peu de fréquence du pouls, l'extrême agitation de la malade pendant l'opération, et la rapide apparition de ces accidens, nous rassurèrent contre la crainte d'une péritonite. En effet, dès le soir les vomissemens cessent après l'administration de la potion anti-émétique de Rivière.

Le 21 il n'existe plus que quelques nausées qui cessent complètement dans la journée. La sonde, placée à demeure immédiatement après l'opération, n'a pas fonctionné convenablement, et le petit bassin placé entre les cuisses de la malade pour recevoir l'urine ne s'est pas rempli. Cependant ce n'est plus par la fistule que ce liquide s'est écoulé, mais bien entre l'urètre et la sonde, ce que la malade affirme pouvoir distinguer. On place une nouvelle sonde un peu plus grosse.

Dans la journée le petit bassin se remplit; cependant la malade se sent encore mouillée, et cette circonstance paraît dépendre de ce que le cordon qui fixe la sonde au bandage en T relève trop son extrémité libre. Le 22 on relâche encore le cordon, et on supprime le bandage en T dont la branche verticale, passée entre les cuisses et fendue pour laisser passer la sonde, a le grave inconvénient de comprimer le reste de l'appareil et par suite le lambeau. On lui substitue un simple bandage de corps auquel on fixe également la sonde. Pour tout pansement, on applique sur la vulve un petit linge enduit de cérat et fendu dans son milieu pour laisser passer cet instrument.

Le 25; la sonde, obstruée par du mucus, est remplacée.

Les jours suivans l'urine coule convenablement.

Le 27, le fil passé dans le sommet du lambeau et fixé au bandage de corps, tombe pendant le pansement, sans qu'on ait exercé sur lui aucune traction inopportune.

Les jours suivans, le tampon ne s'est point déplacé, et l'urine a continué à couler par la sonde. Ces deux circonstances font augurer un heureux résultat.

Le 31, des mouvemens inconsiderés de la malade ont complétement dérangé l'appareil, et la sonde est sortie de l'urètre. Depuis ce leger accident, l'urine s'est accumulée dans la vessie et plusieurs fois dans la journée la malade, sollicitée par le besoin d'uriner, s'en est débarassée naturellement. Ce fait contribue encore davantage à augmenter l'espoir d'une réussite complète. Comme le fil qui passait dans le sommet du lambeau est déjà tombé depuis plusieurs jours, il est bien probable que l'occlusion de la fistule ne dépend plus que des nouvelles adhérences, et que les fils qui passent du tampon dans les bords de la perte de substance se sont également détachés. Malgré cet heureux pronostic et pour plus de sûreté, on place encore une sonde.

Depuis cette époque jusqu'au 23 février on change les sondes tous les jours ou tous les deux jours. Les urines sont limpides la plupart du temps, quelquefois cependant de légères mucosités obstruent la sonde. Souvent, par indocilité, la malade dérange cet instrument, et chaque fois l'urine s'accumulant dans la vessie est rendue volontairement. Il faut néanmoins remarquer que les envies d'uriner reviennent alors très-fréquemment, ce qui dépend très-probablement de la diminution de capacité de la vessie, tant par suite des opérations qu'elle a subies, qu'en raison de son défaut d'extension pendant plusieurs années. Le 23, M. Jobert, en présence de MM. Paul Dubois et Emery, coupe le lambeau à un pouce de sa base. La malade a senti à peine l'incision.

Le 24, le lambeau offre une coloration noire très-inquiétante et qui, occupant plusieurs lignes de l'extrémité nouvellement coupée, s'étend sur un de ses côtés aussi haut que l'œil peut atteindre. La portion qui n'est pas encore mortifiée, est gonflée et rouge. L'urine a une couleur rouge insolite. On supprime la sonde dans la crainte que, comprimant le lambeau, elle n'augmente encore la gangrène.

Le 25, la malade a de l'inquiétude, du malaise, de la céphalalgie et des envies de vomir. La portion mortifiée n'a pas augmenté et le reste du lambeau est moins tuméfié, ce qui donne l'espoir que la gangrène se limitera et n'atteindra pas la portion du lambeau qui obture la fistule. L'urine s'accumule toujours dans la vessie et est rendue volontairement; seulement, quand la malade résiste aux besoins fréquens qu'elle éprouve, ce liquide s'échappe seul et inonde le lit. La coloration par du sang est toujours très-marquée. Petite saignée, cataplasme sur le ventre.

Le 26, le malaise général est moindre; mais la malade se plaint d'une douleur dans la vessie et la vulve. La portion du lambeau mortifiée commence à se séparer de la portion vivante, laquelle a beaucoup diminué de volume. L'urine est toujours sanguinolente. On applique simplement un petit linge cérate sur la vulve.

Le 27, la portion gangrenée est complètement tombée, et le reste du lambeau s'est encore dégorgé. L'urine est encore rouge, mais l'état général est parfait. (Même pansement.)

Le 28, l'urine est parfaitement claire, toujours rendue sans le secours de la sonde et volontairement. Le tampon s'est tellement rétracté, que l'on est obligé d'écarter les petites lèvres pour l'apercevoir. La surface de la section, de couleur vermeille, est le siége d'une suppuration de bonne nature. L'état général continue à être parfait.

Le 3 mars, M. Jobert coupe à ras le bourrelet formé par la base du lambeau. On doit se rappeler que la première section avait été faite à un pouce de la base; il en restait par conséquent un bourrelet saillant et volumineux, qui, indépendamment de la difformité qu'il produisait à l'entrée des organes génitaux, aurait plus tard, par sa situation, gêné la marche et se serait excorié. La section de ce bourrelet a été très-douloureuse et a été suivie d'une hémorrhagie copieuse fournie par trois artérioles.

Le 4 mars, la malade est un peu faible par suite de l'hémorrhagie qu'elle a éprouvée, et dont on ne s'est aperçu que quelques heures après la section.

Le 5 mars, la malade nous dit que deux fois dans la nuit elle a été réveillée par le besoin d'uriner, et qu'elle a eu le temps de prendre son vase. Jusqu'à cette époque, l'urine, après avoir distendu la vessie jusqu'à un certain degré, s'échappait subitement avant que le besoin d'uriner fût assez pressant pour réveiller la malade. L'état de dilatation de l'urètre par l'introduction prolongée des sondes, contribuait sans doute beaucoup aussi à la production de cette incontinence nocturne. Le fait du réveil de la malade par le besoin d'uriner, indique encore un grand progrès dans l'amélioration des organes; aussi l'opérée, après les soins assidus et minutieux dont nous l'avons entourée, se trouve-t-elle à une époque de traitement assez avancée pour qu'on puisse regarder la guérison comme positive et durable.

Dans ce dernier cas M. Jobert a introduit une modification dans son procédé. Le lambeau était précédemment taillé aux dépens de la fesse; ici c'est dans le pli qui sépare la fesse de la cuisse, et cette modification a l'avantage de s'opposer à l'écoulement de l'urine sur le lambeau. Enfin dans le but de mettre en contact les surfaces saignantes dans tous les points le sommet du lambeau a été replié sur lui-même de manière à présenter de chaque côté une masse vive, et le fil qui, dans les cas précédens, passait exactement dans son sommet, traversait l'anse de peau formée par le repli.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX FRANÇAIS.

I. ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE.

Le cahier de février contient quatre articles originaux, savoir : 1° un *mémoire sur l'état matériel ou anatomique des os malades*, par M. Gerdy; 2° *recherches analytiques sur quelques points de l'histoire de la leucorrhée*, par M. Marc d'Espine; 3° *des accidens consécutifs aux fractures; observations relatives aux fractures du fémur*, par M. J. Guyot; 4° *quelques observations de maladies de la moelle épinière et de ses membranes, de purpura hemorrhagica et du cancer du foie*, par M. Colliny.

MÉMOIRE SUR L'ÉTAT MATÉRIEL OU ANATOMIQUE DES OS MALADES; par M. le professeur GERDY.

Les maladies organiques des os ont depuis long-temps attiré l'attention de l'auteur; et pour donner à ses recherches une base plus précise, il a d'abord étudié l'organisation des os à l'état sain; voici d'abord en quelques mots les résultats auxquels ces premiers travaux l'ont amené.

Les os sont composés : 1° de tissu compact; 2° de tissu canaliculaire; 3° de tissu canaliculaire entrecoupé; 4° de tissu réticulaire.

1° Le *tissu compact* n'est qu'un composé de tubes osseux très-fins et très-serrés, parallèles à l'axe des os longs, quelquefois convergens dans les os plats, vers les points primitifs d'ossification. Les sillons que l'on voit à la surface des os longs, de certains os plats, comme les pariétaux, pénètrent souvent dans les canalicules du tissu compact et même dans le diploé des os plats;

2° Le *tissu canaliculaire*, mal à propos désigné sous le nom de tissu spongieux dans les os longs, est un ensemble de canalicules longitudinaux, criblés de trous dans leurs parois communes, en sorte qu'ils communiquent les uns avec les autres.

3° Le *tissu canaliculaire entrecoupé* est formé de canalicules entrecoupés par des lames et des filets osseux, qui leur donnent une apparence tellement celluleuse, qu'on pourrait encore l'appeler tissu aréolaire ou celluleux. On y serait d'autant mieux fondé qu'il présente des aréoles arrondies et non tubulées. Ce tissu occupe les épiphyses des os longs, les os courts et l'intervalle des lames des os plats.

4° Enfin le *tissu réticulaire* est un réseau formé de filets osseux solides qui occupent la cavité médullaire des os longs. On en trouve aussi dans les os courts qui ont une cavité médullaire, et c'est le plus grand nombre.

Les vaisseaux constituent des réseaux très-fins, à parois excessivement minces, qui se répandent dans tous les canalicules, et qui s'y anastomosent sans cesse à travers leurs trous de communication, et au sein de la moelle qui les enveloppe. La moelle est un tissu celluto-graisseux qui est le même dans les cavités médullaires et dans les cavités canaliculaires; elle est seulement moins abondante dans les canalicules vasculaires très-fins des os que dans les canalicules plus larges, et surtout que dans les cavités médullaires.

L'inflammation des os, ou ostéite, se montre dans tous ces tissus. Les os qui en sont le siége sont gonflés; mais tantôt ils sont plus légers, tantôt plus lourds; M. Gerdy ne les a jamais évidemment trouvés plus mous qu'à l'état sain; et il pense qu'on a pris leur fragilité pour un ramollissement qui n'existait pas. Leur structure est plus ou moins altérée, et présente trois modes d'altération fort différens qui peuvent exister ensemble dans le même os. Tantôt elle est raréfiée, tantôt elle est plus compacte dans certains points; tantôt elle est érodée, cariée; de là l'ostéite *raréfiante*, l'ostéite *condensante* et l'ostéite *ulcérante* ou carie.

L'ostéite *raréfiante* rend l'os plus léger à la fois et plus fragile; elle consiste dans la dilatation des sillons, des canalicules, et des ouvertures vasculaires; quand l'os est enflammé généralement, son conduit nourricier principal, s'il en a un, double quelquefois de largeur; dans deux cas, M. Gerdy l'a vu se prolonger en tube libre et isolé dans l'intérieur de l'os, comme si ce tube avait été sécrété par l'artère et la veine qu'il enveloppe. Le tissu compact prend l'apparence du tissu canaliculaire non entrecoupé ou entrecoupé; si on divise en travers un tibia par exemple, on obtient une coupe perpendiculaire de ses canalicules, dont les embouchures irrégulièrement arrondies sont béantes sur cette coupe. Le tissu canaliculaire, dit spongieux, a aussi ses canalicules dilatés, et leurs parois sont minces et fragiles. Les canalicules entrecoupés ou le tissu aréolaire offrent aussi des vides beaucoup plus considérables; et tous ces changemens expliquent à merveille et la plus grande légèreté et la plus grande fragilité des os.

Les canalicules dilatés dans l'intérieur des os sont remplis de moelle rouge; mais il est difficile d'en distinguer les vaisseaux, tant ils sont fins et déliés. M. Cruveilhier a pensé que ces vaisseaux formaient un système caverneux comparable à celui de la verge; M. Gerdy est d'avis différent, et les regarde comme des capillaires très-fins.

Dans l'ostéite *condensante*, le tissu compact est épaissi et quelquefois plus dense; le tissu canaliculaire, le tissu réticulaire le sont souvent aussi. L'os est à la fois aussi plus dense en certains points, plus rare en d'autres. On n'y distingue pas toujours de canalicules vascu-

laires, soit qu'ils soient oblitérés, s'il y en a eu, soit que l'ostéite compacte se soit développée par juxta-position ou superposition.

Dans l'ostéite *ulcérante* ou carie, l'ulcération est tantôt superficielle et présente une surface rugueuse, vermoulue; tantôt profonde, sanieuse et encore rugueuse. Jusqu'à présent on a méconnu le caractère vasculaire de ces rugosités, de cette vermoulure; on n'a pas vu qu'elles sont dues à l'augmentation morbide des ouvertures des sillons vasculaires, et à la formation d'ouvertures irrégulières produites par la résorption du tissu osseux. Sous la surface de la carie existe d'ailleurs une ostéite plus ou moins profonde, avec tous les caractères anatomiques décrits précédemment.

Enfin à la surface ou dans la profondeur de cette ostéite s'observent très-souvent des esquilles sous forme de granulation, d'aiguilles, etc., séparés des parties voisines par une inflammation circonférentielle, et elles-mêmes rouges et sanglantes, avec tous les caractères du tissu osseux raréfié et enflammé. M. Gerdy leur réserve le nom d'*esquilles*, et appelle *siquettes* les fragmens compactes et non enflammés de la nécrose. Il s'est assuré d'ailleurs, après M. Mouret et d'autres, que les esquilles de la carie ne perdent pas leur gélatine comme l'avait avancé M. Sanson.

M. Gerdy traite ensuite de l'*ostéite périostique* ou compliquée de l'inflammation du périoste; de l'ostéite compliquée de l'inflammation du tissu médullaire; de l'ostéite qui occupe les parties articulaires des os et qui se complique d'*inflammation diarthrodiale* ou de *sous-diathrite*; et dans ce dernier cas il note que le tissu cellulaire qui unit les cartilages diarthrodiaux à l'os et qui constitue une lame invisible dans l'état sain, prend une épaisseur considérable, et sous les cartilages érodés ou animés, se présente sous forme d'une fausse membrane épaisse, veloutée, tomenteuse, d'un rouge brun ou grisâtre. Il a rencontré un cas de *kyste sous périostique* siégeant à la partie inférieure du fémur et dont il ne connaît pas d'autre exemple. Il termine par des considérations sur d'autres variétés d'ostéite, l'ostéite avec hyperostose ou exostose, avec spina-ventose, etc.

Ce mémoire aurait offert un bien plus grand intérêt, si l'auteur avait appuyé chaque assertion sur des faits précis et détaillés, et ensuite s'il avait montré en quoi ont péché les auteurs qui, avant lui, ont écrit sur ce sujet, et ont émis des opinions différentes des siennes. M. Malgaigne a fait voir dans l'ostéite franche trois degrés, dont le second est caractérisé par le nom de *ramollissement rouge*, le troisième est le *ramollissement jaune*. M. Gerdy n'en tient compte; en revanche, il admet comme fait l'*ostéite condensante*, que nous ne pouvons jusqu'ici regarder que comme une théorie fort hypothétique, et l'*ostéite ulcérante*, qui aurait un égal besoin d'être démontrée. M. Malgaigne a admis une ulcération des os, mais sans inflammation, et que l'on peut reconnaître comme une altération spéciale quand l'inflammation ordinaire vient s'y surajouter. Enfin dans l'explication nouvelle que donne M. Gerdy de quelques phénomènes de l'ostéite déjà mentionnés avant lui, nous craignons qu'il n'ait été séduit par le désir de faire concorder l'anatomie pathologique avec ses idées d'anatomie normale, et il faut attendre que celles-ci aient reçu la sanction des anatomistes. Il y a cependant une rectification qui paraît assez importante au premier abord, c'est celle qui consiste à dire que l'os est devenu non pas plus mou, mais plus fragile. Que les lamelles desséchées du tissu spongieux ne soient pas plus molles que des lamelles de même épaisseur qu'on taillerait dans le tissu compact, cela est possible et même probable, bien que cela ne soit pas prouvé. Mais cela n'a pas empêché les anatomistes de dire que l'un de ces tissus est plus dur que l'autre; et quand on parle d'un os ramolli par l'inflammation, la signification très-précise de ce langage est que l'os est plus facile à diviser, à écraser, à ronger de mille manières, et ce sont encore là les caractères que l'on retrouve même dans les parties molles dites ramollies à la suite d'une inflammation.

RECHERCHE ANALYTIQUE SUR QUELQUES POINTS DE L'HISTOIRE DE LA LEUCORRHÉE; par le docteur MARC D'ESPINE.

L'auteur n'a point la prétention, ainsi que l'indique le titre, de donner ici une monographie de la leucorrhée, il se borne à examiner quelques points de l'histoire de cette maladie, sur lesquels il a été en position de faire des recherches spéciales. Le premier point dont il s'occupe a rapport aux idées erronées que l'on a dans le monde sur ce que l'on appelle les fleurs blanches ou la leucorrhée. Ainsi sur treize femmes qui lui avaient affirmé n'avoir eu de fleurs blanches à aucune époque de leur vie et qu'il examina au spéculum, il ne trouva que chez deux d'entre elles absence complète d'écoulement utérin; chez presque toutes les autres cet écoulement existait, peu considérable il est vrai; chez une il était même très-abondant; pendant que d'un autre côté sur quinze femmes qui lui avaient assuré avoir des fleurs blanches continuellement et qu'il examina plusieurs fois au spéculum, une seule ne lui a présenté aucune trace d'écoulement utérin; les autres avaient des écoulemens peu ou médiocrement abondans, et chez une seule qu'il avait examinée jusqu'à trois fois, l'écoulement utérin s'est trouvé toujours très-abondant. M. Marc d'Espine conclut de ces faits qu'on ne peut avoir d'observation exacte et complète de leucorrhée, qu'à l'aide de l'exploration par le spéculum pratiquée plusieurs jours de suite et plusieurs fois par jour; aussi celles sur lesquelles repose ce mémoire de M. Marc d'Espine ont-elles été toutes recueillies à l'hôpital des vénériens.

Il cherche ensuite à étudier l'influence du climat et du tempérament sur la leucorrhée, et spécialement en comparant les recherches qui lui sont propres avec celles qu'a publiées Blotin; mais les résultats auxquels il arrive sont si peu importans que nous croyons ne pas devoir nous y arrêter; nous en dirons presque autant de ceux qu'il a obtenus de ses recherches sur l'influence de la coloration des cheveux et des yeux sur l'existence de la leucorrhée; cependant comme sur ce point on n'éprouve pas la même difficulté que pour le climat, c'est-à-dire la différence qui peut se trouver entre le climat sous lequel la personne est née et celui où elle est observée et a vécu plus ou moins longtemps, nous ferons connaître en peu de mots ce résultat. Il semblerait que dans le nord et le centre de la France les fleurs blanches ont plus de tendance à affecter les femmes à cheveux châtains ou noirs et à yeux bruns ou noirs, que celles ayant les cheveux châtains ou blonds et les yeux bleus.

On obtient encore un résultat analogue, dit M. Marc d'Espine, si au lieu de comparer les femmes non sujettes aux fleurs blanches, on les compare à celles chez lesquelles cette disposition a débuté le plus tôt, c'est-à-dire, aux femmes qui sont devenues leucorrhéiques même avant la première menstruation. Dans ses recherches sur l'influence de la constitution, l'auteur est arrivé à des résultats qui sont opposés à l'opinion généralement admise, car il a trouvé que chez les femmes éminemment leucorrhéiques, qui le sont depuis l'enfance, la constitution robuste prédominait, tandis que les constitutions grêles prédominent chez celles qui sont le moins leucorrhéiques.

L'attention qu'on apporte maintenant à examiner au spéculum le vagin et la matrice chez les femmes atteintes de quelque affection de ces parties et la facilité avec laquelle on peut faire cet examen dans les hôpitaux, ont donné à M. Marc d'Espine l'occasion de faire de nombreuses recherches sur l'écoulement utérin et sur celui du vagin, et qui ne manquent pas d'intérêt.

Écoulement utérin. Sur 193 examens au spéculum où il a été tenu compte de l'écoulement utérin, on a trouvé 23 fois l'orifice sec; dans les autres cas l'orifice du col de l'utérus présentait un écoulement ou aqueux, ou plus ou moins visqueux, qui se manifestait quelquefois sous la forme d'une simple goutte pendante au col. En même temps l'orifice du col était ou parfaitement sain, ou entouré d'un cercle rose, rouge, contrastant plus ou moins avec la couleur naturellement pâle du reste de la muqueuse; ou bien ce cercle était rouge-vif, saignant; ou la rougeur était grenue, sans érosion; ou enfin ce cercle était érodé, ulcéré avec un fond, soit lisse, soit grenu.

Ces détails sont importans; mais une question dont la solution ne serait pas moins importante, c'est de décider si ces altérations dépendent d'une phlegmasie chronique, de la cause qui détermine les fleurs blanches ou de l'infection syphilitique. Mais c'est ce qu'il est impossible de faire surtout avec des matériaux recueillis, comme ceux de M. Marc d'Espine, dans un hôpital des vénériens. Cependant nous devons tenir compte des efforts qu'il a faits pour trouver une solution à cette question et que nous allons chercher à faire connaître.

Il compare numériquement les divers états du col de l'utérus avec les formes différentes de l'écoulement utérin, et démontre évidemment l'influence de l'état de l'orifice sur celui de l'écoulement. Ainsi l'écoulement aqueux et l'écoulement transparent albumineux se rencontrent dans la majorité des cas où l'orifice est sain, dans la moitié de ceux où il est entouré d'une simple rougeur, et environ dans le quart seulement des cas où il y a une rougeur vive avec ulcération à l'orifice du col. L'inverse a lieu pour les écoulemens demi-transparens, striés et opaques.

Cependant l'état de l'orifice du col n'est pas la seule cause qui influe sur la forme de l'écoulement, et cet état n'exerce pas toujours la même influence, car les cas d'ulcération du col qui coïncident plus fréquemment que les autres avec l'écoulement opaque, n'en coïncident pas moins quelquefois avec un écoulement, soit aqueux, soit albumineux, soit transparent; et dans les cas où le col est parfaitement sain, on rencontre aussi quelquefois l'écoulement opaque et l'écoulement strié.

Il est donc probable, dit M. Marc d'Espine, que l'écoulement aqueux et l'écoulement albumineux transparent appartiennent en propre à la leucorrhée, tandis que les stries qui s'y mêlent quelquefois, et la sécrétion purulente ou blanche opaque appartiennent plutôt à une phlegmasie, soit simple, soit syphilitique.

Écoulement vaginal. L'auteur cherche à corroborer les inductions que nous venons de faire connaître des résultats qu'il a obtenus de ses recherches comparatives sur l'état de la muqueuse vaginale et l'écoulement vaginal. Mais ici il n'opère que sur une masse de faits beaucoup moins considérable, et les résultats qu'il a obtenus offrent encore, comme dans le cas précédent, de très-nombreuses exceptions; ils ne peut venir fournir que des probabilités encore moindres. Car non-seulement il n'a point trouvé de rapports absolus, mais les cas exceptionnels son presque aussi nombreux que ceux sur lesquels repose la loi.

DES ACCIDENS CONSÉCUTIFS AUX FRACTURES; observations relatives aux fractures du fémur; par M. J. GUYOT, D.-M.

Il reste quelquefois après les fractures consolidées des douleurs et un état d'irritation permanente dans le cal auquel les auteurs n'ont pas accordé une suffisante attention. M. Guyot en a recueilli trois observations, dont la première surtout présente un véritable intérêt. La voici:

OBS. — M. Turgot, pair de France, eut en 1831 une fracture du fémur droit, siégeant à la réunion du tiers supérieur avec le tiers moyen de l'os, occasionée par une violente chute de cheval. Dupuytren appliqua d'abord un bandage à 18 chefs; et vers le cinquantième jour il y substitua le double plan incliné; dans la nuit qui suivit cette substitution, les deux fragmens s'inclinèrent l'un sur l'autre avec gonflement considerable et d'intolerables douleurs. Le cal se raffermit néanmoins après un temps fort long, en conservant sa déformation, et M. Turgot put marcher avec une courte béquille. Mais le genou conservant de la raideur, on conseilla les eaux de Neris, sous l'influence desquelles le cal se gonfla et devint le siége d'un travail extraordinaire accompagné de vives douleurs; le membre devint œdemateux et prit une teinte violacée très-foncée; la marche était impossible; la pointe du pied ne pouvait même toucher la terre ou heurter un corps dur sans qu'un retentissement très-douloureux se fit sentir dans le cal et dans toute la partie supérieure de la cuisse. Cet état dura trois ans; vers la belle saison de 1834, les bains d'eau froide et salée, et particulièrement les bains de mer dissipèrent en grande partie les douleurs et le gonflement; la teinte violacée de la peau s'éclaircit; mais la cuisse ne pouvait supporter le poids du corps, et le malade ne marchait qu'à l'aide de deux béquilles. Chaque soir la fatigue de la journée développait une chaleur insolite au niveau de la fracture et du genou; le même effet était produit par l'influence brumeuse, pluvieuse ou orageuse de l'atmosphère; et l'irritation allait quelquefois jusqu'à l'état inflammatoire, déterminait des contractions spasmodiques des muscles, la fièvre, l'insomnie, etc.; cette maladie locale durait de six à neuf jours

Tel était l'état des choses quand M. Turgot se soumit à l'examen de M. Guyot, en octobre 1834. Les deux fragmens du femur, dont le superieur pouvait avoir 5 à 6 pouces, et l'inférieur 9 pouces à 9 pouces et demi, s'inclinaient l'un sur l'autre de manière à former un angle de 15° saillant en avant et un peu en dehors; le membre mesuré offrait un raccourcissement de 13 à 14 lignes. Au point de jonction était un cal énorme; les muscles très-developpés se constituaient parfois dans un état de spasme très appréciable à l'œil; enfin la circulation était embarrassée et le membre avait perdu toutes ses formes, tant par le gonflement œdémateux que par le dépôt de matières, soit graisseuses, soit tophacées, au voisinage des articulations.

La cause de tous ces accidens était fort difficile à préciser; M. Guyot commença donc quelques essais, plutôt en vue de s'éclairer qu'avec l'espoir d'en tirer directement avantage.

Il comprima d'abord toute la cuisse avec un corset en coutil, qui parut dans le principe faire un bon effet; mais la cuisse ne pouvant supporter ni chaleur, ni pression, il fallut promptement renoncer à son emploi. Deux ou trois autres moyens mecaniques n'ayant point reussi, le chirurgien proposa l'application de l'appareil de Boyer durant deux mois, et le malade s'y soumit le 2 janvier 1835. L'appareil était réduit à sa plus simple expression, c'est-à dire sans compresses, sans coussins, et disposé seulement pour tendre le membre par ses deux extrémités comme la corde d'un arc. Après deux ou trois jours, il fut nécessaire de recourir à l'emploi d'un lit mécanique. Huit jours s'étaient à peine écoulés que le membre avait repris sa couleur et son volume naturel; chaque jour on ajoutait à la tension deux ou trois tours de la vis de rappel. Jusqu'au 30e jour tout marchait à merveille, lorsque le malade ayant fait un léger effort pour prendre sa montre sur une table voisine de son lit, ressentit un pincement, une douleur en tout semblable à l'ancienne; il demeura découragé.

Cependant, après une nouvelle deliberation, un large vésicatoire fut appliqué, et dès le lendemain l'espoir était revenu; un second et un troisième vesicatoires furent appliqués encore à quelques jours de distance, et le 13 février, six semaines après l'application de l'appareil et douze jours après l'application du premier vésicatoire, M. Turgot put se lever et s'appuyer sur son membre malade. On supprima immediatement l'appareil et le lit mecanique; on établit au niveau du cal, en arrière et un peu en dehors de la cuisse, un large cautère admettant 8 à 10 pois; et bientôt il ne resta plus qu'à refaire l'education du membre. Au mois d'avril M. Turgot pouvait se promener dans les rues et parcourir de longs espaces avec une béquille à la main; au mois d'octobre il avait recouvré toute son agilité et n'avait plus besoin d'aucun appui; le membre avait repris sa couleur et ses formes naturelles

D'après le résultat du traitement, M. Guyot pense, et telle est aussi la conviction du malade, que le cal ou les parties molles étaient le siége d'une inflammation chronique ou d'un travail quelconque présentant les principaux caractères de l'état rhumatismal, et plus encore de l'état goutteux. L'appareil de Boyer fut utile par le repos absolu qu'il procura; les vésicatoires seuls et le cautère attaquèrent le mal dans son principe par une puissante dérivation.

La seconde observation est incomplète; il s'agit encore d'une fracture du fémur suite d'une chute violente, et traitée par des chirurgiens distingués. Le malade put marcher après cinq ou six mois, mais avec difficulté; après un exercice peu prolongé, il éprouvait un sentiment profond de fatigue, une douleur sourde au milieu des parties affectées. Les bains de mer firent un bien très-grand, mais ne guérirent point; un vésicatoire eut également de bons résultats, mais encore incomplets, et le malade souffre toujours. Il n'est pas dit si le sujet avait eu la goutte.

Le troisième malade était goutteux, et la fracture siégeant au col du fémur avait été, comme dans le premier cas, produite par une chute de cheval. Il fut six mois avant de s'appuyer sur son membre; la teinte violacée, le gonflement œdémateux de la cuisse et de la jambe, la déformation du genou avec dépôt de matières graisseuses ou tophacées aux environs de cette articulation; une douleur assez vive à l'aine et parfois dans le genou, s'exaspérant aux changemens de l'atmosphère; des contractions spasmodiques des muscles, enfin une sensation d'engourdissement douloureux à tous les chocs ou les faux pas; tous les symptômes, en un mot, remarqués dans la première observation, existaient au plus haut degré. Un vésicatoire volant lui permit de faire une longue course à pied; mais la douleur étant revenue, on en mit un autre, et enfin un cautère un peu au-dessus et en avant du grand trochanter; la disparition des symptômes est presque complète.

M. Guyot n'a pas rencontré de faits analogues dans les divers recueils qu'il a compulsés; et ce qui prouverait au moins que, si cet état consécutif à certaines fractures a été signalé, il est demeuré cependant dans un oubli à peu près complet, c'est que les trois malades dont il a été question avaient été abandonnés par les hommes les plus distingués comme au-dessus des ressources de l'art, ou devant attendre leur guérison des seules forces de la nature.

II. REVUE MÉDICALE FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE.

Le cahier de février contient quatre articles originaux. 1° *Quelques réflexions sur l'état actuel de la science et en particulier de la physiologie et de la médecine*, par M. Fuster; 2° *observation sur une maladie composée d'une paralysie de la langue, d'un embarras gastrique*, etc., par M. Golfin; 3° *recherches sur les propriétés fébrifuges du chlorure d'oxide de sodium*, par M. Gouzée; 4° *Note sur la cure des ganglions anciens par la ponction*, par M. Chailly.

OBSERVATION SUR UNE MALADIE COMPOSÉE D'UNE PARALYSIE DE LA LANGUE, D'UN EMBARRAS GASTRIQUE, D'UNE PLEURÉSIE ET D'UNE FIÈVRE INTERMITTENTE DOUBLE TIERCE, suivie de quelques considérations sur la paralysie en général et sur la paralysie gastrique en particulier; par M. GOLFIN, professeur de thérapeutique et de matière médicale à l'école de Montpellier.

L'auteur de cette communication commence par rapporter l'histoire d'une dame de 60 ans, qui, après quelques jours de malaise et de trouble dans les fonctions des organes digestifs, fut prise brusquement d'embarras dans les mouvemens de la langue, qui, en quelques instans, fut changé en une paralysie presque complète de cet organe. Une saignée de deux palettes n'ayant été suivie que d'une légère amélioration, on administra un émétique, et, au bout de deux heures, la malade avait recouvré complétement le libre usage des mouvemens de la langue. Mais les jours suivans il y eut chaque soir un paroxisme assez fort, bien que sans altération des mouvemens de la langue, et le sulfate de quinine en fit justice. Tel est le squelette de l'observation longuement rapportée et commentée par M. Golfin, qui part de ce fait pour démontrer l'indispensable nécessité des évacuans dans certaines paralysies qu'il désigne sous le nom de paralysies gastriques. Il voit dans ce fait une paralysie occasionée et entretenue par une lésion des forces vitales et organiques introduite dans le tube digestif par la présence de matières saburrales, et qui a sympathiquement agi sur le cerveau.

L'auteur distingue trois espèces de paralysies, idiopathique, sympathique et symptômatique. Les premières ont leur origine dans la substance propre du cerveau; ce sont les plus fréquentes; elles dépendent d'une lésion vitale et organique primitive de l'encéphale, qui détermine

des épanchemens sanguins. La paralysie symptômatique a sa source dans un organe plus ou moins éloigné du cerveau, et qui est en sympathie avec lui. Telles sont celles qui sont déterminées par une surexcitation du tube digestif, provoquées par un amas de matières saburrales, par des vers, etc., et celles dont le point de départ se trouve dans l'utérus, comme dans la grossesse. La paralysie symptômatique est celle dont l'existence se trouve liée à une affection générale ou locale, et qui en est un des effets inséparables. Mais ces trois genres de paralysie, quelle que soit la cause qui les ait preparées, dépendent en général d'une lésion primitive ou directe, secondaire ou indirecte de l'innervation cérébrale. De là l'auteur est amené à parler du traitement qui convient dans ces différentes paralysies; et après avoir donné quelques règles générales que nous n'avons pas besoin de reproduire, il expose aussi les différentes modifications que l'on doit apporter à cette médication suivant les cas. C'est ainsi que, chez la dame dont il a rapporté l'histoire, bien que l'émétique lui parût indiqué dès le commencement, cependant il fut déterminé à faire précéder son administration d'une petite saignée, par la congestion sanguine qui se faisait à la tête.

RECHERCHES SUR LES PROPRIÉTÉS FÉBRIFUGES DU CHLORURE D'OXIDE DE SODIUM, par le docteur GOUZÉE.

Ce mémoire contient dix observations de fièvre intermittente, dans lesquelles le chlorure d'oxide de sodium a été employé avec des effets variés, mais qui sont loin d'annoncer une efficacité bien prononcée. Ainsi dans deux cas nous voyons que la fièvre a cédé après avoir offert encore un léger accès; dans un cas elle disparut après quatre accès qui avaient diminué progressivement; dans deux cas où les accès avaient diminué d'intensité, il a paru nécessaire de recourir au sulfate de quinine; dans deux autres cas, le chlorure n'a en aucun effet sur la fièvre; une fois enfin les accès se sont aggravés.

Sur ces dix cas de fièvre intermittente, il y avait six cas de fièvre tierce, un de quotidienne et trois de fièvre quarte, ceux où le chlorure a paru produire quelque effet avantageux étaient des cas de fièvre tierce.

Si nous parcourons les observations elles-mêmes, nous reconnaîtrons que dans les cas où le chlorure a paru avoir agi avec le plus d'efficacité la maladie était si peu intense qu'elle semblait devoir céder sous l'influence des moyens hygiéniques seulement. Si, au reste, le chlorure d'oxide de sodium n'a pas paru, dans les cas rapportés par M. Gouzée, produire les effets merveilleux que d'autres lui ont attribués, il semble visible aussi des mêmes faits que c'est un médicament inoffensif: voici la manière dont ce médecin l'employait.

Il se servait de chlorure d'oxide de sodium récemment préparé, marquant 12° à l'aréomètre et décolorant au moins 18 parties de sulfate d'indigo. Dans la plupart des cas il prescrivait la potion conseillée par M. Lalesque, et qui se compose d'un demi-gros de ce chlorure dans quatre onces d'eau distillée; mais il faut observer que les poids belges étant d'un tiers encore plus forts que les poids français, la dose qu'il a employée a été constamment de dix à douze gouttes à peu près plus forte que celle prescrite par ce médecin; il faisait prendre la potion par cuillerées d'heure en heure, et faisait en sorte toujours que les dernières doses fussent prises peu de temps avant l'accès qu'il voulait combattre; il ne leur accordait en même temps qu'une alimentation très-légère, et leur faisait garder le lit ou tout au moins la chambre. Voici les deux principales conclusions que M. Gouzée tire de son travail et de quelques autres faits qui ont su y trouver place:

1° Le chlorure d'oxide de sodium a réellement des propriétés fébrifuges.

2° Il est loin toutefois d'offrir les effets sûrs et énergiques du sulfate de quinine.

3° Il ne peut donc pas remplacer le sulfate de quinine dans tous les cas où celui-ci est indiqué dans les fièvres périodiques, et il y aurait de l'imprudence par exemple à en hasarder l'usage dans les fièvres intermittentes pernicieuses.

NOTE SUR LA CURE DES GANGLIONS ANCIENS PAR LA PONCTION, L'ÉVACUATION DU LIQUIDE QU'IL CONTIENNENT ET LA COMPRESSION, par le docteur CHAILLY.

La ponction des ganglions est une opération anciennement connue et à peu près rejetée aujourd'hui, à raison de la fréquence des récidives qui lui succèdent. M. Chailly pense que cet insuccès tient au lieu où on a pratiqué la ponction. Si en effet on ouvre ces tumeurs à leur sommet, et que l'on comprime le kyste après l'avoir vidé pour procurer l'adhérence de ses parois, la compression tend directement à fermer l'ouverture, et le liquide sécrété de nouveau n'ayant pas d'issue pour s'échapper, remplit le kyste comme auparavant. On obvie à cet inconvénient en pratiquant l'ouverture sur le côté; ce procédé imite d'ailleurs ce qui se passe dans la cure des ganglions récens rompus par la pression. La rupture du kyste, selon M. Chailly, a lieu toujours et inévitablement sur le côté, en sorte que la compression rapproche les parois sans oblitérer l'ouverture. Deux observations tendent à montrer l'efficacité du nouveau procédé.

Dans la première il s'agissait d'un ganglion du volume d'une forte noix, datant de trois ans, et siégeant sur l'articulation du gros orteil avec l'os du métatarse. Un petit trocart fut plongé dans des points de la circonférence de la tumeur près de sa base; il en sortit une cuillerée à bouche d'une sorte de gelée d'une couleur ambrée et d'une consistance remarquable. Le kyste vidé et la canule retirée, on appliqua de petites compresses étroites et longues imbibées d'eau fraîche légèrement alcoolisée, se croisant les unes les autres et maintenues par un bandage; le malade garda le repos tout le jour, ayant soin d'humecter le pansement toutes les fois qu'un peu de chaleur se faisait sentir dans le lien opéré. Le lendemain il put reprendre ses occupations. Aujourd'hui il ne reste aucune trace ni de la maladie ni de l'opération.

La seconde observation a trait à un ganglion du volume d'une noisette, datant de plusieurs années, et siégeant sur l'articulation radio-carpienne, chez un garçon de douze ans. Le kyste contenait environ une cuillerée à café de matière gélatineuse, absolument incolore et d'une parfaite transparence. L'appareil compressif resta en place jusqu'au quatrième jour. A cette époque, le kyste était gonflé de telle sorte qu'on aurait pu croire qu'il recommençait à s'emplir. Le huitième jour il présentait assez exactement la forme d'une amande; ensuite son volume alla en diminuant, et enfin la région où il était situé n'a plus rien offert de remarquable.

Ainsi dans les deux cas nul accident n'est survenu. La ponction est cependant très douloureuse; mais aussitôt la canule retirée, la douleur commence à s'apaiser, et un quart d'heure après il ne reste plus qu'un sentiment très-incommode qui lui-même se dissipe promptement. M. Chailly paraît désirer qu'il fût possible de faire la ponction avec un instrument d'une introduction plus facile que le trocart; nous ne voyons pour notre part nul inconvénient à se servir d'une lancette ou d'un bistouri bien aigu.

III. JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE.

Les numéros de février contiennent les articles suivans: 1° *De la fracture par contrecoup de l'extrémité inférieure du radius*, par M. Goyrand, d'Aix; 2° *note sur les cathéters, les sondes, et sur le cathétérisme simple*, par M. Vidal de Cassis; article extrait d'un ouvrage inédit et renfermant quelques détails intéressans sur la fabrication des sondes; nous avons été surpris d'y voir encore évaluer la longueur de l'urètre de 6 à 8 pouces, erreur qui commence à devenir surannée; 3° *observations de médecine pratique*, par M. Mondière; 4° *du varicocèle et de son traitement curatif par l'étranglement des veines*; par M. Dufresne; 5° *observation d'acéphalocystes développées dans les os du crâne*, par M. Guesnard.

DE LA FRACTURE PAR CONTRECOUP DE L'EXTRÉMITÉ INFÉRIEURE DU RADIUS, par M. GOYRAND, d'Aix.

M. Goyrand a publié en 1832, dans la GAZETTE MÉDICALE, une description détaillée de cette fracture, qui jusqu'alors n'avait été connue qu'imparfaitement, et par quelques articles de journaux puisés à la clinique de Dupuytren. L'auteur se plaint à cette occasion que les éditeurs des *Leçons orales* de Dupuytren ont donné comme lui appartenant une copie très-exacte de son mémoire et de celui de M. Malgaigne sur le même sujet. Le reproche est parfaitement mérité; et ceux qui consultent les *Leçons orales* ne sauraient assez se méfier de ces emprunts forcés faits aux auteurs modernes pour en doter libéralement le chirurgien de notre siècle qui pouvait le mieux s'en passer.

Le nouveau mémoire de M. Goyrand est en grande partie la reproduction de l'ancien; il y a joint cependant quelques considérations nouvelles qui ne manquent pas d'importance. Dupuytren indiquait comme une des suites les plus fréquentes de ces fractures méconnues et mal traitées, la disparition de l'espace interosseux et la perte des mouvemens de pronation et de supination. M. Goyrand a observé plus de cent fois la difformité qui succède à ces fractures, et qui consiste dans une déviation de la main en dehors et quelquefois en arrière; et il n'a jamais vu les graves inconvéniens notés par Dupuytren. Mais il pense que M. Velpeau a été trop loin en avançant que cette fracture peut sans inconvénient, peut-être même avec avantage pour le malade, être aban-

donnée à elle-même; la difformité est trop fréquente et trop désagréable, surtout chez les femmes; et si les mouvemeos de rotation ne sont pas absolument perdus, nous avons constaté plus d'une fois, plusieurs années après la fracture, qu'ils ne recouvrent point leur étendue primitive.

On connaît l'appareil ingénieux proposé par M. Goyrand pour cette fracture. M. Malgaigne avait reproché au coussinet antérieur qui fait suite inférieurement à la compresse graduée, d'agir sur la saillie transversale qui surmonte la surface articulaire du radius, de manière à repousser le fragment inférieur en arrière; M. Goyrand a modifié cette partie de l'appareil, aussi bien que l'attelle antérieure. Ainsi son coussin antérieur n'a plus que vingt lignes de longueur; il est uniforme, ayant à sa base la même épaisseur que la compresse à laquelle il fait suite, allant en décroissant dans une étendue de dix lignes à partir de ce point, et conservant dans le reste de sa longueur une épaisseur uniforme et moindre de trois lignes que celle de la base. Les compresses interosseuses ne descendent que jusqu'à un pouce au-dessus de l'articulation. Au-dessous de ce point, elles sont remplacées, la postérieure par le grand coussinet qui doit descendre jusque sur la face postérieure du métacarpe; l'antérieur par le coussinet cunéiforme, qui s'adapte par sa base à l'extrémité inférieure de cette compresse, et par son prolongement inférieur à la saillie transversale antérieure du poignet au lieu où il se joint à la paume de la main. L'attelle postérieure descend jusque sur le métacarpe, tient donc la main droite et sur la même ligne que l'avant-bras, et fait ainsi prononcer en avant cette saillie, qui disparaît quand la main est fléchie en arrière. L'attelle antérieure descend de 18 à 20 lignes moins bas que l'autre; elle présente à son extrémité inférieure une coupe oblique qui réduit à 70° l'ouverture d'un de ses angles et donne 110° à l'autre. L'angle aigu de cette extrémité sera tourné vers le bord radial du membre, de manière que l'extrémité de l'attelle arcboute, avec l'interposition du coussinet antérieur, contre la partie supérieure de la saillie transverse du poignet constituée par l'os pisiforme et l'apophyse du scaphoïde. La coupe oblique de l'attelle a pour effet, dans les vues de l'auteur, de changer la ligne à peu près horizontale que forment ces deux saillies osseuses, en une ligne oblique de haut en bas et du bord cubital au bord radial du membre, c'est-à-dire de fixer la main dans une adduction assez forte et de s'opposer ainsi plus sûrement à la reproduction du déplacement du fragment inférieur en haut et vers l'espace interosseux. C'est une sorte d'extension permanente, destinée à remplir l'indication aperçue par Cline et Dupuytren, que le premier cherchait à satisfaire par le poids de la main, le second par son attelle cubitale, courbée sur le plat; et d'autres depuis par deux attelles coudées sur leur bord cubital.

M. Goyrand a employé cet appareil onze fois en deux ans, et toujours avec un succès complet; et il pense qu'il répond à tout ce qu'on peut désirer. Toutefois si la fracture était très-oblique ou comminutive, nous doutons que l'extension permanente ainsi pratiquée fût suffisante pour assurer au radius sa longueur normale; le point d'appui de l'attelle en bas nous paraît bien faible; et le point d'appui supérieur manque absolument, à moins qu'on ne la fasse arcbouter contre le pli du coude, ce que M. Goyrand ne dit point, et ce qui serait pas supporté par les malades. En même temps que cette première condition manquerait, il faut ajouter que l'extension directe de la main est une position forcée qui tend toujours un peu les muscles extenseurs, dont quelques-uns sont tendus déjà par la flexion de l'avant-bras sur le bras. Aussi dans un cas difficile, tel que nous venons de le supposer, nous croyons qu'on trouverait plus de sécurité et d'avantages à se servir de l'attelle de Dupuytren, ou mieux encore, des deux attelles antérieure et postérieure coudées inférieurement sur leur bord cubital. Mais ce que tous les appareils doivent emprunter à celui de M. Goyrand, c'est la forme de ses compresses graduées, et l'addition d'un coussin postérieur sur le poignet pour prévenir le déplacement en ce sens, déplacement plus fréquent qu'on ne l'imagine, et que nous avons vu plusieurs fois dans les salles de Dupuytren qui n'avait rien fait pour l'empêcher.

OBSERVATION D'ACÉPHALOCYSTES DÉVELOPPÉES DANS LES OS DU CRANE; recueillies à l'hôpital des Enfans, par M. GUESNARD, interne.

Les cas où l'on a trouvé des acéphalocystes dans le crâne sont assez rares; à peine la science en possédait-elle sept ou huit bien authentiques. M. Guesnard en ajoute encore un à ceux déjà connus, et qui est remarquable sous plus d'un point de vue. Mais malheureusement on ne trouve rien dans la marche de la maladie, ni dans la nature des symptômes présentés par le malade qui est un enfant âgé de 7 ans, qui pût faire reconnaître la nature de la maladie dont il était atteint. Cet enfant, qui était doué d'une physionomie extrêmement expressive et d'une grande vivacité, ne fut malade que pendant un mois, et encore pendant ce temps il éprouva une scarlatine et une variole qui accélérèrent sa mort. Quant aux symptômes de la maladie de l'encéphale, ce furent ceux de la compression, tels qu'une céphalite continuelle, la paralysie des paupières d'abord, puis l'amaurose; ensuite un certain degré d'hémiplégie; mais rien ne pouvait faire connaître de quelle nature était cette compression.

Les acéphalocystes chez ce sujet n'étaient pas dans l'intérieur du cerveau, mais entre la dure-mère, le pariétal et le temporal du côté droit. Il y avait deux kystes principaux, dont un était gros deux fois comme un œuf de poule, et l'autre comme une noix; mais il en existait d'autres du volume d'une lentille, placés dans de petites excavations osseuses qu'offrait le corps du sphénoïde; d'autres miliaires existaient plus profondément et furent pris avec des pinces; ils étaient dans les aréoles du tissu osseux.

L'altération la plus remarquable était celle des os, et ressemblait à celle que leur font éprouver les tumeurs anévrismatiques. Ils étaient rugueux et offraient des saillies entrecoupées d'enfoncemens.

L'auteur dans des réflexions très-judicieuses placées à la suite de l'observation, compare cette affection rare chez l'homme au tournis qui est très-fréquent chez le mouton, et qui consiste en un développement d'hydatides, soit dans la masse cérébrale elle-même, soit dans les cavités ventriculaires, ou bien à l'intérieur des méninges. Mais les médecins vétérinaires sont encore peu avancés sur la cause, la nature et le traitement de cette affection. On dit, il est vrai, avoir guéri beaucoup de moutons affectés du tournis, soit par la trépanation, soit par la ponction successive, ou bien par la cautérisation des parois du crâne; mais lors même que ces faits seraient bien authentiques, on ne doit point oublier que l'analogie n'est pas parfaite entre les deux maladies qui sont comparées ici; car les hydatides que l'on trouve dans le mouton sont polycéphales.

IV. BULLETIN DE THÉRAPEUTIQUE.

OBSERVATIONS SUR LES EXTRAITS DES SOLANÉES CONTENANT LA FÉCULE VERTE par MM. MARTIN-SOLON et SOUBEIRAN.

Les extraits préparés avec des sucs non dépurés contiennent une certaine quantité de fécule verte qui est elle-même un mélange de chlorophyle de gluten coagulée et de débris de tissus, toutes substances qui sont généralement considérées comme dépourvues de propriétés médicales; il était donc important de constater si la fécule verte, qui entre pour une proportion assez considérable dans les extraits des plantes vireuses, jouissait de quelque propriété, ou si elle ne faisait qu'augmenter inutilement leur volume sans ajouter à leur énergie; c'est ce que MM. Martin-Solon et Soubeiran ont fait, au moins pour ce qui concerne la fécule verte de la belladone, de la jusquiame et du stramonium. Nous ne donnerons pas l'analyse des expériences qui n'offriraient que très peu d'intérêt et nous nous contenterons de reproduire les conclusions que les auteurs ont tirées de ces expériences.

D'après ces résultats, n'est il pas permis de douter que la fécule verte qu'on laisse dans les extraits obtenus avec les sucs des solanées, puisse ajouter quelque chose à leurs propriétés; n'est-il pas plus probable, au contraire, qu'elle diminue l'efficacité de ces médicamens, en étendant la matière active de toute la proportion des principes inertes qui constituent la fécule verte des plantes; car les effets obtenus avec la fécule sont loin d'être comparables à ceux qui seraient produits par de pareilles doses d'extraits.

BONS EFFETS DE L'EMPLOI DU SULFATE DE QUININE DANS QUELQUES CAS D'HYSTÉRIE PÉRIODIQUE; par le docteur DUDÉBAT.

L'auteur rapporte dans cette communication trois observations d'hystérie guérie par le sulfate de quinine, et avec des circonstances qui ne permettent pas de douter de l'efficacité qu'a eue dans ces cas la médication employée. Mais, dans ces trois cas, la marche de la maladie était périodique, et rien ne contr'indiquait l'emploi du sulfate de quinine. Soit que l'on considère ces cas comme des exemples de fièvre larvée, intermittente, soit que la névrose ou l'hystérie ne diffèrât pas de ce qu'elle est dans les cas ordinaires, toujours est-il que le caractère de périodicité qu'elle offrait réclamait l'emploi du sulfate de quinine, et que ce moyen a parfaitement réussi.

SUR LA PHLORIDZINE.

La phloridzine, que l'on commence à vanter comme un des meilleurs

succédanés du snlfate de quinine dans la fièvre intermittente, a été découverte par le docteur L. de Koninck, de Louvain, dans l'écorce de la racine et du tronc des pommiers, poiriers, cerisiers et pruuiers ; mais l'écorce de la racine en contient plus que celle du tronc, ce qui lui a fait donner le nom de phloridzine. Le meilleur procédé pour obtenir cette substance consiste à mettre l'écorce de racine fraîche de pommier en digestion dans de l'alcool faible, à une température d'environ cinquante degrés pendant huit à dix heures, à retirer par la distillation la majeure partie de l'alcool, à faire cristalliser le résidu et redissoudre les cristaux dans de l'eau distillée et à les purifier par le charbon animal.

La phloridzine a une saveur très-amère; elle cristallise une aiguilles soyeuses d'un blanc mat, tirant un peu sur le jaunâtre lorsqu'on la fait cristalliser en masse ou en longues aiguilles; très-peu soluble dans l'eau froide, elle l'est au contraire beaucoup à une température élevée. Les acides concentrés la dissolvent lorsqu'elle n'est que desséchée.

Cette substance présente beaucoup d'analogie avec la populine, dont elle se distingue pourtant assez pour ne pas être confondue avec elle. M. de Koninck dit l'avoir employé avec succès dans plusieurs cas de fièvre intermittente à la dose de dix à quinze grains.

TRAVAUX ACADEMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 4 AVRIL 1836.

NOUVEAU PROCÉDÉ CONTRE LES INCENDIES, par M. GAUDIN, calculateur du bureau des longitudes.

Il m'a semblé, dit l'auteur, qu'en mêlant à l'eau un sel d'une fusion facile, et susceptible de persister sur le charbon incandescent, on atteindrait infailliblement ce but. Je savais bien qu'on avait proposé dès longtemps d'imprégner le bois d'une dissolution d'alun ou de toute autre sel analogue, pour le rendre incombustible; mais soit que la précaution fût insuffisante, soit qu'on ne voulût pas, pour s'assurer contre les chances d'une calamité certaine, faire une dépense assez considérable, ce procédé n'était pas employé. J'ignorais cependant qu'on eût tenté d'éteindre les incendies par un moyen analogue au mien, et si j'avais connu les tentatives qu'en a faites le célèbre Berzélius, je n'aurais peut-être donné aucune suite à mes idées; mais quand j'ai lu son opinion, je savais déjà à quoi m'en tenir, et je vis de suite que l'inefficacité n'était qu'apparente, tenant seulement à la nature des sels employés; car il n'y a, à mon avis, que le chlorure de calcium qui réunisse à lui seul l'abondance et le bas prix, la fusibilité et la solubilité la plus prompte et la plus persistante, la décomposition la plus difficile, et par conséquent, vis-à-vis du bois en ignition, l'adhérence et la pénétration la plus intime, toutes qualités précieuses, si ce n'est indispensables, pour l'objet en vue. Injecté en solution médiocrement concentrée sur les charbons les plus ardens, il les couvre à l'instant d'une couche vitreuse qui arrête la combustion sur tous les points de la surface.

Tout autre sel que le chlorure de calcium (à l'exception peut-être de quelques borates dont l'emploi serait inséparable de mille inconvéniens), tout autre sel, dis-je, borne son action à couvrir le charbon d'une écorce poreuse qui ne tarde pas à se volatiliser ou à se dissiper en poussière, tandis qu'un charbon incandescent imprégné du liquide en question se comporte désormais absolument comme du coke, exigeant pour brûler beaucoup de temps, et d'être alimenté d'air brûlant, s'éteignant comme un scorie dès qu'il est sorti du foyer.

En comparant l'effet de l'eau seule à celui de cette dissolution, on reconnaît que tout se borne pour celle-là à un refroidissement superficiel et passager. Le charbon éteint par l'eau se sèche bientôt pour n'en brûler que mieux à la moindre étincelle, ses pores ayant été vidés des gaz incombustibles pour se remplir d'air et de vapeur d'eau, de sorte que l'incendie éclate souvent avec une violence redoublée là où la pompe a passé.

M. Berzélius reconnait que les pompes alimentées par l'eau ne sont presque d'aucun secours. C'est tout autre chose quand l'eau contient du chlorure de calcium; puisque les matières combustibles n'étant presque jamais entassées comme l'exige le coke pour brûler, les parties atteintes se consument d'autant moins vite que le courant d'air est plus fort.

M. Gaudin fait remarquer en terminant que son procédé ne manque plus que de la sanction que donnent les expériences faites en grand, expériences pour lesquelles il aurait besoin de l'autorisation du gouvernement. L'académie verra si ce qui a déjà été fait offre assez de garantie de succès pour qu'elle doive s'intéresser à la réalisation des épreuves définitives.

RHUBARBE OFFICINALE.

M. de Paravey adresse, sous forme de lettre, une suite à ses communications relatives aux diverses espèces de rhubarbe qui sont décrites dans les *Pen-tsao*, ou Botaniques médicales de la Chine. Avant tout, dit-il, je dois détromper les personnes qui ont pensé que la plante dont j'avais offert différens dessins, ne pouvait être le véritable *ta hoang* ou rhubarbe officinale, parce qu'elle était classée parmi les plantes dites vénéneuses, et je rappellerai que cette idée avait été admise, non-seulement par M. Remusat dans son analyse des noms de l'*Encyclopédie japonaise*, mais aussi par tous les missionnaires qui ont parlé de cette racine précieuse. Kircher (*Chine illustrée*, page 247), citant *Golius* et *Rhamnusio*, nous apprend même que ces fleurs ont une odeur très-forte et insupportable. Quant à ses racines, les *Pen-tsao* les déclarent d'une nature froide mais non vénéneuse, et cependant ils classent la plante comme la première des plantes à venin, et ils conseillent de la prendre seulement en infusion, et jamais crue ou en substance; car alors, disent-ils, elle déchire les boyaux et cause des tranchées.

OBSERVATIONS SUR LA FORMATION DE LA GRÊLE, par M. LECOQ.

Un orage ayant éclaté le 28 juillet 1835, M. Lecoq chercha quelle avait été sa marche, comme l'avait autrefois fait M Tessier pour celui de 1788. Celui du 28 juillet prit naissance sur l'Océan vers dix heures du matin. La grêle commença par ravager une partie de l'île d'Oleron; le nuage traversa ensuite de l'est à l'ouest le département de la Charente-Inférieure, puis celui de la Haute-Vienne; à midi il arriva dans la Creuse, à une heure et demie il franchissait la limite occidentale du département du Puy-de-Dôme; enfin de deux heures un quart à deux heures et demie il alla terminer son désastreux voyage sur Clermont-Ferrand : ainsi, en quatre heures et demie, le nuage orageux parcourut un espace d'environ 90 lieues.

La grosseur des grêlons alla sans cesse en augmentant pendant toute la durée du météore. Dans la Charente-Inférieure ces grêlons étaient sphériques et peu abondans. Leur nombre et leur volume s'étaient déjà notablement accrus dans la Haute-Vienne; mais c'est auprès d'Aubusson qu'ils acquirent le grand développement et la forme ovoide qu'on leur trouva aussi à Clermont.

Le nuage au sein duquel la grêle s'élaborait n'était pas très-élevé. On peut même indiquer sa hauteur avec une certaine exactitude, puisqu'on sait que le grand Puy-de-Dôme ne reçut aucun grêlon, tandis qu'il en tomba abondamment sur le petit, 1,200 mètres.

A Clermont, après l'orage, MM. Bouillet et Lecoq trouvèrent sur des plantes du jardin botanique, de nombreux grêlons intacts, gros comme des œufs de poule et quelques-uns qui atteignaient le volume d'un œuf de dinde. Ils avaient tous une forme ellipsoïdale. Une multitude d'aiguilles étaient implantées vers les *deux extrémités* du grand axe. Elles avaient 18 lignes et même deux pouces de long. Celles de ces aiguilles sur lesquelles la fusion n'avait pas fait trop de progrès laissaient encore voir des traces de prismes hexagones, terminés par des pyramides à six faces.

Le 2 août, les environs de Clermont furent grêlés de nouveau, et cette fois M. Lecoq se trouva au milieu même du nuage où se formait le météore. Le but de sa promenade avait été de déterminer les limites de la grêle du 28 juillet; mais s'étant aperçu qu'un nouvel orage se formait, il voulut l'observer aussi complétement que possible, et, en conséquence, il se hâta d'atteindre le sommet du Puy-de-Dôme, d'où il pouvait embrasser un immense horizon. Il y était avant midi. Bientôt, dit-il, le vent d'ouest, qui régnait depuis le matin, amena quelques nuages abaissés qui passaient à quelques mètres sur ma tête; mais le soleil reparut encore. Je vis ensuite d'autres nuages se détacher du Mont-d'Or et arriver près de moi, chassés par un vent du sud assez violent que je ne ressentis cependant que vers une heure. En voyant ainsi des nuages volumineux marcher dans deux directions, je ne doutai pas un instant de la formation de la grêle, et mes doutes se changèrent bientôt en réalité.

Tant que les deux couches de nuages ne furent pas superposées, il n'y eut aucun signe de grêle; seulement ceux qui venaient du sud et qui étaient les moins élevés se réunissaient par petits groupes qui semblaient se précipiter les uns sur les autres et formaient de gros nuages noirs, épais et pesans, que les vents ne déplaçaient qu'avec peine. Ils se mouvaient cependant vers le nord. Le dessous du nuage s'allongeait, offrant une énorme protubérance; puis des torrens d'eau s'en échappaient, inondant un espace très-circonscrit. Le nuage alors devenu plus léger était emporté par le vent et disparaissait à l'horizon

Ce phénomène se renouvela plusieurs fois dans l'espace d'une heure; mais alors le vent d'ouest avait accumulé une grande quantité de nuages qui formaient un large rideau tendu sous la voûte du ciel. Le vent du sud poussait sous cette couche de vapeurs, de nouveaux nuages blancs qui arrivaient avec vitesse. Le vent devint violent et très-froid au sommet du Puy-de-Dôme. La couche des nuages inférieurs n'était pas uniforme comme la supérieure, mais composée d'énormes flocons colorés qui marchaient dans le même sens à des distances inégales et avec des vitesses différentes. Des éclairs très-vifs les illuminaient de temps en temps, et la foudre, sous forme de sillons de lumière, passait d'un flocon à l'autre. Quelquefois même un éclair prolongé semblait traverser au même instant l'espace qui sépare le Puy-de-Dôme du Mont-d'Or. Mais jamais je ne vis l'étincelle électrique traverser la couche d'air qui séparait les deux couches de nuages, et c'était dans l'inférieure seulement que tous ces phénomènes se passaient. Je voyais de loin la grêle s'en précipiter et tomber sur le sol; je la vis distinctement à 50 mètres du sommet du Puy-de-Dôme et en face de moi Le nuage qui la laissait épancher avait les bords dentelés et offrait dans ses bords mêmes un mouvement de tourbillonnement difficile à décrire Il semblait que chaque grêlon fût chassé par une répulsion électrique; les uns *s'échappaient par dessous*, les autres *en sortaient par dessus*. Enfin ils partaient dans tous les sens, et seraient inévitablement arrivés sur le sol dans une foule de directions, si le vent du sud inférieur au vent d'ouest ne les avait tous dirigés vers le nord. Après cinq minutes de cette agitation extraordinaire, à laquelle les bords antérieurs du nuage semblaient seuls participer, la grêle cessa; et le nuage qui la lançait, continuant sa route vers le nord, ne versa plus qu'un peu de pluie, qui même paraissait se dissoudre dans la couche inférieure de l'atmosphère avant d'atteindre le sol.

M. Lecoq attendait une seconde scène semblable à celle-là, mais le nuage inférieur avait atteint son observatoire, et un vaste éclair qui l'entoura comme d'un nuage de feu le détermina à quitter au plus vite un poste aussi dangereux. Pour ne pas perdre entièrement le spectacle de ces phénomènes, il se dirigea alors vers le Puy-de Goules, distant d'une lieue environ, et il y arriva vers trois heures. « Le ciel, dit-il, était toujours à peu près dans le même état; les deux couches de nuages existaient encore, et un vent du sud très froid amena un nouveau nuage à grêle, dans lequel je fus plongé pendant environ cinq minutes. Les grêlons étaient nombreux, et les plus gros atteignaient à peine le volume d'une noisette; ils étaient formés de couches concentriques plus ou moins transparentes, arrondies ou légèrement ovales; *ils étaient tous animés d'une grande vitesse horizontale*; mais

l'attraction de la montagne semblait les dévier un peu, et plusieurs tombèrent sur ses flancs. Un grand nombre vint me frapper sans me faire le moindre mal, puis ils tombaient aussitôt qu'ils m'avaient touché. La majeure partie du nuage passa au-dessus de ma tête, et quoiqu'il portât déjà dans son sein les grêlons tout formés, il ne les laissa échapper qu'une demi-heue au-delà du point où je me trouvais. Une petite portion cependant se repandit sur le flanc nord de la montagne qui intercepta sa marche, et je pus recueillir dans un flacon un certain nombre de grêlons. J'en essayai l'eau par divers réactifs, et j'obtins un trouble très-sensible avec le nitrate d'argent et le muriate de baryte.

» Tous les grêlons étaient animés d'un mouvement de rotation très rapide, mais dans des sens différens, autant que j'ai pu en juger en examinant leur mouvement, lors de leur chute sur la forme de mon chapeau, que je leur présentais aussi horizontalement que possible. Plusieurs autres nuages chargés de grêle arrivèrent du sud, et, soit sur ce point, soit sur l'autre, il grêla sans interruption depuis une heure jusqu'à quatre, sur toute la chaîne du pays, depuis le Mont-d'Or, jusqu'au-delà de Riom et de Volvic. Entre quatre et cinq heures la grêle cessa, les nuages ne formaient plus qu'une seule couche; mais ils présentaient souvent le phénomène que j'avais observé le matin, c'est-à-dire qu'ils se groupaient, puis versaient à la lueur des éclairs une énorme quantité d'eau. Le vent du sud avait cessé, celui d'ouest seul soufflait et chassait ces trombes effrayantes. »

—L'abondance des matières nous oblige à renvoyer au prochain numéro la séance de l'Académie de médecine.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

Lettre sur l'élévation et l'abaissement du bassin dans les luxations du fémur, et sur quelques claudications non décrites par les auteurs; adressée à l'Académie des sciences et à l'Académie de médecine, par Jules Guérin.

Des motifs particuliers m'engagent à communiquer à l'Académie les principales conclusions d'un mémoire que je me propose de lire dans une de ses prochaines séances. Cette communication a pour but de me conserver la priorité de quelques observations que je crois nouvelles, relatives à l'histoire des luxations du fémur et aux dispositions consécutives du bassin.

Jusqu'ici personne n'avait remarqué que, dans les luxations du fémur en haut et en dehors, il y a toujours une élévation du bassin du côté luxé, élévation proportionnée au degré d'étendue parcourue par la tête du fémur sur la surface externe de l'os iliaque. Ce fait est constant, et la cause en est facile à saisir.

En remontant sur la face externe de l'ilium, l'extrémité supérieure du fémur entraîne avec elle les tendons réunis des psoas et iliaque qui s'insèrent au petit trochanter. Ceux-ci, retenus contre la partie inférieure du bord antérieur de l'ilium sur lequel ils se réfléchissent comme sur une poulie, soulèvent le bassin ne pouvant se prêter à l'excès d'étendue qu'ils seraient obligés de mesurer entre leurs deux points d'insertion, si le bassin restait fixe. On peut trouver la preuve matérielle et expérimentale de ce fait sur tous les bassins présentant des luxations anciennes du fémur en haut et en dehors. Ils offrent tous en effet une élévation du côté luxé, et laissent voir à la base de l'épine iliaque antéro-inférieure une dépression en forme de gouttière plus ou moins profonde, creusée par la pression des tendons réunis des psoas et iliaque.

Les principales conséquences de ce fait sont les suivantes :

1° Dans toutes les luxations du fémur en haut et en dehors, le raccourcissement du membre luxé est dû en grande partie à l'élévation du bassin.

2° Le bassin est d'autant plus élevé que la luxation est plus complète.

3° Dans les luxations doubles anciennes ou congéniales, la cambrure des lombes et l'élévation du bassin en avant sont la conséquence de la double ascension des attaches inférieures des psoas sur la face externe de l'ilium.

4° Dans les luxations du fémur autres que les luxations en haut et en dehors, le bas in offre toujours une disposition relative aux nouveaux rapports qu'acquièrent les deux insertions des muscles psoas; ainsi, dans la luxation en avant et en haut où l'insertion inférieure est rapprochée de la supérieure, le bassin est attiré en haut du côté sain, et par son abaissement du côté opposé diminue ou efface complètement en apparence le raccourcissement du membre luxé.

Voici quelques autres propositions qui se lient plus ou moins directement aux précédentes et au fait principal qui leur sert de base.

5° Dans la coxalgie où l'on avait déjà noté l'influence de l'élévation et de l'abaissement du bassin comme pouvant induire en erreur sur l'allongement ou le raccourcissement réel du membre, c'est encore à l'action des muscles psoas que sont dus ces deux phénomènes. Dans la première période de cette maladie, la douleur faisant incliner le tronc du sujet du côté malade, place les psoas dans le relâchement et détermine l'abaissement du bassin de ce côté, tandis que par la raison contraire, il se trouve attiré en haut du côté opposé. Dans la seconde période de cette maladie où il y a luxation ou subluxation et souvent rétraction des psoas, toutes les causes se réunissent pour produire l'élévation du bassin du côté malade.

6° Il existe après la réduction de la plupart des luxations anciennes du fémur et même après la guérison des coxalgies, quoique les membres soient parfaitement égaux en longueur et les surfaces articulaires complètement en rapport, il existe, dis-je, une claudication consécutive qui est due à la persistance de l'élévation du bassin, après la réduction ou la guérison du côté malade.

7°. Enfin il existe une claudication congéniale ou acquise, dans laquelle il y a un raccourcissement apparent, quoique les deux membres soient exactement de la même longueur et les surfaces articulaires parfaitement en rapport; cette espèce de claudication non décrite par les auteurs est dûe à une élévation du bassin du côté qui paraît le plus court.

Je me borne dans cette lettre, monsieur le président, à l'énoncé pur et simple des propositions qui précèdent; j'ai consigné dans un ouvrage adressé à l'Académie des sciences, tous les faits qui les établissent et je leur donnerai dans un prochain mémoire tous les développemens dont elles sont susceptibles.

Agréez, etc.

Paris, le 4 avril 1836.

Des abcès viscéraux à la suite des grandes opérations, par M. Alquié, chirurgien interne à l'Hôtel-Dieu-St-Eloi de Montpellier.

Après les grandes opérations, les malades succombent souvent à des abcès viscéraux, dont la cause et la présence dans les parties où on les rencontre ont été diversement interprétées. Certains médecins ont regardé ces collections purulentes comme transportées par l'absorption veineuse, et leur ont donné en conséquence le nom d'abcès métastatiques; d'autres les ont rapportées à la phlébite, opinion qui a pris une grande vogue de nos jours.

Il n'est pas de notre dessein de discuter maintenant si l'inflammation des veines des membres peut être la cause des abcès splanchniques qui entraînent la perte de tant d'amputés; nous voulons seulement montrer qu'elle ne l'est pas toujours. Le fait que nous livrons au public médical met cette assertion hors de doute.

MAIN GAUCHE DÉSORGANISÉE PAR L'ÉCLAT D'UNE ARME A FEU. — AMPUTATION AU-DESSUS DU POIGNET. — MORT. — ABCÈS DANS PLUSIEURS VISCÈRES.

Obs. — Bonnet, âgé de 22 ans, d'un tempérament sanguin, vit le canon d'un fusil éclater dans sa main gauche; il tomba privé de connaissance, et fut aussitôt transporté à l'Hôtel-Dieu St-Eloi le 18 janvier 1835. Les métacarpiens de la main blessée isolés les uns des autres, laissaient voir à nu un grand nombre de fractures; la paume de la main réduite en lambeaux, offrait à découvert les arcades palmaires sur lesquelles on fut forcé d'appliquer plusieurs ligatures; en un mot, il était évident que l'amputation était indispensable. La réaction inflammatoire ne s'était pas encore manifestée, et Bonnet consentit, quoiqu'avec peine, à faire sans retard le sacrifice du membre.

Quelques heures après, M. Serre pratique l'amputation au-dessus du poignet; trois points de suture réunissent immédiatement les lèvres du moignon, que l'on entoure d'un bandage léger; l'on place l'avant-bras en demi-flexion, afin de mettre les muscles dans le relâchement; un aide tient continuellement la main appliquée sur le moignon pour en modérer les soubresauts. (Potion avec vingt gouttes de laudanum, le matin, contre l'irritation nerveuse, premier élément de l'inflammation; le soir, saignée du bras, quoiqu'il n'y ait pas encore de fièvre.)

Le malade jouit du plus grand repos pendant 48 heures, et ne ressent pas de mouvement fébrile, mais il est inquiet sur la position nouvelle et malheureuse à laquelle va le réduire la perte de sa main. On pratique le cathétérisme toutes les quatre heures, pour évacuer les urines dont l'émission est difficile, état que M. le professeur Serre attribue à la position horizontale du malade, et que l'on ne pouvait rapporter à aucune lesion des organes genito-urinaires.

Le jour suivant la réaction commence; les soubresauts du membre amputé sont peu fréquens; un julep avec douze gouttes de laudanum est prescrit afin d'assoupir le malade et de l'arracher à ses tristes réflexions.

Saignée legère, tilleul.

Le lendemain Bonnet a bien reposé; il accuse cependant des douleurs dans l'hypogastre; le pouls est petit et fréquent; la langue humide; on enlève le premier appareil. Le moignon est recouvert d'un pus de bonne nature et peu abondant, les lèvres en sont un peu tuméfiées; le membre n'est du reste ni engorgé ni sensible. (Bouillon; tisane d'orge gommée; dix sangsues à l'épigastre; fomentations émollientes.)

Les deux jours suivans se passent dans un calme parfait; le moignon offre peu de suppuration; les douleurs de ventre ont cessé; les urines coulent librement. Le

malade demande quelques alimens que M. Serre, vu son état satisfaisant, croit pouvoir lui accorder. Le lendemain l'amélioration augmente, et l'on augmente aussi les alimens. Mais Bonnet ne se contente pas de la nourriture que M. le chirurgien en chef lui a accordée; il s'en procure du dehors et en abondance. Aussi, dans la soirée, il ressent de vives douleurs dans le flanc droit; il a de la fièvre et de la diarrhée; une indigestion paraît la cause de ces accidens qui persistent les jours suivans, quoique le moignon soit dans le meilleur état possible. (Bouillon; 25 sangsues au flanc droit; embrocation avec l'huile de jusquiame sur le ventre.)

Deux jours après, la fièvre et la diarrhée n'ont point cessé; le flanc droit est toujours souffrant; il est survenu à neuf heures du soir et à six heures du lendemain matin des frissons qui se répètent pendant cinq jours consécutifs, à peu près aux mêmes heures, cependant avec quelque irrégularité, et qui font employer à plusieurs reprises le sulfate de quinine, que l'on est obligé de supprimer à cause de son inefficacité et de l'irritation gastrique qu'il provoque. Pendant ce temps, les lèvres du moignon se réunissent rapidement; le pus diminue de jour en jour; le bras n'est nullement douloureux; mais Bonnet ne cesse de nous renouveler ses craintes sur son existence à venir.

Le lendemain les frissons ont cessé, mais la nuit a été sans sommeil et agitée par des douleurs dans le cou et dans la jambe droite; la fièvre est intense; la langue chargée; les douleurs que le malade ressent dans la région hépatique et dans le côté droit du thorax, l'empêchent de tousser et de cracher. (20 sangsues au point douloureux; cataplasme avec des feuilles de jusquiame.)

Ce fâcheux état s'aggrave les jours suivans, malgré les moyens ingénieux mis en usage; il survient une teinte ictérique sur tout le corps et des vomissemens très-abondans. Cependant la cicatrice du moignon est presque complète, et le membre qui a subi l'amputation n'a jamais participé au dérangement des autres parties du corps. Aux désordres précédens viennent se joindre le trouble des idées, une physionomie hébétée, la colliquation, et la mort qui arrive le vingtième jour après l'opération

Autopsie. L'examen du cadavre nous a permis de constater que les lèvres du moignon étaient en pleine cicatrisation; le fond de la plaie était recouvert de bourgeons charnus de bon aspect et de très-peu de pus. Le membre supérieur correspondant n'était nullement engorgé; toutes les veines n'offraient aucune altération et pas une goutte de pus, et les os, examinés avec grand soin, étaient dans l'état le plus normal. Le cerveau et ses membranes ne présentaient rien de particulier; dans les poumons se trouvaient des abcès nombreux et peu étendus.

En ouvrant l'abdomen, nous vîmes autour des intestins une grande quantité de pus qui paraissait venir du foie. Ce viscère, d'une consistance moindre qu'à l'état ordinaire, était en effet le siége d'une vaste caverne purulente qui s'était épanchée dans la cavité de la séreuse abdominale et avait déterminé une péritonite promptement mortelle. La rate et les reins offraient aussi des abcès moins considérables. Les articulations coxo-fémorales étaient remplies de pus, sans que leurs élémens anatomiques fussent altérés. Enfin le talon droit, vers lequel le malade accusait de vives souffrances, présentait des escarres assez larges.

Les réflexions pratiques auxquelles donne lieu le fait que nous venons d'exposer, étaient bien propres à engager M. le chirurgien en chef à le faire connaître, dans cette circonstance surtout, où une pareille question vient de faire le sujet d'une thèse pour l'agrégation à la Faculté de Paris En examinant d'un côté les différens abcès dont presque tous les viscères étaient atteints, et de l'autre le peu de suppuration du moignon, plusieurs personnes pensèrent à ces abcès métastatiques causés par la phlébite, et nous-mêmes nous nous rangions à cette explication. Pour vérifier cette opinion, nous fendîmes les os dans tous les sens, nous ouvrîmes toutes les veines du membre dans toute leur étendue. Quelle fut notre surprise, quand ni les os ni les vaisseaux ne nous présentèrent aucune altération, aucune trace d'inflammation, et pas une goutte de pus!

Pourtant des abcès plus ou moins étendus existaient dans presque tous les viscères. Il est vrai que la phlébite des veines du membre, la seule cause que nous pouvions admettre *à priori*, ne pouvait plus être invoquée après cet examen cadavérique. D'ailleurs le membre qui avait subi l'amputation avait toujours été dans les conditions les plus satisfaisantes, et n'avait nullement participé au désordre des autres parties du tronc.

Si nous rappelons tout ce qui s'était passé depuis l'accident qui conduisit Bonnet à l'hôpital, nous voyons que plusieurs secousses morales sont venues l'agiter tour à tour : celle qui fut la suite de l'éclat de l'arme à feu qui lui mit la main en lambeaux; la nouvelle du sacrifice nécessaire d'une partie indispensable à sa profession; l'idée de son existence à venir qui ne pouvait que lui être à charge dans l'état impotent où il allait être réduit, tout avait tourmenté notre malade de la plus vive inquiétude qu'il ne cessait de nous exprimer.

Or, il est d'observation que l'influence des affections morales tristes se fait ressentir de préférence dans l'organe hépatique; aussi, après les premiers jours passés dans le calme le plus parfait, Bonnet se plaignit-il, dans le côté droit du thorax, de douleurs vives que nous rapportâmes à une pleurésie commençante, et pour laquelle des saignées locales furent souvent répétées. Mais ces douleurs, loin de disparaître, devinrent beaucoup plus intenses à la suite de graves excès de régime, qui, en irritant l'estomac, irritaient aussi d'une manière médiate l'organe hépatique. Des accès fébriles s'ajoutèrent à cet accident, et leur intermittence apparente fit employer un instant le quinquina, qui ne pouvait dans ce cas qu'ajouter au mal

Dès-lors la santé de Bonnet devint de plus en plus délabrée; le membre inférieur gauche fut le siége de douleurs excessives, et malgré l'état toujours satisfaisant du moignon, les symptômes colliquatifs déterminèrent enfin la perte de notre ampute. L'autopsie a fait connaître la cause des douleurs thoraciques et celle de la mort : le foie a été le premier viscère altéré; les douleurs se sont fait ressentir dans la région que cet organe occupe, et ont augmenté avec le dépérissement du malade. Le foie, gravement atteint, a été le siége d'une vaste caverne purulente dont l'épanchement dans le péritoine a déterminé la mort.

Si les autres viscères ont présenté des collections de pus analogues, ne sont-ce pas là tout autant d'abcès métastatiques partis du foie comme d'un centre? Pourquoi, en effet, lorsque la phlébite d'un moignon peut causer de tels transports de pus, l'inflammation d'un viscère n'aurait-elle pas les mêmes résultats? La veine-porte et les veines hépatiques ne mettent-elles pas le foie en communication directe avec les organes de la poitrine ou du bas-ventre?

Il est donc des abcès viscéraux auxquels succombent quelques amputés, que l'on ne doit pas attribuer à l'inflammation des veines d'un membre, mais à l'inflammation de ces viscères eux-mêmes; ce n'est pas la phlogose d'un moignon qu'il faut combattre alors, mais celle d'un organe splanchnique; ce n'est pas une phlébite extérieure, mais nous dirons presque une phlébite intérieure qu'il s'agit d'arrêter; ce fait est digne sous ce rapport de fixer l'attention des practiciens.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

CLINIQUE CHIRURGICALE exercée particulièrement dans les camps et les hôpitaux militaires, depuis 1792 jusqu'en 1836, par le baron D.-J. LARREY, membre de l'Institut, inspecteur du conseil de santé des armées, chirurgien en chef de l'hôtel des Invalides, etc. Tome V, avec atlas de 17 planches in-4°.

Le volume dont nous annonçons la publication est le complément d'un grand travail auquel l'auteur de cette clinique a consacré de longues années et des travaux multipliés. Cet ouvrage lui-même est la continuation d'un vaste plan d'études de chirurgie militaire qu'il n'appartenait peut-être qu'à M. Larrey de concevoir, de méditer et d'exécuter. « L'ouvrage que nous entreprenons maintenant, dit-il, a principalement pour objet l'étude des effets consécutifs des blessures reçues à l'armée et des opérations pratiquées sur les champs de bataille, soit par rapport aux parties lésées elles-mêmes, soit à raison des influences morbides ou salutaires que ces lésions, ou les opérations chirurgicales qui les ont suivies, ont pu exercer sur les organes de la vie, sur ceux des sens, ou sur les facultés intellectuelles. » Fixé à ces principes, l'auteur parcourt avec soin, avec méthode, le plan qu'il s'est tracé, et ne perd jamais de vue le but qu'il se propose d'atteindre. Le plan dont il s'agit ne manque pas d'étendue : il comprend les quatre paragraphes suivans : le premier traite des effets consécutifs des lésions de la tête et des opérations pratiquées à ses différentes parties, c'est-à dire les plaies des oreilles, des yeux, de la face et des mâchoires. Le second embrasse tout ce qui est relatif aux effets consécutifs des lésions du tronc, des opérations qu'elles ont nécessitées, ainsi que les effets consécutifs de quelques lésions ou maladies des organes génitaux et urinaires. Le troisième est consacré aux effets consécutifs des amputations partielles ou totales des membres supérieurs. Il s'agit dans le quatrième des effets consécutifs des membres pelviens, étude des plus graves qui a trait à une foule d'objets importans, sur les fractures du col et du corps du fémur, sur l'amputation de la cuisse dans sa continuité et sa contiguïté, sur les lésions de l'articulation du genou, l'amputation partielle du pied, etc.; enfin ce volume est terminé par un appendice relatif à une statistique chirurgicale faite à la succursale des invalides à Avignon, et au grand Hôtel des Invalides à Paris. Nous avons voulu exposer en entier le plan adopté par M. Larrey pour faire sentir au lecteur l'importance des objets qui y sont traités, et les points de vue généraux sous lesquels ils ont été considérés. Nous renvoyons maintenant à l'ouvrage pour les détails et la substance même des doctrines émises par l'auteur. Une simple analyse ne pourrait certainement suffire pour donner une idée de pareils livres, il faut les lire soi-même, il faut les méditer, pour s'en faire une idée juste et complète. Il y a d'ailleurs ici un enchaînement logique de faits et de préceptes qui s'appuient, se développent avec un tel ensemble, qu'il n'est guère possible d'en détacher des fragmens, sans tomber dans un grave inconvénient, celui d'énoncer les préceptes en les isolant des faits qui leur servent de base. Il nous suffira de remarquer que ce volume est une nouvelle preuve du rare talent de M. Larrey pour rassembler des observations importantes, de son habileté à les rapprocher, à les coordonner, et de sa sagacité à en tirer des conséquences pratiques pour corroborer ses opinions et ses grands principes de chirurgie.

L'auteur admet que les ouvertures du crâne, notamment après l'opération du trépan, s'oblitèrent par la réduction et le rapprochement des os, et les preuves ne lui manquent pas pour appuyer sa manière de voir. Il soutient même (page 64) qu'après une longue cécité, on observe le rétrécissement ou la réduction des cavités orbitaires, l'affaissement des arcades surcilières et des pommettes, et par la même raison aussi l'aplatissement des bosses mamillaires dans les fosses antérieures de la cavité du crâne, etc. Il rapporte de nouveaux faits sur les causes de la mélancolie et de la nostalgie, cause qu'il trouve dans une affection cérébrale,

conformément aux opinions de Gall sur certains points de physiologie du cerveau. Il présente également des observations à l'appui de son opinion sur la *fémoro-coxalgie*; on sait que M. Larrey attribue le mécanisme de la luxation du fémur qui a lieu dans cette maladie, non à un simple déplacement de la tête de l'os repoussée par le gonflement articulaire, mais à l'usure des os, à leur carie plus ou moins active et profonde. On trouvera dans ce volume et dans ceux qui l'ont précédé, des preuves multipliées en faveur de l'opinion dont nous n'émettons ici que le principe. Au reste, la méthode de l'auteur est éminemment philosophique; loin de faire une théorie, puis de la clouer, de l'ajuster aux faits, il déduit au contraire de ceux-ci, clairement exposés, sa doctrine sur un point quelconque de l'art. Or, on conviendra que cette manière est très-difficile à réfuter, car pour combattre cette doctrine, il faut auparavant détruire les faits qui en sont la racine; ce qui n'a lieu qu'à force de subtilités et d'arguties.

L'appendice sur l'Hôtel des Invalides à Paris, et sur la succursale d'Avignon, renferme une statistique fort curieuse sur d'anciens blessés que renferment ces établissemens. Ces blessés sont pour la plupart de vieux et honorables débris de nos armées, que le célèbre chirurgien, auteur de cette clinique, avait opérés sur les champs de bataille de l'Égypte, de l'Espagne et de la Russie. A ce récit simple et touchant, il nous semble entendre la voix d'Ambroise Paré, racontant avec cette verve de bon sens et de bon jugement qu'on lui connaît, ce qui lui arriva au siége de Metz, de Turin, ou quand il fut bloqué dans Hesdin. Cette visite faite par M. Larrey à la succursale d'Avignon est en outre utile à la science; car l'auteur examinant les effets ultérieurs des blessures et des opérations qu'elles ont nécessitées, est conduit à des résultats qui prouvent que ses préceptes sont fondés sur une expérience qui ne se dément pas après un grand nombre d'années. M. Larrey termine en disant qu'il se propose de publier la relation de ses voyages en Angleterre, en Belgique et en Italie; c'est un engagement dont lui tiennent compte les amis de la science. On sait d'ailleurs que ces voyages ont été faits avec son fils, M. Hippolyte Larrey, qui marche si dignement sur les traces de son illustre père; n'est-ce pas le cas de répéter avec le poëte : *doctus pater, docta proles?*

R.-P.

TRAITÉ DE MÉDECINE PRATIQUE déduit des faits recueillis dans les hôpitaux; publié par MM. PIORRY, LHÉRITHIER, FOSSONNE, RAMEAUX et THIBERT. Paraissant chaque mois par livraison de deux feuilles in-8°.

Cet ouvrage en est déjà arrivé à sa neuvième livraison, et nous n'en avions point encore rendu compte, mais le motif de notre silence sera facilement apprécié : l'importance de l'ouvrage, le but honorable que se proposaient ses auteurs son allure originale, la nouvelle nomenclature qui y est adoptée, tout enfin, et jusqu'à son mode de publication, nous imposait le devoir de ne point le juger sur quelques essais seulement, et d'attendre que la publication en fût assez avancée pour que nous fussions certains d'avoir bien compris la manière des auteurs, l'esprit de leur nomenclature et leurs opinions sur quelques-uns des points les plus importans de la médecine pratique; aujourd'hui que ce motif n'existe plus, nous allons chercher à donner une juste idée des travaux de M. Piorry et de ses collaborateurs.

La première condition de succès pour un ouvrage, c'est l'opportunité. Il y a sans doute encore quelques ouvrages qui peuvent être considérés comme des Traités de médecine pratique, mais aucun ne répond aux besoins actuels; aucun ne représente l'état actuel des connaissances médicales. Depuis dix ans la médecine a éprouvé en France une révolution complète, et de toutes parts on réclamait un ouvrage qui résumât les travaux les plus récens et pût servir de guide au praticien au milieu des débris des théories que l'on retrouve à chaque pas et qui agissent encore sur les convictions, souvent même malgré la volonté. Sous ce rapport donc le Traité de médecine pratique ne pouvait paraître dans une circonstance plus favorable; il nous est presqu'inutile de dire que M. Piorry avait préludé à ce travail par de nombreux ouvrages qui tous sont d'une utilité pratique, et que quelques uns des collaborateurs qu'il s'est adjoint sont connus par de bons travaux.

La première chose qui frappe en ouvrant le Traité de médecine pratique, c'est la nouveauté de la nomenclature adoptée. Nous devrions peut-être ici examiner si une nouvelle nomenclature était nécessaire, et même, si, dans l'état actuel de nos connaissances, il est possible d'en donner une bonne; mais cette discussion nécessiterait des développemens qui nous entraîneraient trop loin de notre sujet. Nous nous contenterons seulement de dire, afin de faire pressentir notre opinion, qu'on ne peut aujourd'hui espérer de donner à la médecine une nomenclature aussi exacte que l'est celle adoptée par la chimie; et d'ailleurs depuis long temps déjà cette nomenclature de la chimie que l'on vante tant et dont on réclame avec tant d'instance l'analogue pour la médecine, ne répond plus sur plusieurs points à l'état actuel de cette belle science. Quoi qu'il en soit cependant tous les médecins accueilleraient avec la plus grande faveur une nomenclature qui exprimerait aussi exactement l'état actuel de la science que le fait celle employée en chimie.

Nous voudrions pouvoir faire connaître en peu de mots la manière dont est établie la nomenclature proposée par M. Piorry, mais c'est en vain que nous chercherions la base sur laquelle elle repose. Pourtant en général le nom d'une maladie se compose, dans cette nomenclature, du nom de l'organe malade, puis d'une désinence qui varie suivant la nature de la maladie.

Ainsi la désinence *pathie* n'indique qu'un état de souffrance sans rien préciser sur la nature de la maladie; exemple : *entéropathie, gastropathie*. Si au contraire on sait que dans cette maladie il y a congestion sanguine de l'organe souffrant, le mot *hémie*, qui veut dire sang, ajouté au nom de l'organe, fera connaître cet état; ainsi, *enterhémie*, *gastrhémie*, et si l'on voulait indiquer une maladie dans laquelle l'organe contiendrait moins de sang que dans l'état normal, la particule *a* apposée devant le nom de l'organe la ferait connaître; ainsi, *anenterrhémie*, *a gastrhémie*.

Dans les cas où, au lieu d'une simple congestion, il y aura une vraie fluxion inflammatoire, la terminaison en *ite*, déjà généralement adoptée, est conservée, et les propositions *hyper* ou *hypo* indiqueront si la maladie est à l'état aigu ou à l'état subaigu : ainsi, *hyperentérite, hypogastrite*.

La terminaison *trophie* exprimera les variations anormales de volume que l'organe peut offrir, et la particule *a* indiquera la diminution, et *hyper* l'accroissement de volume. Exemple : *anentérotrophie, hyperentérotrophie*.

Le mot *hydro* appliqué devant le nom de l'organe malade, et la dénomination *raphie* après, indiqueront : le premier, les collections séreuses, et la seconde les écoulemens sanguins dont il peut être le siége; pendant que la terminaison *rhée* exprimera les sécrétions de fluides blancs. Ainsi : *hydropéritonie, entérorhagie, entérorhée*.

L'état nerveux de chaque organe présentant trois variétés, l'excès, la diminution et le défaut complet d'action nerveuse, on indiquera ces divers états par le mot *nervie* à la suite du nom de l'organe précédé des prépositions *hyper*, *hypo* et *a*. Ainsi, *hypergastronervie* (excès d'action nerveuse de l'estomac), *hypogastronervie* et *agastronervie*.

La désinence *algie* conserve la signification qu'elle a reçue jusqu'ici. Le mot *ectasie*, placé à la fin des mots, désigne un état de dilatation; tandis qu'*arctie* indique un rétrécissement.

Voilà pour les organes solides; mais aujourd'hui il est impossible de nier, dans une foule d'affections, l'altération des fluides, bien qu'il ne soit pas toujours facile de tenir un compte exact de l'influence de cette altération sur l'état morbide. Aussi M. Piorry donne-t il une nomenclature spéciale pour les altérations des fluides; et ici il a été obligé de prendre tout sur son propre fonds; car cette partie de la pathologie avait été jusqu'ici à peu près négligée par les nosographes.

Le mot *hémie* indique une maladie du sang; si on veut désigner l'inflammation de ce liquide, on emploiera le mot *hémite*. Les mots *anhémie* et *hyperhémie* conservent leur signification reçue. Si le sang contient plus de sérosité que cela ne devrait être, on l'indiquera par le mot *hydrohémie*, tandis qu'*anhydrohémie* indique l'état opposé, comme dans le choléra. La résorption purulente est désignée par le mot *pyohémie*, tandis que le mot *toxicohémie* indique l'action de certains poisons sur le sang.

Le mot *hématose* se rapporte aux modifications de la respiration qui peuvent être distinguées entre elles à l'aide des mots *hyper* et *hypo*.

Lorsqu'une maladie offre quelque chose dans sa cause ou sa marche de spécifique, il est facile de le faire connaître par une épithète; ainsi la petite-vérole est une *dermite varioleuse*, et la colique métallique une *enteralgie saturnine*.

Telle est à peu près la base de la nomenclature proposée par M. Piorry, et qui offre, comme il est facile d'en juger au premier abord, des résultats avantageux. Ainsi il est quelques noms admis par M. Piorry qui nous paraissent heureux. La terminaison *pathie*, par exemple, nous semble devoir être employée avec avantage dans un grand nombre de maladies locales dont on ignore la nature. Car, d'après les idées qui dominent aujourd'hui, on est généralement trop porté à regarder toutes les affections locales comme des inflammations; il semble

qu'un organe ne puisse éprouver d'autre trouble qu'une fluxion inflammatoire; et nous n'avons pas besoin de dire combien est funeste cette tendance à voir partout des phlegmasies. Il y a un grand nombre d'états morbides qui simulent, même jusqu'à un certain point, les inflammations, et qui appartiennent certainement à un autre ordre de maladies; mais comme nous n'avons pas de nom pour les indiquer, il est plus facile d'employer le mot inflammation ou la désinence qui y correspond, que d'avoir recours à une périphrase pour indiquer qu'on ignore la nature de la maladie. Une fois la dénomination adoptée, ce sera déjà un pas important de fait. La science n'en sera pas plus avancée, sans doute, mais la médecine pratique y aura gagné incontestablement, et on aura là un point de départ pour de nouvelles recherches.

Nous n'examinerons pas ici en détail la nomenclature adoptée pour les altérations des fluides; nous nous réservons de le faire à l'occasion de l'étude de ces altérations elles-mêmes, lorsqu'elles auront été décrites dans le cours de l'ouvrage; mais c'est une heureuse idée dont nous devons tenir compte immédiatement à l'auteur; car dorénavant on ne pourra plus écrire une *médecine pratique* sans y faire une large part aux altérations des liquides.

Avant de terminer ce que nous croyons devoir dire de la nomenclature adoptée dans le cours de l'ouvrage, nous devons faire remarquer que quelques-uns des noms qui en résultent doivent, comme dans toutes les nomenclatures composées, avoir une longueur demesurée. C'est un défaut presque inévitable dans ces nomenclatures et dont quelquefois on s'est servi pour leur nuire par le ridicule.

Nous allons maintenant faire connaître les articles traités dans les neuf livraisons qui ont paru jusqu'ici. Les auteurs ne suivent aucun ordre régulier et donnent indifféremment les sujets les plus éloignés; mais, afin qu'on puisse remettre en ordre ces différentes affections dont chacune est traitée dans un cahier particulier, il y a une pagination différente pour chaque maladie, et lorsque l'ouvrage sera terminé et lorsque les auteurs auront publié le cadre nosologique adapté à leur nomenclature, il sera facile de les disposer successivement dans l'ordre dans lequel elles seront indiquées dans le cadre nosologique. Ce mode de publication offre certainement quelques avantages aux auteurs par la facilité qu'il leur donne de ne point laisser retarder l'époque de la publication par l'indisposition ou la lenteur de l'un de collaborateurs; mais aussi il a cet inconvénient qu'il ne satisfait qu'incomplètement l'esprit du lecteur qui préférerait un ordre régulier à une série de monographies sans liaison entre elles; un autre inconvénient de ce mode de publication, c'est qu'il a fait supposer que les auteurs avaient commencé à publier leurs travaux avant d'avoir arrêté définitivement le cadre qu'ils devaient adopter dans le Traité de médecine pratique, et qu'il a fait craindre que les dernières livraisons ne fussent bien inférieures à celles qui auraient été publiées les premières. Quoi qu'il en soit de ces craintes, les auteurs ont le droit d'exiger qu'on ne les juge que d'après leurs travaux; et ils ont déjà publié un assez bon nombre de livraisons pour qu'on puisse porter un jugement sur la manière dont l'entreprise est exécutée. Or voici quels sont les sujets traités dans les neuf premières livraisons, avec le nom des auteurs et l'étendue donnée à chaque sujet. 1° *la dermite varioleuse* ou variole, 24 pages, par MM. Piorry et Lhéritier; 2° *la colihémie* ou ictère, 32 pages, par les mêmes; 3° *la polyperhémie* ou pléthore sanguine, 20 pages, par M. Piorry; 4° *la polyanémie* ou anémie générale, 28 pages, par M. Piorry; 5° *l'hémite* ou inflammation du sang, 32 pages, par M. Piorry; 6° *l'anhématosie* ou asphyxie en général, 16 pages, par M. Piorry; 7° *l'anhématosie ou toxicohémie*, ou asphyxie et empoisonnement du sang, 16 pages, par M. Lhéritier; 8° *l'anhématosie* ou asphyxie par l'écume et par les liquides bronchiques, 48 pages, par M. Piorry; 9° *la typhoémie* ou altération du sang par des matières animales, putrides, 64 pages, par M. Piorry.

Nous ne pourrions analyser chacun de ces mémoires en particulier, sans dépasser de beaucoup les limites qui nous sont imposées et sans répéter ce que l'on trouve déjà dans d'autres traités de médecine pratique; nous nous bornerons donc à présenter une analyse exacte de l'un des sujets traités, afin de faire connaître de quel point de vue les auteurs considèrent leur sujet et la nature des matériaux qu'ils emploient, ensuite nous consacrerons quelques alinéas aux articles qui nous offriront le plus de nouveauté et d'intérêt.

La *dermite varioleuse* fournit aux auteurs l'occasion d'annoncer que les discussions historiques n'entrent point dans le cadre de leur ouvrage, mais qu'il en est autrement des considérations générales que l'on peut établir sur le traitement employé contre la variole à des époques différentes. Ainsi, nous trouvons quelques lignes sur la manière dont les Arabes traitaient la variole, et sur la médication adoptée par Sydenham; dans l'ignorance complète où l'on était alors sur la nature et même l'existence des altérations secondaires, le traitement consistait seulement à combattre ce que l'on appelait l'empoisonnement, l'âcreté ou la fermentation des humeurs, au lieu de s'occuper des moyens de parer aux désordres qu'entraînent les altérations secondaires. Les divisions adoptées généralement et les distinctions scolastiques fondées sur l'aspect des pustules, sur leur nombre et sur la durée de la maladie, sont, disent les auteurs, inadmissibles en pratique et même seraient inutiles si elles étaient vraies, car l'importance pratique et thérapeutique n'est pas de constater s'il s'agit bien de la variole ou de la varioloïde, mais de préciser quel est l'état anatomique de la peau, des organes profonds et des liquides. De là nous sommes naturellement amenés à étudier les caractères anatomiques de la variole, et sous deux titres différens: 1° *Organographie pendant la vie*. Développement des pustules avec les modifications qu'elles présentent successivement dans leur forme, leur élévation, leur dureté, leur coloration, etc.

2° *Organographie sur le cadavre*. Deux époques bien distinctes se présentent dans la durée de la pustule variolique, celle qui précède la suppuration et celle qui la suit. Pendant la première, l'induration inflammatoire occupe toute l'épaisseur du derme, mais les cellules existent encore, les cloisons ne sont point détruites, et la pustule ne s'affaisse point après son ouverture; après la formation du pus ce liquide comprimé forme une dépression profonde dans le derme, la cloison et les loges multiples sont entièrement détruites, et si on incise la pustule elle s'affaisse.

De toutes les altérations secondaires que présentent les varioleux morts ou au moment de la suppuration, ou immédiatement après, la plus importante et la plus fréquente est l'engouement pulmonaire (pneumonie hypostatique). Mais le défaut de détails sur ce point important nous porte à croire que, dans ce cas, cette altération ne diffère pas de celle qu'on rencontre dans les mêmes organes pendant la durée d'une foule de maladies graves avec suppuration.

Les *causes* et les *symptômes* occupent trois pages et sont suivis d'un article intitulé: *physiologie pathologique de la variole*, dans lequel les auteurs démontrent que cette maladie est une dermite avec altération purulente du sang, causée par l'action d'un virus morbide; bien que cette altération spéciale n'ait pu encore être constatée d'une manière positive.

D'après cette hypothèse, la fièvre observée lors de la période d'invasion est due à l'action du virus sur le sang, et la fièvre d'éruption est en rapport avec l'inflammation de la peau; tandis que le troisième état fébrile est la conséquence de la résorption du pus. La salivation et l'espèce d'œdème que l'on observe à la même époque à la face, aux mains et aux pieds, résultent, d'une part, de l'extension de l'inflammation superficielle au tissu cellulaire sous-jacent de la peau, et de l'autre, de la propagation de l'inflammation buccale aux glandes salivaires. La toux, la dyspnée, la constriction au larynx, la difficulté de rendre les crachats, la matité de la poitrine en arrière, s'expliquent encore par les progrès de la maladie et par la congestion hypostatique des poumons; de même qu'on doit rapporter au séjour du pus au-dessous des croûtes, les ulcérations rebelles, les profondes cicatrices et les autres lésions du même ordre. Nous passons ce qui a rapport au diagnostic et au pronostic, pour arriver au traitement; lequel, dans l'état actuel de la science, ne doit point être dirigé contre la cause spéciale de la maladie, mais bien contre les symptômes ou plutôt contre les états organiques morbides, à mesure qu'on en constate l'existence.

Le traitement de l'invasion indiqué ici est celui que conseillent tous les bons praticiens. La cautérisation des pustules peut être faite avec succès dès le début de l'éruption, mais elle est souvent trop superficielle; et les auteurs conseillent, comme moyen de la rendre plus profonde, de porter une dissolution concentrée de nitrate d'argent dans le centre de chaque tache rouge, avec une aiguille de platine canelée jusqu'à sa pointe, pour faire arriver le caustique au centre des pustules.

Le traitement pendant la suppuration offre encore plus de difficulté que durant les autres époques. Les lois auxquelles l'économie est soumise pendant la résorption du pus, ne sont point assez connues pour que l'on établisse rien de positif. Ainsi, pour ce qui est des émissions sanguines, on peut quelquefois y avoir recours; mais ce ne peut être qu'avec beaucoup de réserve, car on ne doit point oublier que le vide qu'elles causent dans les vaisseaux doit favoriser l'absorption du pus. La seule question importante qui se rattache à cette époque, c'est celle de l'ouverture des pustules. Les auteurs, d'accord sur ce point avec nos devanciers, regardent cette opération comme extrêmement utile, et pensent qu'on doit y avoir recours aussitôt que la sérosité est com-

plétement transformée en pus. Quant à la manière dont elle doit être pratiquée, voici celle qu'ils préfèrent : le malade est plongé dans un bain pendant une heure au moins, si ses forces le permettent; et au sortir, les pustules étant ramollies, on les déchire facilement avec un linge résistant; on enlève l'épiderme, on lave les petites plaies avec l'eau du bain, et on les laisse se dessécher d'elles-mêmes. Lorsque la peau présente une surface dénudée, on la panse comme une plaie avec le cérat.

Onze observations sont rapportées dans le cours de cet article, à l'appui des opinions émises par les auteurs, et surtout de celles qui ont rapport à quelques questions de médecine pratique.

Après avoir cherché à faire connaître par l'analyse de l'article *dermite varioleuse* la manière dont les auteurs se sont acquittés de la tâche qu'ils s'étaient imposée dans les sujets les plus rebattus, il nous reste à citer un exemple d'un sujet neuf. Nous pourrions prendre *l'asphyxie par l'écume bronchique*, sur laquelle M. Piorry a fait des recherches si neuves et d'une utilité si incontestable; mais ce sujet exigerait de longs développemens; et d'ailleurs nous devons penser qu'il est connu de tous nos lecteurs. Nous nous arrêterons donc à *l'hémite*, qui n'avait encore été traitée nulle part, et qui d'ailleurs se rattache aux questions sur lesquelles l'attention est aujourd'hui le plus spécialement fixée.

Depuis long-temps il est généralement admis que dans une foule de circonstances le sang éprouve une altération désignée sous le nom d'état inflammatoire; mais jusqu'ici on n'en avait point fait une maladie spéciale, encore moins avait-on songé à indiquer cette altération par un mot approprié. M. Piorry désigne par le nom *d'hémite* l'état du sang dans lequel le caillot se recouvre d'une couche pseudo-membraneuse plus ou moins épaisse. Cet état morbide est tantôt symptomatique d'une affection locale, d'autres fois, au contraire, il est primitif et ne prend son point de départ dans aucune altération des solides.

Le mode de formation de la couenne inflammatoire, les circonstances dans lesquelles elle se développe, les divers états morbides où elle se rencontre, sont l'objet d'études sérieuses. L'auteur aurait pu aussi donner beaucoup de développemens sur la suppuration des caillots sanguins, sujet qui se rattache intimement à l'hémite et sur lequel la science possède aujourd'hui tant de faits intéressans.

Une question importante qui se rattache à l'hémite est celle qui a rapport aux cas où elle se développe primitivement et où elle détermine des inflammations consécutives sur quelque point de l'organisme. Cette étude se rattache à celles de l'altération des liquides du corps humain, et qui malgré le dédain avec lequel elle a été traitée par les solidistes modernes, gagne successivement et ne tardera pas, nous l'espérons, à être présentée sous une forme convenable. En effet, si l'altération ou l'inflammation du sang précède et même détermine activement, dans une foule de circonstances, un grand nombre de maladies qui sont généralement considérées comme primitives, et si en même temps l'art met entre nos mains les moyens de combattre efficacement cet état morbide du sang, n'aurons-nous pas en même temps le moyen d'empêcher les affections locales secondaires? Nous ne pouvons point espérer de croire qu'il soit jamais démontré que toutes les maladies dont la cause n'est pas connue dépendent d'une altération du sang et spécialement de l'hémite; mais il peut en être ainsi pour beaucoup de phlegmasies dont l'origine est obscure, et que l'on sait être précédées ordinairement d'un état général grave qui pourrait bien n'être autre que l'hémite. C'est, si on le veut, un retour vers des opinions surannées et depuis long-temps abandonnées même du vulgaire qui en conserve pourtant encore quelque souvenir. Cependant c'est une voie dont l'exploration nous paraît devoir être fructueuse; et nous félicitons M. Piorry de l'avoir signalée à l'attention publique.

Nous voudrions encore faire connaître quelques points importans du travail sur l'hémite, tels que l'exposé des symptômes qu'elle présente, la discussion pour savoir si elle est un phénomène chimique ou vital, celle de l'influence qu'on pourrait attribuer sur sa production à la phlegmasie de la membrane interne de l'appareil circulatoire décrite par M. Bouillaud, et spécialement le diagnostic et le traitement; mais déjà nous avons dépassé les limites que nous nous étions imposées; et d'ailleurs nous ne rendrions qu'incomplètement des développemens que l'on parcourra avec plus d'avantage dans l'ouvrage lui-même, bien que dans quelques endroits le style soit un peu négligé, que l'on n'ait pas toujours tenu compte des bons travaux publiés de nos jours, et que les faits ainsi que les inductions que l'on en tire ne soient pas toujours enchaînés avec cette méthode et cette clarté qui sont des élémens si puissans de conviction. Nous engageons surtout le lecteur à ne pas s'effrayer de la longueur inutile de quelques noms : sous ces dénominations nouvelles, bizarres même quelquefois, on trouve des recherches neuves, une instruction clinique forte, une grande indépendance des préjugés scientifiques si funestes au progrès et un désir ardent de sortir des études routinières dans lesquelles trop souvent on croit devoir se renfermer. Nous consacrerons de nouveau quelques colonnes à l'examen du *Traité de médecine pratique*, lorsque de nouvelles livraisons auront été publiées; et alors nous reviendrons sur plusieurs articles sur lesquels nous sommes obligés de garder le silence. En attendant, nous croyons pouvoir prédire aux auteurs le succès auquel ils ont droit s'ils continuent leur entreprise comme ils l'ont commencée, et s'ils évitent autant qu'il leur sera possible l'emploi des noms nouveaux et de ceux spécialement que leur longueur ou leur consonnance bizarre font remarquer d'une manière peu favorable.

VARIÉTÉS.

Cours de médecine opératoire théorique et pratique. — M. MALGAIGNE, professeur agrégé de la Faculté de médecine de Paris, chirurgien du bureau central des hôpitaux, commencera ce cours lundi 11 avril, à quatre heures du soir, dans l'amphithéâtre n° 1 de l'École pratique, et le continuera tous les lundis, mercredis et vendredis de chaque semaine. — MM. les élèves seront exercés à la pratique des opérations. — Les trois premières leçons seront publiques.

On s'inscrit au cours même, aux jours et heure indiqués.

— M. Martin Solon ouvrira lundi, 11 avril, son cours de thérapeutique et de matière médicale, à l'École pratique, amphithéâtre n° 3, et le continuera tous les jours de la semaine, le jeudi et le dimanche exceptés.

QUESTIONS MISES AU CONCOURS PAR LA SOCIÉTÉ ROYALE DE MÉDECINE DE MARSEILLE.

1° Le passage du choléra en France a-t-il suffisamment arrêté nos idées sur son mode de propagation, pour qu'on puisse d'ores et déjà modifier quant à lui notre législation sanitaire?

2° Jusqu'à quel point nos idées sur la propagation du typhus, de la fièvre jaune et de la peste sont-elles modifiées par la grande épidémie dont la France vient d'être le théâtre, et jusqu'à quel point est-il permis de modifier la législation relative au typhus, à la fièvre jaune et à la peste?

INSTRUCTION.

La Société royale, d'accord avec l'immense majorité des médecins français, regarde le choléra comme non contagieux. Cette conviction n'est pas obligatoire pour les concurrens; ils sont libres de soutenir à ce sujet l'opinion qui leur paraîtra la mieux prouvée.

Cependant il paraît incontestable à la Société royale que l'expérience en grand par laquelle la France et Marseille viennent de passer, a profondément modifié les idées relatives à la propagation des fléaux morbifiques, et particulièrement relativement à la propagation du choléra-morbus. La même expérience doit avoir acheminé les médecins à une définition plus précise des mots si importans et si controversés d'épidémie, d'infection, de contagion, de miasmes, etc.

La fièvre jaune et la peste étant moins près de nous, les inductions doivent être plus réservées; toutefois les idées relatives à la propagation de ces maladies elles-mêmes, ont été notablement modifiées par les travaux des médecins européens établis en Amérique, en Asie et en Afrique. Les concurrens devront juger la valeur de ces travaux et l'opportunité ou l'inopportunité des précautions hygiéniques proposées par leurs auteurs.

Un prix de 500 fr. sera accordé à l'auteur du meilleur mémoire. Ceux ci, écrits en français ou en latin, devront être adressés (francs de port) avant le 1er septembre 1837, à M. Girard, docteur en médecine, secrétaire général de la Société, rue St-Ferréol, n° 56.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

PARIS. — ÉVERAT, IMPRIMEUR, RUE DU CADRAN, N° 16.

N° 16. (TOME IV. — 1836.) SAMEDI 16 AVRIL 1836

Gazette Médicale

DE PARIS.

La Gazette médicale de Paris (*Gazette de santé* et *Clinique des hôpitaux* réunies) paraît tous les samedis de chaque semaine; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et équivant à 6 feuilles in-8°. Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois. Pour l'Étranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'nn trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Poissonnière*, n° 5, et dans les Départemens, ebez tous les Directeurs des postes. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

THÉRAPEUTIQUE.

MÉMOIRE SUR LA NÉCESSITÉ D'EMPLOYER L'IPÉCACUANHA OU L'ÉMÉTIQUE dans le traitement de l'embarras gastrique; par M. Martin Solon, médecin de l'hôpital Beaujon.

La nécessité de réformes indispensables dans la matière médicale se faisait sentir depuis long-temps, lorsque Stahl exprimait le désir de *nétoyer enfin cette étable d'Augias*; et cependant, plus de cent ans après, tous les médecins faisaient encore des vœux pour que la matière médicale et la thérapeutique subissent les modifications devenues indispensables. Tel était l'état des esprits par rapport à ces deux hranches importantes de la médecine, lorsque, par l'influence des théories modernes, elles sont tombées l'une et l'antre dans le discrédit le plns ahsolu. La doctrine physiologique surtout, en rapportant presqne à une seule les indications que présentent les maladies, a réduit à un bien petit nombre les médicamens autrefois si multipliés, et a fait repousser entièrement l'usage de substances et de médications dont l'expérience de nos devanciers avait cependant pronvé et consacré les avantages. Bon nombre de médecinss tout en proclamant les services signalés que la doctrine physiologique a rendus à la science, reconnaissant dans bien des cas l'insuffisance de cette doctrine au lit du malade. Libres d'idées préconçues et exclusives, ces médecins recherchent dans les autres systèmes les applications utiles au traitement des maladies, et, praticiens éclectiques, ils s'efforcent de faire arriver la thérapeutique au niveau de perfectionnement atteint par l'anatomie pathologique et la science du diagnostic. Par l'emploi énergique des antiphlogistiques, la doctrine physiologique a jeté le plus grand jour sur le traitement qui convient à la classe nombreuse des phlegmasies franches, aiguës et chroniques; mais elle a fait table rase pour toutes les autres médications. Cette dernière circonstance sera peut-être plus avantagense qu'on ne pense à la restauration de la thérapeutique. En effet, dégagés que nous sommes du fatras pharmaceutique qui encombrait la science, c'est à nous de choisir avec discernement les matériaux qui devront servir au rétablissement de la matière médicale. Reconnaissons les effets des substances simples que la chimie médicale met en grand nombre maintenant à notre disposition; étudions les avantages de certains composés naturels ou artificiels dont l'expérience démontre l'efficacité; occupons-nons à sanctionner l'utilité de médicamens connus, hien plus qu'à en introduire de nouveaux dont la bonté est habituellement éphémère; nous éviterons ainsi des tentatives tout aussi nuisibles aux malades qu'à la science. Rappro-

---

Feuilleton.

DÉCOUVERTE DU COW-POX EN FRANCE; RÉUNION DES MÉDECINS ET CHIRURGIENS DES HÔPITAUX; COURS DE PHRÉNOLOGIE PAR M. BROUSSAIS; NOUVELLES DIVERSES.

La grande nonvelle médicale du jour, celle qui a mis en émoi l'Académie de médecine, qui s'est fait jour jusqu'à l'Académie des sciences, pour laquelle deux commissions officielles se sont déjà mises en campagne, sans parler des observateurs pour leur propre compte, c'est la déconverte du cow-pox sur une vache de Passy. La découverte date déjà de plus de quinze jours. On avait d'abord voulu en faire un mystère; mais voyez les inconveniens de la presse! Les journaux ont tout ébruité; et M. Bousquet s'en est plaint amèrement à l'Académie l'autre jour. *Je suis fâché*, a-t-il dit, *que les journaux se soient emparés de ce fait.* Fâché, bon Dieu! et pourquoi? où est le malheur, où est le scandale, où est la désolation, que le public médical ait su buit jours plus tôt un fait intéressant et pour les praticiens et pour la science?

Depuis quelque temps il semble que l'Académie souffre impatiemment l'éclat que la publicite peut donner à ses seances. Un arrête très-sage du conseil d'administration avait mis à la disposition des journanx tout ce qui était lu en séance publique; et tont le monde y gagnait; le public d'abord, sûr d'être mis au courant par une relation exacte des faits de science commnniqués à l'Académie; les auteurs, qui n'avaient point à eraiudre les iuexactitudes que peut commettre bien involoutairement le sténographe le plus atteutif; et l'Academie elle-même, qui voyait le compte-reudu de ses séances prendre une extension égale à ceux de l'Academie des sciences. Mais il est arrive que le libraire qui publie les mémoires de l'Académie, n'y faisant pas completement ses frais, comme il faut eroire, a demandé et obtenu que les membres qui recevaient leurs fascicules *gratis*, fussent soumis à nne légère cotisation à son profit de lui libraire. La rumeur a été grande; et quelques-uns ont menacé d'iuterrompre leur collection. Il parait que d'autres ont voulu remonter à la source du mal, et se sont demande, la main sur la conscience, ce qui entravait le succès que méritent bien les mémoires de l'Academie. Il y avait plus d'une réponse à faire; on a preferé celle qui choquait le moins les amours-propres; c'est au journalisme qu'on s'en est pris; ce sont les journaux qui ont fait tout le mal. Quand ils out en effet analysé complétement et par avance les travanx à inserer dans les memoires, qui se soucie d'acheter les mémoires? Le mal ainsi reconuu, le remède a eté promptement appliqué. Défense a été faite dans les bureaux de communiquer aux journaux les tra-

chons enfin et comparons entre elles nos observations avec conscience et impartialité, et nous parviendrons à donner à la thérapeutique des bases solides et durables. Nous avons essayé, dans l'article *hydragogue* du *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, de faire apprécier quelques applications utiles des purgatifs; nous chercherons, dans ce mémoire, à démontrer que l'usage des évacuans, de l'ipécacuanha, par exemple, l'emporte sur toute autre médication dans certaines circonstances. Nous nous contenterons, pour le prouver, de laisser parler les faits : nous en avons vu un grand nombre depuis 1827, dans diférens hôpitaux; nous nous contenterons de rapporter quelques-uns de ceux qui ont été observés dans notre service de Beaujon par MM. Reguier, Grisolle, Nivet, Letertre-Vallier, Bujon, Florimont, de Wailly, etc. Nous classerons ces faits dans l'ordre suivant.

1° Observations dans lesquelles l'ipécacuanha a été employé seul, l'embarras gastrique étant apyrétique;

2° Observations dans lesquelles l'ipécacuanha a été employé seul, bien que la fièvre ait accompagné l'embarras gastrique;

3° Observations dans lesquelles l'ipécacuanha a été employé dans l'embarras gastrique, les évacuations sanguines ayant échoué;

4° Enfin nous rapporterons les observations dans lesquelles, après l'usage de l'ipécacuanha, il a fallu recourir aux émissions sanguines.

PREMIÈRE SÉRIL. — PRMIÈRE SECTION.

EMBARRAS GASTRIQUE SIMPLE; ADMINISTRATION DE L'IPÉCACUANHA A DOSE VOMITIVE; GUÉRISON.

Obs. I. — Serre, jenne fille âgée de 17 ans, d'une faible constitution, éprouvait depuis plus de quinze jours, sans cause connue, du malaise et de l'inappétence, lorsqu'elle entra le 1er septembre à l'hôpital Beaujon. Sa conjonctive est jaune, la bouche amère et pateuse, la langue jaunâtre. La malade se plaint de nausées, de céphalalgie, et d'un sentiment de courbature. Elle n'a point de fièvre. Limonade, diète.

2 septembre. Mêmes symptômes; dix-huit grains d'ipecacuanha en trois doses; limonade; vomissemens d'un liquide amer et abondant.

3, la malade demande des alimens, son état est très-satisfaisant. Limonade; potages.

5, le retour complet à la santé permet d'accorder le quart, et trois jours après la sortie de l'hôpital.

Obs. II. — Aville, âgée de trente ans, ressentait, après avoir fait usage d'une mauvaise nourriture, du malaise et de l'inappétence, à la fin du mois de novembre, ses règles vinrent; elle n'éprouva pas de soulagement. Le six décembre elle entra à l'hôpital Beaujon.

7 décembre, nous observons chez la malade tous les symptômes de l'embarras gastrique; l'haleine surtout est fortement saburrale; il n'y a pas de fièvre. Vingt-quatre grains d'ipécacuanha en trois doses; limonade, diète, vomissemens bilieux peu abondans; plusieurs garderobes bilieuses.

8, tous les symptômes existans la veille ont disparu comme par enchantement, la langue est nétoyée et l'appétit revenu; les règles paraissent quinze jours avant leur époque. Bouillon; limonade.

Le lendemain cette femme se trouve tellement bien qu'elle veut retourner à son ménage.

Obs. III. — Legros, âgé de quarante-cinq ans, coisinier, doué d'un embonpoint en peu copieux, jouissant d'une bonne santé quoiqu'affecté de temps en temps d'embarras gastrique, dont on l'a notamment debarrasse une fois en Angleterre par le vomissement, entra le 23 novembre à l'hôpital Beaujon, se plaignant depuis cinq ou six jours de malaise, d'amertume à la bouche, d'inappétence et de constipation.

24 octobre, le teint est peu jaunâtre, il existe peu de céphalalgie sus-orbitaires et peu de fièvre, mais la langue est saburrale et le malade tourmenté de nausées et d'amertume à la bouche; il réclame fortement la médication qui lui a été si avantageuse chez nos voisions d'outre-mer, affirmant que toute autre lui serait inutile ainsi qu'il co a l'expérience. Vingt-quatre grains d'ipécacuanha en trois doses; chiendent, reglisse, lavement, diète. Sept ou huit vomissemens de matières amères et jaunâtrs.

25, amélioration.

26, régurgitations bilieuses, incommodes, apyrexie. Eméto-cathartique composé de huit onces d'eau, quatre gros de sulfate de soude et un grain de tartre stibié à prendre en trois doses à dix minutes d'intervalle l'une de l'autre; trois quarts d'heure après l'administration de la première dose, vomissemens abondans de bile épaisse; cinq heures après selles bilieuses.

27, Legros se trouve très-bien, il demande à sortir.

Nous croyons inutile de rapporter douze autres observations tout aussi concluantes que celle que nous venons de citer : en voici une pour laquelle on a pu hésiter dans le diagnostic, mais que nous rapprochons cependant de celles que l'on vient de lire.

Obs. IV. — Un ancien militaire, âgé de 33 ans, d'une forte constitution, entra comme ouvrier au mois de fevrier dans une fabrique de blanc de céruse du Pecq. Il vécut sobrement et prit des précautions pour n'être point atteint de colique saturnine. Cependant apres sept semaines de dangereux travaux il éprouva du malaise, de l'inappétence, des nausées, de la courbature. Bientôt il eut des vomissemens verdâtres, quelques coliques et de la constipation. Il entra le 4 avril à l'hôpital Beaujon. Son séjour dans une fabrique de blanc de céruse et la constipation firent penser à l'interne qu'il existait une colique saturnine et il prescrivit, en potion, le mélange de trois onces d'huile de ricin et de deux gouttes d'huile de croton tiglium. Ce purgatif énergique fut sans résultat.

Le 5, les conjonctives et toute la peau nous présentent une suffusion ictérique qui existe depuis quelques jours d'après la déclaralion du malade. Il éprouve une vive céphalalgie, les nausées et les vomissemens persistent; le ventre n'est ni retracté, ni douloureux à la pression; il n'y a point de colique; la constipation persiste; point de fièvre Nous pensons qu'il existe un simple embarras gastrique peut-être modifie par la profession du malade, et nous prescrivons 36 grains d'ipécacoanha et de la limonade. Vomissemens verdâtres.

Le 6, la céphalalgie et les nausées sont dissipées; la constipation persiste; lavemens; garde-robe bilieuse abondante.

Le 7, Etat satisfaisant; soupe.

Le 8, sortie.

Il est impossible de méconnaître, chez les malades dont les observations précèdent, l'existence de sette affection appelée état gastrique ou saburral, embarras gastrique, etc. Les symptômes prouvent jusqu'à l'évidence qu'il n'existait pas de gastrite; et le traitement confirme le diagnostic. Chez ces malades l'embarras gastrique constituait toute la maladie. Dans les faits suivans il compliquait une affection plus grave, mais sans la modifier sensiblement.

PREMIÈRE SÉRIE. — DEUXIÈME SECTION.

EMBARRAS GASTRIQUE COMPLIQUANT LA COLIQUE SATURNINE.

Bien qu'ordinairement uniformes dans leurs effets sur le canal intestinal, les émanations saturnines agissent cependant parfois d'une manière insolite sur cette partie. Le plus ordinairement ces émanations, en pénétrant dans l'économie par la triple absorption de la peau et des membranes muqueuses respiratoire et digestive, agit bientôt sur le sys-

---

vaux renvoyés au comité de publication par décision de l'Académie. Faible ressource! car nous les donnions avant, nous les donnerons tout aussi bien après; et si l'on nous pique au jeu, nous ne nous contenterons pas d'une analyse, nous les reproduirons par voie de sténographie, aussi longs qu'ils auront été lus à l'Académie même Que cependant nos lecteurs se rassurent : il y a tel travail, même approuvé par l'Académie, que nous nous ferons un devoir de respecter toujours.

Pour en revenir au cow-pox, M. Bousquet a tant attendu, que son fait n'a plus, à beaucoup près, la même importance; voici les découvertes de cow-pox qui pleuvent; on annonce des éruptions de picote de toutes parts. Tout bien considéré, il est consolant de savoir que si nous venions à perdre le vaccin de Jenner, nous sommes en mesure de nous en procurer d'autre; mais il faut ajouter que les expériences faites ne prouvent pas aussi bien que quelques personnes l'avaient pensé la nécessité de le renouveler.

Passons à un autre événement qui a fait peut-être moins de sensation dans le monde médical, mais qui en a fait beaucoup dans les journaux et les salons; M. Broussais vient d'ouvrir à la Faculté un cours de phrénologie. En entendant cette nouvelle, il y a des gens qui se sont pris à dire : *Cui bono?* Est-ce que la phrénologie, science démontrée s'il en fut, avait besoin qu'un athlète de la force de M. Broussais vînt lui porter secours et allégeance? D'autres se demandent comment ce nouvel Atlas, qui porte à lui seul aujourd'hui ce lourd fardeau de la doctrine physiologique, a pu trouver le temps et l'occasion de rompre une lance en faveur de la doctrine phrénologique. Serait-ce que, dans ce vaste amphithéâtre de la Faculté de Paris, il ne se trouve plus de résistance à vaincre, de conversion à achever, et que la religion de l'irritation est si universellement établie, que son illustre apôtre peut se reposer, comme ce laboureur qui a fait sa journée? Manière honorable, sans doute, d'expliquer le petit nombre d'accidens *rari nantes*, qui s'exposent encore au cours de pathologie générale. Enfin il se trouve de ces gens que rien ne contente, qui représenteraient volontiers à M. Broussais qu'il est professeur de pathologie et non de phrénologie, payé par l'Université pour discourir sur les maladies du corps et non sur les infirmités de l'esprit, supposant par irrévérence que la doctrine des bosses mérite cette disgracieuse épithète : ce sont de ces gens qui jetteraient les hauts cris si un autre professeur ou bien encore M. Broussais lui-même s'avisait quelque jour de vouloir professer l'homœopathie. Il faut les laisser dire. *On ne peut contenter tout le monde.* Le fait est que les auditeurs affluent, attirés par la nouveauté de la chose; que quelques journaux politiques ont ouvert leurs colonnes aux pompeuses annonces de ces leçons, que le *Constitutionnel* a promis d'en rendre compte, s'il a le bonheur, dit-il de ne pas être étouffé Voici maintenant quel est le problème : est-ce un bon ou un mauvais tour que le *Constitutionnel* veut jouer à M. Broussais?

Laissons aller cette grande ferveur phrénologique. Si M. Broussais vient à découvrir quelque nouveau continent, quelque archipel un peu notable, ne fût-ce qu'un îlot ignoré sur la mappe-monde du crâne si parfaitement géographiée par Gall, nous aurons soin d'emboucher toutes les trompettes de la renommée pour l'apprendre à nos abonnés et au monde : *urbi et orbi.* On raconte que Sixte-Quint, avant de donner cette bénédiction solennelle qui s'adresse à Rome et au monde, s'enquérait un jour d'un cardinal si la foule était grande, l'autre répondit : *San Padre, sono tutti i coglioni di Roma.* Cela suffit, dit le Saint-Père, je m'en vais, tous les *coglion*... Le mot ne se trouve pas dans les dictionnaires. Nous ne doutons pas que le nouveau professeur de phrénologie ne soit de taille à

tème nerveux ganglionnaire, et détermine un effet de sédation remarquable, dans l'appareil circulatoire par la rareté habituelle du pouls, et dans l'appareil digestif par la diminution, des sécrétions biliaire et muqueuse, la constipation, et tous les autres symptômes qui caractérisent la colique saturnine simple. Cette affection, toute spéciale et complétement distincte des inflammations du tube digestif, se montre cependant quelquefois, peut-être une fois sur trente, accompagnée de fièvre, soit que celle-ci dépende de l'idiosyncrasie ou d'une prédisposition du sujet, soit qu'il faille attribuer sa présence à quelque cause surexcitante dont l'action se sera fait sentir en même temps. Bien plus souvent, une fois sur dix, par exemple, tous les phénomènes de sédation que nous avons indiqués plus haut subsistent, excepté ceux qui agissent sur le foie et qui sont remplacés par une augmentation excessive dans la sécrétion de la bile, et annoncés par des vomissemens porracés abondans et un état saburral très-prononcé des voies digestives. Dans quelques cas rares, enfin, on voit la lésion nerveuse ganglionnaire s'étendre au système nerveux de relation, et produire tantôt la paralysie, tantôt l'épilepsie saturnine. Mais, de tous ces phénomènes, nous ne voulons nous occuper maintenant que de ceux de l'embarras gastrique qui complique la colique saturnine. Voici des faits.

Obs. V. — Un fondeur de plomb âgé de trente-six ans, d'une très-forte constitution, entra vers le milieu du mois de mai dans une fabrique de céruse du Pecq et six semaines après, fut atteint de coliques saturnines sans vomissemens, et reçu à l'hôpital de la Charité. On le traita par les purgatifs, il guérit en quinze jours. Rentré à la fabrique de blanc de céruse, il s'y porta bien d'abord, mais vers le 27 juillet il fut pris de nausées, de vomissemens bilieux, de coliques et de constipation. Il entra à Beaujon le 1er août, n'ayant encore employé aucun médicament; on lui fit prendre le soir un lavement purgatif composé de quatre gros de séné, demi-once de sulfate de soude et deux onces de miel de mercuriale que nous prescrivons fréquemment aux malades atteints de colique saturnine simple. Ce lavement ne produisit aucun résultat.

2 août, nous trouvons le facies du malade jaunâtre; son haleine est saburrale, sa langue jaune verdâtre; les vomissemens porracés abondans continuent, la bouche est amère; le malade se plaint de nausées, d'inappétence, de céphalalgie et d'un sentiment pénible de courbature, il éprouve des coliques violentes, n'a point eu de garde-robes depuis quatre jours; il n'a point de fièvre. Vingt-quatre grains d'ipécacuanha, limonade, diète, trois lavemens composés pour l'après-midi, une pilule de trois quarts de grain d'extrait d'opium privé de narcotine pour le soir. Vomissemens verdâtres d'abord, puis jaunes et abondans.

3, les vomissemens et la courbature ont cessé, la bouche n'est plus ni pâteuse ni amère, mais les coliques et la constipation persistent. Trois lavemens purgatifs composés, diète, limonade, un grain d'extrait thébaïque privé de narcotine pour le soir. Garde-robes peu abondantes, peu de sommeil.

4, coliques, quelques nausées, trois lavemens purgatifs, limonade coupée d'eau de seltz, deux pilules d'extrait thébaïque. Garde-robes abondantes dans lesquelles se trouvent des fèces dures et arrondies.

5 et 6, diminution sensible des coliques, continuation du traitement. Selles copieuses.

7, cessation des coliques, garde-robe spontanée. Limonade, vermicelle.

11, cet homme sort parfaitement guéri.

Obs. VI. — Le nommé Baudoin, âgé de 28 ans, d'une forte constitution, travailla dans le mois d'avril 1835 à la fabrication du blanc de céruse, et fut atteint de coliques saturnines cinq semaines après. Traité dans un hôpital de Paris, il sortit guéri. Retournant à la fabrique le 19 juin pour voir travailler ses camarades et se trouvant tout-à-fait bien, il résolut de reprendre ses travaux, mais il fut pris dans la journée de coliques, de nausées. Entré à l'hôpital Beaujon le 20 juin, le malade nous présente comme le précédent la réunion des symptômes bilieux et de la colique saturnine. Nous lui prescrivons trente grains d'ipécacuanha en trois doses, deux lavemens purgatifs complets, de la limonade et la diète. Vomissemens abondans, selles contenant des matières dures.

Le 21, la bouche n'est plus amère, il n'existe plus de nausées, les coliques sont moins vives, le malade se plaint de douleurs lancinantes dans les membres et les reins. Deux lavemens purgatifs composés, limonade, un huitième de grain d'hydrochlorate de morphine répété trois fois dans la journée. Selles nombreuses, sommeil.

Le 22, diminution des douleurs et des coliques. Même traitement, bouillon.

Le 29, garderobes spontanées, le quart.

Obs. VII. — Oudot, âgé de trente ans, d'une forte constitution, commence à travailler aux Minium le 18 mai 1835, puis se rend à la fabrique de blanc de céruse de Courbevoie, vers la fin de juin. Jusque là point d'accidens, mais vers le 20 juillet anorexie, nausées passagères, céphalalgie, courbature; des coliques et de la constipation se joignent bientôt à ces premiers symptômes; le malade cherche inutilement à les calmer en prenant un mélange d'huile et d'eau-de-vie. Le 30 il entra à l'hôpital Beaujon; des lavemens purgatifs donnés dans la soirée, sont suivis d'évacuations alvines abondantes.

Le 31, les coliques sont moins vives, les douleurs abdominales moins intenses, et cèdent toujours à la pression; mais la céphalalgie, les nausées, l'anorexie, l'amertume de la bouche, l'inappétence, l'haleine saburrale et la couleur jaune de la langue subsistent. Nous insistons sur l'usage des lavemens purgatifs.

Le 1er août, même état. Vingt-quatre grains d'ipécacuanha, limonade, lavement purgatif composé pour le soir. Des vomissemens bilieux abondans succèdent à chaque dose d'ipécacuanha, des garderobes abondantes ont lieu le soir.

Le 2, disparition presque complète des symptômes gastriques, diminution des douleurs abdominales; continuation des lavemens purgatifs,

Le 4, bon état; bouillon.

Le 5, on accorde des alimens et la sortie trois jours après.

Obs. VIII. — La femme Brassier, âgée de vingt-sept ans, d'une assez forte constitution, travaillait depuis deux mois à la facrique de blanc de céruse de Courbevoie, lorsqu'elle commença à éprouver, vers le 23 septembre, un malaise général accompagné de céphalalgie, d'inappétence, de nausées et de vomissemens bilieux; bientôt de vives coliques et de la constipation se joignirent à ces premiers symptômes; le 28 septembre elle entra à l'hôpital Beaujon.

Les lavemens purgatifs continués jusqu'au 2 octobre, firent cesser la constipation, les coliques, la rétraction des parois abdominales et tous les symptômes qui caractérisaient la colique saturnine; mais ceux qui appartenaient plus spécialement à l'embarras gastrique, persistèrent.

Le 2 août, haleine saburrale, langue couverte d'un enduit jaunâtre épais, nausées, vomissemens bilieux; inappétence, céphalalgie, courbature, urine peu abondante et fortement colorée, apyrexie. Vingt-quatre grains d'ipécacuanha en trois doses, limonade, lavement purgatif composé, vomissemens abondans de matières muqueuses et bilieuses, soulagement immédiat.

Les 4 et 5, état satisfaisant bien que la malade n'ait pas eu de garderobes. On lui accorde du bouillon puis des potages.

Le 6, garderobe spontanée. Le quart.

Le 8, portion sortante.

L'indépendance des deux états morbides, c'est-à-dire de la colique saturnine et de l'embarras gastrique, est évidemment démontrée par les symptômes dans la plupart de ces observations, et surtout dans la dernière. La nécessité de l'usage des évacuans semble aussi évidente qu'avantageuse dans tous ces faits. La disposition à la constipation qui suit quelquefois l'emploi de l'ipécacuanha, nous fait souvent préférer maintenant l'émétique à la racine vomitive du Brésil, lorsque nous avons à combattre l'embarras gastrique chez un sujet en même temps affecté de colique saturnine. C'est ainsi que nous avons agi dans le cas suivant.

Obs. IX. — Hermier, terrassier, âgé de trente-sept ans, se mit à travailler au

---

égaler Sixte-Quint. Nous examinerons, dans notre prochain numéro, la portée de ses nouveaux succès.

La réunion des médecins et chirurgiens des hôpitaux a eu lieu l'autre semaine dans le local de l'Académie de médecine. M. Baudelocque a lu un rapport plein d'intérêt sur les améliorations à apporter au régime des malades; MM. Baffos, Ferrus et quelques autres ont communiqué des renseignemens également importans; et il est demeuré prouvé que malgré toute la sollicitude de l'administration il y avait encore beaucoup à faire. Nous reviendrons peut-être un jour sur ces tableaux de misère. Croirait-on que chaque vieillard, enfermé à Bicêtre, coûte à l'administration 85 centimes par jour; et que sur ces 85 centimes, 40 ou 45 sont absorbés par les frais administratifs? Mais après s'être occupés des malades, les médecins ont eu à s'occuper d'eux-mêmes; l'un des membres de l'assemblée, chirurgien d'un grand hôpital, a exposé qu'il avait été suspendu de ses fonctions par le conseil des hôpitaux, *sans avoir été entendu dans sa défense*. Nous n'avons point parlé de cette affaire qui remonte déjà à quelques mois, et dont il courait des versions trop diverses; mais ce qui a surtout soulevé dans l'assemblée un long murmure d'indignation, c'est cette circonstance d'une condamnation *sans défense*. M. Prus a rappelé que dans une autre affaire concernant un médecin de la Salpêtrière, déjà l'administration avait voulu, sans l'entendre, renvoyer ce médecin à Bicêtre, il résista, en appela au ministre, et le ministre décida qu'un médecin ne pouvait être ainsi changé d'hôpital sans son consentement. Le changement eut lieu à la vérité; mais de bon accord entre les deux confrères qui voulurent bien échanger leur service. Ces discordes sont toujours fâcheuses; mais de tout temps, dans les hôpitaux civils comme dans le service militaire, l'administration semble avoir pris à tâche de faire sentir son joug aux médecins. Ce sentiment d'autocratie ne parvient pas sans doute jusqu'aux régions supérieures; mais il se déploie particulièrement chez les employés subalternes. Il a été donné lecture à cette occasion d'une lettre adressée au chef d'un service chirurgical par un agent de surveillance, qui mériterait la double palme de l'impertinence et de la sottise à la fois. Du reste, on annonce que tous les médecins et chirurgiens d'hôpitaux seront invité, par une convocation spéciale, à délibérer sur cette affaire.

Rien après cela de bien nouveau. Le concours pour la chaire d'anatomie a commencé cette semaine; nous en parlerons en temps et lieu.

— Dans le mois de mars dernier, il est mort, dans la commune de Noyelles-près Douai, un jeune homme âgé de 14 ans, haut de 6 pieds 4 pouces 6 lignes. Il se nommait Albert Bougnier. C'est un phénomène qui mérite d'être remarqué, et qui, peut-être, servira aux physiologistes à expliquer la mort prématurée de ce jeune homme.

— La première séance du concours pour la chaire d'anatomie à la Faculté de Paris (séance préparatoire), aura lieu jeudi.

blanc de céruse pendant le mois de décembre 1834, il n'en éprouva aucun inconvenient pendant les sept premières semaines; mais ensuite il fut pris de coliques et de constipation qu'il essaya de guérir à l'aide d'huile de ricin et de lavemens purgatifs. Après cinq jours de traitement il se trouva assez bien pour reprendre son travail. Il y avait quatre jours seulement qu'il était retourné à sa fabrique, lorsqu'il perdit l'appétit. Sa bouche devint pâteuse, amère, il eut des nausées, des vomissemens, de la céphalalgie et des douleurs contusives dans les membres. Des coliques et de la constipation se joignirent à ces premiers symptômes et le malade entra, le 12 février, quatrième jour de sa rechute, à l'hôpital Beaujon. Des lavemens purgatifs procurèrent dans la soirée l'évacuation de matières marronnées.

Le 13 février, les coliques sont moins vives, mais le malade est tourmenté de vomissemens bilieux abondans; il a la bouche amère, la tête pesante et tous les symptômes d'un embarras gastrique, que les garderobes de la veille n'ont en aucune manière modifié. Le pouls donne seulement cinquante-huit battemens, circonstance fort ordinaire dans les affections hépatiques ou bilienses apyrétiques, et dans la colique saturnine surtout. Nous avons même vu trois ou quatre fois, sur plus de cent sujets que nous avons observés, le pouls donner seulement quarante-cinq battemens par minute. L'évacuation des premières voies nous paraissant, comme on le disait autrefois, l'indication principale, nous prescrivons à ce malade la solution de deux grains de tartre stibié dans six onces d'eau à donner par cuillerée de cinq minutes en cinq minutes jusqu'à ce que des vomissemens abondans aient eu lien.

Le 14, le malade a vomi la veille beaucoup de bile verdâtre; les symptômes d'embarras gastrique sont entièrement dissipés; quelques coliques subsistent. Deux lavemens purgatifs, tisane d'orge, diète; garderobes liquides nombreuses.

Le 15, les coliques ont cessé; bouillon.

Le 16, quelques stries de sang hemorrhoïdal accompagnent les fèces. Lavement émollient, bouillon.

Le 17, l'état du malade est assez satisfaisant pour que l'on accorde des potages et plus tard la sortie, la guérison étant parfaite le 23.

Nous n'augmenterons pas le nombre des faits de cette section. Les symptômes que nous avons rapportés prouvent suffisamment la co-existence de l'embarras gastrique et de la colique saturnine. Ceux qui, comme nous, ont observé fréquemment cette dernière maladie, savent que dans la plupart des cas on ne voit pas cette affection accompagnée de ce cortége de symptômes propres à l'état saburral. Les coliques, les douleurs abdominales diminuant par la pression, la rétraction du ventre, la constipation, quelques douleurs sympathiques dans les membres, la caractérisent habituellement, et cèdent rapidement à l'usage des lavemens purgatifs, sans qu'il soit besoin de recourir aux éméto-cathartiques, que l'on prescrit au contraire avec le plus grand succès dans le cas de complication.

PREMIÈRE SÉRIE. — TROISIÈME SECTION.

EMBARRAS GASTRIQUE COMPLIQUANT UNE MALADIE PYRÉTIQUE, AIGUE OU CHRONIQUE.

Ces cas sont moins fréquens que les précédens : nous nous contenterons d'en citer un petit nombre.

OBS. X. — Nous avons reçu le 7 mars 1836, à l'hôpital Beaujon, une femme de trente ans, nommée Deny, d'une assez forte constitution et affectée de bronchite intense, avec fièvre depuis quinze jours. Nous reconnûmes à son entrée qu'un embarras gastrique compliquait sa maladie principale, nous n'hésitâmes pas à lui faire prendre l'ipécacuanha; dès le lendemain les symptômes bilieux étaient diminués; il n'en existait plus aucun le jour d'après: la fièvre, causée par la bronchite n'était point augmentée d'intensité.

Les fumigations pulmonaires et les autres moyens appropriés sont maintenant employés à combattre l'affection thoracique, qui n'était point de celles que l'on modifie rapidement et avec succès par l'ipecacuanha.

EMBARRAS GASTRIQUE SURVENU PENDANT LE COURS D'UNE PHTHYSIE PULMONAIRE.

OBS. XI. — Une femme de 36 ans, couchée dans la salle Sainte-Thérèse, et atteinte de phthisie pulmonaire avec excavation bien constatée, éprouva pendant son séjour au mois de juillet, tous les symptômes de l'embarras gastrique. Nous lui donnâmes 18 grains d'ipécacuanha en trois doses; elle eut des vomissemens bilieux abondans et des selles liquides jaunâtres.

Le lendemain la malade se trouvait soulagée des symptômes saburraux; elle désirait prendre quelques alimens.

La phthisie ne s'était point exaspérée sous l'influence de la médication évacuante, qui a, comme tant d'autres, été inutilement conseillée contre elle. Chez une malade plus débilitée que celle-ci nous nous serions contenté d'employer quelques boissons acidules contre l'embarras gastrique.

DEUXIÈME SÉRIE.

EMBARRAS GASTRIQUE AVEC FIÈVRE.

Soit que cela dépende de l'idiosyncrasie de certains sujets dont les systèmes nerveux et vasculaire sont plus facilement excités par la souffrance d'une partie quelconque de l'économie; soit que, dans quelques cas d'embarras gastrique, la bile acquière des qualités irritantes, qu'il est facile de constater, et qui agissent sur les houppes nerveuses de l'estomac, puis sympathiquement sur l'organe central du système circulatoire, il est démontré que l'on observe certains cas d'embarras gastriques accompagnés de fièvre, et qu'un observateur ne peut confondre avec une gastrique présentant des vomissemens bilieux. Les causes, les symptômes et le résultat du traitement établissent entre ces deux états compliqués trop de différence. En voici quelques exemples.

OBS. XII. — La nommée Gourdec, âgée de 26 ans, éprouva à la fin du mois d'avril, sans cause appréciable, cinq accès de fièvre tierce. Cette maladie se dissipa spontanément, mais elle fut suivie d'un malaise général qui obligea la malade d'entrer au commencement du mois à l'hôpital Beaujon

Le 5, les accès fébriles ne sont pas revenus, mais le pouls est constamment fréquent et la peau un peu brûlante. La malade éprouve une douleur prononcée à l'épigastre; cette douleur augmente à la pression. Il existe en même temps de l'anorexie, des nausées, des vomissemens bilieux; la langue est couverte d'un enduit jaunâtre, épais; la bouche est pâteuse et amère; la malade se plaint de céphalalgie sus-orbitaire, d'insomnie et de douleurs contusives dans les membres. La limonade et le petit lait prescrits depuis plusieurs jours n'ont en aucune manière modifié la maladie. Nous prescrivons 24 grains d'ipécacuanha à prendre en trois doses. Chacune d'elles est suivie de vomissemens bilieux. Le soir garde-robe de même nature. Sommeil paisible pendant la nuit.

Le 6 mai, pouls normal; peau fraîche; épigastre indolent; langue encore un peu jaunâtre; disparition de tous les autres symptômes d'embarras gastrique. Limonade, bouillon.

Les alimens sont desirés et digérés facilement le lendemain; et quelques jours après Gourdec sort parfaitement guérie.

OBS. XIII. — Un garçon de 20 ans, d'une faible constitution, entre à l'hôpital Beaujon atteint depuis six jours, sans qu'il puisse en indiquer la cause, de fièvre et de malaise que la diète et l'usage de la limonade, continues le 9, n'amendent point.

Le 10, Symptômes d'embarras gastrique très-prononcés; douleur et anxiété épigastrique; pouls fréquent; peau brûlante. 24 grains d'ipécacuanha en trois doses; limonade. Vomissemens bilieux abondans; quelques garde-robes bilieuses.

Le 11, la fièvre et les symptômes d'embarras gastriques ont cessé. Nous accordons des potages aux instances du malade.

Sa santé se rétablit promptement et il sort completement guéri le 19 juillet.

OBS. XIV. — Le nommé Dudoigt, doué d'une bonne constitution, contracta une affection catarrhale de poitrine à la suite d'un refroidissement. Cette maladie se dissipa, mais laissa après elle une affection gastrique fébrile, pour laquelle Dudoigt entra à l'hôpital le 7 mars 1836.

A la visite du lendemain nous lui trouvons le teint jaunâtre, l'haleine saburrale, la langue couverte d'un enduit épais. Il se plaint d'amertume à la bouche, d'anorexie, de nauséer. La soif est vive, l'épigastre un peu douloureux à la pression; la peau chaude; le pouls donne 96 battemens; le thorax est sonore et la respiration facile.

Nous donnons dans trois onces d'eau, à prendre en trois doses, 10 grains d'extrait d'ipécacuanha, préparé selon la méthode de déplacement par M. Dansse. Nous prescrivons une infusion pectorale et un julep bechique. La première dose seule est suivie de vomissemens, les deux autres ne produisent aucun effet. (Nous avons quelques jours après prescrit 12 grains de la même preparation à deux femmes. Elles ont eu des vomissemens aussi abondans qu'auraient pu en occasioner 24 grains de poudre d'ipécacuanha. L'extrait a sur la poudre l'avantage de donner une potion assez limpide et non désagréable à la vue ni au goût. Ces avantages pourraient lui faire donner la preference dans quelques cas.

Le 9 mars, les symptômes d'embarras gastrique subsistent. 24 grains d'ipécacuanha en trois doses; pectorale; diète. Vomissemens bilieux et muqueux; selles bilieuses.

Le 10, amélioration très-notable; point de douleur épigastrique; 54 pulsations. Bouillon.

Les jours suivans la convalescence se confirma; le pouls reprit son rhithme normal.

Le 12, le malade mangeait le quart et il sortit parfaitement guéri le 16.

Nous ne multiplierons pas davantage ces exemples de disparition de douleur épigastrique et de fièvre, sous l'influence de l'ipécacuanha, lorsque ces accidens compliquent l'embarras gastrique. Exposons maintenant les faits qui prouvent l'insuffisance des antiphlogistiques contre l'état bilieux.

TROISIÈME SÉRIE.

EMBARRAS GASTRIQUE; INSUFFISANCE DES ÉVACUATIONS SANGUINES; NÉCESSITÉ DES ÉVACUANS.

OBS. XV. — Watblée, charcutier, âgé de 22 ans, entre le 2 septembre à l'hôpital Beaujon, ressentant depuis quatre jours, à la suite d'un excès de boisson, un malaise général, avec anorexie, nausees, vomissemens bilieux. On l'a saigné chez lui sans qu'il ait été soulagé. Le soir de son entree il est pris d'une épistaxis assez abondante.

Le 3 septembre, la céphalalgie persiste; la bouche est pâteuse, amère; la langue couverte d'un enduit jaune; l'épigastre un peu douloureux; le pouls n'est ni fort, ni dur, mais il donne 104 battemens par minute; la peau est chaude. Vingt-quatre grains d'ipecacuanha; limonade; diète. Deux vomissemens bilieux.

Le 4, cessation de la cephalalgie, de l'anorexie et de la douleur epigastrique; diminution très-grande de la frequence du pouls. Limonade; Bouillon.

L'amélioration augmente les jours suivans et les fonctions digestives se rétablissent en peu de jours.

Obs. XVI. — Une femme de quarante ans, bien réglée, d'une forte constitution et d'un embonpoint prononcé, éprouve depuis un mois, à la suite de quelques écarts de régime, de l'inappétence, des nausées, des vomissemens bilieux, un sentiment de brûlure à l'épigastre, de la céphalalgie et de la fièvre Elle entre à l'hôpital Beaujon le 29 mars.

Le 30, la fièvre est intense, les symptômes bilieux prononcés. Saignée du bras; cataplasme sur l'épigastre; limonade; diète.

Le 31, même état; 15 sangsues à l'épigastre; limonade; diète.

Le 1er avril, diminution légère de la fréquence du pouls et de la douleur épigastrique, persistance de la céphalalgie, des nausees, des régurgitations bilienses, de l'inappétence et de la constipation. 24 grains d ipecacuanha; limonade; diète. Trois vomissemens bilieux abondans.

Le 2, diminution très-prononcée des symptômes bilieux; la constipation persiste; le pouls qui donnait la veille 96 battemens n'en donne plus que 80. Limonade; diète.

Le 4, apyrexie; persistance de la constipation. Deux onces d'huile de ricin; garde-robes bilienses.

La convalescence devient évidente les jours suivans; l'appétit et les fonctions digestives se rétablissent assez bien pour permettre à cette femme de sortir de l'hôpital le 17 avril.

Obs. XVII. — Une femme de 47 ans, entre le 29 juin à l'hôpital Beaujon, offrant depuis plusieurs jours, à la suite d'excès en alimens, tous les symptômes de l'embarras gastrique. Nous trouvons en outre le pouls très-fréquent, la région épigastrique douloureuse et le bord de la langue un peu rouge, bien que toute la surface de l'organe soit recouverte d'un enduit jaunâtre épais. 15 sangsues à l'épigastre: cataplasme; limonade; diète.

Le 1er juillet, le bord de la langue est un peu moins rouge et la fièvre moins vive; mais la céphalalgie, les nausées, l'anxiété épigastrique et les autres symptômes bilieux, persistent. 24 grains d'ipécacuanha en trois fois; limonade; diète. Quatre vomissemens bilieux.

Le 21, l'état gastrique s'est dissipé, mais il reste encore un peu de fréquence dans le pouls. Limonade; diète.

Le 4, plus de fièvre; desir de prendre des alimens; constipation Bouillon.

Le 5, état satisfaisant quoique la constipation persiste; demi-quart.

Le 6, même état; deux onces d'huile de ricin.

Le 8, guérison parfaite; sortie de l'hôpital.

Obs. XVIII. — Un jeune homme de 22 ans, d'une constitution peu forte, entre à l'hôpital Beaujon le 25 juillet, éprouvant depuis huit jours tous les symptômes de l'embarras gastrique, accompagné de douleur à l'epigastre et de fièvre. Déjà il s'est fait appliquer 35 sangsues en deux fois et il n'en éprouve aucun soulagement. L'état fébrile nous détermine le 26 juillet, à faire une nouvelle application de 15 sangsues et à continuer les cataplasme, la limonade et la diète.

Le 29, aucune amélioration; les symptômes d'embarras gastrique sont plutôt augmentés. 24 grains d'ipécacuanha en trois prises. Vomissemens bilieux peu abondans, mais qui sont suivis d'une amélioration rapide.

Le 30, la fièvre a cessé; l appetit se fait sentir; la langue s'est nétoyée; l'épigastre n'est plus douloureux. Limonade; bouillon

On accorde des potages les jours suivans.

Le 6 août, au milieu de la convalescence la mieux prononcée, nous voyons se développer sur la poitrine et le ventre une éruption de sudamina nombreux donc la dessiccation s'opère en trois jours.

Le 12, guérison parfaite et sortie.

Nous ne rapporterons pas un plus grand nombre de faits; nous en avons exposé quelques autres dans un *Compte rendu*, page 519 du tom. I de la deuxième série des *Archives de médecine*.

Serions-nous parvenus à guérir les malades de cette troisième série par l'ipécacuanha seul, comme ceux de la seconde? En d'autres termes, les évacuations sanguines qui ont commencé le traitement ont-elles été inutiles? Je ne le pense pas. Les faits démontrent bien que l'état gastrique n'a cédé chez ces malades de la troisième série qu'aux évacuans, mais ils démontrent aussi que chez eux des causes plus évidentes d'excitation avaient occasionné la maladie, et que celle-ci était accompagnée de symptômes fébriles et de douleur épigastrique peut-être un peu plus plus prononcées; ils font voir en outre que souvent ces deux symptômes ont au moins diminué d'intensité sous l'influence des évacuations sanguines. Il est donc rationnel d'admettre que le traitement mixte a été utile et que l'un et l'autre exclusivement employés auraient été insuffisans. Nous verrons en effet dans notre dernière série d'observations que dans certaines circonstances l'ipécacuanha employé seul, trop tôt, sans indication suffisante ou sans précaution, peut déterminer des accidens d'irritation gastrique plus ou moins graves et qui obligent de recourir à l'usage des antiphlogistiques.

QUATRIÈME SÉRIE.

EMBARRAS GASTRIQUES; EMPLOI DE L'IPÉCACUANHA SUIVI DE SYMPTÔMES D'IRRITATION GASTRIQUE; DES ÉVACUATIONS SANGUINES CALMENT LES ACCIDENS.

Obs. XIX. — Une femme de 44 ans, bien réglée et d'une forte constitution, se plaint, sans pouvoir en indiquer la cause, d'éprouver depuis huit jours du malaise et de l'inappétence. Elle entre à l'hôpital Beaujon le 3 août.

Le 4, céphalalgie sous-orbitaire; teint un peu safrané; haleine saburrale; langue chargée d'un enduit épais, jaunâtre et rouge sur les bords; epigastre douloureux; soif vive; fièvre peu intense. 24 grains d'ipécacuanha en trois prises; limonade; diète. Vomissemens bilieux; une garde-robe.

Le 5, amendement notable dans les symptômes bilieux, mais le pouls est plus fréquent; la peau plus chaude; les yeux et tout le visage sont injectés; la tête est pesante, la malade y éprouve des battemens incommodes. Saignee du bras; limonade; lavement; diète.

Le 6, tout l'appareil fébrile de la veille s'est dissipé; l'appétit revient. On continue la limonade et l'on accorde graduellement une quantité convenable d'alimens. La malade se rétablit en quelques jours.

Obs. XX. — Une femme de 26 ans, d'une forte constitution, atteinte depuis plusieurs jours, sans cause précise, de symptômes d'embarras gastrique, de constipation, de douleur épigastrique et de fièvre, entre le 8 juillet 1835 à l'hôpital Beaujon. Nous lui faisons pratiquer une saignée du bras et nous lui prescrivons immédiatement après 24 grains d'ipécacuanha. Vomissemens bilieux.

Le 9, enduit de la langue moins épais; haleine moins saburrale; soif nulle; mais persistance de la constipation et de la douleur épigastrique; peau chaude; 94 pulsations. Une once et demie d'huile de ricin; limonade. Un vomissement bilieux; six garde-robes liquides.

Le 10, augmentation de la douleur épigastrique qui s'est prolongée dans l'hypocondre gauche; fièvre; 15 sangsues et cataplasmes à l'épigastre; diète; limonade.

Le 11, amélioration marquée; une nouvelle application de sangsues et la continuation des émolliens dissipent promptement les accidens.

Il est évident que l'ipécacuanha a été donné trop tôt à ces deux malades, et que, si nous eussions employé les boissons émollientes et acidules pendant quelques jours, ou une évacuation sanguine avant de prescrire la poudre vomitive, les accidens d'irritation gastrique que nous avons observés ne se seraient pas développés. L'insuccès qui a suivi cette prescription précipitée ne sera pour personne, je pense, un motif de rejeter l'usage de l'ipécacuanha dans l'embarras gastrique; car, si l'on compte les faits, on verra que ceux d'insuccès sont en bien petit nombre en comparaison de ceux dans lesquels la médication a réussi d'une manière si évidente. Nous ajouterons d'ailleurs que nous exposons tous nos cas malheureux, et nous pourrions rapporter trois fois plus de faits favorables que nous n'en avons cités. Voici encore deux autres observations dans lesquelles l'usage de l'ipécacuanha n'a pas été complétement avantageux.

Obs. XXI — Poullot, domestique, âgée de 25 ans, se fatigue beaucoup et perd l'appétit dans le commencement du mois d'août. Sa bouche devient pâteuse, amère; le malaise augmente et elle entre à l'hôpital Beaujon le 29 août.

Le 30, céphalalgie sus-orbitaire; langue rouge sur les bords et couverte d'un enduit jaunâtre, epais; anxiété épigastrique prononcée; vomissemens bilieux; pas de fièvre. 24 grains d'ipécacuanha en trois prises; limonade; diète. Vomissemens bilieux et garde-robes de même nature.

Le 31, état satisfaisant des voies gastriques; limonade; un potage.

Le mieux continue les deux jours suivans.

Le 4 septembre, probablement la malade a fait quelque excès qu'elle n'avoue pas; sa langue est rouge et sèche; des rapports acides, incommodes, ont lieu; le pouls est fréquent. Un gros de magnésie calcinée en trois prises; infusion de mauve; bouillon.

Le 5, langue rouge, mais humide; plusieurs garde robes; point d'aigreur; apyrexie. Infusion de mauve; bouillon.

La santé se rétablit complétement les jours suivans.

Obs. XXII. — Une femme nommée Lefèvre, âgée de 54 ans, d'une forte constitution, éprouve sous l'influence de la saison chaude ou de fatigues tous les symptômes de l'embarras gastrique; elle entre, le 13 août, dix ou douze jours après l'invasion de la maladie, à l'hôpital Beaujon.

Le 14, ailes du nez jaunâtres; céphalalgie; haleine saburrale et tous les symptômes de l'embarras gastrique le plus prononcé; pouls un peu fréquent. 24 grains d'ipécacuanha en trois fois; limonade; diète. Vomissemens bilieux.

Le 15, la fièvre a cessé; les symptômes bilieux sont en grande partie dissipés. Limonade; diète.

Le 16, état très-satisfaisant; potages.

L'amélioration augmente assez les jours suivans pour permettre de légers alimens.

Le 19, langue rouge surtoute la surface, nausées, douleurs à l'épigastre, fièvre vive. 15 sangsues et caplasmes sur l'épigastre; tisane de mauve; diète.

Le 20, les symptômes de phlegmasie gastrique ont cédé. Cataplasme, mauve, diète.

On accorde une petite quantité d'alimens les jours suivans; et le 28 la femme Lefèvre sort de l'hôpital parfaitement guérie.

L'amélioration rapide qui suivit chez ces deux malades l'usage de l'ipécacuanha, montre que cette médication était indiquée. Elle eût été sans doute suffisante si ces deux femmes n'eussent fait l'une et l'autre des écarts de régime qui nous ont été dénoncés. C'est à ces écarts qu'il faut attribuer les accidens survenus quelques jours après l'administration de l'ipécacuanha. Ces accidens prouvent que la médication évacuante n'exempte pas des précautions hygiéniques qui doivent faire partie du traitement des maladies de l'appareil digestif. C'est principalement ce que démontre cette quatrième série de faits.

QUELQUES RÉFLEXIONS GÉNÉRALES.

Bien qu'évidemment utile le traitement évacuant, dont nous avons rapporté d'assez nombreux succès, est néanmoins généralement

abandonné des praticiens. Cet abandon ne peut-être attribué qu'à l'unité à laquelle on a voulu rapporter toutes les affections de l'estomac et au traitement unique que l'on a dû proposer contre elles. Nous sommes arrivés à une époque où une telle confusion ne saurait subsister. Si l'on demande encore qu'est-ce que l'embarras gastrique, l'état saburral ou bilieux, sinon une forme de la gastrite? nous répondrons que rien n'est plus distinct que ces deux états morbides. On voit souvent l'une et l'autre maladies se développer sous l'influence de causes opposées; et si comme dans la plupart des autres affections la cause restant ignorée, ne peut établir entre ces maladies des différences tranchées, les symptômes qui caractérisent chacune d'elles, et le traitement spécial que chacune d'elles réclame, suffisent pour ne pas les confondre. S'il existe entre ces maladies des symptômes communs, tels que des vomissemens bilieux et du trouble dans la digestion, on en trouve assez de différentiels pour ne pas prendre l'une pour l'autre. Dans la gastrite: face plus ou moins animée, langue rouge, chaleur ardente de la bouche, soif vive, éloignement pour les alimens dans la crainte qu'ils ne nuisent, douleur épigastrique habituellement vive, fièvre presque constante, etc. Dans l'embarras gastrique: teint jaune, surtout aux ailes du nez, langue grise ou jaunâtre, baleine saburrale, désir exclusif des boissons acides, anorexie absolue, anxiété épigastaique et rarement douleur à l'épigastre, fièvre nulle ou peu intense, etc. Lorsque ces deux affections ne sont pas très-forte, elles peuvent céder à un long usage des délayans et de la diète, mais lorsqu'elles sont très prononcées, l'une se dissipe aussi promptement par l'usage des sangsues et des émolliens, que l'autre par l'emploi de l'ipécacuanha et des acidules.

Que, si l'on veut établir entre elles des différences anatomiques, il est facile de le faire. La circulation capillaire de la membrane muqueuse de l'estomac a subi dans la gastrite aiguë des modifications qui se manifestent par l'aspect pointillé, arborescent ou en plaques de la rougeur inflammatoire de sa membrane muqueuse, la densité moindre de son tissu et souvent une diminution notable du fluide perspiratoire qu'on y rencontre. Dans l'embarras gastrique le système vasculaire ne semble pas altéré, mais les follicules muqueux sont plus développés, la sécrétion muqueuse beaucoup plus abondante et plus ou moins modifiée, ainsi que celle de la bile qui du duodénum reflue en abondance vers l'estomac. Rien de plus commun que de constater par l'autopsie cadavérique les lésions qui caractérisent la première de ces affections; ce n'est qu'accidentellement que l'on a pu observer celles qui appartiennent à la seconde. Nous n'avons point eu à les noter dans aucun des cas que nous avons observés. L'état gastrique ne paraît être autre chose qu'une altération sécrétoire des follicules muqueux de l'estomac et du duodénum, le plus souvent accompagné d'une augmentation de sécrétion de la bile. L'ipécacuanha ou l'émétique expulsent les produits altérés de ces sécrétions; modifient et ramènent à l'état normal les organes qui les avaient fournis.

Ces deux maladies ont entre elles, autant de différence qu'elles en présentent l'une et l'autre avec la gastralgie, affection sur laquelle M. Barras a appelé l'attention des médecins, il y a quelques années. Aussi l'expérience démontre-t-elle que le traitement de ces trois états morbides ne saurait être le même.

Pour ne nous occuper ici que de celui de l'embarras gastrique, quoi de plus évident que le succès obtenu par l'ipécacuanha chez les malades des diverses nuances qui composent la première série d'observations et chez ceux de la seconde série! Aurait-on de semblables succès en employant contre cette maladie les antiphlogistiques? Que l'on examine les observations de la troisième série, et l'on verra que les saignées et les sangsues ont été utilement employées, et que l'ipécacuanha seul a pu dissiper l'ensemble des symptômes bilieux ou d'embarras gastrique.

Les différens faits que nous venons d'exposer nous semblent suffisans pour conclure:

Que la maladie à laquelle on a donné le nom d'embarras gastrique, existe;

Que cette maladie est distincte de la gastrite, souvent par les causes et toujours par les symptômes qui la caractérisent et le traitement qui lui convient;

Que l'on obtient dans l'embarras gastrique des succès aussi rapides et aussi peu contestables de l'emploi des vomitifs, que ceux que les antiphlogistiques procurent dans la gastrite;

Que les vomitifs suffisent seuls quand il n'y a point d'irritation gastrique inflammatoire;

Qu'ils suffisent souvent seuls lorsqu'il existe des symptômes d'irritation gastrique peu intense, ou que l'on peut penser que la sécrétion morbide est elle-même la cause de cette irritation;

Que quand les deux affections coexistent, les deux traitemens peuvent être combinés avec avantage, mais qu'ils réclament alors toute l'attention du médecin;

Qu'enfin, donné à propos contre l'embarras gastrique et dans les conditions que nous avons indiquées, l'ipécacuanha ne détermine pas d'irritation gastrique, et que toute autre médication prolonge la maladie et démontre la nécessité de la médication évacuante.

Un reste de crainte de déterminer une inflammation d'estomac par l'usage des évacuans, nous a fait préférer l'ipécacuanha à l'émétique. L'observation 9, et d'autres que nous n'avons pas cru devoir publier de peur d'étendre inutilement ce mémoire, nous ont prouvé que l'émétique n'est pas plus nuisible que l'ipécacuanha lorsqu'on le prescrit comme vomitif dans les circonstances que nous avons indiquées. On évite en l'employant l'effet de constipation que l'ipécacuanha produit quelquefois, et que nous avons noté dans les observations 16, 17 et 20. D'un autre côté, l'ipécacuanha a sur l'émétique l'avantage d'être plus constamment vomitif, ce qui, dans ce cas, devrait lui faire donner la préférence. On peut les unir utilement.

Quelques médecins ont reconnu comme nous les avantages évacuans contre l'embarras gastrique. Cette médication est cependant repoussée par plusieurs praticiens, et négligée par beaucoup d'autres: les succès qu'on en obtient pour remplir certaines indications positives, nous ont engagés à publier les faits que nous venons de relater; ils ont trait à l'embarras gastrique ou à l'état bilieux idiopathique seulement. Nous publierons dans un autre mémoire ceux qui ont rapport aux érysipèles, aux angines et aux pleuro-pneumonies bilieuses, affections bilieuses symptômatiques rares il est vrai, mais qui présentent, sous le double rapport de la pathologie et de la thérapeutique, un intérêt d'autant plus grand qu'on les a négligés davantage dans ces derniers temps.

CHIRURGIE PRATIQUE.

OBSERVATIONS NOUVELLES SUR LA RÉUNION IMMÉDIATE AU MOYEN DES POINTS DE SUTURE; recueillies à la clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu Saint-Eloi de Montpellier; service de M. le professeur Serre; par M. Alquié, chirurgien-interne.

Nous venons tout récemment de publier un fait pour démontrer que les abcès viscéraux, à la suite des grandes opérations, ne sont pas toujours l'effet d'une métastase purulente, ni d'une phlébite externe, mais d'une lésion de ces viscères eux-mêmes; comme il s'agissait d'une amputation d'avant-bras, dans laquelle la réunion immédiate avec les points de suture a été employée, l'on pourrait peut-être se servir de ce cas pour arguer contre cette méthode de pansement généralement employée dans cette école.

C'est pour éviter toute fausse interprétation des faits, et surtout pour proclamer les immenses avantages de ce mode de réunion, que nous avons cru devoir revenir sur ce sujet.

La réunion immédiate au moyen des points de suture ne produit pas les accidens que quelques auteurs lui attribuent.

Après ce qu'a écrit et professé Delpech, ce qu'en a dit le professeur Serre dans son *Traité sur la réunion immédiate*, et ce que nous avons observé nous-mêmes à l'Hôtel-Dieu de Montpellier pendant plusieurs années, nous avions cru que la méthode adhésive était partout mise en usage, et que son utilité était désormais une question entièrement jugée. Mais quel fut notre étonnement quand nous apprîmes de la bouche même d'un professeur de l'école de Paris, que dans cette ville quelques personnes employaient encore opiniâtrement la réunion secondaire! Nous sentîmes alors que ce qui nous paraissait simple, et hors de toute contestation, n'était pas plus compris aujourd'hui qu'il y a vingt ans, et que les succès obtenus dans cette école n'étaient pas ordinaires, et méritaient d'être connus du public médical.

ALTÉRATION CANCÉREUSE DU SEIN GAUCHE EXISTANT DEPUIS SIX ANS; ABLATION; RÉUNION IMMÉDIATE AU MOYEN DE SIX POINTS DE SUTURE; GUÉRISON COMPLÈTE LE ONZIÈME JOUR.

OBS. I. — Cabrole, âgée de 30 ans, d'une constitution chétive, habitant Couroon-Terrat, village des environs de Montpellier, issue de parens qu'aucune maladie cancéreuse n'avait affectés, et n'ayant elle-même oullement éprouvé de pareilles altérations, ressentit, il y a six mois environ, des douleurs de plus en plus vives dans le sein gauche, qui devint le siége d'une induration toujours croissante. A la suite d'un coup qu'elle reçut sur le sein il y a un an, elle vit sa mala-

die s'accroître, sa santé s'affaiblir de jour en jour, et sa figure amaigrie prendre une teinte jaune terne.

C'est en cet état, alors que le sein cancéreux avait acquis le volume d'une orange, qu'elle se décida à l'opération, qui fut pratiquée dans le village même de Cournon-Terral.

Après avoir constaté la nature de la tumeur, sa mobilité, l'intégrité presque complète des tégumens, M. Serre mit la malade au régime pendant quelques jours, et disposa tout pour l'opération. Le mal fut circonscrit par deux incisions en forme d'ellipse, dont le grand diamètre, dirigé vers le creux axillaire, avait à peu près huit pouces d'étendue. Après ce temps de l'opération qui nécessita plusieurs ligatures, la base de la tumeur fut détachée en partie par énucléation, et fournit alors un jet considérable de sang veineux qui obligea à lier plusieurs vaisseaux.

Les bords de la plaie furent facilement rapprochés par six points de suture aidés de bandelettes agglutinatives, recouverts de charpie et maintenus par des circulaires de bande autour des épaules et du tronc. Le bras fut ensuite rapproché du thorax par un bandage de corps. On administra dans la journée une potion opiacée pour s'opposer aux accidens nerveux, premiers élémens de l'inflammation; et l'on eut le soin de faire tenir constamment la main d'une autre femme sur l'appareil, pour modérer les mouvemens spasmodiques des tissus intéressés et ceux qu'entraînait une toux que la malade avait cachée de peur d'un retard dans l'exécution d'une opération qu'elle désirait vivement.

Il ne se manifesta aucun symptôme inquiétant; la malade goûta même le sommeil la nuit suivante; la suppuration fut à peine sensible; et cinq jours après, M. Serre enleva les points de suture devenus inutiles par l'adhésion complète des lèvres de la solution de continuité. Dès ce moment la malade put prendre quelques légers alimens qu'on augmenta progressivement, et le onzième jour après une pareille opération, elle put quitter son lit et se promener dans sa maison.

Ce qui frappe au premier abord dans cet historique, c'est autant l'absence de tout accident que la promptitude de la guérison. Le onzième jour après avoir subi une opération pareille, la malade se leva du lit aussi bien-portante que jamais, et nullement amaigrie. N'est-ce pas là le beau de la chirurgie? La méthode d'opérer et de panser qui procure d'aussi brillans résultats, ne doit-elle pas être préférée à toute autre? Quelle différence avec la méthode de réunir secondairement ces sortes de plaies; et qu'il y a loin de ce traitement simple à celui qui consiste à laisser une plaie largement béante, fournissant une suppuration nécessairement longue et ruineuse, et qui demande au moins un mois et demi de traitement! Ceci s'applique surtout à notre malade; d'une constitution frêle, d'une santé chétive, et beaucoup débilitée par les souffrances inséparables du mal qu'elle portait, comment eût-elle suffi aux dépenses et à l'affaiblissement qu'eût entraînés la réunion secondaire?

Mais pour que la méthode adhésive réussisse de la sorte, il faut qu'elle soit pratiquée avec des conditions toutes indispensables, et qui, si l'une d'elles n'est point observée, font échouer ce mode de pansement. Au lieu de se porter l'un vers l'autre sans efforts, si les lambeaux ne sont mis en contact qu'après des tractions violentes et répétées, les points de suture occasioneront des tiraillemens continuels, des déchirures de la plaie, des érysipèles, accidens attribués à la réunion immédiate, tandis qu'ils sont l'effet de mauvaises applications de ce procédé.

L'opération dont nous parlons a fourni beaucoup de sang, à cause du nombre des vaisseaux développés par la maladie; de là les ligatures que l'on a été obligé de multiplier; sans doute c'est enfermer des corps étrangers dans la plaie; mais leur volume est si faible, et leur sortie par l'intervalle des points de suture si facile, que ce n'est pas là un véritable inconvénient. Il est bien plus grave l'inconvénient, si tous les vaisseaux un peu forts, et qui peuvent inquiéter, ne sont pas liés; cette négligence expose aux hémorrhagies secondaires qui obligent d'enlever les points de suture, et font échouer la réunion immédiate: ces accidens doivent-ils être attribués à cette dernière? Il est d'autres conditions encore à remplir pour obtenir les succès que nous signalons; mais rapportons de nouveaux faits.

Obs. II. — La nommée Viol, mariée, âgée de 59 ans, d'une constitution assez forte, reçut, il y a dix ans, quelques coups sur le sein droit, qui devint le siége d'une induration peu douloureuse et augmentant avec lenteur. Ce ne fut que le 22 juillet 1835 qu'elle se décida à venir se faire opérer à l'Hôtel-Dieu, où elle nous offrit l'état suivant.

La malade, d'une santé délabrée, d'une figure terne et maigre, est dans sa période menstruelle, et affectée d'un catarrhe bronchique avec toux sèche et fréquente; le sein droit, mobile et non adhérent aux parois thoraciques, a le volume d'une orange, et se dirige vers l'aisselle où l'on ne reconnait aucun ganglion engorgé; sa surface est brunâtre, inégale et fort peu sensible. L'existence des menstrues et de la toux fait retarder pendant deux semaines l'exécution de l'opération pratiquée enfin le 6 du mois d'août dernier.

L'opérateur cerne le mal, comme dans le cas précédent, par deux incisions semi-elliptiques, détache ensuite la base de la tumeur, tantôt par énucléation, tantôt par l'instrument, en ayant soin de lier les vaisseaux à mesure qu'il les divise. La disposition allongée de la plaie permet d'en rapprocher sans effort les lèvres, maintenues en contact par six points de suture, des bandelettes agglutinatives recouvertes de plumasseaux, d'un tas de charpie et d'un bandage compressif contournant les épaules et le tronc. Un bandage de corps retient le bras droit rapproché du thorax, et l'empêche de tirailler la plaie par ses déplacemens.

Quelques instans après on donne à l'opérée une potion avec vingt gouttes de laudanum, et deux heures plus tard on pratique une saignée du bras.

La nuit suivante se passe fort tranquillement; la malade dort même quelques heures; le lendemain elle n'a que très-peu de fièvre; les douleurs sont fort légères; l'appareil n'est sali ni par le sang ni par le pus. Les trois jours qui suivent n'offrent aucun accident ni du côté de la plaie, ni du côté de la santé générale de l'opérée, qui est très-satisfaisante,

Le lendemain, le premier appareil est enlevé; les plumasseaux sont à peine pénétrés de pus; les lèvres n'ont éprouvé aucun écartement; leurs environs ne sont ni engorgés ni douloureux; on renouvelle les bandelettes agglutinatives et le premier pansement, et l'on prescrit un peu de bouillon. Pendant les trois jours suivans la plaie présente les mêmes conditions; l'adhésion est de plus en plus avancée, le pus à peine appréciable. On coupe deux points de suture, on renouvelle le même pansement, et l'on augmente les alimens.

Cinq jours se passent encore dans une amélioration croissante; les points de suture sont tout-à-fait supprimés; les bandelettes seules maintiennent les bords de la plaie qui est pansée à l'ordinaire. M. Serre accorde quelques alimens solides Les jours suivans la malade se prend de gaîté; elle repose toutes les nuits, a très-bon appétit. On cautérise les petites ulcérations produites par les points de suture; les pansemens sont de plus en plus simplifiés. Enfin Rose Viol sort de l'hôpital parfaitement rétablie, trois semaines après l'opération.

Une remarque que l'on ne doit pas perdre de vue, parce qu'elle est capitale pour la réussite du mode de pansement que nous défendons, nous est indiquée par cette observation. La malade vint à l'Hôtel-Dieu en éprouvant une légère toux, quelques douleurs de poitrine et de ventre, et étant encore dans la période menstruelle: aussi M. le chirurgien en chef, s'informant avec soin de l'état de tous les organes, se garde bien de pratiquer l'opération, quoique réclamée instamment par la malade, avant de l'avoir préparée pendant quelques semaines. Une conduite opposée eût augmenté sans doute les douleurs qu'elle ressentait, et la toux eût surtout contrarié la réunion immédiate en tiraillant les bords de la plaie par les mouvemens du thorax qu'elle provoque; et tous ces accidens eussent été attribués à la méthode adhésive.

Non-seulement, pour réussir, il est nécessaire de bien préparer la malade à subir une épreuve pareille, mais il faut encore opérer d'après certaines règles dont il n'est pas permis de s'écarter, à moins d'une contre indication formelle: je veux parler de la forme à donner aux incisions. Il est en effet évident que plus une plaie se rapproche du cercle, plus ses bords sont éloignés et moins disposés à un rapprochement régulier et aisé; plus cette plaie prend la forme de l'ellipse, et plus elle tend à se fermer par la coaptation facile de ses bords. Combien de fois cependant n'a-t-on pas vu circonscrire un sein cancéreux par des incisions dont la forme était celle de la tumeur, le plus souvent presque circulaire!

Poussons plus loin notre examen toujours basé sur l'observation clinique.

CANCER AU SEIN DROIT DEPUIS UNE ANNÉE; ABLATION; RÉUNION IMMÉDIATE AU MOYEN DE SEPT POINTS DE SUTURE; ACCIDENS CHOLÉRIQUES; GUÉRISON EN UN MOIS.

Obs. III. — La nommée Paradant, mariée, âgée de 52 ans, d'un tempérament nerveux, d'une constitution peu robuste, entre à l'Hôtel-Dieu-Saint-Eloi le 18 août 1835. Elle avait joui d'une santé assez bonne jusqu'à son premier accouchement, qui lui laissa au sein droit un point dur, peu douloureux, mais qui s'ulcéra bientôt et fournit un liquide citrin dont l'âcreté irritait les tégumens environnans. Cette induration acquit rapidement, et sans cause appréciable, le volume d'une grosse poire dont elle présentait même la forme; l'ulcération première prit aussi une grande étendue. Toutefois les souffrances de la malade ont été très-légères, et n'ont jamais troublé son sommeil.

A son entrée à l'hôpital, elle nous a présenté une santé détériorée, une figure triste, maigre, et d'une couleur jaune terne. Le sein droit, piriforme et volumineux, offre une ulcération de plusieurs pouces de diamètre, très-profonde, et de laquelle s'écoule une tumeur jaunâtre et sanieuse. La tumeur, dure et inégale, est pourtant mobile et presque insensible; un seul ganglion axillaire est engorgé, mais ne paraît pas être affecté de dégénérescence cancéreuse.

Au moyen du régime et de quelques lavemens laxatifs, M. le professeur Serre prépare, pendant dix jours, la malade à l'opération, qu'il pratique le 29 du même mois. Quoique la tumeur cancéreuse eût près d'un pied dans son grand diamètre, on put, grâce à une incision ellipsoïde très-prolongée vers l'aisselle, et à la laxité des tégumens, rapprocher aisément les lèvres de la plaie au moyen de sept points de suture aidés par des bandelettes de diachylon, de la charpie et d'un bandage compressif. (Potion avec douze gouttes de laudanum.)

Le soir, la réaction a déjà commencé; on pratique une saignée de 4 onces, à la suite de laquelle il se manifeste des coliques et des vomissemens qui font craindre l'invasion du choléra régnant alors dans l'hôpital. Ces accidens se calment le lendemain par l'emploi de la potion de De Haën, des fomentations sédatives sur le ventre et des lavemens opiacés. (Même médication les deux jours suivans.)

Vingt-quatre heures après, toute l'inquiétude de l'opérée a cessé, elle demande même des alimens. (Bouillon; crême de riz; tisane pectorale.)

Le lendemain la nuit est fort tranquille, on enlève le premier appareil, et la plaie bien affrontée ne fournit que peu de pus vers la partie inférieure seulement; on change la charpie et le bandage. (Bouillon; limonade sucrée; tranches d'orange.)

Pendant les cinq jours qui suivent, tout se passe d'une manière satisfaisante: les pansemens répétés à chaque visite montrent la plaie bien réunie, fournissant

peu de suppuration ; mais cette dernière nuit, la malade ne repose pas ; sa figure paraît agitée ; le pouls est petit et fréquent ; la plaie donne un peu plus de pus. (Orge avec lait ; deux demi-bouillons ; riz.)

Cette légère indisposition cesse bientôt ; la cicatrisation marche rapidement. M. Serre enlève les points de suture trois jours après ; et dans la suite l'état de la malade s'améliore de plus en plus ; les alimens sont augmentés chaque jour. les pansemens n'offrent à noter que la cautérisation des légères ulcérations produites par les points de suture, et, le vingt-quatrième jour de l'operation, un petit abcès sous le tendon du grand pectoral, qui se cicatrise trois jours après avoir été ouvert.

On reconnait avec satisfaction que le ganglion axillaire qui avait donné de l'inquiétude, est devenu à peine sensible sous l'influence d'une compression exercée durant quelques jours. Dès ce moment la réunion de la plaie est achevée, et la malade se promène dans les salles de l'hôpital, complétement rétablie.

Malgré tous les avantages que présente la réunion immédiate, il est des cas où l'état de la peau circonvoisine du cancer ne permet pas d'avoir recours en entier à ce mode de pansement ; tel est le cas suivant :

SEIN GAUCHE CANCÉREUX DEPUIS UN AN ET DEMI ; ABLATION ; RÉUNION IMMÉDIATE PARTIELLE ; GUÉRISON EN UN MOIS ET DEMI.

Obs. IV. — Rose Escuret, mariée, âgée de 65 ans, d'un tempérament nerveux, née de parens sains, n'avait eu que de légères indispositions, quand. il y a un an et demi, elle tomba sur une porte dont la clé la frappa au sein gauche, qui devint dès-lors le siége d'une tuméfaction croissante, mais peu douloureuse.

Décidée à se soumettre à l'opération, elle entra à l'Hôtel-Dieu de Montpellier le 14 septembre 1835. Sa constitution robuste, et sa santé généralement bonne, sont loin de faire soupçonner l'altération qu'elle porte au sein, dont la forme et le volume sont ceux d'une tête de fœtus à terme. La surface, brunâtre et inégale, est ulcérée vers sa partie inférieure, par où s'écoule un pus sanieux. Du reste, la tumeur, de nature évidemment squirrheuse, est parfaitement mobile ; les ganglions axillaires sont intacts, mais l'embonpoint du sujet et l'altération étendue des tégumens, font craindre à M. le chirurgien en chef de ne pouvoir réunir complètement les bords de la plaie.

Après avoir examiné et préparé la malade durant quelques jours, M. Serre enlève la tumeur le 21 du même mois. Se conduisant dans cette circonstance comme dans les précédentes, l'opérateur entoure le mal d'une incision elliptique très-allongée, afin d'exécuter la réunion immediate dans une étendue aussi considérable que possible, et favoriser la réunion secondaire du reste de la solution de continuité. Cette opération fournit beaucoup de sang, et un grand nombre de vaisseaux sont liés. Les lèvres de cette énorme plaie ne peuvent en effet être rapprochées que dans les deux tiers supérieurs seulement, au moyen de cinq points de suture ; le tiers inférieur fut recouvert d'une compresse fenêtrée, enduite de cérat ; le tout fut maintenu par des bandelettes agglutinatives et par un bandage de corps ; le chirurgien en chef mit tous ses soins à réunir surtout le milieu de la plaie. (Julep avec 20 gouttes de laudanum.)

La nuit suivante, la malade repose pendant quatre heures ; le pouls est un peu fébrile ; la plaie ne lui cause aucune souffrance, mais elle éprouve de vives coliques qui se prolongent durant quatre jours consécutifs, et contre lesquelles on emploie des embrocations sédatives sur le ventre. Du reste, l'état général de l'opérée est satisfaisant, et le quatrième jour on enlève le premier appareil. Les lèvres de la plaie se trouvent bien en contact dans toute l'étendue des points de suture où le pus est à peine sensible, tandis que le tiers inférieur offre une surface rouge, douloureuse et recouverte d'un pus abondant. On renouvelle le même pansement. (Un peu de bouillon.)

Cinq jours se passent sans aucun accident à noter ; plusieurs ligatures sont entraînées par la suppuration ; on enlève les points de suture ; la partie supérieure de la plaie est réunie solidement ; le pus est abondant seulement dans le bas, et les nouveaux pansemens consistent à rapprocher les lèvres de la partie inférieure de la plaie par des bandelettes de diachylon. (Potion éthérée ; un peu de vin ; vermicelle ; gelée de coing.)

Les jours suivans, l'adhésion des parties déjà opérée ne se dément pas ; la partie inférieure de la plaie se rapproche et se cicatrise sous l'action des bandelettes et de la cautérisation avec le nitrate d'argent ; la suppuration diminue progressivement ; les pansemens sont de plus en plus simplifiés ; la malade prend des alimens chaque jour plus abondans, et sort de l'hôpital complétement guérie un mois et demi après l'opération.

On ne peut s'empêcher de remarquer, dans ce dernier cas, le volume énorme de la tumeur cancéreuse, et la déperdition considérable de substance qu'elle a nécessitée.

Quoique M. le chirurgien en chef se fût efforcé de donner à la plaie la forme d'une ellipse très-allongée, il n'a pu obtenir une réunion complète, ainsi qu'il nous en avait prévenus. La plaie, de 10 à 12 pouces dans son grand diamètre, sur 8 à 10 pouces pour son diamètre le plus étroit, offrait des bords dans un degré d'écartement qui se prêtait difficilement à un rapprochement immédiat et complet, qu'on eût pu obtenir peut-être, mais en les attirant forcément l'un vers l'autre. Une telle traction n'eût pu être continuée sans inconvéniens, même par des bandages, et moins encore par des points de suture qui eussent étranglé et déchiré promptement les tissus. Aussi M. le professeur Serre se contenta d'appliquer des points de suture seulement à la moitié supérieure de la plaie, et d'employer pour le reste la réunion secondaire.

Dans ce cas le professeur Serre s'est efforcé surtout de fermer la partie moyenne de la plaie, où les bords sont le plus distans ; c'est-à-dire qu'il a agi tout différemment que ne font la plupart des chirurgiens qui rapprochent les deux extrémités de la perte de substance, et laissent le centre béant, et soumis à la suppuration. Chez cette opérée, le pus était abondant au bas de la plaie, alors qu'il était très-faible en haut ; les bords se trouvaient réunis dans leur moitié supérieure et en quelques jours, tandis que leur moitié inférieure était recouverte de chairs suppurantes et douloureuses ; les souffrances de la malade se renouvelaient chaque jour, par la cautérisation des bourgeons charnus sur une surface d'un demi-pied d'étendue, alors que tout le reste ne causait aucune douleur. L'opération, il est vrai, a été suivie d'un résultat très-satisfaisant, grâce aux soins qu'a pris le chirurgien en chef, et à l'état favorable de l'opérée ; mais qu'il en eût été autrement, si au défaut de toutes ces précautions et de ces avantages, on eût ajouté la suppuration de la plaie ! En supposant qu'il eût régné quelque maladie contagieuse, telle que la pourriture d'hôpital, l'état béant de la moitié inférieure de la plaie, n'eût-il pas pu occasionner cette altération et faire perdre les avantages qu'on avait déjà obtenus dans la moitié supérieure ? Cette phlogose entretenue sur une surface aussi large et de cette nature, ne peut-elle pas avoir d'autres inconvéniens ? On regarde au moins l'inflammation comme l'aiguillon puissant du développement du cancer ; ne doit-on pas craindre la reproduction de ce dernier sur une surface que l'on livre à une inflammation de longue durée ? Ne doit-on pas craindre aussi que la phlogose ne s'étende à la plèvre et au poumon, surtout chez les sujets disposés à ces sortes de lésions, comme chez la malade dont il va être question ?

CANCER AU SEIN DEPUIS TROIS ANS ; ABLATION ; RÉUNION IMMÉDIATE PAR SIX POINTS DE SUTURE ; GUÉRISON EN QUINZE JOURS.

Obs. V. — Une femme âgée de 52 ans, d'un tempérament nerveux, d'une constitution délicate et sujette à des irritations pectorales fréquentes, habitant le Poujet, se présenta à M. Serre avec une tumeur arrondie, peu volumineuse ; presque insensible, et qui s'était montrée au sein droit sans cause appréciable. La malade ne voulut pas alors se soumettre à l'opération, que le chirurgien jugea nécessaire, et qui fut cependant exécutée six mois après, par suite du développement considérable de la tumeur, de l'ulcération sanieuse dont elle était le siége, et des douleurs lancinantes qui troublaient souvent le sommeil.

S'étant transporté au village de la malade, où tout était disposé comme pour les opérations précédentes, M. Serre trace avec de l'encre, autour de la tumeur, une ellipse dont il dirige l'axe principal vers l'aisselle. Suivant avec le bistouri ce plan opératoire, le chirurgien lie les vaisseaux à mesure qu'il les intéresse, met ainsi à sec la large plaie produite par l'ablation du sein cancéreux, et en rapproche les bords au moyen de six points de suture. Il est à remarquer que M. le chirurgien en chef décrit presque toujours avec de l'encre les incisions étendues que nécessitent de pareilles opérations ; ce guide préalable nous parait singulièrement favorable à la disposition régulière des lèvres de la plaie et à leur réunion prompte et linéaire.

Après avoir fait le pansement comme dans les cas déjà rapportés, et avoir fixé le bras au tronc par un bandage de corps, M. Serre donne à la malade une position convenable au contact constant des bords de la plaie, prescrit une potion opiacée et la diète absolue. Le jour suivant, l'opérée éprouve entre les épaules quelques douleurs qui cessent bientôt. Le premier appareil est enlevé le quatrième jour, et les lèvres de la plaie s'offrent dans un rapprochement complet.

Le même pansement est renouvelé à cinq reprises ; rien de notable ne se passe dans la suite, si ce n'est de la diarrhée et quelques coliques calmées sous peu de jours par une potion narcotique. Enfin la malade se trouve parfaitement guérie quinze jours après l'opération.

Voilà donc cinq cas d'ablation de cancer au sein, dont nous avons été témoin, en moins de six mois, et qui tous ont été suivis de guérison en très-peu de temps et sans le moindre accident. Disons donc que la réunion immédiate à l'aide des points de suture, est loin d'avoir les inconvéniens qu'on lui reproche ; au contraire elle promet les plus heureux résultats à tout praticien éclairé qui l'emploiera sans préventions, et surtout avec les conditions et les soins qu'elle exige, et sans lesquels elle doit nécessairement échouer. C'est ce dont nous avons pu nous convaincre à l'Hôtel-Dieu de Montpellier, dans les nombreuses opérations que M. le professeur Serre a pratiquées avec le plus brillant succès, depuis qu'il est chargé du service chirurgical.

TRAVAUX ACADEMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 11 AVRIL 1836.

EFFETS DU DÉBOISEMENT SUR L'ABONDANCE DES SOURCES.

M. Rivière adresse une lettre ayant pour objet de faire voir que la diminution des sources, dont on se plaint dans plusieurs contrées, est presque toujours venue à la suite de défrichemens exécutés sur une grande échelle, défrichemens dont le premier effet est de permettre l'écoulement rapide vers la mer des eaux de pluie qui auparavant étaient absorbées en grande partie par le sol.

« Avant l'établissement de Napoléon-Vendée, dit M. Rivière, le Bocage était couvert de bois ; aussi l'eau nuisait-elle fortement à la culture et aux communications. Depuis 1808, le Bocage a marché vers la civilisation, vers l'industrie, et de nombreux défrichemens ont suivi le progrès. Maintenant des terres, jadis cou

vertes de bois et remplies d'ean, offrent des champs de blé que la sécheresse menace assez sonvent ; et dans la ville, l'eau des fontaines et des pnits devient quelquefois très-rare.

» Avant 1821, la Provence, et principalement le département du Var, était remplie de ruisseaux, de fontaines et de sources. En 1821, les oliviers qui formaient des espèces de forêts par leur multiplicité, furent gelés; co 1822, on commença à couper jusqu'à la racine tous ces arbres, et bientôt après les ruisseaux diminnèrent, les sources tarirent, et le pays fut désolé par nne borrible sécheresse.

» La Durance, depnis qu'on a défriché le sommet de la vallée dans laquelle elle coule, est devenne nn torrent qui tantôt ronle des blocs énormes, dévaste tout ce qui se tronve sur son passage et s'ouvre nn lit nouveau, tantôt est complètement desséché.

» Dans différens lienx de la France et de l'Italie, ajonte M. Rivière, j'ai en occasion d'observer des phénomènes analogues, et d'après ce que m'a dit M Dussaussoy, colonel d'ariillerie, il parait que la même chose s'est présentée en Pologne et en Russie.

CHAUX HYDRAULIQUES.

M. Vicat écrit pour annoncer que contrairement à ce qui semblait résulter, tant de ses propres expériences que de celles qu'avait faites M. Berthier, il faut reconnaitre aujourd'hui que la magnésie tonte seule peut, lorsqu'elle intervient en proportions suffisantes, rendre bydrauliques des chanx parfaitement pures. Sans rien préjuger encore sur le degré d'énergie de ces nouvelles chaux, je me contenterai, dit l'auteur, d'affirmer qu'elles font prise sons l'eau du sixième au buitième jour, et continnent à durcir enmme les autres chaux hydrauliques. Il faut que la proportion de magnésie, prise e pesée après calcination, soit de 30 à 40 pour 40 de chaux pure et également anhydre. Les calcaires naturels, essayés par Berthier, ne tenaient que de 20 à 26 de magnesie pour 78 à 80 de chaux, et c'est probablement de ce défant de proportions que proviennent les résultats négatifs obtenus.

Cette observation, poursuit M. Vicat, n'est pas sans importance, car, s'il est sans exemple qu'on ait trouvé des pierres à chaux hydranlique dans les formations calcaires inférieures an lias, c'est parce qu'on n'a pas même été tenté d'essayer les dolomies des étages inférieurs ; il devient vraisemblable maintenant qu'on pourrait le faire avec qnelque chance de succès.

MOYENS POUR PRÉSERVER D'OXIDATION LES MÉTAUX.

M. Born, capitaine d'artillerie, adresse nne réclamation relative à nne question de priorité snr nn moyen proposé par M. E. Davy, et qui l'avait été auparavant par lui pour préserver le fer de l oxidation au moyco du zinc Ce n'est, au reste, qu'une application du principe qui a conduit sir Humphrey Davy à appliquer des bandes de fer sur le doublage en cuivre des vaisseaux, afin d'empêcher la corrosion du cuivre par l'eau de la mer.

D'après les expéricoces de M. E. Davy, les chaines-câbles de la marine et autres ferrures plongées, soit dans l'ean salee, soit dans l'eau douce, seraient garantis contre la rouille par le simple enntact avec de petits lingots de zinc; mais ce moyen n'aurait pas réussi daus l'atmosphère, l'électricite des deux métaux paraissant avoir besoin, pour se developper d'une manière efficace, d'un fluide plus conducteur que l'air.

M. Born, pour pronver qu'il s'est occupé le premier de la question, adresse un opuscule antérieur à la publication des expériences de M. E. Davy, et qui a pour titre : *Réflexions sur l'oxidation des projectiles de l'artillerie.* Quelques faits, contenus dans ce mémoire, montrent combien il est nrgent de trouver des moyens pour prévenir l'oxidation. M. Born estime que, par l'effet de la rouille, une pile de boulets est bors de service après vingt ans d'exposition en plein air. On ne peut plus vendre ces boulets que pour fonte, dont la valeur ne représente guère que le tiers de celle qu'a coûtée le bonlet Les essais qu'on avait faits pour les préserver de l'oxidation, au moyco d'une couche de peintore à l'buile, n'ont pas réussi, le frottement détruisant bientôt l'enduit en divers points.

— M. Dumas fait remarquer, à rette occasion, qu'il serait convenable d'essayer d'enduire les projectiles d'un vernis au caoutchouc, préparation peu coûteuse aujourd'bui, et qu'on peut se procnrer en aussi grande abondance qu'il serait nécessaire.

VACCINE.

M. Fiard écrit à l'Académie pour expliquer la eause du non succès des tentatives qu'il avait faites pour renouveler, an moyen dn cow-pox, le virus-vaccin dégénéré par les transmissions successives sur l'homme pendant trente-six ans.

Le cow-pox ou, comme on l'appelle aux environs de Paris, la picotte, s'y montre frequemment, et il y en a eu tout récemment une épidemie, non-seulement à Passy où a ete observé le cas le premier signalé, mais dans plusieurs autres cantous et notamment à La Chapelle-Saint-Denis. Ce qui fait qu'on a été si longtemps à le reconnaitre, c'est qu'on n'avait pas remarqué qu'elle a deux périodes bien tranchées, dont la première, très-courte, et la seule qui puisse par sa transmision à l'homme produire un vrai vaccin, se manifeste par une ou deux grosses pustules placées sur les pis. A ces pustules succède une eruption nombreuse de boutons plus petits, plus semblables au vaccin ordinaire, mais privés de virulence.

Les pustules primitives sont le plus souvent lacérées dans l'action de traire, avant que l'expérimentateur ait pu être averti S'il veut attendre le développement de pustules nouvelles afin de les avoir bien entières, il tombe sur l'éruption secondaire qui ne peut donner aucun bon resultat.

La picotte, dit M. Fiard. survicot aux vaches dans toutes les saisons. Celles qui ont récemment mis bas y sont d'ailleurs plus sujettes; mais une autre circonstance qui favorise encore plus le développement de cette maladie, c'est l'habitude qu'on a de laisser plusieurs jours de suite sans les traire, les vaches qu'on veut vendre, afin de lenr distendre les mamelles et de leur donner l'apparence de produire plus de lait.

La picote rend la vache qni en est atteinte irritable et difficile à traire; dans la première période la seeretion dn lait diminne.

La maladie se communique aisément d'une vache à l'antre; les femmes qui n'ont pas été vaccinées on qui n'ont pas eu la petite vérole s'inoculent cette picote aux gerçures des mains, on à d'antres parties dn corps, si en se grattant elles excorient ces parties.

M. Fiard annonce qe'il s'est mis en mesure auprès de plusieurs nourrisseurs pour être averti à la première apparition d'nne éruption primitive, et comme il se propose de faire à ce sujet des expériences qu'il desire soumettre à l'Académie des sciences, il demande qu'on nomme d'avance des commissaires afin qu'il puisse les rendre témoins des faits.

MM. Magendie, Double, Breschet et Huzard, sont désignés à cet effet.

— M. Mayor, de Lausanne, annonce qu'il retire un mémoire sur le cathétérisme qu'il avait adressé pour le concours Monthyon. Il y substituera une deuxième édition du même ouvrage, dans laquelle il réfute diverses objections plus ou moins spécieuses qui ont été présentées à l'occasion de la première publication de son travail.

— M. Larroque, pour se conformer à nne décision de l'Académie exigeant que les auteurs des mémoires adressés pour le concours de médecine et de chirurgie désignent ce qu'il y a de neuf dans leur travail, annonce que dans le sien il s'est proposé d'établir : 1° que l'inflammation des glandes de Peyer et des follicules de Brunner n'est pas *la cause* de la fièvre typhoïde ; 2° que cette inflammation est l'*effet* de l'action que les liquides répandus dans l'intestin exercent sur la muqueuse. Ces assertions, l'auteur pense les avoir pronvees et par l'anatomie pathologique et par la thérapeutique.

ATROPHIE D'UN DES JUMEAUX DANS DES CONCEPTIONS DOUBLES.

M. Geoffroy Saint-Hilaire dépose nne note relative à ce sujet, qui se rattache dans ses idées au fait qu'il considère dans le mémoire dont la première partie a été lue dans nne des précédentes séances.

Dans un voyage que l'auteur fit, il y a quelques années, à Marseille, il reçut d'un jeune médecin, autrefois son élève, un fœtus humain de quatre mois, desséche, comprime, et qui lui parut devoir cette apparence à la compression qu'il aurait éprouvée, dans les cinq derniers mois de la gestation, par son jumeau, dont le développement aurait été normal. Cette manière d'envisager les choses le conduisit à penser que si, dans l'espèce humaine, les enuches doubles n'étaient pas plus fréquentes, cela tenait à ce que dans la plupart des cas, le jumeau le plus faible était, à une époque peu avancée, étouffé par l'autre et réduit à occuper un si petit volume que le plus souvent il passait sans être aperçu avec le délivre.

Arrivé à Paris, dit M. Geoffroy, je me disposais à faire des recherches pour suivre cette idée, qui, de ma part, n'était encore guère qu'un *à priori*, lorsqu'ayant eu occasion de montrer le fœtus à M. le docteur Defermon, j'appris qu'il avait nne pièce semblable dont il devait faire le sujet d'une communication à la société médicale d'Emulation ; je ne voulus pas le devancer, et je lui cédai même l'embryon que j'avais apporté.

Cependant, j'avais déjà vu la sage-femme en chef de l'hospice de la Maternité, madame Legrand, et je l'avais priée de donner nne attention particulière aux placentas, en lui annonçant ce qu'elle y devait trouver : elle eut la complaisance de me le promettre, mais depuis il n'en fut plus question entre nous : de ma part, parce que je voulais laisser à M. Defermon le soin de publier ces faits ; de la sienne, parce que, deux mois après ma recommandation, lorsqu'elle rencontra le premier fœtus dans les conditions que j'avais decrites, elle était persuadée que ce que je lui avais dit était le resultat d'observations suivies. Ce n'est donc que tout récemment, et à l'occasion du fœtus de Syra, que j'ai eu occasion d'aller demander à madame Legrand quel avait eté le résultat de ses recherches; alors j'ai appris qu'elle avait rencontré, non pas un seul, mais six de ces cas, et elle a bien voulu me confier une préparation qui avait été deposée au cabinet de l'école d'accouchement; je la mets sous les yeux de l'Academie. J'ai fait mouler en plâtre cette pièce sous trois aspects différens, et j'ai fait mouler de la même manière celle envoyée de Syra, me proposant de la disséquer, afin de prouver que c'est bien un fœtus humain, et non pas, comme l'ont cru quelques personnes qui se sont contentées d'un examen très-superficiel, un fœtus de chat. Je saisis cette occasion pour rectifier une assertion peu exacte contenue dans mon précédent mémoire. Les extrémités abdominales ne manquent pas. elles étaient seulement masquées par le cordon ombilical, qui s'était enroulé autour d'elles.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 5 avril. — Présidence de M. Louyer-Willermay,

La correspondance comprend : 1° une lettre de M. J. Guérin sur *l'élévation et l'abaissement du bassin dans les luxations du fémur*, et sur quelques claudications non décrites par les auteurs ; adressée à l'Académie des sciences et à l'Académie de médecine; (Nous l'avons donné dans le numéro précédent).

2° Des observations de M. Collin sur la reduction des luxations coxo-fémorales par son procédé Commissaires : MM. Reveille-Parise et Renault.

3° Une lettre de M. Rivet, inventeur de l'indostane, avec une lettre du ministre qui demande un nouveau rapport M. Bivet prétend que son premier echantillon qui fut reconnu être composé de fecule d'orge, de pommes de terre, etc., était impur, et il adresse des échantillons dans toutes leur pureté. Après une courte discussion, on nomme commissaires MM. Gueneau de Mussy, Delens, Merat, Lodibert et Boullay;

4° Une lettre de M. Tanchou qui déclare renoncer à sa candidature pour la section de pathologie chirurgicale; et annonce que n'étant point un homme spécial, il croit pouvoir se présenter à toutes les places qui pourront devenir vacantes dans l'Académie.

5° Une lettre du préfet de la Corse, annonçant qu'il vient de nommer cinquante-cinq médecins cantonnaux pour vacciner gratuitement les idigens ; et comme aucun dépôt de vaccin n'a pu encore être formé en Corse, il demande du vaccin et des instructions à l'Académie.

6° Une lettre de M. Lemazurier, membre correspondant à Versailles, contenant

quelques détails sur une épidémie de variole dont Versailles a été affligé cet hiver Plusieurs individus portant des traces d'une bonne vaccine, ont été atteints; l'u. a failli succomber, il a toutefois heureusement échappé. Des revaccinations nombreuses ont été tentées en conséquence; sur dix personnes au-dessus de vingt ans trois ont été revaccinées avec succès, entre autres M. le curé de la paroisse St-Louis de Versailles; la marche de la vaccine a été régulière; et du vaccin pris sur le bras d'un de ces sujets a communiqué la vraie vaccine à un autre sujet.

La proportion des succès n'a pas été partout égale. Sur 165 élèves revaccinés au collége royal, on a constaté 12 à 15 cas de vaccine vraie, autant de cas douteux; un très-grand nombre de fausses vaccines et très peu de cas négatifs.

Après la lecture de la correspondance, M. Bousquet annonce la découverte du cowpox dont nous avons parlé; il regrette, dit-il, que les journaux s'en soient emparés, il aurait désiré attendre plus tard pour les communiquer d'abord à l'Académie.

MÉMOIRE SUR UN NOUVEAU PROCÉDÉ DE LIGATURE DE L'ARTÈRE POPLITÉE, par M. MARCHAL. — RAPPORT par M. GIMELLE.

Nous avons donné, lors de sa présentation à l'Académie, l'analyse du mémoire de M. Marchal (voyez le numéro du 29 juillet 1835), sur un procédé nouveau de ligature de l'artère poplitée, qu'il jugeait plus avantageux que ceux indiqués jusqu'à présent. M. le rapporteur examinant d'abord la question générale, rappelle que la ligature de la poplitée a été abandonnée par les chirurgiens dans tous les cas d'anévrisme, soit de la poplitée même, soit des artères jambières. A part les altérations qu'aura subies le plus souvent le vaisseau, les motifs de cet abandon sont: le nombre considérable de branches fournies par la poplitée, la proximité d'une grande articulation, le danger que les mouvemens ne déterminent trop promptement la rupture des parois artérielles avant que le caillot ne soit assez solide, la crainte que l'articulation elle-même devienne le siége d'accidens graves déterminés par la proximité d'une plaie considérable; et dans les lésions traumatiques mêmes, à moins qu'on ne puisse mettre la plaie du vaisseau à nu, afin de lier les deux bouts, la ligature de la crurale est encore préférée et a été pratiquée avec succès par plusieurs chirurgiens.

Quant au procédé en lui-même, il offre des difficultés plus grandes et une plus grande épaisseur de parties à traverser que le procédé ordinaire qui, pour la fin de la poplitée, incise entre les jumeaux et divise au besoin leur réunion dans une petite étendue et sur la ligne médiane.

La commission propose d'adresser des remercîmens à l'auteur et de déposer son manuscrit dans les archives.

M. VELPEAU pense avec la commission que la ligature de la poplitée ne vaut pas en général la ligature de l'artère crurale; toutefois, dans les cas d'anévrismes des artères de la jambe, la ligature de la poplitée pourrait être faite avec avantage, si l'on possédait un procédé meilleur que ceux qui ont été décrits jusqu'à présent. Or, celui de M. Marchal est plus facile et moins dangereux que les procédés ordinaires; il mène à l'artère par un chemin plus court, il n'oblige pas à traverser un tissu graisseux abondant, des ganglions lymphatiques souvent engorgés; en supposant donc qu'on se résolve à lier l'artère poplitée, c'est ce procédé qu'il faudra préférer.

M. GIMELLE. Nous avons d'abord révoqué en doute l'utilité de cette ligature, et pour le procédé, je l'ai essayé sur le cadavre et je n'y ai pas trouvé la facilité dont parle M. Velpeau. Il faut aller chercher l'artère à 15 ou 18 lignes de profondeur.

Le rapport et les conclusions sont adoptés.

— M. HONORÉ fait un rapport verbal sur un mémoire de M. Fourcault, membre correspondant, ayant pour titre: *Principes que l'on doit suivre dans l'emploi de la saignée générale dans les maladies aigües; méthode des anciens; nécessité de nommer une commission permanente pour constater l'efficacité ou les inconvéniens des méthodes thérapeutiques.* L'auteur n'expose que des généralités, et ne précise aucune indication.

Une courte discussion suit ce rapport. M. Bouillaud insiste sur la nomination d'une commission d'enquête, mais l'Académie consultée passe à l'ordre du jour.

OBSERVATIONS DE LUXATIONS DE L'EXTRÉMITÉ INFÉRIEURE DU CUBITUS, par M. VALLETEAU, chirurgien-major au 63e de ligne. — RAPPORT par M. ESPIAUD.

OBS. I. — 17 avril 1830. Le nommé Wanderville (Pierre), enfant de troupe, âgé de 12 à 13 ans, voyageant sur les voitures des bagages du régiment, voulut en descendre à la pente d'une montagne, pendant que la voiture était en mouvement. Il se laissa tomber; l'avant-bras gauche fut pris entre les rais, près le moyeu; les roues firent un ou deux tours; la rapidité de leur mouvement et le poids du corps occasionèrent un tiraillement des articulations et la luxation du cubitus avec déchirement des ligamens. La petite tête du cubitus sortit de 28 lignes par la plaie, croisant la direction du radius à la face palmaire.

Je fis plusieurs efforts pour le faire rentrer et réduire la luxation; n'ayant pu vaincre la résistance, j'agrandis l'ouverture de deux pouces, et je procédai à la réduction ainsi qu'il suit:

Un aide ayant fixé la partie inférieure du bras du petit malade, je saisis avec les deux mains l'extrémité inférieure de l'avant-bras, de manière que l'une en embrassait le côté interne, et l'autre le côté externe; et que, par-devant, les pouces répondaient à l'intervalle des deux os, le pouce gauche sur la tête du cubitus pour faire effort afin de le faire rentrer dans sa position normale; les autres doigts répondaient en arrière. J'écartai légèrement avec les deux pouces les deux os l'un de l'autre; je fis un effort pour mettre l'avant-bras en supination; la réduction s'opéra après quelques difficultés. Je confiai à un aide l'extrémité inférieure; je réunis par première intention avec le sparadrap; je plaçai des compresses graduées sur la tête du cubitus, face palmaire; et sur la tête du radius, face dorsale, trois compresses longuettes; le tout fut soutenu par un bandage roulé imbibé d'un mélange de blancs d'œufs, d'eau-de-vie camphrée et d'eau blanche. Le membre fut placé sur une longue palette, avec une attelle cubitale. J'observai de tenir la main et l'avant-bras en pronation, ayant à craindre l'ankylose, attendu que je crois qu'une main ankylosée dans la pronation est plus utile que lorsqu'elle l'est dans la supination. Le malade fut saigné et envoyé à l'hôpital.

Le septième jour, je fus fort surpris d'être appelé pour mon malade dont les attelles étaient dérangées. L'officier commandant m'ayant prié de l'emmener avec nous jusqu'à notre destination, comme il n'existait aucun accident, même pas de fièvre, je plaçai seulement les attelles; il fut emmené sur les voitures pendant dix-sept jours jusqu'à Douai; nul accident ne s'est développé.

Le bandage fut levé le quarante-deuxième jour; la plaie était cicatrisée; l'articulation était comme soudée et ne présentait aucune difformité; le malade ne pouvait exécuter aucun mouvement du poignet; la flexion et l'extension des doigts ne pouvaient se faire qu'incomplètement et avec douleur. Les bains émolliens et le temps ont dissipé en huit mois cette raideur, au point que cet enfant se sert de sa main comme par le passé.

OBS. II. — Landrecies, le 7 mars 1832. — Le nommé Monnin (Pierre), canonnier conducteur à la 2e batterie du 1er régiment d'artillerie, étant ivre, fit une chute de cheval; une des roues de l'avant-train lui passa sur l'avant-bras droit; il en résulta une luxation de la tête du cubitus avec une forte contusion. Ayant prié M. Sainctelette, chirurgien aide-major du 39e régiment de ligne de m'aider de ses lumières, nous fîmes la réduction après plusieurs efforts, en employant le précepte de l'observation précédente.

Des compresses graduées furent placées sur la tête du cubitus (face palmaire); et sur la tête du radius (face dorsale), trois compresses longuettes, soutenues par un bandage roulé, imbibé d'un mélange de blancs d'œufs, d'eau-de-vie camphrée et d'eau blanche. Le membre fut placé sur une palette et une attelle cubitale; la main et le poignet furent fixés dans la pronation. Le malade fut guéri le 39e jour sans aucune difformité; il ne pouvait exécuter aucun mouvement avec le poignet, et la flexion et l'extension des doigts ne pouvaient se faire qu'incomplètement et avec douleur.

Huit à neuf mois après, ce militaire se servait de sa main et n'éprouvait que de temps en temps des douleurs passagères.

OBS. III. — Le 27 octobre 1833. Le jeune Robert (François), âgé de 10 à 11 ans, jouant avec ses camarades, se laissa tomber d'un premier étage (environ douze pieds de hauteur). Il se fit une légère écorchure au front et une forte contusion au poignet gauche. Appelé 15 jours après l'accident, malgré le gonflement considérable, je reconnus la luxation du cubitus à une tumeur osseuse de la grosseur d'une aveline sur le dos du poignet; la tête du cubitus croisait la direction de la face dorsale de l'extrémité inférieure du radius. Plusieurs de nos collègues crurent reconnaître une fracture de la tête de cet os avec déplacement.

Je ne m'occupai que de l'inflammation; toute tentative de réduction fut ajournée; vingt sangsues, cataplasme émollient avec têtes de pavots, le soir une saignée de six onces, le matin 12 sangsues; cat. émoll. avec têtes de pavots. Le 5e jours le gonflement et la douleur étaient presque disparus. Je procédai à la réduction comme dans les observations précédentes; de petites compresses graduées furent placées sur les têtes des os, etc.

Le 24e jour, le bandage fut levé et le petit malade guéri sans difformité aucune, ne pouvant toutefois exécuter aucuns mouvemens du poignet, et faiblement avec la main. Aujourd'hui cet enfant retrouve dans sa main et son poignet toute la vigueur qui l'animait avant cet accident.

Ces observations, dit M. le rapporteur, d'un genre de luxation assez rare, et dont le diagnostic offre parfois des difficultés, présenteraient plus d'intérêt, si l'auteur ne les avait pas rédigées d'une manière trop concise. Les mouvemens du poignet, d'abord impossibles, se sont pleinement rétablis avec le temps; cela étonne d'autant moins que l'un de nous a eu l'occasion de voir un cas de luxation de ce genre *non-réduite* permettre à la longue tous les mouvemens de la main sur l'avant-bras, sauf la pronation complète, la luxation du cubitus était en avant.

La commission propose d'adresser des remercîmens à l'auteur et de déposer honorablement ses observations dans les archives.

Adopté sans discussion.

M. Espiaud donne ensuite communication d'un rapport verbal sur quatre brochures écrites en italien par le docteur Macéroni, de Rome. En voici la substance.

1° DES MOYENS DE REMÉDIER A LA MORTALITÉ DES ENFANS DÉPOSÉS DANS L'HOSPICE DES ORPHELINS DE ROME.

Dans ce mémoire lu à l'Académie des Lynx, le 13 septembre 1821, le docteur Maceroni déplore la mortalité excessive des enfans trouvés, et quoiqu'il la rattache à un système général de la nature qui ne semble pas permettre que la plus grande partie des êtres créés arrive à maturité, il reconnaît que la mauvaise disposition de l'établissement où on les reçoit à Rome, et les vices nombreux de son administration contribuent à augmenter cette mortalité qui, dit-il, a toujours été de 70 sur cent par mois. Il jette un coup d'œil sur les causes de cette mortalité et signale surtout l'étroitesse du local où l'on renferme les enfans et leurs nourices.

Une salle peu spacieuse de 85 palmes romaines de long sur 35 environ de large (la palme est de 242 millimètres), contient 68 enfans et 19 nourices. Vingt et quelques crèches ou berceaux dans lesquels sont amoncelés les enfans sains et malades, jusqu'au nombre de six dans chaque; nulle propreté, nul ordre, des cris déchirans, des exhalaisons malsaines: voilà le spectacle qu'offrait cette salle lors de la première visite du docteur Maceroni. Il se hâta de proposer d'agrandir et d'améliorer le local, de veiller à la propreté et au choix des nourrices, de séparer les enfans atteints de maladies contagieuses de ceux qui étaient sains, de faire élever la plus grande partie des enfans hors de l'établissement, de suppléer au défaut de nourrices par ce qu'on appelle en Italie l'allaitement à la main, et de placer à la tête de l'hospice des enfans trouvés un médecin permanent et une surveillante capable et instruite.

Il insiste sur le danger qu'il croit reconnaître pour les nouveaux nés et les nourices elles-mêmes, surtout celles récemment accouchées, dans les fumigations nitriques et muriatiques dont on paraît se servir pour assainir les salles; il préfère, avec raison, le changement plus ou moins fréquent de ces salles. Il s'élève contre l'usage des substances narcotiques que les nourrices donnent à leurs enfans pour les empêcher de troubler leur repos. Enfin il rappelle, à l'occasion de

la question de l'utilite des etablissemens pour les enfans trouvés, que depuis 1640 epoque où l'hospice des Enfans-Trouves fut etabli à Paris, jusqu'en 1743, il régna daos cette maison la plus horrible mortalite. A Perpignan, dit-il, sur 100 enfans reçus à l'hospice, à peine 12 ou 15 arrivaient à l'âge de 5 ans Enfin, dans la capitale de l'empire germanique, après 40 aos de l'institution de l'hospice des Orphelins, un seul enfant etait arrive à l'âge viril. Cet homme, d'après le calcul de Girtanuer, avait coûté à l'état 20,000 thalers par an, somme que n'aurait pû coûter l'education d'un prioce héréditaire.

M. Maceroni ne cooclut pas de là qu'il faut renoncer à ces établissemens, mais qu'il importe de les améliorer.

2° DE LA POLYSARCIE.

Après quelques considérations génerales, l'auteur iodique comme moyen de remédier à la polysarcie, un régime approprié, des excecices soutenus et variés, et tous les moyens capables d'excitce des secrétions abondantes; en observant toutefois de n'employce les évacuants qu'avec prudence, pour ne pas altérer le tempérament. Il blâme l'usage du vinaigre, qui, s'il a gueri un certain général espagnol cite par Macary, a causé, dit l'anteur, la mort de la sœur d'un avocat trés-célèbre de Naples.

Parmi les moyens les plus propres à combattre la polysarcie, le doeteur Maceroui recommande les préparations savonnenses et la digitale; et il cite un fait qui semble en prouvce l'efficaeité.

Le troisième mémoire a ponr titre : *Observations médico-légales sur une manie et une épilepsie reconnues simulées*; le dernier contient l'histoire d'une guérison d'uoe fievre grave obtenue par l'huile de crotou tiglium.

M. le rapporteur propose d'adresser des remercimens à l'auteur, et de le placer sur la liste des candidats aux places de membres correspoodans.

Adopté sans discussion.

SÉANCE DU 12 AVRIL. — *Présidence de M. Louyer-Willermay.*

— M. Dausse aîné adresse à l'Académie un échantillon de manne en larmes obtenu de la purification de là manne en sorte par le charbou animal, qui a l'avantage de revenir à meilleur marché et de purger à la même dose. (MM. Honoré, Planche et Caventou.)

— M. le docteur Delaporte, à Vimoutiers (Orue), adresse à l'Académie une communication relative à l'emploi de la ventouse daos un cas de heruie étranglée.

NOTE SUR LA DÉCOUVERTE DU COW-POX A PASSY, par M. BOUSQUET.

M. BOUSQUET lit une note très-détaillée sur la décooverte du cow-pox à Passy. La femme Fleury avait acheté une vache qui venait de Mantes; en la trayant quelques jours après son arrivée, elle s'aperçut d'un gros bouton qui siégeait sur l'un des pis; et bientôt des boutons semblables lui vinrent à elle-même sur les doigts, dans quelques points où elle avait des gerçures, et un autre à la figure. Craignant que ce ne fût le charbou, elle alla consulter M. Perdreau à Chaillot, lequel ayant recounu le cow-pox, l'adressa à M. Nanche qui la renvoya à M. Bousquet. M. Bousquet s'empressa d'iooculer plusieurs enfans avec le pus des boutons de cette femme; les uns avec ce virus seul; les aotres comparativement avec le vaccin aocien et le nouveau; la commission de vaccine a suivi les expériences. Le bouton du pis de la vache était malheureusement arrivé à dessiccation; on recommanda hien à la femme de recueillir avec soiu les croûtes quand elles tomberaient: mais elle n'y mit pas l'attentioo nécessaire, et ces croûtes ont éte perdues.

M. ROCHOUX. La question essentielle, celle qui doone surtout de l'importance aux recherehes que nons venons d'eotendre, est celle de savoir si le vaccin s'est affaibli par ses nombrenses transmissions depuis Jenner jusqu'à nons. Il y a trente et quelques aonées que la vaccine est passée dans la pratique: en accordant, terme moyen, qu'on n'ait recueilli le vaccin à transmettre que le neuvième jour, cela fait environ douze à quatorze ceots transmissions; et cependant l'expérience montre qu'il jouit toujours de la même puissance préservative; il n'est donc ni affaibli, ni altéré.

M. CAPURON eût désiré quelques détails sur la cicatrice laissée par le cow-pox sur le pis de la vache, et sur celles que son inoculation a produites sur les enfans dont a parlé M. Bousquet.

M. BOUSQUET. La cicatrice de la vache est peu marquée; quant aux enfans, le vaccin n'a pas encore parcouru tous ses développemens; mais nous aurons soin d'examiuce les cicatrices en temps et lieu.

M. MOREAU. Il est à regrettce que l'on n'ait pas pu conserver au moins quelques portions des croûtes du cow-pox. Mais en tout ceci, le plus important, c'est d'établir qu il y a fort peu de différence entre les pustules de l'ancieo et celles do nouveau vaccin. Depuis huit jours que les journaux politiques oot emprunté aux journaux de médecine la nouvelle de la déconverte du cowpox, je suis assailli de lettres où l'on me demande du nooveau vaccin; il semble que l'ancien soit fort inférieur. Or, si cette opinion se propageait, elle exciterait dans la population des alarmes qu'il faut prevenir.

M. BOUSQUET. Deux expériences ont été faites avec le vaccin nouveau. Sur deux enfans on l'a inoculé sur un bras, tandis que sur l'autre bras on inoculait l'ancien vacciu; et il est vrai de dire que les houtons du nouveau étaient infioiment superieurs en développement à ceux de l'ancien. Mais, sur d'autres enfans, nous avons iuoculé le nouveau vaccin seul; les boutons qu'il a produits ne différaient pas de ceux de la vaccine ordinaire.

M. MOREAU. Cette différeoce de developpemeot ne prouve rien. On sait bien que les boutons peuvent se developper plus ou moins, suivant diverses circonstances telles que la constitution atmospherique, l'idiosyncrasie des sujets, et enfin suivant l'époque à laquelle le vaccin a été recueilli. On atteud en général du huitième au neuvième jour; alors on obtient un liquide trouble, qui souvent ne produit aucun bouton, ou qui produit des boutons en général moins développés. Je recueille le vaccin au sixième jour, et j'ai ainsi des pustules beaucoup plus fortes. Une seule experience ne prouve d'ailleurs pas grand'chose. Lorsque nous expérimentâmes le vaccin envoyé d'Angleterre par le prince de Talleyrand à M. Bourdois de la Mothe, et que l'on croyait être du cow-pox, au premier essai, il nous parut en effet que les boutons etaient plus gros que ceux de notre vaccin; à un second essai ils furent trouvés les mêmes.

M. BOUSQUET. Je ferai observer que, dans la première expérience que j'ai citée, les circonstances étaieot absolument les mêmes pour les deux vaccins; même idiosyncrasie, même constitution atmosphérique; et enfin l'un et l'autre vaccins avaieot été recueillis au même jour de développement des boutons.

M. EMERY. Ce n'est pas d'aujourd'hui que l'on cherche à élever des doutes sur l'inaltérabilite du vaccin. Dès 1818, M. Brisset avait lu à la Société de l'Ecole de medecine un mémoire où il cherchait à prouvce que le vaccin etait altéré. Pour ma part, je suis d'une opinion toute contraire; je me fonde sur les attestations unanimes de tous les vaccinateurs de province, qui me sont passées sous les yeux lorsque j'étais rapporteur de la commission de la vaccine; j'ai ensuite mon expérience propre; et j'ai deja cité ce fait à l'Académie. Dans mon service à St-Louis, j'ai bien reçu de 100 à 120 varioleux; et la variole s'est aiosi trouvée introduite au milieu d'une population vaccinée qui, depuis mon entrée dans le service, peut s'évaluer à 12 ou 14,000 individns. Je n'ai pas vu une seule fois la variole se transmettre à un individu vacciné. Il y a plus: si le vaccin avait perdu de sa force, évidemment les individus récemment vaccinés seraient plus exposés à contracter de ces varioloïdes qui ne sont pas rares après la vaccine, que ceux qui auraient été vaccinés depuis long-temps, et avec un virus plus rapproché de la première transmission de la vache à l'homme. Or, nous voyons précisément le contraire; et la varioloïde est plus commune chez les sujets anciennement vaccinés. Je dois dire aussi que les beaux boutons dont a parlé M. Bousquet n'ont été obtenus qu'à la troisième transmission; les enfans vaccinés avec du virus pris sur la femme Fleury elle-même, ont eu des boutons fort ordinaires.

M. ROCHOUX fait remarquer que le plus ou moins grand développement des boutons ne prouve rien quant à leur efficacité.

M. BOUSQUET. Je suis parfaitement de cet avis; et il eo est de la vaccine comme de la variole elle-même; une variole discrète preserve aussi bien pour l'avenir qu'une variole confluente.

M. EMERY. Enfio non-seulement on ne peut pas dire que le nouveau cow-pox soit supérieur au vaccin ordinaire; mais il reste même à prouver qu'il soit préservatif; et ceci ne sera démontré qu'aotant qu'on aura inoculé en vain à des individus vaccioés avec ce virus la vaccine ordinaire et la variole. Toutes nos présomptions sont fondées jusqu'ici sur l'analogie des boutons; mais souvenez-vous qu'un médecin a essayé de remplacer le vaccin par le pus de la varioloïde; et dans le principe il n'y avait qu'une éruption locale et les résultats semblaient satisfaisans. plus tard il finit par déterminer la petite vérole. Souvenons-nons aussi que ce n'est pas la première fois qu'on a cru avoir retrouvé le cow-pox, et que les expériences faites chaque fois n'ont eu que des résultats ou passagers ou négatifs. Il ne faut donc pas se hâter de conclure.

M. CORNAC approuve cette réserve. Dans la dernière séance de la commission de vaccine, dit-il, on nous a présenté les deux eofans vaccinés sur un bras avec le vacciu ancien, sur l'autre avec le vaccin nouveau; les boutons offraient en effet une très-grande différence en volume, et toute à l'avantage du nouveau vaccin. Mais nous voulûmes comparer les boutons obtenus sur deux autres enfans, vaccinés depuis deux jours avec le nouveau vaccin seul; sur l'un d'eux, les boutons étaient plus développés à un bras qu'à l'autre; et sur les deux enfans, le developpement des boutons était bien moins notable que sur les précédens, et bien plus rapproché de la vaccine ordioaire. D'où nous avons cooclu qu'il fallait être très-circonspect, et ne pas se hâter mal-à-propos, et sur un seul fait, de proclamer l'altération de l'ancien vaccin et la supériorité de l'autre.

Je saisis cette occasion pour demander qu'il soit adjoint à la commission de vaccine de nouveaux membres, et il y a parmi nous un membre de l'ancien comité, M. Husson, qui, ayant pu étudice les boutons produits dans le principe par le bouton de Jenner, ne pourrait que nous éclairer beaucoup par son expérience. (Appuyé).

On demande que MM. Moreau et Bousquet fassent également partie de la commission. Ces trois nominations sont adoptées.

L'Académie se forme en comité secret.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

OBSERVATION D'UNE FRACTURE COMMINUTIVE DE JAMBE, recueillie par M. VITAL, chirurgien sous-aide; et suivie de réflexions par M. GAMA, chirurgien en chef.

M. Ortlies, âgé de 60 ans, d'une constitution grêle, officier d'administration des hôpitaux militaires, voulant se garer d'un cabriolet qui venait derrière lui, le 6 janvier 1836, fit une chute dans laquelle la crête du tibia gauche porta sur le rebord saillant d'un trottoir. Resté sur la place, et ne pouvant exécuter aucun mouvement de la jambe, il fut transporté dans une maison voisine, où on lui donna une potion éthérée. Bientôt arriva une voiture dans laquelle on le plaça pour le conduire au Val-de-Grâce, où il fut reçu une demi-heure après son accident.

Questionné sur ce qu'il peut avoir, le malade répond qu'il a la jambe cassée; mais ses traits sont si calmes, sa parole si assurée, il accuse si peu de douleur pendant qu'on le déshabille, laissant même tirer ses bottes sans se plaindre, qu'il paraît difficile d'ajouter foi à sa déclaration. Cependant son bas est rempli de sang, et le membre a subi une déformation caractéristique. Une fracture avec plaie existe donc; elle

est située à la partie inférieure de la jambe; la plaie a l'étendue d'une pièce de 5 francs, et résulte d'une déchirure de la peau, produite tant par l'angle du trottoir, que par un fragment osseux allongé qui se présente à nu au fond de la plaie, et qui appartient à la partie interne du tiers inférieur du tibia. L'hémorrhagie, encore abondante, paraît venir de la veine saphène et de l'intérieur de l'os.

Le chirurgien de garde ayant, avec assez de facilité, donné au membre sa rectitude naturelle, croit convenable de le placer dans un appareil à demeure. Les manœuvres de réduction et de l'application du bandage n'occupaient en aucune façon le malade; il y était comme étranger, et ne se plaignait ni ne souffrait.

Sur le soir, le pouls ayant pris du développement, on pratiqua une saignée; vers dix heures le malade causait tranquillement, avait eu une selle naturelle, et se sentait disposé à dormir.

Deuxième jour. Aucune douleur; il y a eu trois à quatre heures de sommeil paisible pendant la nuit. Jusqu'au huitième jour, nul changement important n'est observé dans l'état général du malade; la fièvre est peu intense, la soif médiocre, le sommeil se prolonge de cinq à six heures par nuit, toutes les fonctions se font avec régularité. Les prescriptions se bornent à quelques légers alimens, une limonade citrique; et, dans l'intention de soutenir un peu les forces chez un sujet déjà débile, on donne chaque jour une potion avec 3 grains de sulfate de quinine.

Le huitième jour au soir, les choses sont dans un état moins satisfaisant; les traits du visage sont abattus; il y a de la somnolence; la fièvre est plus forte, la langue sèche, la soif ardente. En soulevant la couverture que soutenait le cerceau, une odeur adynamique se fait sentir, et éveille des soupçons sur la marche de la fracture, qui avait paru jusque-là si régulière. Vers dix heures, le malade éprouve un frisson de peu de durée.

Neuvième jour. On lève l'appareil, dont les différentes pièces sont humectées par une suppuration rougeâtre et de mauvaise odeur; la plaie, débarrassée de la dernière compresse, laisse échapper un flot de pus de même nature, dont on facilite la sortie en incisant la peau en haut et en bas de la plaie, qui présente dans son fond les os à nu et des débris de tissu cellulaire à l'état de gangrène. Les symptômes généraux qui se sont manifestés la veille continuent; on administre un lavement qui ne procure pas de selle; le frisson se renouvelle vers dix heures du soir. Remarquons encore que le malade n'éprouve aucune douleur, que l'inflammation, que la suppuration, que tout le travail dont la jambe est le siége, ne lui sont révélés par aucune sensation. (Bouillon; limonade citrique; sulfate de quinine en potion.)

Dixième jour. Diminution des symptômes; sommeil; frisson plus léger.

Onzième jour. L'inflammation s'est propagée à la partie supérieure de la jambe jusqu'au genou; la peau y est rouge et soulevée; de petites pressions exercées sur son étendue donnent la sensation d'un mélange de fluctuation et d'emphysème qui serait dû à la présence d'un liquide gangréneux répandu entre le derme et les aponévroses, sur une grande surface. Des incisions par lesquelles s'échappe la matière, confirment ce jugement. (Pansement au styrax.)

Douzième jour. Deux selles spontanées ont eu lieu après une constipation de plusieurs jours. On fait sortir par les ouvertures de la veille une quantité considérable de pus gangréneux et fétide; mais la partie inférieure de la jambe, siége de la fracture, ne fournit qu'une suppuration louable. Le frisson n'a pas reparu. Toujours absence de douleurs.

Treizième jour. Les plaies de la jambe résultant des incisions donnent un pus mieux lié et blanc, tandis qu'un engorgement inflammatoire gangréneux s'est déclaré à l'espace poplité; la collection qui s'y est formée se fait reconnaître en dedans et en dehors, où deux incisions sont pratiquées; le scrotum s'infiltre.

Quatorzième jour. État satisfaisant; la suppuration change partout de caractère.

Du quinzième au dix-huitième jour, les ouvertures de dépôts de la jambe tendent à se cicatriser; les os fracturés se recouvrent de bourgeons charnus qui annonceraient un travail de consolidation si cette terminaison était possible. Quoique l'état général du malade semble s'améliorer, un nouvel abcès gangréneux se manifeste le dix-huitième jour au-dessus de la rotule, dans les interstices musculaires. La jambe est maintenant comme étrangère aux accidens qui se développent à la cuisse.

Du dix-neuvième au vingt-troisième jour, la suppuration est très-abondante au-dessus du genou, et toujours de mauvais caractère, mais mieux liée, diminuée et blanche au creux du jarret. Le malade s'épuise, et on ne peut le soutenir que par des bouillons et un peu de vin. Une esquille longue de près de trois pouces, appartenant à la partie postérieure du tibia, a abandonné ses adhérences et est extraite.

Du vingt-quatrième au vingt-septième jour, la gangrène gagne la partie supérieure de la cuisse, où des traînées inflammatoires se prolongent en dedans et en dehors jusqu'à l'aine et la région du trochanter; un vaste foyer s'est formé presque subitement entre les muscles droit et couturier; l'odeur de la matière qu'il contient est presque insupportable. Néanmoins un léger changement avantageux est encore remarqué les jours suivans dans la qualité du pus au-dessus du genou et à la partie supérieure de la cuisse; mais les ressources de la vie sont épuisées; les symptômes de la gastro-entérite marchent avec rapidité; la suppuration finit par ne plus être que séreuse ou formée d'un mélange d'ichor et de sang.

Du trente-troisième au trente-septième jour, toutes les plaies, même plusieurs de la jambe, fournissent un sang comme dissous; une teinte ictérique se répand sur toute l'habitude du corps; le pouls devient vite, filiforme; le délire se manifeste; les selles sont involontaires.

Le trente-huitième jour, toute la partie supérieure de la cuisse est frappée de gangrène; l'ouverture faite près du muscle droit laisse écouler des flots de sang noir et liquide, à odeur gangréneuse. Mort le trente-neuvième jour, 13 février.

Autopsie. Infiltration du tissu cellulaire sous-péritonéal; le même tissu est sain à la partie supérieure de la cuisse, mais il redevient bientôt infiltré et conserve cette altération jusqu'aux tubérosités du tibia. Un vaste foyer, ouvert à l'extérieur, occupe la partie antérieure et supérieure de la cuisse; le tissu cellulaire environnant et l'aponévrose crurale sont détruits. La partie interne et la partie postérieure de la cuisse offrent un large décollement qui est séparé de l'abcès antérieur par un intervalle de deux à trois pouces, où les tissus sont à peu près sains; inférieurement ce décollement s'étend à tout l'espace poplité. La peau et le tissu cellulaire sous-cutané de la jambe n'adhèrent que faiblement aux tissus sous-jacens; un foyer assez considérable, ouvert à l'extérieur, existe entre le soléaire qui est presque détruit et les muscles profonds.

Le système artériel, préalablement injecté, présente sur divers points des plaques osseuses, variables en forme et en étendue, situées entre la tunique interne et la membrane moyenne, ou occupant l'épaisseur de celle-ci. Elles sont elliptiques à l'aorte et longues de deux à trois lignes; à l'iliaque primitive, on en rencontre de huit à neuf lignes. Plus bas, depuis la crurale, les artères sont entièrement ossifiées, et l'ossification paraît avoir particulièrement frappé la tunique moyenne; le calibre de la tibiale postérieure et de la péronière est notablement diminué, et leur consistance est très-solide; les plantaires présentent une ossification moins avancée. Aux membres supérieurs, les artères sont sans altération; les veines en général n'ont rien offert de pathologique.

Tous les viscères sont à l'état normal, à l'exception de l'estomac et du petit intestin qui portent les traces d'une gastro-entérite.

Fracture. Le tibia est fracturé à son tiers inférieur; deux esquilles longues de trois pouces environ, dont l'une avait été extraite, s'adaptent parfaitement aux fragmens supérieur et inférieur, et rendent à l'os sa forme naturelle. Le périoste est rouge et épaissi sur les deux fragmens, excepté l'extrémité du fragment supérieur qui est dénudée et nécrosée. On remarque sur celui-ci qu'un travail d'élimination a ramolli assez la portion d'os vivante pour permettre d'y enfoncer la pointe d'un scalpel; une ligne sinueuse et un peu en relief, dont la coloration marque les limites de la nécrose et atteste le développement vasculaire de la substance osseuse vivante, rend l'effort d'élimination plus apparent. Le péroné, intact à l'endroit de la fracture du tibia, est fracturé lui-même très-obliquement au-dessous de sa tête, lésion qui n'avait pas été soupçonnée durant la vie.

RÉFLEXIONS, PAR M. GAMA.

Ce fait n'est pas favorable à l'appareil inamovible, et semble confirmer cette proposition pratique, que les fractures comminutives, surtout quand elles se compliquent de plaie, demandent à être fréquemment examinées dans le cours du traitement. Les accidens inflammatoires, qu'il est presque impossible de prévenir, déterminent une suppuration dont l'écoulement peut à la vérité se faire entre la peau et le bandage; mais il arrive souvent qu'elle est retenue dans les plaies, entre les fragmens osseux, ou qu'elle forme à quelque distance de nouveaux foyers ou des fusées qui provoquent l'inflammation d'une plus grande masse de tissus, et par suite leur désorganisation ou la gangrène. Le seul inconvénient de laisser les fragmens baigner dans le pus est déjà grave, en ce que le liquide s'interpose entre eux et met ainsi

obstacle à leur réunion; à plus forte raison est-il porté atteinte à leur vitalité et au travail de consolidation; quand les parties auxquelles ils adhèrent, celles même qui les avoisinent et dont le concours est également nécessaire à la guérison, sont en suppuration et se détruisent. Cependant il ne faut pas proscrire l'appareil inamovible, parce que ses avantages, au moins dans les premiers temps de son application, sont réels; mais il ne faut pas non plus donner une trop grande extension à la dénomination qu'on lui a imposée, et vouloir absolument le laisser en place dans la seule crainte de déroger au nom qu'il porte. L'époque où les accidens inflammatoires deviennent dangereux, arrive ordinairement au septième ou huitième jour; qu'il soit donc établi en précepte de lever alors l'appareil, afin de pouvoir donner issue aux collections purulentes, s'il en existe; de combattre l'inflammation si elle est trop violente; de réparer, selon l'exigence des cas, les désordres qui peuvent être survenus; et enfin, si rien ne contrarie la marche naturelle, que l'appareil soit réappliqué immédiatement après cette exploration, pour n'être levé qu'au bout d'un long intervalle, à moins que des indices ultérieurs ne dictent une conduite contraire. L'inamovibilité absolue du bandage ne peut être admise, selon nous, que dans des cas sans gravité laissés au jugement du praticien, et à des conditions hors desquelles la méthode à pansemens rares, ancienne et rationnelle, doit être préférée. Se persuader, d'après des apparences qui inspireraient trop de sécurité, que rien n'oblige avant le terme de la guérison, ou à peu près, de lever un bandage mis sur une fracture comminutive, ce serait fort souvent faire courir au malade les plus grands dangers, et exposer sa propre réputation aux éventualités d'un douteux hasard. Nous venons de voir que des accidens peuvent exister sans donner aucun signe de leur présence, et que même la douleur, qui en est le symptôme le plus commun, n'est pas toujours pour le praticien un avertissement que doive attendre sa surveillance. Sans l'absence complète de la douleur chez le sujet de notre observation, peut-être eût-on été conduit à s'assurer plus tôt de l'état de sa fracture, dont la gravité cependant, il faut bien le dire, ne permettait d'espérer aucun succès des moyens les plus propres à arrêter les ravages qui n'eurent de terme que l'existence.

Mais les fractures comminutives nécessitent souvent l'amputation : on ne balance point si l'on a pour soi la certitude d'un diagnostic qui appartient à l'expérience. Les fragmens nombreux, l'écrasement, les grandes dilacérations en font un précepte de rigueur : or, ces circonstances ne se sont point rencontrées dans le cas dont nous rendons compte. Plus tard, l'existence de la gangrène aurait pu la réclamer; mais la saine raison veut que d'abord les limites de la désorganisation soient marquées, ou au moins qu'elle n'existe pas en progrès au-dessus du membre à retrancher. On attendait, pour en venir à l'opération, que des changemens plus durables se fussent opérés dans les parties en proie à la gangrène, et que le sujet offrît des chances de succès qu'on pouvait encore espérer malgré la détérioration profonde de ses organes, surtout en considérant avec quelle promptitude le pus gangreneux des parties inférieures du membre prenait le caractère des suppurations simples. Mais la succession constante de collections nouvelles, fétides et ichoreuses, tint toute détermination en suspens. En ne portant son attention que sur la jambe, où la consolidation était évidemment impossible, eût-on voulu brusquer une opération et tenter de ranimer, par la révolution qu'elle devait produire, les actions organiques dont on aurait espéré des symptômes inflammatoires plus francs tant au moignon que dans les tissus qui lui étaient supérieurs? tels ne sont pas nos principes. D'ailleurs la jambe, quoiqu'à charge à l'individu, avait cessé dès le quinzième jour d'être la source des accidens, et se bornait à de vains efforts pour guérir la fracture.

Si l'indication de pratiquer l'amputation eût été reconnue, une difficulté qu'on n'avait pu prévoir attendait l'opérateur à la fin de sa manœuvre. Son instrument eût franchi sans grande résistance des tubes artériels devenus osseux, mais les moyens hémostatiques dans de pareils cas exigent des précautions dont l'oubli entraînerait des dangers. La fragilité des artères alors très-grande, expose à les rompre pour peu qu'un lien ordinaire agisse sur elles avec quelque force; d'ailleurs il ne suffit pas d'arrêter d'abord le sang, il faut obtenir une oblitération complète. Sait-on même si le caillot ne manquera pas de contracter des adhérences avec des vaisseaux aussi profondément altérés? Etreindre les artères dans une ligature médiate dans le but à la fois d'éviter leur rupture, d'opposer à la colonne sanguine une résistance qu'elle ne puisse vaincre, et de provoquer des adhérences intermédiaires au moyen de tissus sur lesquels se développeront les élémens de la cicatrice, telle paraît être la méthode qui mérite la préférence. L'art se tait sur les procédés que de semblables occasions réclament, et laisse au génie du chirurgien à pourvoir aux nécessités qui se présentent.

Une autre considération relative au péroné a moins d'importance. La rupture de cet os, ignorée jusqu'à l'autopsie, se serait-elle fait reconnaître dans le moment de l'opération, et eût-on jugé convenable d'extraire immédiatement le fragment inférieur? Il se peut que l'os, vacillant sous la scie, eût annoncé avoir perdu sa continuité; mais nous pensons que, dans une pareille rencontre, il faudrait, après la section, laisser la portion osseuse en position et faire abstraction de la fracture. Cependant il n'est guère probable que la consolidation pourrait s'en opérer; cette portion osseuse ne séjournerait dans la plaie qu'à la manière d'une esquille, et perdrait insensiblement ses adhérences jusqu'à son entière séparation qui lui permettrait alors de céder aux tractions répétées qu'on aurait exercées sur elle. Au reste la fracture du péroné, produite ici par contre-coup, n'a pris à peu près aucune part aux phénomènes morbides qui se sont manifestés.

Les circonstances diverses qui ont accompagné le fait que nous rapportons se sont comme accumulées pour jeter de la confusion dans les symptômes et rendre le traitement plus difficile; il a fallu quelque discernement au milieu de cette obscurité pour éviter des malheurs que de fausses vues thérapeutiques auraient fait commettre. Ce sera toujours un précepte que devront respecter les praticiens éclairés et consciencieux, de ne pas faire une opération pour une opération, mais de n'opérer les malades que pour les guérir. Si l'on s'écartait de cette sage réserve, on renierait les vrais principes de la chirurgie, qui n'autorisent une opération grave qu'autant que les probabilités de la guérison seront judicieusement établies : à égalité de chances heureuses entre la maladie et le remède, on doit même s'abstenir.

HERNIE DANS LA TUNIQUE VAGINALE, SURVENUE A L'AGE DE 25 ANS; FRÉQUENS ÉTRANGLEMENS; CASTRATION DEVENUE NÉCESSAIRE; par M. MAYOR DE LAUSANNE.

L'observation suivante pourra figurer dans le grand tableau de celles qui relatent les anomalies et les diverses complications qui s'attachent aux hernies, qui font si souvent hésiter l'opérateur, et qui embarrassent sa marche. Mais je dois avouer, avant tout et à ma honte, que j'ignore absolument s'il existe des cas analogues à celui que je vais rapporter; je n'ai d'ailleurs, ni le temps, ni les moyens de m'en assurer.

M. Magnin de Béten, âgé de 60 ans, n'avait, jusqu'à l'âge de 35 ans, aucun vestige de testicule du côté droit. C'est à cette époque seulement, c'est-à-dire, il y a 25 ans qu'il s'aperçut d'une légère tumeur à l'aîne, et qu'il reconnut à la sensation spécifique, être formée par l'organe séminal. Pendant 10 ans, cette tumeur ne cessa de descendre, et parvint assez profondément dans le scrotum. Mais le testicule fut, en même temps, suivi de parties plus volumineuses et qui présentaient bien les caractères de la hernie. *Le tout* rentrait et sortait assez librement et à volonté, de l'abdomen, et ne pouvait guère être exactement contenu par le bandage. A la vérité, celui-ci était assez mauvais, et ne résistait qu'imparfaitement aux efforts et à la vie active du malade. Aussi eut-il souvent des symptômes d'étranglement, de violente irritation abdominale, qu'il faisait cesser par la position horizontale sur le dos, par quelques légères manœuvres de reposition, et par la patience. Le testicule faisait toujours partie de ce taxis, et il disparaissait dans le ventre avec les autres viscères qui constituaient la hernie.

Cet état dura jusqu'au 21 janvier dernier, que M. Magnin vit sa tumeur inguinale grossir considérablement et résister, pendant 4 jours et demi, à tous les moyens qu'une longue expérience lui avait appris à mettre en usage.

Appelé le 26 au matin, je trouvai le malade dans l'angoisse, avec des vomissemens, du hoquet, un ventre tendu et une figure assez grippée.

La tumeur de 4 à 5 pouces de diamètre en longueur, sur 3 environ de largeur occupait l'aîne et une partie du scrotum; elle était très-tendue, assez peu douloureuse et recouverte de piqûres de sangsues encore saignantes. Je procédai, sur-le-champ, au taxis, bien résolu de pousser mes efforts aussi loin que je le pourrais *raisonnablement*, et de ne cesser mes tentatives de réduction que pour procéder immédiatement au débridement par le bistouri.

Le malade, modèle de résignation et de bon sens, fut placé en travers de son lit et ayant le bas du dos au niveau du bord de celui-ci. Un jeune homme, en lui tournant le dos, fut placé entre les cuisses, se saisit des jambes, mit les jarrets sur ses épaules, et le tint soulevé de cette manière, tandis que j'opérais les pressions *graduées, incessantes et vigoureuses*, qui distinguent le *taxis* FORCÉ.

Au bout de 15 minutes de manipulations plus ou moins violentes et diversifiées, qu'il est plus facile au praticien de faire que de décrire

(et c'est beaucoup dire), je sentis la grosseur se flétrir insensiblement, puis céder et rentrer avec le bruit particulier qu'on connaît (1).

Tout disparut bien exactement; c'est-à-dire que le scrotum se trouva *entièrement* vide, de ce côté, et que le testicule avait suivi l'anse intestinale.

J'appliquai et j'ajustai de mon mieux le mauvais brayer que je trouvai là, et je recommandai au malade les ménagemens et les précautions d'usage, mais surtout de se procurer incessamment un meilleur bandage herniaire et de ne le plus le quitter, ni jour ni nuit.

Au bout de 3 jours, se sentant bien et ayant bon appétit, Magnin se livre à un excès de table, est pris de vomissemens violens, et s'aperçoit que sa hernie n'est plus contenue. Un état inflammatoire abdominal, qu'on croit indépendant de la sortie des viscères, est traité pendant 4 jours par un médecin, au moyen d'une saignée, de sangsues, de bains tièdes et de fomentations émollientes. Mais la tumeur se développe toujours plus, et je suis de nouveau appelé.

Je trouvai les choses exactement dans le même état que la première fois, et je procédai aussi de la même manière.

Le résultat fut encore pareil, à l'exception toutefois, qu'un corps arrondi, gros comme une châtaigne, resta au haut des bourses et près de l'anneau. Je le reconnus, avec le malade, pour le testicule; or, comme Magnin avait toujours vu rentrer cet organe, conjointement avec les autres parties qui formaient la tumeur, il s'inquiéta de l'en trouver séparé, et m'engagea à faire mon possible pour provoquer sa rentrée. Je cédai, mais je ne tardai pas à m'apercevoir que j'échouerais, attendu que le testicule était douloureux et plus volumineux que dans l'état normal. C'est ce que comprit très-bien aussi mon malade, et je me contentai d'appliquer un meilleur bandage, dont la pelote ne blessât pas le testicule. Il continut tout juste pendant 36 heures, au bout desquelles et sans cause appréciable, la tumeur reparut et nécessita un nouveau taxis, le 1er février.

Comme je fus appelé à temps, la réduction eut lieu avec assez de facilité, mais toujours sans résultat pour le testicule qui, ayant plutôt augmenté de volume, put encore moins être repoussé dans la cavité abdominale.

Je replaçai le bandage qui paraissait ne rien laisser à désirer; j'exigeai que le malade restât au lit, pendant un mois au moins, et couché horizontalement sur le dos; qu'il évitât tout mouvement brusque, qu'il allât à la garde-robe sur un bassin, et qu'il appuyât son bandage avec la main, chaque fois qu'il serait dans le cas de se livrer au moindre effort; enfin, je lui donnai, ainsi qu'à l'un des assistans qui me parut doué d'intelligence, des directions convenables pour procéder immédiatement à la réduction aussitôt que la grosseur reparaîtrait. Du reste, j'insistai pour que Magnin se fit transporter incessamment à Lausanne, si l'accident se renouvelait, et si l'on ne pouvait pas y parer sur-le-champ.

Ces derniers conseils étaient motivés sur la distance de trois lieues, la saison rigoureuse, la difficulté des communications, le besoin que j'éprouvais d'amener à bien ce traitement, et sur ma prévision qu'une *opération* pourrait enfin devenir nécessaire. Je ne fus donc point surpris de voir arriver M. Magnin, déjà le 4 février au soir, et précisément dans l'état où je l'avais trouvé lors de mes trois précédentes visites.

Ainsi donc, malgré un bandage ordinaire, et en dépit des précautions les mieux prises et de l'expérience de vingt-cinq années chez un homme intelligent, il voit sa hernie s'étrangler violemment, *quatre fois en moins de quinze jours.*

Avant de se mettre en route pour Lausanne, M. Magnin avait épuisé tous les moyens de répulsion qu'il connaissait, et que j'avais indiqués devoir être associés au besoin aux émolliens divers; et ce n'est qu'après les avoir vus tous échouer, qu'il s'est décidé à partir, bien résolu d'en finir au moyen d'une opération quelconque.

Je tentai de suite encore les manœuvres ordinaires du taxis; mais elles finirent par être trop douloureuses, et bien qu'à la fin je fusse parvenu à repousser forcément les parties étranglées et étrangères au testicule, celui ci; plus volumineux et plus sensible, nous laissa le malade et moi dans l'inquiétude sur la probabilité d'une prochaine rechute.

La présence ou la position particulière de ce corps y donnait probablement lieu, de sorte que nous penchions l'un et l'autre vers une opération propre à découvrir la vraie cause de ces fréquentes récidives, afin de la détruire s'il était possible. Tout étant déjà préparé pour la herniotomie, je la pratiquai avec mon fils sans plus tarder, mais aussi sans trop savoir ce que nous trouverions, et ce que nous aurions à faire. C'est du reste aussi le cas de l'opérateur, quel qu'il soit, dans le début d'un grand nombre de ces affections, quand il s'agit de les attaquer avec l'instrument tranchant.

Ce que toutefois je savais très-bien, c'est que la tunique vaginale constituait le sac herniaire, que je n'y trouverais probablement pas l'intestin, et que l'une des parties délicates de l'opération, l'ouverture du sac, ne m'embarrasserait nullement. Je devais m'attendre également à voir ce sac, ou l'enveloppe particulière qui en tenait lieu, beaucoup plus épais qu'à l'ordinaire, lors même que mon malade ne m'aurait pas prévenu que je trouverais là *comme une espèce de cal.*

Ces prévisions se trouvèrent toutes réalisées, et j'arrivai rapidement sur l'organe séminal que je trouvai rouge-brun, et fortement adhérent à la partie postérieure, supérieure et un peu interne du sac. Cette adhérence avait lieu par les deux tiers postérieurs du testicule, de sorte qu'il était complétement immobile dans la position qu'il occupait. L'anneau était d'ailleurs libre, et le doigt pouvait s'y enfoncer et le parcourir facilement. Mais il était constitué, ainsi que le sac, par un tissu dur et comme calleux, dont la consistance et l'élasticité des parois étaient telles, que celles-ci cédaient bien à la compression, mais qu'elles se relevaient immédiatement, et dès qu'on ne les pressait plus, pour reproduire un canal et une poche *vides.*

L'indication me parut assez évidente et consister essentiellement dans le retranchement du corps dont la présence s'opposait à ce qu'une compression solide pût avoir lieu sur le trajet du canal inguinal. Sans cette compression, ce dernier fournirait toujours un libre et large passage aux viscères abdominaux, dans une poche prêteàles recevoir incessamment et sans aucun obstacle.

Je disséquai donc le testicule aussi exactement et aussi haut que je pus; et, après m'être bien assuré que ce qui *paraissait* le cordon des vaisseaux et des nerfs spermatiques ne contenait aucune partie d'intestin, je le fis lier très-fortement par mon fils; puis je retranchai d'un coup de bistouri ce qui était en avant de cette *ligature en masse*. J'en agis ainsi parce que cette dissection m'avait conduit assez haut et tout près de l'anneau; que je voulais me mettre à l'abri des embarras possibles suscités par l'hémorrhagie; et surtout parce que la constriction du cordon tout entier, comme celle de toute autre partie, est sans inconvénient, quand elle est suffisamment forte pour frapper de mort sur-le-champ les tissus étranglés. C'est d'ailleurs plus prompt et plus facile que de couper d'abord et de procéder ensuite à la ligature des vaisseaux. Et quant à la douleur, elle est entièrement dans l'acte rapide de la compression circulaire, et ne se fait plus sentir lorsque l'action de l'instrument tranchant intervient après l'étranglement. Enfin, cette ligature pouvait être réclamée par la nature de la hernie, et pour former un obstacle *éventuel* à la sortie ultérieure des parties herniées.

L'opération étant ainsi terminée, et les lèvres de la plaie se trouvant rapprochées tout naturellement, le pansement fut des plus simples. Un linge fin et clair fut placé d'abord, puis une couche d'ouate, ensuite une compresse, et enfin une cravate dont les bouts, en passant à l'instar d'un sous-cuisse l'un au devant de l'aîne, et l'autre derrière la région trochantérienne, allèrent s'attacher à une seconde cravate placée en ceinture.

Le malade se trouva immédiatement si bien, qu'il me reprocha avec douceur de n'avoir pas insisté d'abord sur cette opération, afin de lui éviter les inquiétudes, les douleurs et les dangers par où il venait de passer. Cet état satisfaisant ne s'est pas démenti.

En examinant le testicule, nous trouvâmes que sa membrane propre était enflammée et épaissie; que l'organe même avait deux pouces et quelques lignes de longueur, sur un peu moins d'un pouce de diamètre transversal; qu'il était sain d'ailleurs, et que le lien que nous avions cru être placé bien haut sur le cordon, étreignait à peine celui-ci, et agissait tout près de l'extrémité supérieure et allongée de l'organe. Cependant, ainsi que je l'ai dit, j'avais disséqué jusqu'à l'anneau, où il me parut que ce corps avait contracté une adhérence depuis peu de temps.

La cicatrice s'est faite en vingt jours environ. Elle est linéaire et présente une espèce de durillon de trois quarts de pouce de diamètre, situé vers le côté interne de l'anneau. On n'aperçoit plus celui-ci; et, lors même qu'on fait tousser fortement le malade, rien ne paraît, rien ne

(1) Il y a trop d'analogie entre cette opération et mon cathétérisme forcé, pour que je ne la fasse pas entrevoir dès aujourd'hui, et en attendant que je m'explique encore sur ce point important. Il est d'autant plus nécessaire que j'y revienne incessamment, que je vois tous les jours combien j'ai été mal compris, qu'on a pris complétement le change au sujet de ce mot *forcé*; qu'on écrit sur cette matière et qu'on la discute comme si je n'avais pas écrit moi-même, et qu'on agit de la manière la plus inconcevable et la plus absurde, tout en prétendant m'imiter ou suivre mes préceptes. Je ne renie aucun de ces derniers, et je m'en référerai toujours aux dix-sept propositions qui terminent ma brochure, et qui constituent le système complet et complexe que j'ai établi et que je soutiens. Mais ce n'est pas le moment d'en dire davantage.

pousse vers l'endroit qui était le siége du mal. Le bandage est porté cependant par précaution.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

PHILOSOPHIE DE L'HISTOIRE NATURELLE, ou phénomènes de l'organisation des animaux et des végétaux ; par J.-J. VIREY (1).

Ce livre est un des ouvrages les plus importants qui aient été produits de notre temps dans les hautes sciences. L'objet, déjà grand en soi, est agrandi encore par la pensée de l'auteur, qui en a conçu et déployé les vastes propositions avec une richesse d'invention et une facilité d'exécution qui n'appartiennent qu'aux esprits supérieurs. Il nous suffira, pour en faire comprendre la portée, d'en indiquer le plan général et les bases fondamentales.

La philosophie de l'histoire naturelle n'est que la science même de la nature vivante conçue et exposée dans ses plus hautes généralités : c'est la science de la vie et de l'organisation considérées comme un seul fait dont tous les faits particuliers ne sont que les élémens. La connaissance des phénomènes particuliers, quelque étendue qu'on la suppose, peut être d'une immense utilité pratique, mais elle n'est pas la science. Celle-ci consiste en effet à absorber toutes les particularités dans l'unité, en dégageant le grand et unique phénomène caché sous la variété et la multiplicité des phénomènes particuliers. Les *systèmes*, si méprisés par les prétendus observateurs purs, ne sont pourtant que des essais dirigés vers le véritable but scientifique. S'ils sont méprisables, ce n'est pas à titre de systèmes, car la science n'est et ne peut être qu'un système, mais à titre d'hypothèses. Toute conception systématique est donc bonne et légitime en soi, car elle tend à mettre dans la connaissance l'unité de la nature. C'est par l'exécution seule, et non par le but, qu'elle peut pécher. Traiter une science philosophiquement, ou, pour employer l'expression consacrée, faire la philosophie d'une science, c'est tout simplement se placer sciemment dans le vrai point de vue scientifique. Toute science digne de ce nom est philosophique, de même que toute philosophie sérieuse est scientifique. Le mot de philosophie appliqué aux sciences n'a donc rien de mystérieux ; il serait seulement à souhaiter qu'on en fit moins souvent usage, car pour beaucoup de gens il a une toute autre signification. La philosophie proprement dite étant une science spéciale qui a ses objets propres, il est naturel que ce mot, mis en tête d'un ouvrage de physique ou de chimie, réveille des idées tout-à-fait étrangères au sujet et à la pensée même de l'auteur. Il conviendrait de l'abandonner au jargon littéraire courant. M. Virey ayant mis cette étiquette suspecte sur son livre, il nous a semblé utile d'en préciser le véritable sens. Il reste donc bien entendu que le livre de M. Virey n'est pas un ouvrage de philosophie : sa méthode seule est philosophique, c'est-à-dire, en termes plus exacts, scientifique ou rationnelle.

Dans une introduction courte, mais riche d'idées, M. Virey a posé avec netteté le but général de ses recherches, qui est le but même de la science : extraire le général du particulier, l'unité de la diversité. Il énonce sa pensée sous cette forme moins abstraite : « formuler les *faits* particuliers en *lois*. » Telle est en effet, depuis Bacon et Newton, l'axiôme logique généralement adoptée comme règle suprême dans les sciences physiques et naturelles. L'idée en est juste, sans doute, mais l'expression n'en est pas suffisamment rigoureuse : elle tend à distinguer dans la connaissance deux choses identiques dans l'existence : les *faits* et les *lois*. Les lois de la nature, telles qu'on les entend dans la science moderne, ne sont que l'ordre des phénomènes, c'est-à-dire les phénomènes ordonnés d'une certaine façon. Cet ordre est plus que le lien des phénomènes, il en est la condition. Les lois, des faits ne sont donc indépendantes, ni dans la réalité ni dans la connaissance des faits mêmes. Une loi de la nature est un fait, elle n'a de valeur que comme fait, ne représente autre chose qu'un fait. Formuler les faits en lois, c'est, qu'on le sache ou non, formuler les faits en faits ; car un fait est ce qui est ; et énoncer la loi d'un fait, c'est tout uniment énoncer la manière dont il a lieu, c'est-à-dire énoncer le fait complètement. Les *lois* ne sont pas déduites et conclues de l'observation des faits par voie de raisonnement ou d'induction, comme on le dit communément, mais révélées directement par l'observation qui seule peut les constater, comme seule elle peut les vérifier, les confirmer, ou les détruire. Elles ne représentent pas seulement (j'entends les véritables) des formules logiques destinées à mettre de l'ordre dans nos pensées ; mais des vérités de fait, des réalités. C'est donc se faire illusion de supposer que la découverte de ce qu'on appelle les faits particuliers diffère de la découverte de leurs lois ; la différence n'est ni dans l'objet ni dans le procédé de l'observation, mais dans la capacité de l'observateur.

La plupart des vérités particulières auxquelles on donne exclusivement le nom de faits, et les vérités plus ou moins générales qu'on appelle lois, n'ont qu'une particularité et une généralité relatives. La proposition : les oiseaux naissent d'un œuf, est générale par rapport à celle-ci : les poules naissent d'un œuf, et particulière à l'égard de cette autre : *omne vivum ex ovo*. Chacune de ces propositions est l'expression d'un fait et d'une loi de la nature, bien que la découverte de la première et de la seconde de ces vérités ne réclame que l'intelligence d'un paysan ; tandis que pour la troisième il faut le génie d'Hervey. Dans les trois cas la vérité acquise est un produit de l'observation, et chacune peut être appelée ou un fait, ou une loi, indifféremment, car ces deux mots, nous le répétons, sont ici synonymes.

Ce n'est certes pas pour M. Virey que nous nous permettons ces observations : il sait aussi bien que nous que l'étude des phénomènes ne peut donner pour résultat que des phénomènes, et que la science humaine ne pourra jamais découvrir la véritable loi des êtres, c'est-à-dire ce pourquoi ils sont ce qu'ils sont. Il connaît mieux que personne la valeur de la formule qu'il a employée. Mais nous avons cru utile de signaler la confusion d'idées que peut faire naître cette distinction des lois et des faits dans les sciences physiques et naturelles.

L'ouvrage de M. Virey a pour but de faire l'histoire générale de ce grand fait qu'on appelle la vie, dans toute la série des êtres organisés. Il le divise en quatre livres : dans le premier, il pose et résout les principales questions relatives à la nature, à l'origine et à la cause de l'organisme animal et végétal ; le deuxième sorte d'appendice du premier, développe les solutions déjà données sur l'origine et la formation des êtres organisés ; le troisième montre le développement des formes organiques et de leurs fonctions ; le quatrième le mode de reproduction des animaux et des plantes. Chacun de ces livres est divisé en chapitres. Un *appendice* de plus de cent pages, dans lequel l'auteur a rassemblé sous le titre d'*éclaircissemens* des matériaux de la plus grande importance, termine l'ouvrage.

Nous réservant de revenir sur ce livre qui mérite l'examen le plus attentif, nous nous bornons aujourd'hui à une critique purement extérieure, l'analyse matérielle du contenu.

Cependant, pour convaincre l'auteur de l'intérêt que nous a inspiré la lecture de son livre et le lui témoigner dès aujourd'hui un peu mieux que par une courte annonce, nous terminerons par une critique cette préface commencée par un éloge.

Cette critique portera uniquement sur la forme, qui ne nous paraît pas entièrement satisfaisante. C'est une pure question d'art, mais qui a bien son importance dans des matières si complexes, si élevées et d'une intelligence si difficile. Nous regrettons donc que M. Virey n'ait pas mis dans l'exposition de ses idées cet ordre méthodique qu'il tâche de nous faire admirer et comprendre dans les œuvres de la nature. Le but de son livre est essentiellement dogmatique, et la forme en est le plus souvent polémique. Au lieu d'une exposition savante et précise, nous trouvons une discussion animée, éloquente, mais qui nous écarte trop du sujet. L'abondante érudition de l'auteur, mal contenue et débordant en tous sens, ne choisit pas toujours la meilleure place pour les preuves, les faits, les autorités, les exemples. C'est là un beau défaut, mais cependant un défaut. L'ordre de quelques chapitres pourrait être interverti sans inconvénient, et peut-être avec avantage, ce qui suppose que le lien logique des idées n'est pas suivi partout avec une rigueur suffisante. En somme, on souhaiterait un autre arrangement dans cette riche et presque inépuisable masse de notions et de faits dont on est, au premier abord, plus ébloui qu'éclairé. Les principes développés dans ce livre nous semblent si d'accord avec les nôtres, si éminemment justes et fondés en raison ; il contient, selon nous, tant et de si belles vérités, qu'en vertu même de cette sympathie intellectuelle, nous devons, plus vivement que d'autres, maudire ces nuages qui de temps en temps s'interposent entre l'auteur et le lecteur.

Ce défaut de composition, si toutefois nous ne l'exagérons point, car les paroles vont presque toujours plus loin que la pensée, est d'ailleurs compensé par le rare talent de l'exécution, pour parler la langue des arts. Le style en est animé, vif, brillant, coloré, plein d'images et de feu. Il s'élève ou s'abaisse avec les idées. Personne n'a jamais reproché à Buffon d'avoir jeté sur ses écrits quelques reflets de la pompe et de la magnificence de la nature ; je ne connais même pas de naturaliste ou

(1) Chez J.-B. Baillière, rue de l'Ecole-de-Médecine, n° 13.

de philosophe qui n'ait été quelquefois poète. On ne peut, du reste, écrire petitement sur de grandes choses, quand on sent leur grandeur. Le tableau de la création animée, vu en grand avec l'œil de la science, qui en mesure toute l'étendue, est un spectacle si sublime, qu'on ne peut s'étonner s'il a inspiré à M. Virey des pages remplies d'imagination et d'enthousiasme.

Dans un prochain article nous tâcherons d'indiquer les points fondamentaux de la *philosophie naturelle* de M. Virey, sous le point de vue exclusivement scientifique.

X.

RECHERCHES ANATOMIQUES SUR LA PROSTATE DES VIEILLARDS, lue à la séance publique de la société anatomique, le 3 février 1836, par M. Aug. Mercier, interne des hôpitaux, in-8°; 1836.

Ce mémoire, malgré son peu d'étendue, renferme sur les changemens qu'éprouve la prostate chez les vieillards, un grand nombre de notions dont plusieurs sont nouvelles et plusieurs plus précises que celles qu'on a eues jusqu'à présent. Se bornant aux changemens de forme et de volume, l'auteur pose en principe que dans un âge avancé il est rare de trouver cette glande exempte d'hypertrophie.

Cette altération peut l'envahir en entier ou n'en affecter que des portions; le plus souvent même ces deux modes se trouvent réunis. Dans tous les cas, il est à noter que les diverses parties de l'organe ne se développent pas au même degré ni avec la même fréquence.

Quand l'hypertrophie est générale et uniforme, les lobes latéraux se développent dans tous les sens, mais surtout vers l'abdomen. Leur réunion en avant et en arrière est marquée à l'extérieur par deux sillons verticaux. Le sillon antérieur assez superficiel parcourt de haut en bas tout le milieu de la face antérieure. Y a-t-il en ce point continuité parfaite des deux lobes, ou bien sont-ils réunis par du tissu cellulaire, ou bien encore par du tissu musculaire comme le pense un auteur récent? Cette dernière disposition est la seule que M. Mercier n'ait pu constater d'une manière évidente. Quoi qu'il en soit, le tissu qui se trouve entre l'urètre et le fond de ce sillon, varie entre 4 et 7 lignes d'épaisseur, même quand il y a hypertrophie. Le sillon postérieur est plus profond que le précédent, et bien que depuis M. Senn on répète partout qu'on trouve généralement 7 ou 8 lignes d'épaisseur entre le milieu de la face postérieure de la prostate et l'urètre, M. Mercier n'en a jamais rencontré que 2 ou 3 lignes au plus, même dans les hypertrophies les plus considérables. Il paraît difficile de dire s'il existe en cet endroit du tissu glandulaire, ou si ce n'est que du tissu cellulaire condensé, tant les granulations, s'il en existe, sont peu apparentes. Toutefois ce sillon n'existe à cet état qu'en has de la face postérieure, à partir du point où les canaux éjaculateurs se plongent dans la glande: au-dessus il devient plus superficiel, et se bifurque pour loger ces conduits de manière à limiter une portion triangulaire dont la base est en haut. C'est cette portion très-petite chez l'adulte, considérable chez le vieillard, qui a reçu le nom de *troisième lobe*, nom impropre puisque les sillons qui limitent cette portion moyenne ne sont pas les traces d'un isolement complet, et que son tissu se continue manifestement avec celui des portions latérales.

De l'accroissement du diamètre vertical de la prostate résulte une longueur plus grande du canal qui la traverse; et comme cet accroissement se fait surtout en haut, il s'ensuit que le vérumontanum est beaucoup plus éloigné du col vésical que chez l'adulte, tandis qu'il conserve presque ses rapports avec la portion membraneuse de l'urètre. De plus, le diamètre antéro-postérieur des lobes latéraux augmentant et les parties qui les unissent en avant et en arrière étant peu sujettes à varier d'épaisseur, il en résulte une augmentation du canal dans ce sens, tandis qu'il se trouve au contraire applati d'un côté à l'autre par suite de l'hypertrophie tranversale des lobes latéraux. Au total, le calibre de la portion prostatique se trouve accru. Un autre changement qu'éprouve cette partie de l'urètre, provient de l'accroissement de la portion transversale de la glande, accroissement qui porte en avant la moitié postérieure du col vésical de manière à déterminer au-dessus de la paroi postérieure de l'urètre une saillie horizontale, en forme de croissant à concavité antérieure. Cette saillie que l'on a appelée *valvule pylorique*, augmente la courbure du canal, s'avance quelquefois assez pour fermer l'orifice supérieur, et dans tous les cas est un obstacle au cathétérisme.

L'hypertrophie partielle est rarement simple, elle est presque toujours une complication de l'hypertrophie générale. La portion transversale en est le siège le plus ordinaire; mais tantôt elle détermine une valvule comme dans les hypertrophies uniformes, tantôt elle produit en arrière du col vésical une tumeur de la grosseur d'une noisette, d'une noix, d'un œuf de poule; ordinairement il n'y en a qu'une, quelquefois il y en a deux, mais alors il y en a presque toujours une qui est plus petite que l'autre. Une fois l'auteur en a rencontré quatre, deux sur la portion tranversale et une sur chaque lobe latéral. Ces derniers peuvent aussi s'hypertrophier isolément; mais une circonstance qui a frappé M. Mercier, c'est qu'il n'a jamais vu cette altération occuper le lobe gauche seulement, et que ce n'est que pour l'avoir rencontrée conjointement avec celle des autres parties qu'il en admet la possibilité.

L'accroissement de la portion moyenne de la glande oblitère souvent l'orifice supérieur de l'urètre, et, dans tous les cas, rend plus prononcée la courbure de sa paroi postérieure, de manière à constituer une espèce de cul-de-sac quelquefois très-profond. L'hypertrophie d'un des lobes latéraux repousse le canal du côté opposé et le dévie, sans cependant diminuer son canal, qui est augmenté d'avant en arrière comme dans les hypertrophies générales.

VARIÉTÉS.

— On dit qu'une éruption de cow-pox a été constatée mardi sur 16 vaches, par MM. Charles Gaillard (de la Gironde) et Fiard, ainsi que sur quatre domestiques qui se l'étaient inoculé accidentellement. Une commission de quatre membres de l'Institut (MM. Magendie, Double, Breschet et Husard) est allée constater les faits.

— Une autre éruption a été reconnue aux Thermes, par M. Dupuy, membre de l'Académie de médecine, sur des vaches qui venaient des environs de Chartres, et une lettre de Chartres annonce que le cow-pox y a été également trouvé, et qu'on l'a inoculé avec les meilleurs résultats. Est-ce au hazard seul que sont dues ces découvertes successives, ou régnerait-il cette année une épizootie de picote? Quelques personnes penchent pour cette dernière opinion.

— Une nouvelle livraison de la *Némésis médicale* vient de paraître. Elle a pour titre *Les charlatans*. — On s'abonne rue de Condé, n° 24.

— Une nouvelle source d'eau minérale récemment découverte à Heilbrunn, en Bavière, et dans laquelle la nature s'est plue à réunir toutes les matières salines et autres que l'expérience a le plus généralement accréditées jusqu'à ce jour contre les maladies scrophuleuses, vient d'enrichir la thérapeutique d'un remède non moins puissant que facile à opposer à ce genre d'affection.

Un simple exposé de l'analyse de cette eau faite par M. Barruel, chimiste, dont personne ne récusera l'autorité, suffira sans doute pour en faire apprécier les importantes propriétés.

Elle contient par litre :

	Grains.
Chlorure de sodium.	73,800
Carbonate de soude.	9,503
Iodure de sodium.	1,328
Bromure de sodium.	0,604
Sulfate de soude.	0,950
Carbonate de chaux.	1;002
Carbonate de magnésie.	0,464
Silice (sous-silicate de soude).	0,260
Peroxide de fer (protocarbonate de fer).	0,115
Matière organigne analogue à l'acide chrénique de Berzelius.	des traces.

Cent pouces cubes de cette eau ont fourni :

	Pouces.
Hydrogène carboné.	2,50
Acide carbonique.	0,50

Repétée jusqu'à trois fois par le même chimiste, cette analyse a constamment donné les mêmes résultats. Nous devons ajouter que le docteur Fuchs, de Munich, qui le premier a soumis l'eau minérale de Heilbrunn à un examen chimique, en avait également obtenu des résultats presque identiques, et que plusieurs médecins allemands font en ce moment une heureuse application de ce remède dans le traitement des maladies scrophuleuses.

Le Rédacteur en chef, Jules Guérin.

PARIS. — ÉVERAT, IMPRIMEUR, RUE DU CADRAN, N° 16.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La Gazette médicale de Paris (*Gazette de santé* et *Clinique des hôpitaux* réunies) paraît tous les samedis de chaque semaine; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et équivaut à 6 feuilles in-8°. Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois. Pour l'Étranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Poissonnière*, n° 5, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

PATHOLOGIE CHIRURGICALE.

MÉMOIRE SUR CERTAINES PERFORATIONS SPONTANÉES DE LA VESSIE NON DÉCRITES JUSQU'A CE JOUR, par L.-Aug. Mercier, interne des hôpitaux, membre de la Société anatomique.

Première partie.

L'histoire des maladies des voies urinaires a de nos jours fait de rapides progrès; plusieurs des parties dont elle se compose sont tellement avancées qu'elles semblent toucher de bien près le terme de la perfection; d'autres cependant sont restées en arrière; quelques points sont encore très-obscurs, et ce ne sont pas les moins importans, puisqu'il en est qui compromettent presque infailliblement la vie des malades. Les perforations de la vessie sont-elles dans ce cas? c'est ce que je me propose d'examiner.

On admet généralement que la vessie peut se rompre dans deux circonstances, savoir, lorsque cet organe, étant rempli d'urine, mais sain d'ailleurs, est soumis à une forte pression; ou bien lorsque sans violence extérieure, mais seulement par suite d'une distension trop grande, il est frappé de gangrène. (Chopart, Boyer.) Puis on trouve encore indiquées çà et là, comme pouvant aboutir à une perforation, 1° les ulcérations produites par la pression permanente du bec d'une sonde dans le même point; 2° celles qui, résultant d'une inflammation simple, détruisent successivement toutes les tuniques de l'organe. Enfin, quelques auteurs décrivent en outre un mode de perforation vésicale dont je vais indiquer immédiatement la formation.

La vessie est, comme chacun sait, formée de trois tuniques, une interne *muqueuse*, une médiane *musculaire*, une externe *péritonéale*, qui ne tapisse que la paroi postérieure de l'organe, et en partie ses faces latérales. La couche musculaire est formée de fibres verticales, circulaires et quelques-unes obliques. Ces fibres sont disposées par faisceaux qui, se croisant en divers sens, laissent entre eux de petits écartemens; et lorsqu'en vertu d'un obstacle quelconque l'urine, pressée par la contraction de ces faisceaux, ne peut s'écouler par l'urètre, elle tend à s'échapper là où se trouve moins de résistance, pousse la muqueuse dans les points où les fibres musculaires offrent des lacunes, augmente les écartemens, et se forme ainsi des poches quelquefois très-amples, que des anatomistes ont prises pour des vessies surnuméraires, mais que d'autres, appréciant mieux leur structure, ont regardées comme de vraies hernies de la muqueuse vésicale. (Morgagni, épist. XLII, art. 30 et seq.; Adv. anat., anim. 36; Houstet, Mém. acad. de ch.,

---

Feuilleton.

COURS DE PHRÉNOLOGIE, PAR M. BROUSSAIS.

> Ne forcez point votre talent.
>
> La Fontaine.

Voilà M. Broussais professeur de phrénologie! C'est là un bien triste pis-aller pour un homme qui a eu la gloire d'être le chef d'une imposante école médicale; il aurait dû, ce nous semble, jouir en paix du souvenir de ses anciens triomphes, sans en chercher de nouveaux dans une carrière à laquelle son éducation littéraire et scientifique, ses précédens et la tournure de son esprit le rendent tout-à-fait impropre. M. Broussais renonce à la médecine, et se fait philosophe. La philosophie est sans doute une excellente chose en pratique. On en a recommandé de tout temps l'usage aux pouvoirs tombés, aux héros vaincus, aux riches ruinés, aux gloires obscurcies, aux ambitions déçues. M. Broussais pouvait sous ce rapport en avoir besoin; car, ayant accompli depuis long-temps sa mission, il ne lui restait plus qu'à faire sa retraite aussi doucement que possible, cultivant son jardin, arrosant ses fleurs et devisant avec quelques vieux amis. C'est ainsi que finirent Sylla et Dioclétien, car il faut ici de grands noms, et bien d'autres encore. Mais de cette philosophie, M. Broussais n'en veut pas. M. Broussais n'est pas de ces hommes qui abdiquent : après avoir lutté avec énergie contre le torrent qui a balayé sa doctrine médicale, il a quitté le terrain le dernier, après s'être bien assuré que toutes ses idées étaient restées mortes sur le champ de bataille, et qu'il n'avait plus un seul soldat. C'est alors qu'il a songé à commencer une nouvelle campagne sur un autre terrain, contre d'autres ennemis et avec une autre armée.

Mais l'entreprise est évidemment au-dessus de ses forces. Les deux leçons qu'il vient de faire ont prouvé au public ce que nous savions, nous, depuis long-temps, que si M. Broussais a du goût et même une sorte de passion pour les matières philosophiques, il est tout-à-fait incapable de les aborder. Son esprit, soit par quelque cause congéniale, soit peut-être par défaut de culture dans cette direction, s'y refuse obstinément. Il n'a ni l'intelligence des questions qu'il traite, ni l'intelligence des systèmes qu'il combat ou soutient, ni l'intelligence de la langue qu'il emploie. Complètement dépaysé dans ces régions inconnues pour lui, il n'y peut faire un pas sans trébucher, car il ne connaît ni le terrain, ni les routes, ni les obstacles; il ne connaît même pas les relations des voyageurs qui l'ont précédé; et ses chutes sont d'autant plus fréquentes et d'autant plus lourdes qu'il avance intrépidement avec une assurance véritablement effrayante et incompréhensible. M. Broussais se croit métaphysicien, psychologue, moraliste, philosophe enfin, par cela seul qu'il sait la médecine; car la médecine comprend la physiologie, science

t. I.) Ces *appendices* de la vessie, comme l'explique très-bien leur mode de formation, n'ont pas de tunique musculaire (1), sont par conséquent dénués de contractilité, et ne peuvent expulser l'urine, dont le séjour prolongé y forme des dépôts de diverse nature, enflamme leurs parois, les ulcère, et finit par les perforer.

Mais ce ne sont pas toujours des poches comme celles que je viens de décrire qui se forment; il n'est personne qui n'ait vu des vessies parsemées à l'intérieur de petits culs-de-sacs ayant une profondeur, une direction et un diamètre variables. Leur profondeur peut avoir de 1 jusqu'à 9 lignes; leur direction, souvent perpendiculaire à la muqueuse, marche souvent aussi très-obliquement dans l'épaisseur de la couche musculaire; puis entre elle et le péritoine; leur orifice est plus ou moins arrondi, leur diamètre est ordinairement celui d'une plume à écrire et à peu près le même dans toute leur longueur; quelquefois dans leur fond viennent aboutir un ou deux embranchemens. Ajoutons que la muqueuse qui les tapisse se continue parfaitement avec celle de la vessie, dont elle offre tous les caractères, excepté peut-être qu'elle a un peu plus de finesse, et que tantôt elle se trouve en contact immédiat avec le péritoine, et tantôt en est encore séparée par une épaisseur variable de tissu musculaire. C'est surtout sur les côtés et à la partie inférieure de la paroi postérieure de la vessie, au-dessus des orifices des uretères, que ces petits culs de-sacs s'observent. Ils se produisent comme les appendices vésicaux chez les individus affectés de dysurie prolongée, et qui ont souvent fait des efforts pénibles pour uriner.

Souvent au bout d'un certain temps la muqueuse s'érode au fond de ces *cellules* ou *alvéoles*, d'où résultent les épanchemens d'urine que je me propose d'étudier. Ces perforations, d'après ce que j'ai vu, me semblent assez communes; et cependant je n'en ai trouvé nulle part une description exacte. Je crois qu'on les a confondues avec celles que produisent les sondes: et ce qui a pu induire en erreur, c'est qu'elles ont très-souvent lieu après un emploi plus ou moins prolongé de ces instrumens; qu'elles en ont la forme, à peu près le diamètre, et que souvent elles siégent là où les sondes viennent arcbouter quand elles sont trop enfoncées. Moi aussi je partageais cette croyance avant que l'anatomie pathologique et diverses autres circonstances eussent changé mon opinion à cet égard; mais pour faire partager aux autres ma conviction, il est nécessaire avant tout d'exposer des faits.

Obs. I. (2) — Jacques Laurant, ancien musicien, âgé de 68 ans, entra le 4 novembre 1833, à la salle de chirurgie pour une retention d'urine.

L'urètre de cet homme était extrêmement libre, et pendant tout le cours de l'année 1834 que je l'observai, il se sondait lui-même avec facilité. Sans cette opération il ne pouvait uriner, et éprouvait, lorsque le besoin se faisait sentir, les plus violentes douleurs. Deux ou trois fois au moyen de l'algalie on crut sentir un calcul; le plus souvent les explorations furent infructueuses.

Il resta dans cet état jusqu'au mois d'octobre, époque où, se trouvant un peu mieux, il passa à la salle des convalescens. Vers le commencement de décembre il commença à ressentir aux environs du rectum des douleurs extrêmement vives, qui ne cédèrent ni aux tisanes emulsionnées, ni aux bains entiers qu'on lui administra Il rentra donc dans le courant de décembre à la salle de chirurgie, où malgré les soins les mieux entendus ses douleurs persistèrent et sa santé déclina rapidement. Malgré cela il se sondait toujours lui-même, mais ses urines étaient devenues fétides et purulentes. Telle était la position de ce malade quand je quittai le service où il était (1er janvier 1835).

D'après bon nombre de renseignemens, je sus que son état s'aggravant toujours de plus en plus, et du trouble survenant dans ses idées, on lui mit, le 5 janvier, une sonde élastique à demeure Le 18, il fut pris d'une peritonite intense qui l'emporta bientôt; c'est le 23 qu'il succomba.

J'assistai à l'autopsie. Au niveau du ligament suspenseur de la verge, la paroi inférieure de l'urètre présentait une rougeur très-vive de la muqueuse, ayant 15 lignes de longueur, et terminée en arrière par une ulcération commençante. Cette inflammation était un effet de la pression de la sonde en cet endroit. La prostate et le col de la vessie offraient une cause de rétention d'urine que je décrirai dans un autre temps. On trouva la muqueuse brune, épaissie; dans son intérieur étaient du pus et un calcul blanc, friable, assez volumineux, et offrant sur ses faces laterales des tissus encore enduits de la substance dont sont formées les sondes élastiques.

Sur les parois postérieure et même antérieure de l'organe existent de nombreuses cellules où s'enfonce la muqueuse; ces cellules ont le diamètre d'une plume à écrire, et plusieurs d'entre elles conduisent jusqu'au peritoine. On en remarque entre autres deux qui sont situées en arrière, l'une à droite à plus d'un pouce au-dessus de l'orifice de l'urètre de ce côté, l'autre à un demi-pouce au-dessus de l'urètre gauche; toutes deux conduisent dans un vaste foyer purulent qui existe derrière la vessie, entre sa tunique musculaire et la péritonéale, immédiatement au-dessus de la prostate. La fistule gauche a un trajet direct, et la muqueuse y a presque entièrement disparu; mais celle du côté droit se dirige obliquement en bas, et la muqueuse vésicale la tapisse jusqu'au foyer. Là cette membrane cesse brusquement après un trajet de quatre lignes; elle est noirâtre près du point où elle se termine.

L'abcès dont je viens de parler contient un verre au moins de pus blanc-verdâtre, assez épais, ayant une odeur d'urine putréfiée. Ses parois sont indurées, non friables; à leur surface elles sont noires et tapissées dans une assez grande étendue, surtout en bas, d'une pseudo-membrane assez facile à enlever, blanche, formée évidemment de pus concrefié et recouvrant une surface noire comme le reste. Cet abcès communique avec la cavité abdominale par une ouverture de six ou huit lignes transversalement, et de trois ou quatre d'avant en arrière. Par cette ouverture le pus se répandait dans le ventre, où on en trouva deux ou trois litres. Mais ce dernier était plus liquide, probablement en raison de la sécrétion du péritoine enflammé. Çà et là se trouvaient des pseudo-membranes molles et récentes.

Il y avait une infiltration gélatiniforme assez épaisse de la pie-mère.

Chez ce malade, l'invasion de la péritonite indique assez clairement l'époque où l'abcès s'ouvrit dans le péritoine; mais il n'est pas tout-à-fait aussi facile de remonter à l'époque de sa formation. Toutefois, elle était déjà assez éloignée quand l'individu mourut, car tout le démontre. Autour les tissus sont durs; ils ne sont pas infiltrés, enflammés, friables comme cela a lieu autour des dépôts de date récente; l'altération est au contraire très-bien limitée; les parois sont noires et lisses; du pus concrété à leur surface y forme une couche blanche, semblable à une fausse membrane. Cet abcès me paraît donc dater du moment où de violentes douleurs se firent sentir vers le rectum, et cela eut lieu un mois à peu près avant qu'on mît la sonde à demeure, deux mois avant la mort.

Des deux fistules, l'une, il est vrai, située presque vis-à-vis de l'orifice de l'urètre, était directe et n'offrait plus que quelques débris de muqueuse; mais l'autre se trouvait dans des conditions tout opposées; sa muqueuse était intacte jusqu'au foyer; sa direction oblique en bas et en arrière, ce qui serait inconciliable avec la supposition qu'elle aurait été produite par la sonde, de quelque manière qu'on la suppose

(1) Souvent au fond de ces larges poches, le tissu cellulaire qui sépare la muqueuse du péritoine s'épaissit et prend une structure fibreuse qui pourrait en imposer pour du tissu musculaire.

(2) Toutes mes observations ont été recueillies pendant un séjour de deux années à l'hospice de la vieillesse-hommes (Bicêtre). Je saisis cette occasion pour remercier MM. Murat et Prus, mes maîtres, pour toutes les bontés dont ils m'ont honoré.

---

qui, selon lui, est la science même de l'homme. Il s'est imaginé qu'il suffisait de substituer aux mots d'idéologie, de psychologie, de metaphysique, celui de physiologie du cerveau, pour anéantir tous les problèmes, toutes les questions, tous les faits compris sous ces dénominations, et qu'on peut en remontrer à Platon, à Descartes, à Leibnitz, à Locke, à Kant et à tous les philosophes du monde, quand on a la preuve qu'on ne pense pas sans tête. Aussi est-ce merveille de voir avec quelle superiorité il traite ces pauvres philosophes qui se sont permis de parler de l'intelligence humaine sans connaître le cerveau!

La phrénologie ne nous a jamais paru digne d'une discussion sérieuse. Comme système psychologique, c'est une conception contradictoire; comme théorie anatomico-physiologique, c'est une hypothèse complétement dénuée de preuves. C'est un thème à la mode sur lequel on peut jeter quelque vernis de science et de philosophie, mais qui, pour les penseurs et les esprits sérieux, n'a aucun véritable caractère scientifique. Les charlatans s'en sont déjà emparés et l'exploitent, comme jadis les tireurs d'horoscope exploitaient l'astrologie. Parmi ses partisans, il n'en est pas un, excepté M. Broussais, dont le nom ait quelque autorité. Il est notamment remarquable qu'aucun des zoologistes français de ce siècle, qui ont si profondément étudié l'organisation des êtres vivans et la haute physiologie, ne s'en soit occupé. Cuvier n'en a jamais parlé qu'avec dédain. MM. de Blainville, Geoffroy Saint-Hilaire, Serres, Flourens, Magendie, Dumeril, Dutrochet, tous les physiologistes enfin, dont le nom est connu en Europe, y sont restés étrangers. En Angleterre, il en est de même; sauf M. G. Combes, homme d'esprit et de talent, qui est dans ce pays le champion officiel de la phrénologie comme M. Broussais en France, on ne trouverait personne à citer. En Allemagne, berceau de l'organologie, cette prétendue science n'est guère connue que de nom. Les grands anatomistes et physiologistes contemporains, les Rudolphi, les Treviranus, les Meckel, les Carus, les Tiedemann, etc., dont les doctrines sont l'expression la plus haute et la plus avancée de la science de notre époque, n'en disent rien. Partout enfin, en Europe, ce qu'on appelle phrénologie est relégué dans les regions inférieures de la science et du monde savant; partout cette étude est livrée à l'exploitation du charlatanisme.

La phrénologie de M. Broussais ne diffère en rien de cette phrénologie courante qui se trouve partout. Elle n'est ni plus profonde, ni plus savante, ni plus ingénieuse. C'est une reproduction insipide de tout ce que Gall et Spurzheim, et leurs disciples, ont répété à satiété. Ce cours, à en juger par les deux premières leçons, n'offrira donc rien de bien original quant aux idées; et quant à la forme, sauf les saillies de l'irritabilité polémique du professeur, qui sont quelquefois amusantes, elle est de la dernière vulgarité. Toutes les fois que M. Broussais, sortant des grosses et palpables déterminations anatomiques, aborde les faits métaphysiques, dont, quoiqu'il dise et qu'il fasse, il ne peut se débarrasser, son langage devient à peu près inintelligible, parce qu'il ne se comprend pas lui-même et ne connaît pas suffisamment le sens des mots qu'il prononce. Il est évident que ces recherches abstraites dépassent la sphère habituelle de ses études. Les phénomènes intellectuels, rationels et moraux lui échappent de tous côté, par leur tenuité, leur complication et leur délicatesse; il ne sait ni les observer ni les décrire, ni les démêler. Il a beau dire que tout se réduit à des faits sensibles, et qu'il ne fait que de la physiologie, il est obligé d'emprunter la langue des philosophes, car la physiologie n'en a pas trouvé et n'en trouvera jamais d'autre. Les mots de liberté, moralité, penchant, instinct, passion, sentiment, facultés, intelligence, volonté, désir, attention, conscience, jugement,

avoir agi, que ce soit lentement ou bien tout à coup au moment d'une introduction trop brusque. Et à ce sujet remarquons que l'urètre de cet homme était très-libre ; il se sondait, il est vrai, lui-même, mais y était très-habitué et le faisait toujours avec facilité.

En résumé, je crois que ces deux perforations, que l'une au moins était spontanée, et qu'elle avait lieu au fond d'une cellule, comme il en existait tant d'autres même sur la paroi antérieure. Si cependant le lecteur pensait encore que le séjour de la sonde pendant un mois dans l'urètre pût expliquer les deux perforations que nous venons de voir, voici une observation où ce séjour fut bien moins prolongé.

Obs. II. — Le nommé Béguin, âgé de 53 ans, entra à la salle de chirurgie le 16 septembre 1834, pour une rétention d'urine de cause traumatique.

Il nous dit qu'il y a environ deux ans, il tomba sur le périnée, et qu'à la suite de cette chute il avait uriné du sang. Il se forma en outre dans cette région un dépôt qu'on fut obligé d'ouvrir et par lequel il sortit encore du sang. On mit une sonde élastique à demeure et la guérison s'opéra. Plus tard il survint de la difficulté d'uriner, et, des fistules s'étant établies au périnée, Dupuytren, qui traita cet homme, lui mit des bougies, puis des sondes à demeure. Dès que le cours des urines fut rétabli, Béguin sortit de l'Hôtel-Dieu avant que ses fistules fussent parfaitement cicatrisées, et parvint à se faire admettre à l'hospice de Bicêtre.

A son entrée à la salle de chirurgie, il portait au milieu du périnée deux fistules, une de chaque côté du raphé. Un troisième orifice fistuleux existait sur le côté droit du scrotum, un quatrième situé plus en arrière présentait des végétations livides. Non loin de ce dernier, mais de l'autre côté du raphé s'en trouvait un cinquième ; enfin il y en avait un sixième de ce même côté gauche près de la racine de la verge.

Sous tous les autres rapports Béguin se portait bien, et il avait un ferme désir de se débarrasser de son incommodité ; car presque toute son urine sortait par les fistules, très-peu par l'urètre. Avec une bougie on parvenait facilement jusqu'au bulbe ; mais là impossible d'outrepasser, si petit que fût l'instrument. Comme le malade savait se sonder, on lui donna une bougie, et chaque jour il réitérait ses tentatives. Il gagna peu à peu du chemin : et si parfois il survenait un peu d'irritation, il suffisait de donner quelques bains entiers, des boissons émulsionnées, et de cesser le cathétérisme pour faire disparaître les accidens.

Cependant, le 12 novembre, ennuyé de ce qu'on ne pouvait pénétrer dans sa vessie, il demanda à sortir, prétextant des affaire ; et je sus qu'il se rendit à l'hôpital de la Pitié où l'on ne fut pas plus heureux. En conséquence il revint, le 11 décembre, à la salle de chirurgie de Bicêtre où l'on fit de nouvelles tentatives, et ce n'est que le 12 qu'on parvint dans sa vessie. On remplaça de suite la bougie par une sonde élastique très-fine et très-flexible qu'on laissa à demeure. Mais il y avait à peine six jours qu'il la portait, qu'il fut pris de tous les signes d'une entéro-colite intense avec douleur vers le bassin et ténesme du rectum. En même temps il rendit des matières d'odeur urineuse par cette voie, et mourut trois jours après l'invasion de ces accidens, c'est-à-dire, le 22 décembre 1834.

Autopsie. Inflammation de tout le conduit alimentaire, surtout du gros intestin. Quelques adhérences existent entre les organes du petit bassin, mais il n'y a aucun liquide dans le péritoine. Un peu au-dessus de la prostate, des adhérences intimes unissent le rectum et la vessie par leur face péritonéale.

La muqueuse de la vessie est enflammée, chagrinée et forme des éminences livides, couvertes de pellicules d'un gris jaunâtre qui se détachent facilement. Au-dessous la muqueuse existe encore ; et autour de la portion dénudée, se voit une espèce de relief extrêmement mince, ce qui me fait croire que la portion détachée est une portion d'épithélium altérée, épaissie.

La vessie est revenue sur elle-même ; et un peu au-dessus de l'intervalle qui sépare les orifices des uretères, on trouve entre la vessie et le rectum, très-adhérens en cet endroit, une communication de deux lignes de diamètre et de quatre lignes de longueur, tapissée par la muqueuse vésicale jusqu'à la paroi du rectum. Il y a une ligne d'intervalle entre la terminaison de cette membrane et la muqueuse de l'intestin. Un grand nombre de cellules d'égal diamètre, se trouvent dans cette vessie ; une entre autres, qui parvenait obliquement jusqu'au péritoine, avait au moins sept lignes de profondeur.

L'urètre, au niveau du ligament suspenseur de la verge, présente à sa paroi inférieure une érosion de la muqueuse, large d'une ligne et demie et longue d'un pouce (on avait laissé des bougies à demeure même lorsqu'elles ne pénétraient pas dans la vessie). Au niveau du bulbe qui a disparu se trouve un rétrécissement. Dans cet endroit la muqueuse est dure et épaissie, depuis sa portion prostatique exclusivement jusqu'à l'extrémité postérieure de l'ulcération dont je viens de parler. Le rétrécissement est formé par une cicatrice linéaire, transversale, occupant la paroi inférieure du canal, et aboutissant par chacune de ses extrémités à un orifice fistuleux assez large. Celui qui est à droite conduit directement à la fistule droite du périnée ; mais à son origine ce trajet donne un embranchement qui a décollé toute la peau de la bourse droite en arrière et latéralement, et s'ouvre au-dehors par les orifices que j'ai mentionnés sur cette partie au commencement de cette observation. Plus en devant ce doublement, après avoir formé un large cul-de-sac près de la racine de la verge, passe par-dessus cette racine, au-devant du pubis, et vient former du côté gauche un cul-de-sac opposé au précédent.

L'orifice existant à gauche de la cicatrice de l'urètre aboutit aussi directement à la fistule gauche du périnée, après avoir, comme le droit, fourni un embranchement qui conduit aux fistules du côté gauche du scrotum. Près de la racine postérieure des bourses, un trajet sous-cutané fait communiquer les clapiers du côté droit avec ceux du côté gauche.

Au milieu des circonstances intéressantes qu'offre cette observation, fixons notre attention sur celles qui ont un rapport direct avec le sujet qui nous occupe. Cet homme a, depuis deux ans, une difficulté très grande à rendre ses urines. Après des tentatives long-temps répétées et long-temps inutiles, une bougie parvient dans la vessie et est remplacée par une sonde. Six jours après des signes de gastro-entérite surviennent, accompagnés de douleurs intenses vers le bassin ; au bout de trois jours le malade expire, et à l'autopsie on trouve une fistule faisant communiquer la vessie avec le rectum. En admettant que cette fistule soit le résultat de la pression exercée par la sonde, il faudrait convenir qu'elle aurait eu tout au plus six jours pour se former. Or, je le demande, se peut-il qu'en si peu de temps, chez un homme jouissant d'une santé parfaite, une sonde aussi flexible ait perforé la vessie et le rectum ; que des adhérences solides se soient formées entre ces deux organes ; que cette fistule se soit organisée et revêtue d'une muqueuse dans toute son étendue ? non, cela est impossible, et cette assertion serait presque aussi difficile à soutenir qu'elle le serait relativement aux faits que je vais rapporter, où jamais on ne laissa de sonde à demeure. L'observation suivante est des plus curieuses sous plusieurs rapports.

Obs. III. — Un vieillard, nommé Joulot, âgé de 76 ans, fut pris il y a une dizaine d'années, pour la première fois, d'une rétention d'urine qui se dissipa au bout de peu de jours. Depuis ce temps, il éprouva deux ou trois fois le même accident, et toujours au mois de mai ; il ne l'a pas ressenti depuis trois ans. Le 15 mai 1834, la même maladie le fit entrer à l'infirmerie.

A son entrée, il avait une fièvre intense, des douleurs très-vives sur tout le trajet de l'urètre, et ne pouvait rendre ses urines, malgré qu'à chaque demi-heure il en eût des envies brûlantes. Cependant la sonde pénétrait avec la plus grande facilité dans la vessie, et heureusement, car il ne pouvait souffrir de sonde à demeure, et on était obligé d'avoir recours au cathétérisme toutes les trois heures. Dès l'entrée de ce malade, ses urines étaient rouges, et quelquefois même de petits caillots obstruaient l'algalie. Au milieu de ces cruelles souffrances, il survint du délire, que l'on combattit avec succès par les saignées ; mais ce moyen de traitement, pas plus que les tisanes émulsionnées, les bains de siége répétés, les cataplasmes sur l'hypogastre, n'améliora les urines, qui furent dans le même état pendant plus de deux semaines. On fit donc des injections avec de l'eau de guimauve dans la vessie ; et soit qu'elles eussent amené de l'amélioration, soit qu'il n'y eût qu'une simple coïncidence, dès lors le ténesme vésical devint moins violent, la couleur de l'urine moins foncée, son écoulement plus fa-

---

raison, idée, existent dans toutes les langues, parce que les faits qu'ils représentent existent dans l'esprit humain, et les faits désignés par ces mots sont la matière même de la science de l'homme moral, que M. Broussais appelle la phrénologie. Mais cette science est fort difficile, et ne s'apprend guère dans les camps, ni dans les hôpitaux. Elle suppose des études littéraires et classiques. Or, M. Broussais n'a jamais été en position de philosopher sérieusement et avec fruit. Ce n'est pas que la pente de son esprit ne soit portée à la spéculation, car tous ses travaux en médecine trahissent le goût des hypothèses et des systèmes ; mais cette tendance, assez forte pour dégénérer en manie, n'est pas pour cela une véritable aptitude ; il ressemble un peu à ces poètes :

Qui prennent pour génie une ardeur de rimer

Il se jette à corps perdu au milieu des problèmes qui ont exercé la sagacité des plus grands esprits, sans en connaître les premières données, sans se douter le moins du monde qu'il en ait été question avant lui. C'est merveille de voir avec quel aplomb il tranche, décide et conclut dans des matières qui lui sont à peu près aussi étrangères que l'hydrostatique.

Il a suffi à M. Broussais, pour devenir métaphysicien, psychologue, idéologue, moraliste, théologien (la phrénologie comprend toutes ces choses), de dire que tout cela n'était que de la physiologie. Il avait déjà établi cette règle dans le fameux livre de *l'irritation et de la folie.* Par ce seul changement de nom, il met la Sorbonne dans la Faculté de médecine. « Je voudrais, dit-il, dans un de ses anciens ouvrages (1), que les métaphysiciens ne s'occupassent jamais de la physiologie. » Par physiologie, il entend la recherche de l'origine des idées, l'histoire des sensations, des sentimens moraux, des faits volontaires, des passions, etc. Toutes ces questions sont, selon lui, des questions physiologiques réservées exclusivement aux médecins. Quant aux métaphysiciens, voici les objets dont il leur est permis de s'occuper. « L'art de raisonner considéré en lui-même, les religions, les lois, les coutumes, les mœurs, la diplomatie, les arts, la description et la classification des corps, la peinture de la nature, celle de la pensée dans l'écriture, dans le calcul ; la peinture de la pensée dans le style, celle des sensations dans les arts, dans la musique, dans les exercices du corps, tels que la danse et toutes les gymnastiques. Le domaine que je leur assigne, ajoute-t-il, doit suffire à leurs méditations. » Ceux qui prétendent que la presse n'est pas libre dans un pays où l'on imprime et où on enseigne publiquement ces belles choses, sont bien difficiles à contenter.

Nous n'entreprendrons pas d'examiner en détail les leçons de M. Broussais. Un volume ne suffirait pas pour en relever les erreurs, les contradictions, les bévues de toute sorte. Quelques journaux en ont promis des analyses, ce qui leur sera assez difficile s'ils ont la prétention de les traduire en une langue intelligible. Nous nous déchargeons volontiers de ce soin. La plupart de nos lecteurs habituels connaissent depuis long-temps *la philosophie de l'irritation*, et en fait de *phrénologie*, ils n'ont qu'à acheter pour 1 franc le tableau synoptique de M. Hottin pour en savoir tout ce qu'en sait et en enseigne l'illustre professeur. Nous nous bornerons à quelques indications générales sur les deux premières leçons.

Qu'est-ce que la phrénologie ? C'est la première question que s'est posée M. Broussais. M. Lelut dans un livre excellent, publié il y a peu de jours, a considéré la phrénologie comme un système de psychologie. M. Broussais repousse

(1) *Traité de physiologie appliquée à la pathologie.*

cile; enfin, à l'exception d'un petit dépôt qu'elle formait encore, tout rentra dans l'ordre.

Vers le 12 juin, des douleurs vives se firent sentir vers la fosse iliaque gauche, et bien que le malade me dit qu'il allait facilement à la selle, je recherchai par la percussion s'il n'y avait pas accumulation de matières fécales dans l'S iliaque du colon, et ne trouvai rien d'insolite. A peu près à la même époque, quand on introduisait une sonde dans la vessie pour y faire des injections et qu'on pressait sur l hypogastre, la matière puriforme sortait en plus grande quantite. Alorsaussi il survint vers l'anneau inguinal gauche une petite tumeur douloureuse et dure, qu'on fut tenté de prendre pour une portion d'épiploon herniée et etranglée; mais le peu d'efforts de reduction qu'on fit furent inutiles. (Cataplasmes, bains de siége.) Le gonflement augmenta rapidement; la rougeur devint plus vive, livide, et ces phénomènes envahirent le trajet du cordon et toute la partie gauche du scrotum. Le 17, fluctuation, crepitation au-dessous de l'anneau. On fit dans la tumeur une incision, par où s'echappèrent du pus verdâtre et des gaz d'odeur fetide. Au fond de l'incision, nous remarquâmes une espèce de tampon d'apparence fibreuse et de couleur blanche; c'etait le cordon spermatique.

Le malade s'affaissa rapidement. Le 18, il lâcha involontairement par le fondement une grande quantité de matières liquides verdâtres et d'une odeur très-forte, ce qui ne lui etait pas encore arrivé. Le scrotum est de plus en plus tendu et livide. (Riz, sirop de coing, mouchetures sur les bourses.) Le 19 au matin, Joulot était expirant; il succomba dans la journee.

Autopsie. Après avoir ouvert l'abdomen et soulevé la partie inférieure de sa paroi anterieure, nous vimes que la portion supérieure de l'S iliaque adherait à la paroi posterieure de la vessie. Ces adhérences rompues, nous rencontrâmes un grand foyer s'etendant transversalement depuis l'ouraque jusqu'à l'artère ombilicale gauche, et rempli de pus jaune, verdâtre et fetide. Ce foyer était situe sous le péritoine qui tapisse les faces postérieure et latérale de la vessie et la fossette inguinale interne. Cette portion du peritoine adhérait à l'S iliaque; mais cet intestin avait, dans le point correspondant au foyer, ses deux tuniques externes détruites par une ulceration de 7 lignes de diamètre, et il ne restait plus que la muqueuse, qui présentait elle-même au centre une ouverture de 2 lignes; d'où il suit que le foyer purulent communiquait avec la cavite de l'intestin. Aussi avons-nous trouve dans ce dernier des matières semblables à celles de l'abcès mêlées aux excremens. C'est un melange pareil que le malade a rendu par le fondement la veille de sa mort.

Une sonde introduite dans la vessie donna aussi écoulement à du pus comme celui du foyer; c'est pour cela qu'après avoir vide ce dernier, nous cherchâmes s'il n'y avait pas une communication: et au moyen d'une légère pression sur la vessie, nous vîmes sortir une partie de la matière qu elle contenait par une petite ouverture d'une ligne et demie de diamètre, située à un pouce du sommet de l'organe sur sa face laterale

La muqueuse vesicale avait une couleur ardoisée, mais n'était ni racornie ni ramollie. La musculeuse etait très épaisse Au niveau de la fistule, la paroi de la vessie etait comme percée avec un emporte-pièce. Non loin de là étaient d'autres trous qui se terminaient en culs-de-sacs et étaient tapisses par la muqueuse.

Enfin, nous cherchâmes la communication qui existait entre le foyer et l'abcès de l aine, et en introduisant un stylet dans ce dernier, l'instrument longeait la face interne du cordon, puis pénétrait directement dans l'abcès de la fosse iliaque par une ouverture fistuleuse correspondant au sommet de la fossette inguinale interne. L'abcès extérieur s'étendait sur la face antérieure du cordon jusqu'à son extrémité inférieure; les tuniques du scrotum semblaient infiltrées de pus concrété. Le cordon était tumefie, ramolli et comme macéré. La membrane blanche qui l'enveloppait était son enveloppe fibreuse.

Ce fait est un des premiers de ce genre que j'aie recueillis: j'en ai transcrit l'exposé tel que je l'ai rédigé à une époque où je n'avais aucune idée particulière sur ce sujet, où par conséquent j'étais à l'abri de toute prévention; et cependant, comme tout vient corroborer l'opinion que je me suis faite plus tard de ces perforations! Le malade a été plusieurs fois sujet à des rétentions d'urine; je ne sais si on lui mit une sonde à demeure, mais il y a trois ans qu'il urine librement. Il est pris d'hématurie avec ischurie et douleurs violentes, qui ne permettent pas de lui laisser une sonde dans l'urètre; mais son canal est très-large, et on lui pratique le cathétérisme chaque fois que cela est nécessaire. Au bout d'un temps assez long tous ces accidens se dissipent. Il y avait déjà une dixaine de jours qu'il se félicitait de son retour à la santé, et voilà que des douleurs se font sentir dans la fosse iliaque gauche. Une tumeur se forme à l'aîne, et bientôt s'y manifestent de la fluctuation, de la crépitation, de la gangrène, en un mot tous les signes d'un abcès urineux. Une infiltration de matières stercorales aurait pu seule donner le change; mais aucun trouble n'existait de ce côté, et ce n'est que la veille de sa mort que ce malade fut pris d'une diarrhée subite, et qu'il rendit par l'anus une grande quantité de matières semblables à celles du foyer, tandis que du côté de la vessie le dépôt purulent était devenu plus abondant dès l'apparition des douleurs iliaques. Tout indique donc que c'est dans la perforation de la vessie qu'il faut chercher le début du mal; et l'autopsie confirme cette idée, puisque c'est entre ses tuniques musculaire et péritonéale que siége l'abcès, et que c'est évidemment de dehors en dedans que marcha la perforation de l'intestin. Notons bien la position de la fistule vésicale, qui est près du sommet et sur la face latérale de la vessie, pour ainsi dire hors de la portée du bec d'une sonde; notons encore la manière dont je l'ai décrite : *elle était faite comme avec un emporte pièce*. Je n'ai pas dit que la muqueuse le tapissât, car mon attention n'étant pas éveillée sur ce point, je ne l'y ai pas même cherchée; mais j'ai eu soin de dire qu'il existait près de là d'autres trous qui, terminés en cul-de-sac, étaient tapissés par cette membrane.

Cette observation, lorsque je la recueillis, me frappa vivement; et c'est en réfléchissant sur l'ensemble des circonstances qu'elle présente que je fus amené à une supposition que d'autres faits ne tardèrent pas à convertir en certitude: tant il est vrai qu'en observant la nature avec soin et en méditant sur ses actes, on arrive presque infailliblement à la vérité.

Obs. IV. — Veysserins, âgé de 51 ans, tailleur d'habits, d'une constitution éminemment lymphatique, avait pendant sa jeunesse abusé de la masturbation et contracté plusieurs maladies vénériennes. Il y a deux ans, à la suite d'une vive altercation, il fut pris d'une amaurose subite qui se dissipa un peu avec le temps; mais à partir de cette epoque ses membres inferieurs devinrent faibles, tremblans; souvent il urinait involontairement et plusieurs fois il avait eu un hoquet opiniâtre. C'est le retour de cet accident qui le fit entrer dans le service de M. Prus, le 29 janvier 1835.

Antispasmodiques, sangsues, saignées, tout fut à peu près inutile contre son hoquet, qui fut même accompagné de vomissemens noirs comme ceux du cancer de l'estomac. Cependant au bout de huit jours ces symptômes se calmèrent, mais l'incontinence d'urine reparut.

Le 20 fevrier, retour du hoquet et en même temps de la rétention d'urine, ce qui me força à sonder ce malade deux ou trois fois. La portion membraneuse de l urètre etait très-étroite, et dès que je l'eus dépassee les urines jaillirent. Comme aucun des moyens mis en usage contre le hoquet ne reussissait et qu'il y avait une faiblesse extrême des membres inferieurs, on rechercha s'il n'y avait rien sur le trajet de la colonne vertebrale; et sur notre demande Veysserins accusa un peu de douleur entre les omoplates. (Deux cautères en cet endroit.) Amendement. Mais l'incontinence d'urine revint, et bientôt se manifestèrent des escarres au sacrum, du délire, des douleurs dans les membres, de la contracture de la jambe droite, une incontinence de matières fécales. Enfin la mort survint le 24 mars.

Autopsie. Ramollissement de la pointe antérieure de l'hémisphère gauche du cerveau; kyste à parois lisses et rempli d'une substance semi-liquide jaunâtre dans le corps strié droit. Aucune lésion bien sensible de la moelle epinière.

Tubercules dans les poumons; cœur peu volumineux.

---

cette définition avec une sorte d'horreur Selon lui, le mot de psychologie ne doit pas être prononcé dans l amphithéâtre de l'école de médecine. La phrénologie, dit-il, n'est pas une psychologie; c'est la *physiologie du cerveau.* Les définitions étant libres, on ne peut pas chicaner à la rigueur sur celle-ci. Nous observerons seulement que M. Lelut entend mieux le grec que M. Broussais, car *phrénologie* et *psycologie* sont à peu près synonymes, et signifient egalement *discours sur l'âme, sur l esprit.* Le nom même de cette pretendue science implique dejà une contradiction. Les mots cranologie, organologie, valaient mieux. Nous proposons, quoique indignes, le mot *encéphalogie*, qui a l'avantage de ne pas faire intervenir l'esprit dans une science dont l'esprit est formellement exclu, et d'énoncer sans équivoque son seul et unique objet, l'étude du cerveau.

Après cette definition qui semblait placer la question sur le solide terrain de l'anatomie et de la physiologie, M. Broussais s'est brusquement lancé dans les ténèbres de la metaphysique; il a laisse decôté ses quatre bustes en carton et en plâtre, et s'est mis à parler de Platon, d'Aristote, de Descartes, de Kant, de Locke, de Reid, de Condillac: il a passé en revue toute la philosophie ancienne et moderne. Dans la suite de son cours, M. Broussais dira sans doute des choses fort extraordinaires, mais il est impossible qu'il depasse cette étonnante digression historique et critique de la philosophie. Imaginez-vous, par exemple, un homme de talent et d'esprit si vous voulez, mais qui, sans études passables, enseignerait l'astronomie! qui appliquerait au hasard les mots techniques de cette science, tels que parallaxe, aberration, nutation, neoménie, latitude, ascension, ecliptique, précession, refraction, solstices, apsides, syzigies, aires, etc...; qui citerait Eratosthène, Hipparque, Ptolemee, Ticho-Brahe, Kepler, Copernic, sur des ouï-dire; qui critiquerait Newton, Herschell, Laplace, sans les avoir lus ni les entendre. Tel est, à peu de choses près, M. Broussais dans ses expositions critiques des philosophes. Suffit-il d'avoir disséqué quelques cerveaux, pour se croire en droit de traiter de haut en bas les plus grands esprits qui aient paru dans le monde? Parce que vous croyez, sans preuves, que le crâne contient vingt-sept à trente organes distincts au lieu d'un seul, serez-vous en état de comprendre et de juger la theorie platonicienne *des idées?* Parce que vous voyez l'enfant saisir en naissant le mamelon, et le chevreau brouter le cytise, serez-vous autorisé à faire le brave avec Aristote sur son axiôme que *toutes les idées viennent des sens*, en l'entendant absurdement au sens de Condillac; et en serez-vous quitte avec le péripatetisme, c'est-à-dire avec une doctrine si vaste et si profonde que l'esprit humain y est encore plongé tout entier? Parce que vous avez entendu dire que Descartes plaçait l ame dans la glande pinéale, sur la selle turcique, en saurez-vous assez pour conclure que Descartes, pas plus qu'Aristote et Platon, n'entendait et ne pouvait rien entendre à la physiologie intellectuelle? Et la philosophie allemande, pensez-vous qu'on en soit débarrasse avec quelques vagues et niais reproches d'abstraction, d'ontologie, et autres mots de ce genre, dont on ne connait même pas peut-être la signification? De ce que Gall aura révélé au monde cette profonde vérité, que les hommes, comme les animaux, naissent avec des dispositions particulières, et differentes en degre dans chaque individu, vieux lieu commun de morale donné aujourd'hui comme une grande découverte philosophique, trancherez-vous du professeur avec Locke, avec Condillac et autres partisans de la *table rase?*.

Ce qu'il y a de plus merveilleux après l'assurance du professeur, c'est la bonne foi naïve de l'auditoire. Nous n'aurions jamais cru que dans la patrie de Descartes, dans un pays renommé pour son intelligence philosophique, un pareil en-

Rien dans le canal digestif.

L'hypogastre était le siége d'une péritonite partielle. Une poche formée en haut et en arrière par des circonvolutions intestinales, en bas par le sommet de la vessie, en avant par le grand épiploon, contenait un quart de litre de pus blanc-verdâtre. Le péritoine de la vessie passait derrière l'abcès, puis bientôt cessait par suite de sa destruction. C'est ainsi que le pus se trouvait en contact avec la membrane charnue de la vessie et les circonvolutions intestinales.

La vessie contenait du pus semblable au précédent, et cependant sa muqueuse était pâle, excepte en arrière, où elle avait une teinte rosée. Y avait-il communication entre la vessie et le foyer? Je la recherchai vainement; seulement je vis un trajet fistuleux long de cinq à six lignes, tapissé par une espèce de muqueuse très-fine, et qui, partant du foyer, venait aboutir tout près de la muqueuse vésicale à l'endroit même où portait mon incision. Près de l'uretère gauche, une des nombreuses cellules qui se trouvaient dans cette vessie se dirigeait obliquement en bas et conduisait dans un abcès du volume d'une amande, situé sous le péritoine qui dans cet endroit n'offrait qu'un peu de rougeur. Cet abcès était plein de pus, et une autre cellule venait y aboutir.

La portion membraneuse de l'urètre, très-étroite, était tapissée par une muqueuse très-saine.

Je ne m'arrêterai pas à rechercher si le hoquet était symptomatique de la péritonite ou de l'affection des centres nerveux; mais il nous importe un peu plus de savoir de quelle nature était l'incontinence d'urine. Si pendant la vie de cet homme nous eussions examiné sa vessie par les divers moyens d'exploration, nous saurions à quoi nous en tenir sur ce point, tandis que nous en sommes réduits aux conjectures. Pour moi, je pense qu'il urinait par regorgement; et je me fonde d'abord sur ce que la vessie n'était pas rapetissée comme elle l'est ordinairement chez ceux qui ont une incontinence d'urine proprement dite, et qu'on y trouvait un grand nombre de cellules. En second lieu, parfois les urines ne pouvaient être rendues. Ne serait-il pas plus difficile d'admettre que les faisceaux musculaires qui environnent la portion membraneuse de l'urètre sont tantôt trop relâchés et tantôt trop contractés, que de croire que la vessie participait à la faiblesse des membres inférieurs; que dans son état ordinaire le liquide qu'elle renferme en sortait par regorgement, et que cette fonction ne pouvait s'accomplir dès qu'un trouble quelconque survenant, les faisceaux musculaires dont je viens de parler participaient tant soit peu à l'éréthisme général?

Quoi qu'il en soit, on ne peut dire que, dans cette observation, c'est la sonde qui a produit la perforation ou plutôt les perforations, car je ne doute pas qu'il n'y en ait eu deux. L'une ne peut offrir d'incertitude pour personne; l'autre ne m'en laisse pas et voici pourquoi. L'abcès était en contact avec la tunique charnue de la vessie. Ces deux cavités étaient remplies d'un pus semblable, bien que la muqueuse de celle-ci fût sans inflammation. Un trajet fistuleux, long de 5 à 6 lignes, tapissé par une muqueuse très-fine, venait du foyer aboutir tout près de la muqueuse vésicale; et comme mon incision était tombée juste en cet endroit, il est probable qu'elle avait intéressé la continuité qui existait entre la membrane interne de la vessie et celle du trajet fistuleux.

Obs. V. — J'eus occasion de faire, avec mon collègue et ami M. Florimont, l'autopsie d'un vieillard de 74 ans, nommé Marie Nicolas, mort à la salle de chirurgie le 18 décembre 1835.

Cet homme n'a pas eu de rétention d'urine au moins depuis dix mois; car à partir de cette époque il a eu une incontinence qui le forçait à porter constamment dans son pantalon une poche destinée à recevoir les urines qu'il perdait involontairement. A l'infirmerie son incontinence persista, et il n'eut jamais de sonde à demeure. Il y avait déjà quelque temps, lorsqu'il mourut, que ses urines étaient devenues troubles et purulentes.

Avant d'ouvrir la vessie, nous vîmes à sa face postérieure plusieurs poches saillantes du côté de l'abdomen, notamment une existant inférieurement, et une autre latérale qui se trouvait sur la paroi gauche du petit bassin. La première, qui aurait pu contenir une pomme de moyenne grosseur, formée par le péritoine seulement, était remplie de pus, et communiquait avec la vessie par une ouverture très-étroite et pourvue d'une muqueuse. J'en dirai autant de la seconde. En outre, plusieurs autres ouvertures semblables conduisaient dans de petits foyers purulens dont quelques-uns semblaient encore avoir le fond renforcé par une couche mince de tissu musculaire. D'autres étaient encore tapissées par la muqueuse qui paraissait être le siége de la sécrétion puriforme.

La portion prostatique de l'urètre était entièrement désorganisée et en suppuration. Un abcès avait disséqué en arrière la membrane propre de la prostate, s'ouvrait dans l'urètre, et remontait jusqu'entre les tuniques de la vessie; mais je ne pus découvrir de communication avec ceux que j'ai décrits dans l'épaisseur de cet organe; la glande était évidemment le point d'origine de cet abcès.

Mais on pourrait croire que tous ces abcès, que je regarde comme consécutifs à une perforation de la muqueuse des cellules vésicales, sont au contraire cause de la perforation après s'être formés entre les diverses tuniques de la vessie. A cela je répondrai d'abord que je n'ai jamais vu d'abcès de ce genre qui ne communiquât avec la vessie; qu'ensuite, si l'on consulte les auteurs, on verra combien il est facile de rapporter aux abcès que je décris ceux qu'ils disent avoir observés. Beaucoup, suivant eux, s'ouvrent dans la vessie; et nulle part on ne trouve décrite d'une manière exacte la forme de cette ouverture; nulle part on ne dit si la muqueuse s'y continuait, chose si essentielle à savoir pour juger si la perforation s'est faite de dehors en dedans, ou de dedans en dehors. Dans d'autres cas ils n'ont pas trouvé d'ouverture; mais l'ont-ils assez cherchée? Elle est ordinairement si petite, que du côté de l'abcès il est difficile de la voir. Elle est, j'en conviens, plus visible du côté de la vessie; mais elle ressemble tellement aux autres cellules qui se rencontrent presque toujours en grand nombre dans les vessies affectées de ces perforations, que ces dernières pourraient échapper aux recherches si l'on n'introduisait un stylet émoussé dans chacun de ces culs-de-sacs, jusqu'à ce qu'on ait trouvé celui qui communique avec l'abcès. Le mieux est certainement d'insuffler la vessie en place ou d'y injecter un liquide; de cette manière il est presque impossible de ne pas trouver la communication. Enfin, je l'avoue, on a vu des abcès où cette communication n'existait pas; mais ils sont très-rares. Chopart commence par convenir de leur rareté, et n'en cite que deux exemples. Boyer fait le même aveu, et n'ajoute aux deux observations de Chopart qu'une troisième d'Helwig, où l'abcès, formé dans les tuniques de la vessie à la suite d'un coup porté sur l'abdomen, s'ouvrit dans cette cavité au bout de onze mois. D'ailleurs, n'oublions pas que ces abcès étaient accompagnés de phénomènes que nous n'avons presentés dans les observations précédentes; et qui ne se sont pas rencontré cette mollesse de la muqueuse vésicale signalée par Chopart dans les cas qu'il rapporte; et de plus, l'analogie n'indique-t-elle pas combien ces abcès circonscrits doivent être rares? Combien ne le sont ils pas dans l'épaisseur de tous les organes creux, de l'estomac, des intestins, etc.; et comment expliquerait-on leur fréquence dans les parois de la vessie, si tels étaient ceux que je décris comme consécutifs à une perforation?

Par les faits que j'ai rapportés et les réflexions qui les suivent, j'ai cherché à démontrer qu'il existe des perforations qui, quoique ayant le diamètre d'une sonde, quoique étant survenues après un emploi plus

---

seignement pût être accepté et applaudi. Mais il faut qu'il y ait des exemples de tout, dit Pascal. Il est juste de remarquer aussi que l'autorité, la célébrité et la popularité du professeur expliquent en grande partie cet empressement. Les jeunes gens qui viennent s'étouffer à ses leçons sont presque tous des élèves en médecine, qui ne savent de la phrénologie que ce qu'ils peuvent en voir dans la boutique de M. Guy; qui en philosophie n'ont guère appris que quelques mots indispensables dans les examens du baccalauréat ès-lettres; leur esprit est droit, mais il manque d'une bonne direction première. Disposés par leurs études médicales à tout ramener à des conceptions et à des images physiques, accoutumés aux méthodes et au langage des sciences naturelles, et à l'observation des phénomènes matériels, la phrénologie, qui prétend ne s'appuyer que sur des considérations anatomiques et physiologiques, est une philosophie tout-à-fait de leur goût; ils sont bien aises d'apprendre de la bouche de M. Broussais que la science de l'homme intellectuel et moral n'est que la science de l'homme physique, et que pour connaître l'esprit humain il suffit de connaître le cerveau. Au fond pourtant il n'en est rien, car les mots ne changent pas la nature des faits; en dépit du mensonge du langage, le professeur ne peut faire un pas sans sortir des déterminations anatomiques et physiologiques et s'engager dans la psychologie. Ses deux premières leçons, consacrées en grande partie à l'examen des systèmes philosophiques, ont été purement métaphysiques. Mais l'étiquette subsiste, on sait que tout cela n'est que de la phrénologie, de la physiologie du cerveau, ce qui suffit pour le faire admettre, malgré que le plus souvent on n'y comprenne pas un mot. M. Broussais lui-même est si bien la dupe de sa phraséologie, qu'il a enseigné inintelligiblement pendant trois heures, qu'il le sache ou non, une science dont il ne voudrait pas prononcer le nom dans un amphithéâtre médical, de peur de faire crouler les murs.

Dans la seconde leçon, M. Broussais s'est livré à une très-longue exposition du développement graduel de l'intelligence dans le fœtus, dans l'enfance et dans l'âge adulte, chez l'homme et dans l'échelle animale. Il n'a fait que répéter, avec les formes les plus communes, ce qui se trouve partout depuis Buffon, dans tous les traités et manuels de physiologie et d'histoire naturelle. Comme de coutume, il a pris souvent des hypothèses pour des faits. Il a essayé aussi une classification des facultés qu'il a opposée à celles de plusieurs philosophes, et en particulier de ceux du dix-huitième siècle. Dans ces digressions, l'obscurité est devenue souvent si épaisse, qu'on n'y distinguait plus absolument rien. Reid, Descartes, Berkeley, La Romiguière ont été mis en scène, ou du moins des lambeaux de leurs théories, rapprochés, confondus au hasard, estropiés, dénaturés de la manière la plus cruelle. Nous souhaitons vivement que M. Broussais entre enfin dans la véritable phrénologie, c'est-à-dire dans l'énumération des vingt-sept organes de Gall ou des trente-cinq de Spurzheim, à son choix, si bien dessinés sur les plâtres de M. Dumoutier, si invisibles sur la nature; il y sera plus à son aise que dans ces régions métaphysiques où il ne sait où appuyer le pied. Qu'il nous parle du cerveau, des circonvolutions, des commissures, des fibres divergentes et convergentes, puisqu'il s'agit de physiologie et d'anatomie; mais qu'il laisse tranquille une fois pour toutes Platon et ses *idées*, Aristote et sa logique, Descartes et son *cogito*, et les Allemands, et les Anglais, et les Ecossais, car ce n'est pas là son affaire.

Nous ne reviendrons sur ce cours, si nous y revenons, que le plus tard possible, pour ne pas abuser de la patience de nos lecteurs.

— Le cours de M. Broussais vient d'être interrompu par ordre. Nous en ignorons les raisons.

nu moios prolongé de cet instrument, n'en sont pas moins spontanées. Cependant, comme l'opinion qu'elles en sont le résultat est, si je ne me trompe, de tous les préjugés que j'aurai à combattre, le plus difficile à vaincre (1), je vais revenir un instant sur ce sujet, et exposer d'une manière générale en quoi diffèrent ces perforations spontanées de celles que produirait une sonde; car je suis loin de prétendre que les sondes ne puissent amener ce fâcheux accident : tout ce que je soutiens, c'est qu'elles le produisent beaucoup plus rarement qu'on ne le croit généralement.

Les premières siégeot assez souvent dans une vessie saine ou presque saine, et peuvent occuper tous les points de l'organe; les autres se trouvent toujours dans un lieu déterminé; en arrière, si c'est une sonde en gomme élastique qui est restée en place; en avant, si c'est une sonde courbe. Elles sont ordinairement environoées d'une vive inflammation qui s'étend plus ou moins loin du point de contact de l'instrument.

Les premières sont quelquefois très-obliques entre les parois de la vessie, les autres toujours directes.

Les perforations spontanées sont ordinairement tapissées par une muqueuse continue avec celle de la vessie, et s'étendant jusque près de l'abcès, où elle cesse brusquement; les secondes, succédant à la chute d'une escarre, auraient besoin, pour se revêtir d'une muqueuse, que le malade vécût beaucoup plus long temps que ne le permettraient, dans la grande majorité des cas, les désordres auxquels elles donnent lieu.

Enfin, les premières se sont souvent produites après un séjour de trois, six, huit, dix jours d'uoe sonde dans la vessie; quelquefois même, comme dans mes troisième, quatrième et cinquième observations, sans qu'une algalie y ait été laissée à demeure; les autres, au contraire, nécessitent un temps beaucoup plus long. J'ai vu des malades porter une sonde élastique peodant plus d'une anoée sans que cet accident se manifestât. J'en ai vu un entre autres qui, soupçonné de se livrer à la masturbation, ayant sa sonde en place et craignant que, si elle venait à sortir, elle n'aggravât les soupçons, enfonçait lui-même cet instrument jusqu'à ce qu'il fût arrêté par les parois de la vessie, au point que quelquefois il déterminait un écoulement de sang. Je n'assistai pas à l'autopsie de cet homme; mais, dans tous les cas, un temps si long n'est-il pas digne de remarque? Un de nos plus célèbres chirurgiens range parmi les accidens qui peuvent survenir pendant le séjour des sondes élastiques dans l'urètre, « la perforation des parois de » la vessie dans le point où elles sont continuellement pressées par » l'extrémité de la sonde, accident dont la mort est l'effet inévitable, » qui paraît arriver plus fréquemment chez les vieillards que chez les » hommes dans la force de l'âge, et qui n'a peut-être jamais lieu que » parce que la sonde a été tenue trop enfoncée dans la vessie. (Dict. en » 25 vol., t. VII, p. 23.) » Quoique observant dans un hospice de vieillards, je ne me rappelle pas avoir vu de fait que je croie aujourd'hui devoir rapporter à ce genre d'accident. Je suis cependant loin de vouloir en nier la possibilité; car j'ai vu parfois des ulcérations qui résultaient évidemment du contact de ces instrumens; mais c'était encore au bout d'un temps assez long, excepté dans le seul cas que voici, où l'état général du malade rend parfaitement compte du phénomène. Qu'on remarque bien l'état de l'urètre.

Obs. VI. — Adine, âgé de 82 ans, entra à la salle de chirurgie le 30 janvier, 1835. Pendant tout le cours de fevrier, il ne présenta rien d'assez grave pour exciter l'attention; mais au commencement de mars il fut pris, sans cause connue, d'une adynamie et d'une prostration extrêmes. La vessie cessa de remplir ses fonctions et se laissa distendre par les urines qui ne sortaient que par regorgement; aussi fut-on obligé, vers le 14 mars, de lui laisser une sonde élastique dans le canal. Mais dès-lors les urines devinrent boueuses et fétides; les symptômes adynamiques marchèrent avec une nouvelle intensité, et le malade s'éteignit le 19. Il y avait au plus six jours qu'il portait sa sonde.

Autopsie. Le col vésical fut trouvé à l'état normal, ainsi que la prostate; mais presque toute la muqueuse de la paroi inférieure de l'urètre était ulcérée; il n'y en avait que çà et là quelques portions très-petites qui fussent conservées. Celle de la partie membraneuse n'avait pas été épargnée; celle de la partie prostatique l'était un peu plus. Au niveau du ligament suspenseur de la verge, l'ulcération envahissait toute l'épaisseur de la paroi inférieure de l'urètre.

Du côté du ventre la sonde soulevait la paroi postérienre de la vessie; la pression avait lieu un peu en dedans de l'orifice de l'uretère droit; en ce point la muqueuse était détruite; la musculeuse, encore intacte, était repoussée par la sonde de manière à former un petit infundibulum à orifice très-évasé comparativement à sa profondeur; il ne ressemblait en rien aux espèces d'alvéoles qui existent chez les sujets affectés de dysurie. Autour et dans le bas-fond la muqueuse était noirâtre. La vessie ne contenait qu'un peu d'urine purulente.

La rate était le siége d'une altération singulière : sur sa face externe, immédiatement au dessous de son enveloppe fibreuse, se trouvaient des portions de son tissu qui avaient une couleur absolument jaune comme de la cire. Ces portions s'étendaient irrégulièrement à des profondeurs variant d'un demi-pouce à un pouce et demi. Là, cette couleur cessait brusquement sans nuances intermédiaires, et le tissu de la rate reprenait sa couleur normale. La consistance de ces tissus n'offrait pas de différence. Plusieurs personnes à qui je montrai cette pièce regardèrent la couleur jaune comme résultant d'une infiltration purulente. Ne seraient-ce pas des faits de ce genre qui auraient porté Laënnec à admettre que la cirrhose peut se rencontrer dans tous les organes? J'ai remarqué depuis, sur un rein présenté à la Société anatomique une altération à peu près semblable, seulement de couleur un peu plus pâle.

Cbopart cite un cas d'ulcération du genre de celles doot nous nous occupons en ce moment, et qui doit nécessairement trouver place ici. Il rapporte qu'un homme n'ayant pu être sondé qu'avec une sonde métallique, courbe, à long bec, on fut obligé de la fixer à la verge. « Pendant six semaines qu'il la porta, il se plaignit de douleurs au-dessus » du pubis, desquelles il était soulagé quand on la retirait pour la nétoyer... Les parois de la vessie furent trouvées très-épaisses, excepté » la partie moyenne de sa face antérieure, qui était *allongée*, amincie, » et où il y avait une tache livide, noirâtre, comme une escarre gangréneuse, et qui se rompit facilement. Les vaisseaux sanguins » étaient très-apparens dans la circonférence de cette partie, qui était » enflammée. Ayant vu que le bout de la même sonde placée dans la » vessie correspondait à cet endroit, nous avons pensé qu'elle était » cause de la douleur et de l'inflammation gangréneuse de cette partie. » *Les malades*, ajoute l'auteur, *ne sont plus exposés à cet accident » depuis l'heureuse invention des sondes de gomme élastique.* » (Traité des maladies des voies urinaires, t. 2, p. 126.)

Je ne citerai pas d'exemple de perforation de la vessie par une sonde, parce que je n'en ai pas trouvé de bien décrit dans les auteurs; mais les deux faits précédens (Voyez en outre ma septième observation) suffiront pour donner une idée des caractères anatomiques que ces sortes de perforations doivent présenter. Toutefois, faisons encore une remarque : c'est que, pour effectuer une lésion de ce genre, il ne suffit pas que la sonde reste long-temps en contact avec la paroi vésicale, il faut encore que le contact se fasse long-temps au même point. Or, c'est une condition qui se rencontre rarement; car, outre qu'on change de temps en temps la sonde et qu'elle se dérange assez souvent, il ne faut pas oublier qu'à moins qu'on ne laisse cette sonde ouverte, la vessie se distend à mesure que l'urine arrive, et que le point de contact doit changer à mesure que cette distension s'opère.

Il me reste maintenant à répondre à une dernière objection. Ne pourrait-il pas arriver qu'au moment où l'on introduit la sonde, son bec s'engageant dans une alvéole n'en perforât le fond et produisît ainsi une fistule tapissée par la muqueuse dans presque toute son étendue? Je crois que cela pourrait arriver, mais rarement; et voici pourquoi : le bec de la sonde n'est pas dirigé directement sur la paroi postérieure de la vessie; au contraire, comme cet instrument est conduit par un mandrin courbe, son extrémité se relève derrière la symphise pubienne dès son entrée dans l'organe; et lorsqu'on ôte le mandrin, cette extrémité n'éprouve qu'un mouvement d'abaissement qui ne peut que très difficilement l'engager dans une cellule; et de plus, quel est le praticien tant soit peu exercé qui, une fois arrivé dans la vessie, ferait un effort assez grand pour produire des ruptures de ce genre? Toutes ces raisons concourent donc à les rendre rares. Au reste, voici à quoi on pourrait les reconnaître : au moment des manœuvres, le malade éprouverait une douleur très-vive, et les accidens les plus graves les suivraient aussitôt; ces crevasses ne siégeraient jamais sur les côtés du bas-fond, et rarement au sommet de la vessie; des adhérences ne pourraient pas s'établir entre la vessie et les autres organes, et prévenir ainsi l'épanchement; dans le ventre enfin elles seraient rarement multiples; car il faudrait qu'elle fût bien malheureuse la main qui,

(1) Le passage suivant, extrait des bulletins de la Société anatomique, est une preuve de ce que je viens de dire.

« M. Mercier présente une hypertrophie de la prostate et des parois de la vessie. Celle-ci offre à sa partie gauche et en arrière une perforation qui s'ouvre audevant du rectum.

» M. Mercier pense que cette ulcération est spontanée et n'est point le résultat de la présence de la sonde. Il se fonde sur ce que l'instrument n'est resté en place que trois jours; qu'il était en gomme élastique, et surtout sur ce que la muqueuse vésicale paraît se continuer dans l'ouverture anormale. Il s'explique cette circonstance en admettant que la muqueuse a fait hernie à travers les fibres de la musculeuse, puis s'est ulcérée. Il s'appuie encore sur la présence d'un assez grand nombre de petites poches telles que celles que l'on rencontre dans la vessie des individus qui ont présenté des obstacles à la libre émission des urines.

» Le malade sur lequel M. Mercier a trouvé cette pièce est mort de péritonite. Le petit bassin contenait environ un litre et demi de pus.

» Les membres de la Société ne peuvent admettre la manière de voir de M. Mercier, et regardent unanimement l'ulcération de la vessie comme produite par la présence de la sonde dans cet organe.

» M. Mercier *est engagé à continuer ses recherches sur ce sujet*. (Bull. pour février et mars 1835, 3e série, t. 1, p. 11.) »

Je crois qu'on préférera cette analyse à la rédaction que j'aurais pu donner de cette observation.

dans un laps de temps quelquefois très-court, ferait un nombre plus ou moins grand de perforations, comme cela aurait eu lieu si on admettait cette supposition dans l'observation intéressante que m'a communiquée M. Florimont, lequel m'a en même temps donné la pièce anatomique que j'ai en ce moment sous les yeux.

Obs. VII. — Le nommé Dreux, âgé de 77 ans, de la division des aliénés, avait depuis long-temps de la difficulté à uriner. Enfin le 27 octobre 1835, la rétention étant devenue complète, on eut recours au cathétérisme. A peine l'instrument eut-il pénétré de quelques pouces, que, malgré la lenteur avec laquelle on l'introduisait, le sang jaillit en abondance. L'opérateur effrayé n'osa poursuivre.

Le malade entra donc le même jour à la salle de chirurgie. Le 28, on pénétra dans la vessie avec l'algalie d'argent; et comme on ne l'avait fait qu'avec beaucoup de peine, on la laissa à demeure jusqu'au lendemain et on la remplaça alors sans difficulté par une sonde de gomme élastique. Au bout de trois ou quatre jours cette sonde se déplaça, et on en mit une autre qui resta jusqu'à la mort, qu'une péritonite générale amena le 9 novembre, douze jours après le premier cathétérisme.

Autopsie. Muqueuse de l'urètre enflammée et peu résistante; rougeur très-vive de la portion membraneuse; ulcération longue de treize lignes à la paroi inférieure, au niveau de la symphise pubienne. A un demi-pouce en arrière commence une fausse route qui, marchant à gauche du canal, va aboutir dans la vessie en dehors et à gauche de la prostate. Elle a été faite par l'algalie, car à l'ouverture on trouva la sonde élastique dans le vrai canal, et même, comme la portion transverse de la prostate était très-développée, cette portion avait été comprimée, déjetée en arrière par la sonde, et présentait une ulcération en forme de gouttière, longue de huit lignes, et moulée sur l'instrument.

La muqueuse vésicale est enflammée, ardoisée. A l'intérieur se trouvent quatre perforations complètes de l'organe de deux lignes chacune. Ont-elles été produites par l'algalie ou la sonde élastique? ni par l'une, ni par l'autre; car du côté où la première a pénétré, il n'en existe qu'une, tout-à-fait en bas de la paroi latérale gauche. Cette fistule aboutit dans un foyer pouvant contenir une petite orange, tapissé par une muqueuse déjà très-ancienne, pâle et cependant rempli de pus. L'axe de cette ouverture aurait été perpendiculaire à celle de l'algalie: je n'ai donc point de doute. Deux autres ouvertures se trouvent à droite, l'une à un demi-pouce, l'autre à trois quarts de pouce en dehors de l'orifice urétral de ce côté. Elles conduisent dans un même foyer plus étendu que le précédent, à parois moins unies, tapissé cependant par une membrane qui, sans être aussi avancée que la précédente, est assez organisée pour qu'on puisse en détacher des lambeaux. Pour produire ces crevasses, il aurait fallu que la sonde élastique se repliât sur elle-même; et de plus, comme on vient de le voir, le foyer n'est pas de date récente; par conséquent point de doute encore. Enfin la quatrième ouverture existe au milieu de la face postérieure, et aboutit à un foyer récent qui s'est formé en dehors de la tunique charnue, et s'est ensuite ouvert dans le péritoine. Cette fistule est revêtue jusqu'à l'abcès d'une muqueuse qui assurément n'est pas plus malade sur les bords que celle du reste de l'organe; tandis qu'à un demi-pouce au-dessous, à l'endroit où, en faisant l'autopsie, on avait rencontré le bec de la sonde, se trouve une ulcération dont les bords sont noirâtres et évasés, et dont le fond, dépourvu de muqueuse, est formé par des fibres musculaires en partie détruites. Cette érosion se trouve vis à vis du col vésical; et à sa partie inférieure vient aboutir une espèce de gouttière longue de cinq lignes, où la muqueuse est détruite, et qui visiblement correspondait à la face postérieure de la sonde.

HOPITAL DES ENFANS MALADES.

REVUE DES CLINIQUES DE CET HÔPITAL PENDANT LE PREMIER TRIMESTRE DE 1836.

Coup-d'œil sur les maladies du trimestre. — Pneumonies du sommet accompagnées de symptômes cérébraux. — Epanchemens pleurétiques dont la résorption s'est opérée sous l'influence de simples moyens hygiéniques. — Purpura hémorrhagica traité avec succès par les boissons acidulées et les bains sulfureux. — Phthisies pulmonaires présentant l'ensemble de symptômes désigné par le nom de *carreau*.

La dysenterie, dont nous avons signalé l'apparition dans les salles durant le dernier trimestre, a continué à y exercer ses ravages. Aucun nouveau dysentérique n'est arrivé du dehors; mais la maladie s'est manifestée chez des enfans atteints d'affections diverses. C'est surtout dans la convalescence des exanthèmes fébriles, et en particulier de la variole, que la dysenterie s'est montrée. Chez ceux qui ont succombé (le nombre des morts a dépassé celui des guérisons), nous avons retrouvé les graves altérations du gros intestin que nous avons décrites dans notre précédente revue.

Quant aux autres maladies observées dans le trimestre, elles ont offert peu d'uniformité. A côté de quelques exanthèmes fébriles que l'on observe dans l'hôpital à toutes les périodes de l'année, viennent se placer les fièvres typhoïdes. Les cas de cette dernière affection ont été peu nombreux, mais graves; c'est la forme ataxique qui a prédominé. Chez un seul malade la fièvre typhoïde s'est présentée sous une forme assez bénigne: ce garçon était arrivé à la convalescence lorsqu'il a été pris d'une dysenterie qui a persisté pendant six semaines, et s'est terminée par la mort. Ce malade ayant succombé deux mois et demi après le début de la dothinentérie, nous avons constaté dans l'intestin grêle la cicatrisation de quelques ulcérations des plaques de Peyer.

Dans l'espace de quelques jours, nous avons observé six cas de fièvre intermittente, affection assez rare à l'hôpital des Enfans. Deux de ces fièvres étaient symptômatiques, l'une d'une phlegmasie intestinale, l'autre d'une affection tuberculeuse des poumons. La première a cédé sous l'influence du repos, de la diète et des boissons adoucissantes; la seconde a été modifiée par le sulfate de quinine; mais l'affection tuberculeuse a poursuivi sa marche. Des quatre autres cas dans lesquels la fièvre périodique paraissait indépendante de toute lésion viscérale, deux ont cédé sous l'influence du changement de lieu. Les deux autres ont été combattues par les préparations de quinquina. Ces deux dernières avaient été contractées dans des pays marécageux; elles persistaient depuis plus ou moins long-temps, et s'accompagnaient d'une hypertrophie de la rate, qui a disparu peu de temps après la cessation des accès. Le sulfate de quinine, qui dans ce cas est le meilleur fondant, a été continué jusqu'à ce que la rate eût repris son volume normal.

Viennent ensuite les coqueluches, dont deux étaient compliquées de pneumonie. Ces dernières ont été exclusivement traitées par l'oxide blanc d'antimoine, et se sont heureusement terminées. A côté des coqueluches nous placerons les bronchites, puis les angines et les entérites, qui n'ont rien offert de remarquable. Nous avons observé six cas de méningite, qui se sont tous terminés par la mort. Nous mentionnerons également trois cas de ramollissement du cerveau, existant autour de tubercules, des méninges ou de la substance cérébrale elle-même. Si à ces maladies nous joignons la pleurésie et la pneumonie, qui ont offert leur maximum de fréquence dans le mois de mars, aux approches ou au commencement du printemps, nous aurons à peu près le tableau complet des maladies aiguës observées dans le trimestre. Nous commencerons par appeler l'attention sur quelques cas de pneumonie et de pleurésie qui ont offert quelque chose de remarquable, tant sous le rapport du diagnostic que sous le point de vue thérapeutique.

I° PNEUMONIES DU SOMMET ACCOMPAGNÉES DE SYMPTÔMES CÉRÉBRAUX.

Les phlegmasies de la peau et des voies digestives réagissent bien plus fréquemment sur les centres nerveux que les inflammations de la plèvre et du poumon. Il n'est pas rare cependant d'observer des symptômes cérébraux dans la pneumonie des enfans. Nous avons vu quelquefois les symptômes acquérir assez d'intensité pour faire croire à une affection idiopathique de l'encéphale. Pendant ce trimestre, plusieurs pneumonies se sont accompagnées de symptômes cérébraux; et c'est principalement dans les cas où l'inflammation affectait le sommet des poumons que les accidens nerveux se sont montrés. Nous allons exposer quelques-uns de ces faits.

PLEURO-PNEUMONIE ACCOMPAGNÉE DE SYMPTÔMES ATAXO-ADYNAMIQUES; PAROTIDE; SOUPÇONS DE FIÈVRE TYPHOÏDE; MORT LE VINGT-CINQUIÈME JOUR DE LA MALADIE; HÉPATISATION GRISE DES LOBES SUPÉRIEUR ET MOYEN DU POUMON DROIT; ÉPANCHEMENT PURULENT DANS LA CAVITÉ PLEURALE; ROUGEURS PARTIELLES DE L'INTESTIN GRÊLE; ÉTAT SAIN DES PLAQUES DE PEYER.

Obs. I. — Louis Prieur, âgé de 10 ans, constitution médiocrement forte, né à Paris, écolier, était tout-à-fait bien portant au commencement de mars, lorsque le 3 de ce mois, il fut pris subitement, et sans cause connue, de vomissemens, de céphalalgie et de douleurs abdominales. Les vomissemens se renouvellent le 4, et il s'y joint de la diarrhée qui cesse trois jours après, et de la toux qui persiste. Du 5 au 12, jour de l'admission du malade à l'hôpital, fièvre continue avec paroxysme le soir; insomnie, agitation et révasseries pendant la nuit; frissons irréguliers, toux sans expectoration ni douleur de poitrine; diminution de l'ouïe. Un médecin appelé trois jours après le début soupçonne une phlegmasie des méninges et fait appliquer six sangsues derrière les oreilles, dont les piqûres saignent pendant 12 ou 15 heures. Ce moyen ne produit aucun soulagement. Les symptômes nerveux ont même, d'après le rapport de la mère, offert plus d'intensité après cette émission sanguine. Depuis le début, repos du lit, diète absolue, boissons délayantes.

Le 12, nous trouvons le malade couché sur le côté droit; ses membres sont pelotonnés; lorsqu'on cherche à les étendre ils offrent un tremblement qui persiste pendant quelques minutes; la face est pâle et porte l'empreinte de la stupeur; les lèvres sont sans cesse agitées par des mouvemens spasmodiques; l'ouïe est obtuse; le malade ne répond à aucune des questions qu'on lui adresse; il montre la langue qui est sèche, fuligineuse et crevassée à son centre; l'anorexie est complète; la soif vive; le ventre douloureux à la pression et fortement météorisé, ne présente pas une seule tache lenticulaire; deux selles liquides verdâtres ont eu lieu en vingt-quatre heures; la peau est chaude et sèche; le pouls donne 132 pulsations par minute; nous comptons dans le même laps de temps 50 inspirations. La toux est très-fréquente, mais l'expectoration est nulle. La percussion et l'auscultation du thorax, pratiquées imparfaitement pendant que le malade s'agite et

pousse des cris aigus, nous fait découvrir moins de résonnance à droite qu'à gauche; il nous est impossible de saisir les signes fournis par l'auscultation, à cause de l'agitation du malade. On prescrit deux pots de mauve édulcorée, un cataplasme émollient sur l'abdomen et des sinapismes aux extrémités pour le soir. Pendant la nuit le malade a déliré presque constamment; il a troublé par ses cris le sommeil de ses voisins; il a fait des efforts pour quitter son lit où on l'a maintenu à l'aide de la camisole.

Le 14 et le 15, persistance des symptômes ataxo adynamiques; prostration des forces qui ne permet pas au malade de se mettre sur son séant ni de s'y maintenir; même tremblement des lèvres et des membres; délire par intervalle; diarrhée peu abondante, même météorisme et même endolorissement du ventre; persistance de la toux; pouls de 128 à 132 pulsations.

Le 16, gonflement et tension dans la région parotidienne gauche; rougeur de la peau qui le recouvre; même état fuligineux de la langue; déglutition facile; excrétions stercorales et urinaires involontaires; le pouls conserve sa fréquence, et l'abdomen offre toujours un ballonnement considérable. (Cataplasme émollient sur la parotide; embrocations sur le ventre avec l'huile saturée de camphre, mauve, demi-lavemens émolliens.)

Le 17, la tuméfaction et la rougeur de la région parotidienne ont envahi toute la joue gauche; les autres symptômes persistent.

Le 19, la tumeur se circonscrit et offre une fluctuation évidente au niveau du muscle masséter; on donne issue au pus qu'il contient.

Du 20 au 24, le malade est plus calme; sa langue s'est dépouillée en partie de son enduit fuligineux; les selles deviennent rares; le météorisme du ventre diminue; il tousse toujours, et n'offre pas de gêne notable de la respiration. On lui prescrit des bouillons qu'il refuse de prendre.

Le 25, il est beaucoup plus affaissé que les jours précédens; la face est pâle et terreuse; les yeux ternes; de l'ouverture de la plaie s'écoule un pus sanieux, grisâtre; perte complète de l'intelligence; plaintes continuelles; criailleries à la suite desquelles la mâchoire inférieure est agitée d'un tremblement qui persiste pendant une ou deux minutes, retour de la diarrhée; excrétions toujours involontaires; altération de la peau au niveau du sacrum; fréquence et petitesse du pouls; tussicule sèche et incessante. On applique des vésicatoires aux membres inférieurs.

Le 26, pas de changement dans l'état du malade.

Le 27, nous le trouvons agonisant; il expire peu d'heures après la visite.

Le pouls a conservé jusqu'à la mort une très-grande fréquence: compté chaque jour, il n'a jamais donné moins de 120 pulsations par minute. La toux a persisté pendant tout le cours de la maladie; le décubitus a été variable; la dyspnée n'a jamais été considérable; l'état grave du malade et son indocilité ne nous ont pas permis de renouveler l'auscultation et la percussion. A aucune époque de la maladie la peau n'a offert des taches lenticulaires ni des sudamina.

A l'ouverture du cadavre, nous nous attendions à trouver des ulcérations, des plaques de Peyer et ce ramollissement rouge du parenchyme pulmonaire, qui accompagne si fréquemment les fièvres graves; telles n'ont pas été les lésions que nous a révélées l'examen nécroscopique. Dans le crâne rien de remarquable; injection peu prononcée des vaisseaux sous-arachnoïdiens; rougeur de la pie-mère sans infiltration séreuse, sans aucune trace de pus. Une cuillerée de sérosité transparente dans chacun des ventricules latéraux; bonne consistance de la pulpe cérébrale, qui ne présente pas d'injection anormale. Dans la poitrine existaient les principales altérations. La cavité pleurale droite renfermait un demi-litre environ de liquide purulent. Les trois lobes du poumon étaient tapissés de fausses membranes molles. Les lobes supérieur et moyen étaient à l'état d'hépatisation grise. Le lobe inférieur était diminué de volume; il avait été refoulé par l'épanchement; mais il n'offrait aucune trace d'hépatisation. Quant à la plèvre gauche, elle était exempte d'altération; ce poumon offrait à sa partie postérieure un engouement séro sanguinolent. Le cœur et ses annexes ne présentaient rien de remarquable. Dans l'estomac nous avons trouvé la muqueuse gastrique avec sa coloration et sa consistance normales. La muqueuse duodénale était dans toute son étendue rouge, épaisse et cassante; ses follicules offraient un développement anormal. Rien de particulier dans le jéjunum. L'iléon offrait de la rougeur dans son avant-dernier pied. Dans le reste de son étendue, la muqueuse était pâle. Quant aux plaques de Peyer, elles ne présentaient point de tuméfaction; leur coloration était celle de la muqueuse ambiante; aucune d'elles n'était ulcérée ni en totalité, ni en partie. Leur saillie était si peu marquée, que pour les apercevoir dans quelques portions de l'intestin, il fallait examiner les parois de ce canal à contre-jour; elles ne présentaient pas non plus de ponctué noir. Rien de remarquable dans le gros intestin; muqueuse pâle et diminuée de consistance. Les follicules isolés ne sont pas plus développés que dans l'intestin grêle. Les ganglions mésentériques n'offrent pas d'altération. Le foie, la rate et les reins ne présentent pas d'altération notable.

Cette observation nous offre un exemple remarquable de pleuropneumonie ataxique. C'est dans la poitrine que résidaient les principales altérations trouvées sur le cadavre. Ce sont elles qui ont marqué probablement le début de la maladie, et qui ont été le point de départ des principaux désordres fonctionnels observés pendant le cours de la maladie. Si cependant nous cherchons à remonter des lésions aux symptômes, nous trouvons que le seul désordre de l'appareil respiratoire qui ait présenté quelque opiniâtreté, c'est la toux. Ce symptôme était en quelque sorte isolé. Jamais le malade n'accusa de douleur de côté; l'expectoration manqua pendant tout le cours de la maladie; la gêne de la respiration ne fut jamais très-intense. L'auscultation et la percussion auraient pu seules nous éclairer sur la lésion des organes thoraciques; mais l'état du malade ne nous permit pas de les pratiquer d'une manière assez complète. Nous pûmes seulement constater, le premier jour, un peu moins de résonnance du côté droit du thorax.

D'ailleurs, les symptômes ataxiques joints au trouble des voies digestives semblaient bien plutôt annoncer une lésion des plaques de Peyer. Les vomissemens du début, la diarrhée, le ballonnement du ventre, l'état fuligineux de la langue, l'altération de la contractilité musculaire, l'affaiblissement de l'ouïe, le trouble de l'intelligence, la persistance du mouvement fébrile, tout semblait annoncer une de ces fièvres graves qui se lient presque constamment à l'altération des follicules intestinaux. Les seules circonstances qui nous permissent de conserver quelques doutes sur l'existence de cette lésion, c'étaient l'absence de taches rosées lenticulaires, l'absence de sudamina à une période avancée de la maladie et des épistaxis dans le début. Le sujet ne se trouvait pas non plus dans les conditions de séjour à Paris qui paraissent surtout favoriser la production des fièvres typhoïdes.

Nous ferons du reste remarquer que ce n'est pas le seul exemple de pneumonie à forme ataxique que nous ayons observé dans le trimestre; il s'en est présenté plusieurs cas dans les hôpitaux d'adultes. M. Chomel, qui en a observé quelques-uns dans son service, a eu soin d'appeler sur ces faits l'attention des élèves. C'est, d'après le témoignage de ce professeur, à une pneumonie ataxique qu'a succombé un médecin dont la science déplore la perte. Comme chez le malade dont nous avons rapporté l'observation, la maladie débuta par un malaise général, de la céphalalgie, de la toux, bientôt l'intelligence se troubla, on crut à une affection idiopathique du cerveau; mais l'exploration du thorax, pratiquée trop tard, il est vrai, révéla le siége de la maladie qui a conduit ce médecin au tombeau, et qu'on a désignée à tort sous le nom de *fièvre typhoïde cérébrale*.

PNEUMONIE DU SOMMET AVEC VOMISSEMENS; CÉPHALALGIE; DÉLIRE; SOUBRESAUTS DES TENDONS; PHÉNOMÈNES CRITIQUES DONT L'APPARITION COÏNCIDE AVEC UNE AMÉLIORATION SUBITE DES SYMPTÔMES; PAS DE TRAITEMENT ACTIF; GUÉRISON.

OBS. II. — Gaspard Porte, âgé de 14 ans, fortement constitué, n'ayant eu dans son enfance d'autre maladie que la variole dont il porte les traces, jouissait d'une très-bonne santé, lorsque le 6 mars, sans cause connue, il fut pris d'un frisson accompagné de céphalalgie et de douleurs contusives dans les membres. Dans la soirée, vomissemens, fièvre, toux.

Le 7, les vomissemens se renouvellent, la fièvre est intense et présente un paroxisme le soir accompagné de délire.

Le 8, persistance des accidens. Un médecin du quartier, appelé pendant le paroxisme, prescrit une saignée révulsive (20 sangsues autour des malléoles) qui n'est pas pratiquée.

On transporte le malade à l'hôpital le 9; il nous offre le 10 les symptômes suivans: décubitus sur le côté droit; face rouge, animée; céphalalgie frontale; toux avec expectoration de crachats visqueux, demi-transparens, et d'un jaune safrané; respiration bronchique et bronchophonie sous la clavicule droite, où le son est obscur. Dans tous les autres points du thorax, respiration pure et sonoréité normale; pas de douleur de côté; la peau est chaude et sèche; le pouls donne 112 pulsations; la respiration se répète 32 fois par minute; la langue est saburrale; l'appétit nul; le ventre indolent; constipation depuis le début de la maladie. (Mauve, julep gommeux, lavement laxatif, diète.)

Dans la soirée, accélération du pouls; augmentation de la chaleur cutanée; délire. (Sinapismes aux membres inférieurs.)

Le 11, les crachats sont toujours adhérens au fond du vase, et offrent la même coloration que la veille; même obscurité du son; même respiration bronchique sous la clavicule du côté droit; l'auscultation fait en outre entendre du râle muqueux en quelques points. Le malade est couché sur le dos et assoupi; il accuse une vive douleur de tête, et présente quelques soubresauts des tendons; 108 pulsations et 36 inspirations par minute; deux selles liquides à la suite du lavement laxatif. (Looch avec addition de deux grains de kermès.) Retour du délire dans la soirée; insomnie et agitation pendant la nuit.

Le 12 au matin, mêmes symptômes que la veille; dans la journée une épistaxis abondante a lieu; le malade perd environ une palette de sang, que l'on conserve dans son crachoir. Pendant la nuit il transpire abondamment.

Le 13, nous sommes frappés de l'amélioration subite qui a eu lieu; la peau est moite; le pouls est descendu à 80; la céphalalgie a disparu; le malade dit n'éprouver aucune espèce de malaise, et réclame des alimens. La plupart des crachats sont décolorés; deux ou trois seulement présentent encore une teinte jaunâtre; la respiration bronchique s'entend encore, mêlée de râle crépitant. On accorde deux bouillons.

Le 14, l'amélioration se soutient.

Le 15, 24 inspirations, 76 pulsations, toux rare, expectoration nulle; les deux régions claviculaires sont également sonores; sous la clavicule droite on entend encore du râle crépitant à grosses bulles; la langue s'est dépouillée de son enduit; le ventre est indolent, les selles sont régulières. On accorde un quart de la portion alimentaire.

Ce garçon quitte l'hôpital le 20 mars, entièrement guéri.

Chez ce malade comme chez le sujet de l'observation précédente, la pneumonie occupait le sommet du poumon droit. Ici encore, nous voyons les vomissemens ouvrir la scène, puis survenir la céphalalgie, le délire, les soubresauts des tendons. Mais heureusement ces symptômes n'ont présenté ni la même intensité, ni la même opiniâtreté. La pneumonie nous fut révélée par l'auscultation; elle était très-circonscrite; on ne jugea pas à propos de la combattre par la saignée. La maladie fut en quelque sorte abandonnée à elle-même, et nous vîmes la convalescence s'établir le septième jour, à la suite d'une épistaxis

abondante, qu'il est impossible de ne pas considérer comme un phénomène critique. Avec l'hémorrhagie nasale, il se manifesta une transpiration abondante qui, selon nos meilleurs observateurs, est toujours un signe de favorable augure. (*Ut plurimùm per sudores terminatur peripneumonia*, dit J.-P. Franck.)

Si des phénomènes critiques observés chez ce sujet nous rapprochons la parotide qui s'est montrée chez le sujet de l'observation précédente, nous trouverons que son apparition n'a point coïncidé avec une amélioration durable des symptômes. Les anciens avaient cependant signalé la parotide comme un signe favorable dans la pneumonie.

PNEUMONIE DU SOMMET COMPLIQUANT LA ROUGEOLE; MARCHE IRRÉGULIÈRE DE CETTE ÉRUPTION; DÉLIRE; GRINCEMENT DE DENTS; ALTERNATIVES D'AGITATION ET D'ASSOUPISSEMENT; RÉVULSIFS AUX EXTRÉMITÉS; ANTISPASMODIQUES; DISPARITION DES ACCIDENS NERVEUX; SYMPTÔMES DE PHTHISIE PULMONAIRE.

Obs. III. — Eugène C..., âgé de 4 ans, né d'une mère qui est arrivée à la dernière période de la phthisie pulmonaire, sujet lui-même à tousser, et tourmenté depuis long-temps par une ophthalmie scrophuleuse, présente le 29 mars tous les symptômes précurseurs de la rougeole, toux, enrouement, coryza, injection plus marquée des conjonctives, fièvre; même état le 30. L'éruption se manifeste le 31; on transporte le malade à l'hôpital; dans la soirée on observe de l'agitation, du délire. A la visite du lendemain, nous trouvons le malade couché sur le dos; sa figure exprime l'anxiété et la souffrance; les conjonctices sont très-injectées; l'éruption rubéolique est pâle et n'est apparente que sur la face et le tronc; la respiration est très-fréquente et s'exécute à la fois par les côtes et le diaphragme; elle se répète 60 fois par minute; la toux est sèche, presque incessante; l'expectoration nulle; aucune douleur de côté n'est accusée par le malade; la poitrine percutée résonne bien partout; l'auscultation fait entendre du râle crépitant sous l'omoplate du côté droit, et du râle muqueux en divers points. La peau est chaude; le pouls donne 128 pulsations. Lèvres sèches, fendillées; langue collante; anorexie; soif assez vive, ventre douloureux à la pression; deux ou trois selles diarrhéiques, verdâtres, pendant la nuit. (Mauve, sirop de gomme, julep gommeux, cataplasme sur le ventre.)

Dans la soirée, délire, agitation, grincemens de dents, renversement de la tête en arrière. On applique des sinapismes aux membres inférieurs.

Le 2 avril, 60 inspirations et 132 pulsations par minute; yeux fixes; grincemens de dents; pas de réponses; son obscur et souffle bronchique sous l'omoplate du côté droit; râle sous-crépitant à gauche; il ne reste plus de l'éruption que quelques taches pâles, prêtes à s'effacer. On applique un vésicatoire aux jambes, et on prescrit un julep éthéré.

Le 3 avril, le malade a été plus calme dans la soirée que les jours précédens; il a dormi pendant une partie de la nuit. Ce matin il répond juste aux questions qu'on lui adresse; il n'éprouve plus de grincemens de dents; mais la dyspnée est intense; le pouls toujours très-accéléré; 52 inspirations et 138 pulsations par minute; respiration bronchique et bronchophonie dans la moitié supérieure droite en arrière; persistance de la diarrhée et de la toux. On applique pendant une demi-heure un sinapisme sur le côté droit du thorax; on continue les boissons pectorales et le julep éthéré.

Le 4, rougeur érythémateuse de la peau qui a été en contact avec le sinapisme; même toux; même dyspnée; même agitation le soir; 48 inspirations; 130 pulsations; la respiration bronchique et la bronchophonie sont toujours très-prononcées sous l'omoplate; on les entend moins distinctement sous la clavicule droite; langue sèche; endolorissement du ventre. Refus de prendre du lait qu'on accorde. (Vésicatoire au sommet du côté droit de la poitrine).

Le 5, pas de changement notable.

Le 6, le malade tousse presque constamment et le jour et la nuit; il est entièrement privé de sommeil; l'intelligence est nette; le pouls conserve sa fréquence, et la dypsnée son intensité. 54 inspirations, 130 pulsations par minute; le décubitus a lieu sur le dos ou sur le côté droit; le son est toujours mat dans la moitié supérieure droite, où l'auscultation fait entendre du souffle bronchique mêlé à du râle crépitant; interrogé sur le siége de son mal, le malade qui, les jours précédens montrait constamment le ventre, indique aujourd'hui le côté droit de la poitrine. C'est probablement au vésicatoire qu'est due la douleur qu'il dit ressentir dans cette partie. On continue les boissons pectorales.

Du 6 au 10, la toux persiste, ainsi que la fièvre; la maigreur augmente chaque jour: la diarrhée va et vient. Le 10, sous l'omoplate où existait le souffle bronchique, on entend un gargouillement des plus manifestes. Tout porte à croire que ce garçon succombera à la phthisie pulmonaire. On a appliqué un vésicatoire au bras.

Deux causes dans ces cas paraissent avoir favorisé le développement de la pneumonie du sommet dont l'auscultation nous a révélé l'existence, la rougeole et les tubercules. Cet exanthème se complique fréquemment de phlegmasie pulmonaire; et c'est surtout lorsqu'il parcourt irrégulièrement sa marche, que l'on voit la phlegmasie du poumon marcher avec une étonnante rapidité. Les circonstances qui nous ont porté à soupçonner dans le poumon des tubercules antérieurs à la pneumonie, sont la disposition héréditaire, la constitution scrophuleuse du sujet, et ses rhumes antécédens. Quoi qu'il en soit, la pneumonie s'est manifestée en même temps que la rougeole. Le lendemain même de l'éruption, l'auscultation nous a permis de constater au sommet du poumon droit les signes qui indiquaient le premier degré de l'inflammation pulmonaire. Le troisième jour, l'inflammation était déjà parvenue au deuxième degré; tous les moyens ont été impuissans. La phlegmasie a marché; et au moment où nous avons quitté le malade, il ne nous restait plus aucun doute sur la présence d'une excavation tuberculeuse du poumon droit. Du reste, dans ce cas comme dans les précédens, nous avons vu des symptômes cérébraux apparaître pendant le cours de la pneumonie, qui avait encore son siége au sommet du poumon droit. Les accidens nerveux ont été si prononcés chez ce malade, que le chef de service, soupçonnant un jour une affection idiopathique de l'encéphale, prescrivit continuellement l'application d'un vésicatoire à la nuque.

II. ÉPANCHEMENS PLEURÉTIQUES DONT LA RÉSORPTION S'EST OPÉRÉE SOUS L'INFLUENCE DE SIMPLES MOYENS HYGIÉNIQUES.

Nous avons observé dans ce trimestre sept cas de pleurésie avec épanchement. Dans deux cas, la phlegmasie de la plèvre se liait à la phthisie pulmonaire. Dans les cinq autres cas la pleurésie était simple. Sous le rapport de l'âge, les sujets étaient répartis ainsi qu'il suit: 3 étaient âgés de 8 ans, 1 de 12 ans, 1 de 13 ans, et 2 de 14 ans. Dans quatre cas la pleurésie avait son siége à droite; dans trois elle affectait le côté gauche. De ces sept malades, trois ont succombé, deux à la phthisie pulmonaire, et le troisième à une variole compliquée de dysentérie. Chez les quatre autres la maladie s'est heureusement terminée. La guérison est, chez l'enfant comme chez l'adulte, la terminaison la plus ordinaire de la pleurésie, toutes les fois que cette phlegmasie est exempte de complication. Depuis trois ans nous n'avons vu que deux fois la pleurésie seule amener la mort. Dans un cas, il y avait un épanchement considérable dans la plèvre droite. La maladie fut méconnue: on crut à l'existence d'une pneumonie, et on prescrivit le tartre stibié à haute dose. Les vomissemens et la diarrhée furent extrêmement abondans, et la mort eut lieu au bout de trois jours. Ce malade était âgé de 5 à 4 ans. Chez un autre malade dont la pleurésie a été également mortelle, la maladie occupait les deux plèvres, sans qu'il existât aucune lésion dans les poumons, qui pût être considérée comme le point de départ de cette double phlegmasie.

Dans tous les autres cas où la pleurésie s'est manifestée chez un individu sain, elle s'est terminée par la guérison, quels qu'aient été d'ailleurs la quantité du liquide épanché et le traitement mis en usage. Nous avons vu, à l'hôpital des Enfans, des médecins combattre des épanchemens pleurétiques par les saignées générales et locales, par l'application du vésicatoire sur le côté affecté, et une diète rigoureuse, et d'autres se borner à l'emploi de simples moyens hygiéniques. La durée de la maladie a été à peu près la même dans les deux cas. Lorsque l'épanchement est formé, que la fièvre est nulle ou peu intense, la douleur du côté à peine sensible, la dyspnée modérée, M. Baudelocque n'emploie aucun moyen actif de traitement: il se borne à faire couvrir la poitrine d'un gilet de flanelle, et prescrit des boissons pectorales et diurétiques, et sous l'influence de ces moyens hygiéniques, nous avons vu s'opérer assez rapidement la résorption d'épanchemens considérables. Cette pratique a été également mise en usage chez l'adulte par M. Lombard de Genève (GAZETTE MÉDICALE, t. 3, n. 43), et a eu également les plus heureux résultats. Nous allons citer quelques faits qui viendront à l'appui de ces réflexions.

PLEURÉSIE DROITE SUIVIE D'UN ÉPANCHEMENT CONSIDÉRABLE; PAS DE TRAITEMENT ACTIF; GUÉRISON.

Obs. IV. — Pierre Sagot, âgé de 8 ans, d'une constitution médiocrement forte, admis à l'hôpital des Enfans le 21 mars, nous offre, à la visite du lendemain, tous les signes d'un épanchement pleurétique du côté droit. Decubitus dorsal; son mat dans presque toute la hauteur du côté droit en arrière et latéralement; absence complète de bruit respiratoire là où existe le son mat; murmure vésiculaire perceptible seulement au niveau de la fosse sous-épineuse; à gauche la respiration est nette et forte; la sonoréité normale; toux assez fréquente; expectoration nulle; pas de douleur de côté; gêne médiocre de la respiration; 32 inspirations par minute, et 96 pulsations; transpiration abondante la nuit; l'expression de la physionomie est naturelle; la langue large et humide; l'appétit est conservé; les selles sont régulières. On fait couvrir la poitrine d'un gilet de flanelle, et on prescrit un pot de mauve, un pot de chiendent nitré et du lait pour tout aliment.

D'après les renseignemens qui nous sont fournis par le père, ce garçon était tout-à-fait bien portant, lorsqu'il y a douze jours, il fut pris, sans cause connue, d'un frisson suivi de fièvre et de vomissemens qui se sont répétés pendant deux jours, de toux et de *douleur de ventre*. Il n'a, suivant le rapport du père, jamais accusé de douleur de côté; mais lorsque nous l'engageons à porter la main sur le siége de la douleur, il nous indique l'hypocondre droit. La toux et la fièvre ont persisté jusqu'au moment de l'admission; aucun traitement actif n'a été mis en usage; le malade s'est alité et a observé la diète pendant les trois premiers jours; il a seulement gardé la chambre les jours suivans. Du reste, il n'est pas sujet à tousser; ses frères et sœurs, ainsi que le père, ne présentent aucun signe d'affection tuberculeuse. La mère est morte du choléra.

Du 22 au 31, l'état de ce malade offre peu de changement; la toux persiste, mais elle est peu fréquente; il y a peu de gêne de la respiration. L'auscultation et la percussion du thorax fournissent à peu près les mêmes résultats; des sueurs

se manifestent à des intervalles irréguliers le jour comme la nuit; les voies digestives restent intactes.

Le 1er avril, le son est mat dans les deux tiers inférieurs du côté droit en arrière; le bruit respiratoire s'entend, mais faible et éloigné; le côté gauche est toujours intact; 88 pulsations, trente inspirations. (Potages; le reste, *ut suprà.*)

Le 4, il existe toujours une notable différence entre la sonoréité des deux côtés de la poitrine; le bruit respiratoire est net et fort dans la moitié supérieure droite, faible dans la moitié inférieure. On ne peut constater l'existence ou l'absence de l'égophonie, le malade ne répondant que par gestes aux questions qu'on lui adresse. 80 pulsations; 28 inspirations; chaleur de la peau naturelle; langue large et humide; selles quotidiennes; toux de plus en plus rare; dès ce moment le malade se lève chaque jour et prend une plus grande quantité d'alimens.

Le 9, veille du jour où le malade doit quitter l'hôpital, le son est à peu près également clair à droite comme à gauche; le bruit respiratoire s'entend dans toute la hauteur du côté droit, il n'est obscurci que par un léger bruit de frottement; il est toujours très-pur à gauche. La toux a complétement cessé; le pouls est normal ainsi que la respiration; 76 pulsations et 24 inspirations par minute.

Rien dans les renseignemens qui nous furent fournis sur l'invasion de la maladie n'appelait notre attention du côté du thorax. Les vomissemens, la douleur de ventre, la fièvre, tels étaient les symptômes sur lesquels insistait le père de l'enfant. Si, à raison de la toux, nous n'eussions pratiqué l'auscultation et la percussion du thorax, nous aurions peut-être méconnu l'épanchement considérable contenu dans la cavité pleurale. La douleur de côté, qui est un signe si important dans les pleurésies de l'adulte, n'est presque d'aucune valeur chez les jeunes enfans; ou ils ne l'accusent pas, ou ils en placent le siége, soit à l'épigastre, soit autour de l'ombilic, soit dans tout autre point de la région abdominale. Du reste, les signes stéthoscopiques ne nous ont laissé dans ce cas aucun doute sur l'existence d'un épanchement de la plèvre droite. Cette phlegmasie était entièrement bornée à un seul côté de la poitrine; elle s'était manifestée chez un individu sain au moment de l'invasion. Le pronostic fut des plus favorables. Comme la maladie était déjà arrivée au douzième jour, comme la fièvre était modérée, la dyspnée peu intense, la toux peu fréquente, on crut devoir se borner à l'emploi de simples moyens hygiéniques. Au bout de quinze jours, la résorption de l'épanchement était complètement opérée.

PLEURÉSIE GAUCHE; ÉPANCHEMENT PEU CONSIDÉRABLE; RÉSORPTION RAPIDE SOUS L'INFLUENCE DE LA DIÈTE ET DES BOISSONS PECTORALES.

Obs. V. — François Champagnac, âgé de 14 ans, ramoneur, habituellement bien portant, ressent, le 18 mars, une douleur du côté gauche de la poitrine, et éprouve en même temps de la toux et de la dyspnée. Il continue néanmoins à se livrer à ses occupations.

Le 20, la douleur étant plus vive, il se met au lit, qu'il garde jusqu'au 22, jour de son admission à l'hôpital. Il n'a fait usage d'aucun traitement actif. Il a pris des alimens solides les deux premiers jours, et du lait seulement les deux derniers.

Le 23, nous trouvons le malade couché sur le dos; le décubitus ne peut avoir lieu sur le côté droit; la douleur du côté gauche est moins vive que les deux jours précédens; elle est exaspérée par la toux et les fortes inspirations; il n'y a pas d'expectoration. En arrière et à gauche, le son est mat dans la moitié inférieure. Vers l'angle inférieur de l'omoplate on entend très-nettement du souffle bronchique qui diminue à mesure que l'on s'approche de la base de la poitrine, où il y a absence de bruit respiratoire. Vers le point où la respiration bronchique se fait entendre, l'égophonie est manifeste pendant que le malade parle; le côté droit est sain; la peau présente une chaleur halitueuse; le pouls donne 96 pulsations par minute; nous comptons dans le même laps de temps 32 inspirations. Rien du côté des voies digestives; langue naturelle; ventre souple et indolent dans tous les points; le malade tourmente pour avoir des alimens. (Mauve; julep gommeux; diète.)

Le 24, la douleur de côté est notablement diminuée; le décubitus peut avoir lieu sur les deux côtés de la poitrine; mêmes signes stéthoscopiques que la veille; 88 pulsations; 26 inspirations; le crachoir renferme deux ou trois crachats qui sont ceux du simple catarrhe. (Même prescription.)

Le 25, disparition complète de la douleur de côté, qui ne se fait pas même sentir dans les fortes inspirations; le souffle bronchique est plus faible que les jours précédens; il existe toujours une différence sensible entre la sonoréité des deux côtés de la poitrine, en arrière et inférieurement; 84 pulsations, 28 inspirations. (Lait et bouillon.)

Le 26, le souffle bronchique est remplacé par le murmure respiratoire que n'obscurcit aucun râle; le son est moins obscur; la toux est extrêmement rare; le pouls se maintient à 84, et la respiration à 26. (Potages.)

Ce garçon quitte l'hôpital le 31; il existe chez lui une légère différence entre la sonoréité des deux côtés de la poitrine; on entend le murmure respiratoire accompagné d'un bruit de frottement; pas de retentissement de la voix; pas de toux; 24 inspirations et 80 pulsations.

Lorsque ce malade fut soumis à notre observation, la pleurésie était à une époque peu éloignée du début. La douleur de côté persistait. Dans les points où le son était mat, on entendait la respiration bronchique qui appartient aussi à l'hépatisation des poumons; mais l'expectoration purement catarrhale, le peu d'intensité du mouvement fébrile et de la dyspnée ne permettaient pas d'admettre l'existence d'une phlegmasie du parenchyme pulmonaire. L'épanchement était peu considérable. On se borna encore ici à de simples moyens hygiéniques; la douleur de côté se dissipa, et la résorption du liquide épanché s'opéra assez rapidement.

PLEURÉSIE GAUCHE; ÉPANCHEMENT CONSIDÉRABLE; SAIGNÉE DE 8 ONCES LE DIXIÈME JOUR; PAS D'AUTRE MOYEN ACTIF DE TRAITEMENT; GUÉRISON.

Obs. VI. — Nicolas Dupuis, âgé de 13 ans, doué d'une assez forte constitution, ouvrier en lunettes de corne et d'écaille, n'ayant éprouvé dans son enfance d'autre maladie qu'une variole qui a laissé des traces peu profondes, entra à l'hôpital le 9 mars, accusant huit jours de maladie.

Depuis l'invasion, douleur du côté gauche de la poitrine se propageant quelquefois vers le côté droit; toux; gêne médiocre de la respiration; diminution de l'appétit. Pendant ces huit jours, le malade n'a pas entièrement cessé de travailler; il a pris chaque jour des alimens.

Le 10, décubitus dorsal; accablement; céphalalgie sus-orbitaire; douleur du côté gauche de la poitrine; toux sèche; son mat avec absence du bruit respiratoire dans les deux tiers inférieurs du côté gauche, sans égophonie ni respiration bronchique; ampliation du côté du thorax affecté; 112 pulsations; chaleur et moiteur de la peau; 32 inspirations; langue saburrale; sensibilité épigastrique; ventre indolent; selles rares. On fait couvrir la poitrine d'un gilet de flanelle, et on soumet le malade à l'usage des boissons pectorales et diurétiques.

Le 11, la céphalalgie et la douleur de côté conservant de l'intensité, on pratique une saignée de 8 onces; le sang est couenneux.

Le 12, la douleur de côté est entièrement dissipée; le pouls est descendu à 88 et la respiration à 28. Le son est mat dans une moindre étendue que la veille; on entend de l'égophonie vers l'angle inférieur de l'omoplate. On continue les boissons pectorales et diurétiques, et on maintient le malade à la diète jusqu'au 15.

Le 15, 84 pulsations, 26 inspirations; le son est toujours obscur dans la moitié inférieure du côté gauche; le bruit respiratoire s'entend, mais faible et éloigné; la toux devient de plus en plus rare; le sommeil est calme et profond; on n'observe le soir aucun mouvement fébrile. (On accorde du bouillon.)

Le 21, quoique le son soit toujours sensiblement moins clair à gauche qu'à droite, on entend distinctement le murmure respiratoire dans le côté affecté; plus d'égophonie; chaleur naturelle de la peau; toux presque nulle. Le malade se lève chaque jour et prend des alimens solides. Il quitte l'hôpital le 31, entièrement guéri.

Dans ce cas, à raison de la fièvre, de la céphalalgie et de la douleur de tête, on a pratiqué une saignée du bras qui a présenté la couenne inflammatoire de la pleurésie. Sous l'influence de cette émission sanguine, le pouls a diminué de fréquence, la douleur de côté a disparu. L'épanchement a été ensuite abandonné à lui-même, et a été assez rapidement résorbé.

III. PURPURA HEMORRHAGICA.

Cette maladie n'est pas très-commune chez l'enfant. A peine en avons-nous observé quatre ou cinq cas dans l'espace de trois ans à l'hôpital des Enfans; il s'en est présenté deux cas dans ce trimestre. Chez le premier malade, âgé de 13 à 14 ans, la maladie était entièrement bornée aux membres inférieurs; chez l'autre, elle occupait presque toute la périphérie cutanée. Dans l'un et l'autre, on s'est borné à l'emploi de bains sulfureux et à l'usage des boissons acidules. Sous l'influence de ces moyens, la maladie s'est heureusement terminée. Nous allons rapporter l'observation d'un de ces malades.

PURPURA HÉMORRHAGICA; EXPUITION ET DÉJECTION SANGLANTES; EMPLOI DES BOISSONS ACIDULES ET DES BAINS SULFUREUX; GUÉRISON.

Obs. VII. — Louis Carpentier, âgé de 6 ans, constitution grêle, cheveux blonds, peau blanche satinée, est apporté de Bondy à l'hôpital des Enfans, le 16 mars, dans l'état suivant : des taches d'un rouge violacé et d'une demi-ligne à deux lignes de diamètre, sont disséminées çà et là sur les membres et le tronc; elles ne disparaissent pas par la pression, et ne font aucune saillie; elles sont plus nombreuses sur les membres inférieurs et l'abdomen, que sur les membres supérieurs et le thorax; on en aperçoit quelques-unes à la partie postérieure des joues; mais il n'en existe point sur les lèvres ni autour des yeux. Outre les petites taches, le membre inférieur droit et la cuisse gauche présentent deux larges ecchymoses bleuâtres, irrégulièrement arrondies, du diamètre d'une pièce de 5 francs, et paraissant le résultat d'une contusion récente, quoique le malade affirme n'avoir pas reçu de coup sur ces parties. On n'observe aucune tache à l'intérieur de la bouche, mais le tissu des gencives, à droite et inférieurement, présente un aspect fongueux, et saigne par le plus léger contact. Les selles sont brunes et liquides. Du reste, pas de chaleur de la peau; langue naturelle; appétit conservé; 80 pulsations par minute, médiocrement développées. L'auscultation et la percussion du thorax ne fournissent que des renseignemens négatifs.

Interrogés sur les circonstances qui ont précédé et accompagné l'invasion de la maladie, les parens répondent que ce garçon est placé dans des conditions hygiéniques peu favorables; il est mal couché, mal nourri, il ne fait jamais usage d'une nourriture animale. Les taches n'ont été aperçues que depuis trois jours; l'enfant n'en a éprouvé aucun malaise; les parens ne se seraient pas décidés à le transporter à l'hôpital, s'ils n'avaient été effrayés par la présence du sang dans les crachats et dans les selles. Le père, qui nous a donné ces détails, a cinq autres enfans qui se trouvent placés dans les mêmes conditions, et n'ont rien éprouvé de semblable.

Dans l'intention de stimuler la peau, on soumet le malade à l'usage des bains sulfureux; on lui prescrit en même temps la limonade végétale pour boisson, et des potages gras pour alimens.

Le 22 du même mois, l'amélioration est déjà notable; la plupart des taches présentent une teinte jaunâtre qui indique la résorption du sang épanché. L'enfant se lève chaque jour. Les selles ont perdu leur teinte brunâtre; les gencives sont toujours un peu saignantes. On accorde des alimens solides.

Le 23, le malade accuse dans l'après-midi une vive douleur dentaire qui lui arrache des cris; la joue gauche est le lendemain le siége d'une fluxion qui persiste jusqu'au 28.

Le 30, la peau paraît seulement sale dans les points qu'occupaient les taches violacées; les gencives ont perdu leur aspect fongueux et ne sont plus saignantes; les selles sont naturelles; le pouls donne 72 pulsations.

Ce garçon quitte l'hôpital le 31 mars, entièrement guéri.

La seule cause qui nous paraît avoir exercé quelque influence dans la production de la maladie, c'est la mauvaise alimentation à laquelle ce garçon était soumis. Nous ferons remarquer cependant que ses frères, se trouvant dans les mêmes conditions, n'ont rien offert de semblable, et que l'autre malade que nous avons observé dans la même salle, avec les symptômes du purpura hemorrhagica, était un garçon pâtissier âgé de 14 ans, assez bien nourri et assez bien logé. L'étiologie de cette affection, comme celle de beaucoup d'autres maladies, est encore enveloppée d'obscurité. Quoi qu'il en soit, lorsque la maladie est bornée à la surface cutanée, et qu'elle n'envahit pas les membranes muqueuses qui sont quelquefois la source d'hémorrhagies abondantes, le pronostic est favorable. Les boissons acidules suffisent alors. Les bains sulfureux que l'on y a joints à l'hôpital des Enfans nous paraissent indiqués, à raison de l'action stimulante que les préparations de soufre exercent sur la peau.

IV. PHTHISIES PULMONAIRES PRÉSENTANT L'ENSEMBLE DE SYMPTÔMES DÉSIGNÉ PAR LE NOM DE CARREAU.

La phthisie pulmonaire chez les jeunes enfans se traduit souvent au dehors par cet ensemble de symptômes que l'on a désigné par le nom de *carreau*. Ce mot ou ses synonymes, phthisie mésentérique, *tabes mesenterica*, nous paraissent devoir être rayés des cadres nosologiques. La maladie à laquelle ils s'appliquent n'est qu'une des formes particulières de l'entérite chronique, de la péritonite tuberculeuse ou de la phthisie pulmonaire. Lorsqu'il existe une dégénérescence tuberculeuse des ganglions mésentériques, appréciable par le toucher pendant la vie, si l'on pratique la percussion et l'auscultation du thorax, on ne tarde pas à découvrir dans les poumons des désordres plus ou moins graves produits par l'affection tuberculeuse, et qui sont la source de la cachexie à laquelle le malade est en proie. Chez trois jeunes malades qui, pendant le cours de ce trimestre, nous ont offert une tuméfaction du ventre contrastant avec l'amaigrissement de la face et des membres, et chez lesquels le palper a fait reconnaître dans la cavité abdominale ces tumeurs marronnées, qu'on a regardées comme le signe pathognomonique du carreau, nous avons exploré le thorax, et nous avons reconnu chez chacun d'eux des excavations tuberculeuses. Deux ont succombé, et l'ouverture du cadavre a confirmé le diagnostic. Le troisième a été retiré de l'hôpital par les parens, auxquels on n'avait pas dissimulé que l'art était impuissant contre une telle maladie. Ce n'est pas seulement pendant ce trimestre que nous avons observé cette coïncidence entre l'existence de tubercules dans l'abdomen et le thorax chez les enfans; c'est également ce qui résulte de nos observations des trois années précédentes. Toutes les fois que nous avons rencontré des tubercules dans les ganglions abdominaux, nous en avons trouvé également dans les poumons. Cette règle ne souffre que de très-rares exceptions. Les observations du professeur Baume, qui a publié un assez volumineux traité sur la phthisie mésentérique, sont tout-à-fait d'accord avec les nôtres. On trouve dans cet ouvrage quatre observations suivies de l'ouverture du cadavre. Trois fois la poitrine a été explorée, et dans ces trois cas les poumons ont offert des tubercules, soit à l'état de crudité, soit à l'état de suppuration. Quant aux cas de *carreau aigu* rapportés par Baume, et terminés par la guérison, ils nous paraissent devoir être considérés comme le résultat d'une simple entérite.

Parmi les faits que nous avons recueillis, nous choisirons le suivant.

SYMPTÔMES DE CARREAU; GARGOUILLEMENT ET PECTORILOQUIE SOUS LA CLAVICULE DROITE; MORT; DÉGÉNÉRESCENCE TUBERCULEUSE DES GLANDES MÉSENTÉRIQUES; EXCAVATION TUBERCULEUSE DU POUMON DROIT.

OBS. VIII. — Pierre Socquet, âgé de 3 ans et demi, né à Paris, non vacciné, est apporté à l'hôpital le 12 février dans l'état suivant. Face pâle, amaigrie; cils allongés; teinte bleuâtre de la sclérotique; tuméfaction considérable du ventre, à l'intérieur duquel on sent des tumeurs marronnées siégeant autour de l'ombilic; les membres sont grêles; la peau qui les recouvre est flasque et ridée; la langue est pâle et recouverte d'un enduit blanchâtre; l'appétit est entièrement perdu; le petit malade repousse le lait et le bouillon; l'abdomen est douloureux à la pression; les selles sont diarrhéiques et de couleur argileuse. En même temps, toux grasse, fréquente; son mat sous la clavicule et l'omoplate du côté droit, où l'auscultation fait entendre un gargouillement des plus manifestes. A gauche, le son est clair; l'auscultation ne permet d'entendre que du râle muqueux. La fièvre est continue et présente un paroxysme le soir; nous comptons le matin 144 pulsations et 36 inspirations. (Décoction blanche; julep gommeux avec addition de 2 gros de sirop diacode; bouillons.)

Voici les renseignemens que nous recueillons sur les antécédens de ce garçon. Il est né de parens sains; mais il a eu une sœur qui a succombé à l'âge de 4 ans avec l'ensemble des symptômes qui caractérisent le carreau. Le médecin qui lui donnait des soins a plusieurs fois appelé l'attention des parens sur la tuméfaction des ganglions mésentériques, que l'on sentait à travers les parois abdominales. Ce garçon a été retiré de nourrice à l'âge de dix-huit mois. Il présentait alors toutes les apparences de la plus belle santé. Il n'a eu ni rougeole, ni variole, ni coqueluche. Cinq à six mois après son arrivée à Paris, où il habitait avec sa famille un rez-de-chaussée humide dans une des rues étroites de la Cité, il a commencé à dépérir. L'appétit est devenu capricieux; il était tantôt vif, tantôt nul. On a observé des alternatives de constipation et de diarrhée et quelques rhumes passagers. Depuis quatre mois, la diarrhée est presque continuelle; ils'y est joint de temps en temps des vomissemens; l'appétit a été presque entièrement perdu; l'amaigrissement a fait chaque jour des progrès. Depuis deux mois, la toux ne l'a pas quitté; on n'a employé que des boissons insignifiantes.

Du 13 au 18, l'état de ce malade a offert peu de changement. La toux a persisté; l'appétit a été toujours entièrement perdu; la diarrhée a cessé pendant deux jours pour revenir ensuite.

Le 19, nous renouvelons l'auscultation et la percussion du thorax, qui nous donne les résultats suivans. Son mat depuis la clavicule jusque près du sein droit; l'oreille appliquée sur cette partie du thorax perçoit du gargouillement, de la pectoriloquie et du souffle tubaire; à gauche, le son reste clair et le bruit respiratoire assez fort. Du reste, même intumescence du ventre, mêmes tumeurs reconnaissables par le palper, tristesse, abattement, sans aucun trouble des facultés intellectuelles; fièvre hectique.

Le 23, retour des vomissemens et de la diarrhée, qui avait cessé depuis deux ou trois jours.

Le 25, tension et douleur du ventre; selles nombreuses et constituées par une houillie grisâtre, exhalant une odeur fétide; altération profonde des traits; pouls petit, filiforme, à 124; respiration à 50. Le malade meurt dans la matinée du 26; il conserve presque jusqu'au dernier moment l'intégrité de ses facultés intellectuelles.

A l'ouverture du cadavre, nous trouvons l'encéphale et ses dépendances à l'état sain. Le poumon droit adhère à la plèvre costale par des fausses membranes anciennes. Les lobes supérieur et moyen sont à l'état d'induration grise; ils sont adhérens et creusés par une large excavation anfractueuse, contenant un liquide sanieux, au milieu duquel on aperçoit quelques débris de matière tuberculeuse. Le lobe inférieur ne renferme que des tubercules crus. A gauche, tubercules miliaires assez nombreux. Pas d'induration ni de caverne. Les ganglions bronchiques, à droite comme à gauche, sont transformées en masses tuberculeuses, dont quelques-unes sont ramollies au centre.

La paroi antérieure de l'abdomen a contracté des adhérences avec le foie et les organes qui occupent la partie supérieure de cette cavité. On aperçoit quelques fausses membranes de couleur ardoisée, que parsèment quelques tubercules blanchâtres. Tous les ganglions abdominaux ont subi la dégénérescence tuberculeuse. Au niveau du rein droit, ils forment une masse du volume du poing d'un adulte. Le foie a subi la dégénération graisseuse. La muqueuse gastrique est pâle et d'une assez bonne consistance. Les matières contenues dans l'intestin sont décolorées; de nombreuses ulcérations, dont quelques-unes occupent tout le pourtour du canal, se font remarquer dans l'intestin grêle. Dans l'intervalle, la muqueuse est ramollie. Dans le gros intestin, pâleur et diminution de la consistance de la muqueuse sans ulcération.

Certes, les lésions étaient, chez ce sujet, tout aussi profondes dans la poitrine que dans le ventre; et si, à une autre époque, les pathologistes avaient exclusivement porté leur attention sur les symptômes abdominaux, c'est qu'ils manquaient des moyens d'investigation dont nous devons la connaissance à Laënnec. La toux eût été dans ce cas le seul symptôme qu'ils auraient signalé. L'auscultation seule du thorax nous a révélé la désorganisation dont les poumons étaient le siége.

Chez les deux autres enfans qui pendant ce trimestre nous ont offert des symptômes et des altérations analogues, la cause de l'affection tuberculeuse était manifeste; ils étaient nés l'un et l'autre de parens phthisiques. Celui-là n'avait apporté en naissant aucune disposition à la phthisie. Le père et la mère, que nous avons vus et interrogés, ne présentaient aucun signe d'affection tuberculeuse. Ce qui nous paraît sans doute avoir favorisé le développement des tubercules chez leurs enfans, c'est l'habitation au sein d'une grande ville, dans un lieu étroit, mal aéré, et où ne pénétraient jamais les rayons du soleil.

T. CONSTANT, D.-M. P.

TRAVAUX ACADEMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 18 AVRIL 1836.

M. Bourdin adresse à l'Académie un mémoire relatif au moteur produit par le calorique introduit, non dans de la vapeur, mais dans de l'air préalablement comprimé, lequel air, échauffé en traversant un foyer en vase clos, agit d'abord

directement, puis avec détente, sous un piston adapté aux résistances à vaincre.

Dans ce système, le charbon, et surtout le bois, doivent, suivant l'auteur, fournir un effet utile de six à neuf fois plus considérable que celui des machines à vapeur agissant à la même pression avec ou sans condensation, et cela en évitant le poids des chaudières et autres inconvéniens.

Commissaires : MM. Poisson, Dulong, Navier et Savart.

— M. Ségalas présente un calcul urinaire d'un pouce au moins dans son plus petit diamètre, et qui a été rendu par une femme sans le secours d'aucune opération chirurgicale.

TÉRATOLOGIE. — DERNIER MOT SUR LE MONSTRE DE SYRA.

Tel est le titre d'une note déposée par M. Geoffroy. L'auteur, dans sa dernière communication, avait annoncé l'intention de disséquer la pièce envoyée par les médecins de Syra. C'était la dernière vérification pour l'exactitude d'un fait très-étrange sans doute, mais dont une enquête sévère semblait garantir jusqu'à un certain point l'authenticité. Cette dernière épreuve donne un résultat tout différent, et semble indiquer une imposture. Cependant les recherches qu'a faites M. Geoffroy sur les faits qui semblaient se rattacher à celui-là lui ont fourni la matière d'un nouveau mémoire qu'il présentera prochainement.

— M. le docteur Junod adresse la lettre suivante sur l'emploi de la kréosote dans la phthisie pulmonaire :

« Depuis long-temps les médecins ont observé que certaines phthisies pulmonaires ont été guéries ou avantageusement modifiées par l'action du goudron réduit à l'état de vapeurs et introduit dans les poumons par l'acte même de la respiration. Il est assez probable que c'est à cette propriété particulière qu'on doit attribuer la rareté des phthisies dans les ports de mer, et l'amélioration de leur état par des voyages sur mer. On sait que dans ces deux circonstances l'air respiré contient une assez grande proportion de goudron réduit à l'état de vapeurs.

» Plusieurs praticiens, frappés de ces différentes observations, ont eu l'idée d'administrer la vapeur du goudron elle même; mais ils n'ont jusqu'à présent rien imaginé de plus commode que de faire chauffer, à l'aide d'une lampe à esprit de vin, un vase de fer contenant ce médicament. Cet appareil, quelque simple qu'il paraisse, est cependant loin de remplir toutes les conditions désirables; et quand il ne présenterait que la difficulté et même l'impossibilité de fournir des vapeurs de goudron d'une manière continue et cependant assez rare pour s'accommoder aux exigences de certaines irritabilités thoraciques, il suffirait de cette impuissance de sa part pour justifier les recherches que j'ai faites dans l'intérêt d'une classe nombreuse de malades, qui trouveront dans le procédé que je propose des avantages que chacun pourra facilement concevoir.

» Ce moyen, extrêmement simple, consiste dans un petit flacon bouché à l'émeril, contenant de la kréosote, et qu'il suffit au malade de garder près de son lit. L'odeur qui s'en exhale, même sans ôter le bouchon, est assez forte pour remplir les intentions du médecin dans le cas où il faut ménager l'irritabilité des poumons; et lorsqu'il voudra augmenter l'intensité de cette vapeur, il suffira d'augmenter progressivement la dose de kréosote, en ouvrant de temps en temps ce petit flacon, et même en répandant une ou plusieurs gouttes de kréosote sur un petit morceau de linge qu'on pourra laisser autant qu'il sera nécessaire auprès du malade. On aura tous les moyens de graduer l'action d'une substance dont on proportionnera ainsi à volonté la dose d'après les effets.

« Les résultats que j'ai obtenus par ce moyen me paraissent assez importans. Je n'ai pas cru devoir attendre la terminaison d'un travail que j'ai commencé sur cet objet pour faire connaître aux médecins ce nouvel emploi d'une substance qui peut ainsi rendre de grands services dans le traitement d'une maladie aussi grave que la phthisie pulmonaire.

— M. Coquand communique sous forme de lettre quelques résultats des recherches de M. Bassi sur les maladies des vers à soie, et notamment sur celle qu'on désigne sous le nom de *muscardine*. M. Bassi a reconnu que cette maladie est le résultat du développement d'un végétal cryptogame de la famille des mucédinées, le *botrytis bassiana*, dont le germe s'introduit dans le corps du ver, le fait périr, et apparaît ensuite à la surface sous forme d'une efflorescence blanchâtre. M. Bassi est parvenu à constater que cette maladie n'est pas épidémique comme on le croyait, mais contagieuse, car elle se communique par le contact et par l'inoculation à d'autres vers à soie et à diverses espèces de chenilles. La connaissance de la cause et des effets de la maladie a conduit l'auteur à une méthode de traitement rationnelle.

— M. J. Guérin adresse une lettre *sur une nouvelle méthode de traiter les pieds-bots chez les enfans*. (Voir la correspondance.)

— M. Humbert réclame la priorité d'invention et d'application pour la méthode qui consiste à traiter les difformités de la colonne vertébrale par des pressions exercées perpendiculairement à cette colonne, au lieu d'employer l'allongement, comme l'ont fait la plupart des orthopédistes.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 19 avril. — Présidence de M. Louyer-Willermay.

— M. Baudelocque adresse une observation imprimée d'hémorrhagie utérine arrêtée par la compression de l'aorte abdominale; la compression a été continuée plus d'une heure.

— M. J. Guérin communique le résultat de quelques expériences relatives à une nouvelle méthode de traiter les pieds-bots chez les enfans. (Voyez cette lettre à la correspondance.)

— M. Coze, de St-Omer, informe l'Académie qu'il vient de lui adresser une caisse renfermant une pièce d'anatomie assez rare : c'est une concrétion osseuse développée autour du col de l'utérus, qui a été déplacée par une autre concrétion, laquelle est encore adhérente. Un mémoire et d'autres concrétions osseuses arrachées du col utérin par la malade elle-même ont été adressés à M. Duméril pour les communiquer à l'Académie.

— M. Humbert de Morley réclame la priorité de la découverte de la méthode proposée par M. Guérin pour les déviations de la taille.

— M. Louis fait un rapport sur un mémoire de M. Bessières, de Marseille, ayant pour titre : *De la phthisie laryngée*. L'auteur a traité trop brièvement son sujet; la commission a été surprise, en outre, d'y trouver des propositions telles que celles-ci ;

« La complication la plus fréquente chez les femmes tuberculeuses a lieu dans l'utérus ou ses dépendances, qu'on trouve souvent tuberculeux.

» Il est mille fois plus facile de prévenir le développement des tubercules que d'arrêter leur marche, etc. »

En conséquence, la commission propose de déposer honorablement aux archives le mémoire de M. Bessières; elle rappelle d'ailleurs que ce jeune médecin a tout récemment donné des preuves d'un dévouement sans bornes dans le choléra de Marseille.

Ce rapport est adopté sans discussion.

— M. Martin Solon, au nom de la commission des remèdes secrets, lit plusieurs rapports sur des arcanes dont aucun ne mérite l'application du décret de 1810. Tous ces rapports sont adoptés.

— M. Rochoux lit un mémoire sur les causes de l'apoplexie, et par suite sur la phrénologie, dont il fait une vive critique. Plusieurs membres demandent la parole; mais, l'Académie devant se former en comité secret, la discussion est remise à la prochaine séance. Nous rendrons compte à la fois et du mémoire et de la discussion.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

LETTRE SUR UNE NOUVELLE MÉTHODE DE TRAITER LES PIEDS-BOTS CHEZ LES ENFANS ; adressée aux Académies royales des sciences et de médecine, par le docteur Jules Guérin.

J'ai l'honneur de communiquer à l'Académie le résultat de quelques expériences relatives à une nouvelle méthode de traiter les pieds bots chez les enfans.

Cette méthode consiste dans l'emploi du plâtre coulé en remplacement de toute autre espèce d'appareil contentif.

Les membres qui sont le siége de la difformité, ayant été préalablement enduits d'un corps gras et recouverts d'une bande de flanelle roulée, sont assujettis et suspendus sur des fils transversaux dans une gouttière en bois. Je soumets ensuite les pieds à des tirages latéraux directement opposés, qui ont pour but et pour résultat de produire une torsion et un renversement dans un sens contraire à la torsion et au renversement existans. Je coule ensuite du plâtre autour du membre, qui est maintenu fixément jusqu'à ce que le plâtre se soit solidifié. Aussitôt que celui-ci est passé à l'état de solidification complète, j'enlève le membre de la gouttière, et je dégrossis l'enveloppe avec un couteau, de manière à ne laisser qu'une écorce de trois à quatre lignes de plâtre autour de la jambe et du pied. Ce pansement est renouvelé une fois tous les huit jours.

J'ai soumis plusieurs enfans à cette méthode de traitement; je me borne à rendre compte des résultats obtenus chez deux enfans jumeaux présentés avant le traitement à MM. les membres de la commission des prix Monthyon.

Ces deux sujets, âgés de 5 mois, offraient chacun un double pied-bot varus équin. Les pieds droits surtout étaient extrêmement difformes. La face plantaire était perpendiculaire à l'horizon, et la face dorsale complétement tournée en dehors; je n'ai soumis au traitement par le plâtre que les deux difformités exagérées. Après sept applications du plâtre coulé, renouvelées à sept jours de distance, les pieds avaient repris leur conformation normale.

J'ai laissé six jours les pieds sans appareil pour m'assurer qu'ils ne perdraient rien de leur bonne conformation, et aujourd'hui MM. les membres de la commission ont pu s'assurer qu'ils n'offraient plus aucune tendance au retour de la difformité.

Je me borne, monsieur le président, à l'énoncé pratique de cette nouvelle méthode, me proposant d'en développer les avantages dans un mémoire que je présenterai prochainement à l'Académie. Il me suffit de faire remarquer aujourd'hui que j'ai produit, après cinquante jours de traitement, et sans le moindre inconvénient, des guérisons que, de l'aveu des auteurs, on n'avait que très-imparfaitement obtenues après un an et plus de traitement par les autres méthodes.

Agréez, etc.

AFFECTION CANCÉREUSE DE L'OS ET DES PARTIES MOLLES DU BRAS GAUCHE ; AMPUTATION DANS L'ARTICULATION SCAPULO-HUMÉRALE ; ANATOMIE PATHOLOGIQUE DU MEMBRE AMPUTÉ ; GUÉRISON. Observation recueillie dans le service de M. JOBERT.

Heim, âgé de 26 ans, cheveux châtain-clairs, barbe un peu rouge, peau assez fine, un peu blanche, d'apparence un peu lymphatique, profondément marqué de variole qu'il eut à 3 ans, entra à l'hôpital Saint-Louis le 7 février 1835, pour y être traité d'une tumeur au bras gauche, dont l'origine paraissait remonter à une année environ. Jusqu'à l'âge de 26 ans, il a toujours joui d'une bonne santé; il ne porte aucune cicatrice de scrophules, et n'a éprouvé aucune affection vénérienne, soit primitive, soit consécutive, ni aucun rhumatisme. Son frère, robuste, de formes athlétiques, a tous les attributs du tempérament sanguin. Au dire des parens du malade, dès 1830, lors de l'exercice des armes pour la garde nationale, le bras gauche se fatiguait avec la plus grande facilité. Vers la fin de septembre 1834, au milieu d'une pleine santé, sans cause connue, sans coup, sans chute, il fut réveillé en sursaut la nuit par une douleur aiguë, fixe, à la partie postérieure du bras gauche, vers la partie moyenne. Depuis ce temps, cette douleur a reparu à plusieurs reprises avec une durée et à des intervalles variables; elle se réveillait et s'exaspérait de préférence aux changemens de temps et surtout la nuit. A son début, elle dura trois jours entiers, puis cessa entièrement pour ne reparaître qu'au bout de trois mois.

Cette fois elle se manifesta la nuit, comme la première fois, fut très-vive pendant trois jours, diminua, mais ne cessa plus complétement comme à la première atteinte. En général, la pression, les changemens de temps et la chaleur du lit amenaient une exaspération; dans ces cas il s'y joignait un engourdissement qui se propageait à tout le bras et même à l'avant-bras; vive et aiguë d'abord, la douleur faisait bientôt place à une souffrance sourde et continue, et alors le malade pouvait à peine porter le bras à sa tête sans s'aider du bras sain; les mouvemens, au contraire, restaient intacts, lorsque la douleur était vive. Au bout de cinq à six jours, les mouvemens revenaient peu à peu, mais avec une grande faiblesse. Pendant les six premiers mois de la maladie, il n'aperçut point de changement dans le volume ni la forme du membre. Au bout de ce temps, une tumeur petite, circonscrite, de la grosseur d'une petite noix, se prononça à la partie postérieure du bras, au lieu même où avait débuté la première douleur; puis le gonflement gagna, en descendant d'abord, ensuite en circonférence, et s'étendit enfin, dans les quatre derniers mois, à la partie supérieure du bras. Dix mois après l'invasion du mal, deux mois avant d'entrer à Saint-Louis, il sentit, en tirant de l'eau d'un puits, un craquement subit en dedans du bras, à l'union du tiers supérieur avec les deux tiers inférieurs, et en même temps une douleur aiguë. Aussitôt le membre tomba sans force; le malade crut à quelque fracture, s'alita quelques jours, et depuis perdit presque entièrement l'usage de l'avant-bras libre jusqu'alors. A partir de ce moment, il ne put le fléchir sans de vives souffrances. Dans ce mouvement, la douleur, bornée jusqu'alors à la partie inférieure de l'humérus et au coude, remontait jusqu'à l'épaule, et durait presque continuellement.

Tel était l'état du malade; rien de sérieux n'avait été employé, lorsque le 2 mars 1835, le malade fut conduit à l'amphithéâtre; le diagnostic établi était une affection cancéreuse de l'humérus, pouvant s'étendre aux parties molles; mais un séquestre retenu pouvait, jusqu'à un certain point, donner naissance à des symptômes analogues; on dut donc tenter d'abord une exploration. En présence de M. le docteur Biett, médecin de l'hôpital Saint-Louis, M. Jobert arrêta et exécuta l'opération suivante. A la partie externe du bras gauche, il fit, à l'aide d'un bistouri convexe, deux incisions longitudinales, distantes environ d'un pouce et demi; il les commença à peu près au niveau de l'empreinte deltoïdienne, et les réunit vers la partie inférieure du bras à l'aide d'une troisième incision transversale; en sorte qu'il obtint ainsi un lambeau quadrangulaire allongé, adhérent par sa partie supérieure, qui, en le soulevant, permit de confirmer le diagnostic précédemment établi, d'une affection cancéreuse. A l'instant même, le sang, qui s'écoula en très-grande abondance, fut arrêté et réprimé à l'aide d'éponges sèches maintenues par une bande, et le chirurgien dut procéder, et procéda en effet avec la plus grande rapidité, à la désarticulation du bras dans l'articulation scapulo-humérale, l'étendue de la tumeur en haut ne laissant pas de chances à une opération dans la continuité du membre. Un couteau interosseux fut rapidement plongé dans l'épaisseur du deltoïde, aux dépens duquel on tailla un lambeau externe et supérieur; l'articulation fut ouverte, la tête de l'humérus contournée; l'espèce de lambeau inférieur contenant les nerfs et les vaisseaux coupé au raz de la poitrine, et immédiatement on lia l'artère brachiale. Le nerf médian fut compris sous le fil; mais après douze ou quatorze autres ligatures, l'artère fut isolée du nerf dont la compression était douloureuse, et liée à part; le premier fil fut coupé, et la douleur cessa. Un point de suture à la partie antérieure de la plaie, des bandelettes agglutinatives sur le reste de sa surface furent appliqués pour aider la réunion, facile du reste; car le seul lambeau existant tendait lui-même par son poids à couvrir la surface articulaire et tout le reste de la plaie. On acheva le pansement avec un gâteau d'agaric enduit de cérat, de la charpie et un bandage approprié.

Le lendemain, le membre amputé examiné présenta l'état suivant. Gonflement général de la face externe du bras, qui porte les traces des trois incisions exploratrices. La peau est saine, non adhérente à la tumeur. Le tissu cellulaire graisseux sous-jacent est abondant et épais. L'aponévrose brachiale est mince et transparente. Le muscle biceps présente une saillie assez forte au niveau du ventre que forme la réunion de ses deux portions; son tissu sain ne paraît épaissi que parce qu'il est soulevé par la tumeur. Son extrémité supérieure, ainsi que le deltoïde et une grande partie du coraco-brachial, doivent former le lambeau qui recouvre la plaie; car ils manquent. Le muscle brachial antérieur est tout-à-fait converti en tissu lardacé dans le côté interne de son tiers supérieur; le reste de sa surface paraît sain; mais si l'on examine l'épaisseur de son tissu, on voit qu'à mesure que l'on approche de la surface osseuse, la couleur du muscle change, devient jaunâtre, de rouge qu'elle était, et se convertit en tissu lardacé, conservant cependant l'apparence fibrineuse du tissu musculaire; en sorte que, tout-à-fait en bas, il est ainsi changé dans toute son épaisseur. Le bord externe du même muscle, et son extrémité inférieure, contiennent même plusieurs noyaux de matière cancéreuse. La portion externe du triceps brachial est presque entièrement convertie en une masse de même nature, criant sous le scalpel, ainsi que l'extrémité supérieure des muscles supinateurs et radiaux externes. La masse moyenne du triceps, son extrémité inférieure et externe, sont graduellement converties en cette même substance lardacée, déjà décrite, qui conserve une sorte d'apparence musculaire, et qui complète ainsi à l'humérus une enveloppe presque exacte de tissu cancéreux. Le nerf radial paraît sain; sa consistance n'est ni augmentée ni diminuée; sa couleur est normale; son névrilème, en contact par presque toute sa surface avec la masse cancéreuse qui traverse ce nerf, en suivant son trajet régulier, est légèrement épaissi et paraît même encore renforcé par des couches celluleuses. L'artère brachiale paraît saine, tant à l'extérieur que dans l'apparence de sa membrane interne; son calibre paraîtrait diminué de diamètre plutôt qu'augmenté. Le nerf médian est sain également.

La partie moyenne de l'humérus présente un renflement assez considérable, représentant, à l'endroit de sa plus grande largeur, le double environ du diamètre normal du cylindre osseux; ce renflement, irrégulièrement bosselé, présente à la partie postérieure et interne un trou servant à la communication de l'intérieur de l'os avec la masse dégénérée qui l'entoure, et s'implante même dans ses anfractuosités. Au devant de l'articulation du coude, se trouve une poche remplie d'un liquide trouble, jaunâtre, qui crève et lance ce liquide au loin.

Scié suivant sa longueur, l'humérus présente, un peu au-dessous de sa tête, plusieurs petits noyaux de matière cancéreuse contenus d'abord dans les aréoles du tissu médullaire, et finissant par arriver toujours en s'élargissant jusqu'au niveau du renflement osseux signalé à l'extérieur. Là, la moelle est presqu'en totalité remplacée par de la matière jaunâtre, mollasse, peu vasculaire en apparence. Mais elle est loin de remplir exactement toute la poche. Celle-ci paraît être formée par une sorte de dédoublement de la paroi osseuse de l'humérus, dont la table externe se serait développée à l'extérieur, tandis que la table interne se serait, pour ainsi dire, adossée à elle-même, car, au milieu de cette poche, on rencontre la table interne de l'os se prolongeant, et tout-à-fait semblable à l'extrémité d'un fragment qui aurait été réuni par la formation d'un cal extérieur à l'autre portion de l'os fracturé, et dont le canal aurait tendu à s'effacer par la convergence des parois osseuses l'une vers l'autre et la formation d'une espèce de virole interne entre ces deux parois de fragment.

Toute cette poche est remplie de matière cancéreuse qui, enlevée, laisse apercevoir une surface rugueuse pleine de saillies osseuses, dures, et paraissant le résultat de la distension des lamelles du tissu spongieux. Dans l'intérieur du canal osseux, on trouve en descendant, à partir de cette espèce de virole interne, trois noyaux de cette ma-

tière jaunâtre et mollasse, de forme oblongue, placés les uns au-dessous des autres, et communiquant par de petites chaînes de la même substance. Cette coque, ouverte à la partie postérieure et externe, comme nous l'avons déjà dit, occupe le tiers moyen de l'humérus; le tiers supérieur est sain, le tiers inférieur aussi, surtout à sa partie la plus inférieure; car à l'union du tiers moyen avec lui, et même un peu à son commencement, se trouve l'espace qu'occupait la fin du noyau tuberculeux le plus inférieur. Dans ce même tiers inférieur, le tissu compact est beaucoup plus épaissi. Les surfaces articulaires de l'extrémité supérieure de l'humérus, et celles de l'extrémité inférieure de cet os, sont saines; seulement les muscles qui s'insèrent à cette dernière se détachent avec une grande facilité. Point d'infiltration purulente de la partie inférieure du bras, non plus que de l'avant-bras, dont les muscles sont sains et d'un beau rouge, et dont les tendons glissent très-facilement dans leurs gaînes. Le membre et la main ne sont nullement atrophiés.

Le 3, lendemain de l'opération, sueur abondante, coloration vive de la face, langue humide aux bords, un peu sèche au milieu; chaleur à la peau; pouls plein et fréquent. Point de malaise marqué, point de difficulté à respirer. Le malade a un peu souffert pendant quelques heures après l'opération; l'appareil a été traversé de sang, mais sans que cet écoulement présente le moindre caractère alarmant. Quelques élancemens dans la plaie. (Saignée du bras, de trois palettes; limonade.)

Le 4, état meilleur; pouls moins fréquent; langue humide; continuation de la sueur générale qui a peu diminué; coloration de la face assez marquée; sommeil quelquefois interrompu par des rêves fatigans. La plaie commence à exhaler une odeur fétide. (Irrigation autour du membre avec de l'eau-de-vie camphrée.)

Le 5, le malade est bien; la sueur est moins abondante, mais continue cependant toujours, surtout à la face, qui est pourtant moins colorée.

Le 6, rien de remarquable à la visite. Dans la nuit du 5, le malade, qui s'est trouvé du reste très-bien, a éprouvé tout à coup du malaise, quelques nausées, enfin deux vomissemens, après lesquels il s'est trouvé très-calme. L'usage prolongé de la limonade et le dégoût qu'il en ressentait paraissent avoir été la cause de cette indisposition, qui, une fois passée, ne laisse point d'autres symptômes. La sueur persiste; la fétidité de la plaie augmente. On arrose le lit et l'appareil superficiellement avec de l'alcool camphré.

Le 7, premier pansement. La plaie paraît réunie en plusieurs endroits. La suppuration, qui est de bonne nature, a coulé le long du dos du malade, et y a déterminé une rougeur érysipélateuse assez intense. Les bandelettes sont ôtées; une seule remise. Une ligature tombe. Pansement avec un linge fenêtré enduit de cérat et de la charpie. Le malade sue toujours, surtout à la face, qui est toujours colorée, et est du reste assez bien. Le pouls n'est ni trop plein ni trop fréquent. On change le malade de lit avec précaution; il reste peu découvert pendant le pansement. Une ou deux cuillerées de bouillon qu'il demande lui sont données.

Le 8, le malade a eu un frisson assez prolongé dans la journée de la veille. La sueur à la face, et surtout la coloration de cette partie ont augmenté; la respiration paraît libre; le ventre n'est nullement douloureux. Le frisson s'est un peu renouvelé vers le matin, mais à a peine duré. La rougeur érysipélateuse n'a nullement diminué; quelques légères excoriations se manifestent même à l'endroit où pose la bandelette agglutinative réappliquée la veille. Le point de suture est enlevé. Point de douleur de tête; peu de sommeil. (Trois verres d'eau de Sedlitz; gomme édulcorée pour tisane; suppression de toutes les bandelettes de diachylon; deux cataplasmes largement arrosés de laudanum; diète absolue.)

Le 9. Le malade a eu onze selles dans la journée du 8; il ne s'est pas manifesté de nouveaux frissons. Langue assez humide, blanchâtre. La rougeur érysipélateuse a légèrement diminué. Suppuration abondante; sueur toujours aussi considérable. Pouls moins plein que la veille, toujours un peu fréquent. (Même pansement deux fois par jour; eau de gomme édulcorée; eau de Seltz.)

Peu de changement jusqu'au 11. Le malade est vraiment assez bien. Dans la nuit du 11 au 12, vers le matin, affadissement nauséeux attiré par le malade à une grande quantité de tisane ingérée en très-peu de temps. Point de suites à ce malaise. Suppuration toujours abondante. Sueur incessante. Chute de plusieurs ligatures. Pas de selles depuis l'administration de l'eau de Sedlitz. (Lavement émollient.)

Le 13, le malade est tout-à-fait mieux; le pouls est peu fréquent, sans plénitude marquée; la suppuration louable et abondante, ainsi que la sueur. La face reste toujours colorée. Il ne reste plus que deux ligatures. La plaie est rosée; les bourgeons y sont développés et visibles, surtout à l'angle inférieur, qui, par défaut de réunion avec le lambeau, se trouve un peu à découvert. Le malade se sent de l'appétit. (Même pansement, avec un cataplasme laudanisé; eau de gomme édulcorée; eau de Seltz; deux petites tasses de bouillon de poulet.)

L'état du malade continue de s'améliorer. La plaie suppure toujours. La sueur est toujours aussi abondante, et la face colorée. Les bourgeons commençaient à pâlir, lorsque le 23, on prescrivit un pansement avec des bandelettes de linge enduit de cérat sur les bords de la plaie et de la charpie sèche au milieu. A ce moment, le malade était bien. Le pouls avait cependant un peu de fréquence. Heim se plaignait d'une douleur en haut de la poitrine, d'une épaule à l'autre; elle l'avait pris la veille. La face était toujours rouge, la sueur abondante, ainsi que la suppuration. Du reste, point de toux, point de difficulté à respirer. La douleur indiquée n'est même pas très-forte. Un peu de poulet, adjoint aux soupes autorisées jusqu'ici, est permis au malade, ainsi qu'un peu de vin de Bordeaux étendu. Un chirurgien qui voit le malade semble craindre une affection organique du poumon. Nonobstant ces craintes, le malade continue à marcher vers la guérison.

Le 26, le malade est bien, mais la suppuration est toujours abondante, ainsi que la sueur. On remarque au pansement que le pus vient de la face inférieure de la base de l'épine de l'omoplate et un peu du dessus de cette même apophyse; à la partie supérieure et postérieure de la plaie, au niveau des deux décollemens indiqués, existe un trou paraissant peu disposé à se combler, communiquant avec la partie antérieure et supérieure de la plaie; des pressions sur le lambeau représentant le moignon de l'épaule déterminent l'issue d'un pus louable, mêlé cependant à des bulles d'air, qui s'échappe en avant et en arrière par les points indiqués.

Le 27, le malade continue de ne pas éprouver de symptômes alarmans. La plaie offre des bourgeons de bonne nature. Le pus est crémeux, assez peu abondant; mais une sonde cannelée introduite par l'angle supérieur et postérieur de la plaie, et dirigée en arrière, fait reconnaître, au niveau de la partie supérieure de la fosse sous-épineuse, le décollement soupçonné la veille. Incision de près de deux pouces. Une mèche est introduite entre les bords de la plaie, enfoncée même un peu, suivant le trajet indiqué au niveau de la cavité glénoïde et communiquant d'arrière en avant. Reste du pansement comme à l'ordinaire à plat. On augmente un peu la quantité des alimens.

Le 1er avril, la suppuration a considérablement diminué depuis l'incision, comme aussi la sueur qu'il éprouvait. Le pouls a perdu sa fréquence, mais elle augmente le soir. Une mèche a constamment été introduite de la manière indiquée ci-dessus; elle s'enfonce d'environ un pouce, toujours entre la base du lambeau et la cavité glénoïde. Le décollement de la fosse sous-épineuse est affaissé et réuni, ainsi que la partie antérieure et inférieure du lambeau, qui est complètement cicatrisée. Le malade est calme. Les momens d'insomnie qu'il éprouve quelquefois la nuit, et qu'expliquent quelques intervalles de sommeil dans la journée, ne sont plus agités et accompagnés de sueurs et de chaleurs fatigantes. (Décoction légère de quinquina. Poulet ou côtelette; vin de Bordeaux.)

Le 2, le malade éprouve toujours un peu de fièvre avec redoublement le soir. Il se lève pendant deux heures. A peine descendu de son lit, il éprouve un sentiment d'étonnement, de faiblesse et de vertige assez prononcé et qui dure quelque temps. Le soir, il mange un peu de viande. La nuit est calme jusqu'à quatre heures du matin; à cette heure, un rêve, accompagné d'érection et de pollution abondante, phénomène que n'avait pas éprouvé le malade depuis son opération, vint le fatiguer horriblement. Un peu d'agitation, des nausées et enfin un vomissement après l'ingestion d'un peu de tisane, apparurent au réveil, et immédiatement après le vomissement, le soulagement survint. M. Jobert prescrivit au malade deux pilules d'un grain de sulfate de quinine, et défendit de manger le soir autre chose qu'un léger potage.

Le 3 et le 4, le malade est mieux encore; plus de sueurs nocturnes et de redoublement le soir; calme complet des nuits. Le malade s'est relevé, mais pendant moins long-temps et à plusieurs reprises dans la journée. La mèche commence à moins s'enfoncer à la base du lambeau. Le sulfate de quinine est continué.

Le 7, le malade est toujours bien, seulement il a éprouvé de la constipation depuis plusieurs jours. Eau de Sedlitz qui n'amène point de selles. Lavement purgatif qui réussit mieux.

Le 9, à la partie supérieure de la fosse sous-épineuse on reconnaît de nouveau un décollement, dont deux incisions font justice; une d'elles nécessite une ligature.

Le 11, la suppuration entretenue jusque là par le décollement est diminuée depuis l'incision. La ligature tombe le 12.

Depuis cette époque, le malade a constamment continué d'aller de mieux en mieux, se levant presque toute la journée. Aucun autre accident ne survint, qu'une nouvelle atteinte très-légère de ces redoublemens fébriles du soir, qui commencèrent immédiatement après l'imprudence que fit le malade de fumer, et qui cédèrent facilement à l'administration de quelques doses de sulfate de quinine. Enfin le malade sortit guéri complètement le 14 mai 1835; et depuis, sa santé est des plus florissantes, ainsi que nous l'apprend une correspondance entretenue avec lui, et qui complète l'observation.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

MÉMOIRE SUR UNE MANIÈRE NOUVELLE DE PRATIQUER L'OPÉRATION DE LA PIERRE, par le baron DUPUYTREN; terminé et publié par L.-J. SANSON et L.-J. BÉGIN; avec dix planches lithographiées par Jacob (1).

« Je lègue à MM. Sanson aîné et Bégin le soin de terminer et de publier un ouvrage déjà en partie imprimé sur la taille de Celse, et d'y ajouter la description d'un nouveau moyen d'arrêter les hémorrhagies. »

Tel est le passage du testament de Dupuytren que les éditeurs de ce mémoire ont pris pour épigraphe, témoignage honorable d'une confiance qui ne pouvait être mieux placée, dernier souvenir du grand maître à des élèves qu'il avait depuis long-temps associés à ses travaux. Comment ce mémoire, commencé il y a près de dix ans, était-il demeuré inachevé? Pourquoi Dupuytren, après en avoir commencé la publication avec tout le luxe de la lithographie et de la typographie, s'est-il arrêté brusquement, laissant imparfaite une œuvre à laquelle il attachait cependant quelque importance? Nous en sommes réduits sur ce point à des conjectures. Ce qu'il y a de plus probable, c'est que Dupuytren, s'occupant avec ardeur d'une nouvelle méthode qu'il croyait la sienne, fut désagréablement surpris par les réclamations qui ne manquent pas d'assaillir toute idée nouvellement émise, et ne put se résoudre à descendre du rang d'inventeur à celui de simple continuateur de Celse, de Chaussier, de Béclard. Dès-lors son travail fut interrompu; il brisa sa plume plutôt que de faire mentir son titre par cet aveu désormais inévitable; il paraît même qu'il détruisit son manuscrit; en sorte que les éditeurs n'ont guère trouvé dans ses papiers que les 18 premières pages tout imprimées. On ne trouve pas dans ces premières pages un seul mot qui montre l'auteur doutant de sa priorité; la lumière ne lui est venue qu'après. Il fut alors le premier à reconnaître qu'il s'était mépris; et nous avons retrouvé avec plaisir, sous la plume de ses continuateurs, le langage plein de dignité qu'il tint à cette occasion à l'Académie de médecine.

« Dans les sciences qui, comme la médecine, ont été depuis un grand nombre de siècles l'objet de travaux sans nombre, tant dans leurs parties que dans leur ensemble, il arrive souvent qu'on travaille sur les idées d'autrui, alors que l'on croit travailler sur ses propres idées. C'est ce qui m'est arrivé pour la méthode opératoire qui fait le sujet de ce mémoire, et je n'aurai ni la faiblesse ni l'indignité de le dissimuler. » Et après l'énoncé rapide des principales recherches qui avaient devancé les siennes : « J'ai fait connaître avec franchise et sans réserve les travaux parvenus à ma connaissance sur l'opération que j'ai décrite; je laisserai à la critique le soin de faire la part que chacun peut réclamer dans la réhabilitation de la taille de Celse. »

La question ainsi nettement posée, la solution n'en saurait être douteuse. La priorité de la rénovation de cette méthode n'est ni à Dupuytren, ni à Béclard, ni à Chaussier, ni à M. Ribes. Ledran avant eux l'avait vantée, et bien plus, l'avait appuyée sur sa longue expérience; mais les succès de Ledran étaient tombés dans un complet oubli, comme après lui les idées de Chaussier, comme après Chaussier les idées de Béclard. Tous peuvent réclamer au même titre l'honneur de l'invention, en ce sens que tous ignoraient qu'on l'eût faite avant eux; mais Dupuytren a su faire valoir sa découverte, lui faire place entre les autres méthodes, en montrer les avantages avec assez d'évidence pour que nul chirurgien à l'avenir ne puisse s'excuser de l'ignorer; et si l'on admettait en chirurgie cette idée philosophique, qu'une vérité est à celui qui la prouve, la taille bilatérale appartiendrait certainement à Dupuytren.

Nous n'analyserons point ici la partie de ce mémoire qui traite de l'anatomie chirurgicale du périnée sous le point de vue de cette méthode, ni du manuel opératoire en lui-même. Bien que Dupuytren ait toujours été fort avare de détails à ce sujet, ne voulant pas sans doute déflorer un travail qu'il devait publier un jour, ce qui en a été dit dans la *Médecine opératoire* de Sabatier, dans les *Leçons orales*, mais surtout ce que nous en ont appris, et dans les thèses, et dans les dictionnaires, et dans la pratique, les élèves et les imitateurs de Dupuytren, a depuis long-temps enlevé à l'opération en elle-même l'intérêt de la nouveauté. Il sera plus important de suivre l'auteur dans les recherches qui le conduisirent à chercher une méthode de taille plus avantageuse que celles mises jusqu'alors en usage, et d'examiner ensuite les résultats donnés par la taille nouvelle.

« On sert mal la science et l'humanité en les flattant, dit-il; on les sert mieux en leur montrant la vérité. » Recherchant donc les chances de guérison ou de mort auxquelles s'expose tout individu qui se soumet à l'opération de la pierre, il commence par reléguer parmi les contes absurdes le récit des cures merveilleuses de Raw, qui aurait, dit-on, opéré 1647 calculeux sans en perdre un seul. Les résultats publiés par d'autres chirurgiens, différent trop les uns des autres pour être tous également conformes à la vérité. Ainsi Pouteau estimait à 1 sur 40 les chances fâcheuses de la taille; Lecat, dans des calculs partiels, à 1 sur 6, 8 ou 9; Cheselden, à 1 sur 10 et demi; Alexandre Marcet, à 1 sur 7 et un quart pour l'hôpital de Norwick; Douglass, Cheselden, Middleton, à 1 sur 6 dans la taille au haut appareil, sans incision au périnée et au col de la vessie; frère Côme, à 1 sur 5 pour la taille au haut appareil, avec incision au périnée et au col de la vessie. Quelques relevés faits par M. Sanson sur les opérations pratiquées dans les hôpitaux de Paris, semblent devoir porter encore au-dessous de ce nombre les chances de succès de la taille latérale. Dupuytren ne dit que ce mot de ces résumés, que M. Sanson n'a pas publiés, du moins à notre connaissance.

Se défiant de ces résultats partiels souvent contradictoires et presque toujours contestés, il recueillit pendant dix ans, tant de la pratique publique que de la pratique particulière des hommes de l'art les plus distingués de Paris et des environs, tous les cas de taille qui parvinrent à sa connaissance; et après avoir réuni tous ces cas observés sur des individus différens d'âge, de sexe et de tempérament, opérés par des méthodes et des procédés variés, dans des saisons, des lieux et des conditions souvent opposés, il se convainquit qu'il mourait le cinquième et le sixième de la masse de ceux qui sont opérés de la pierre.

On connaît ce tableau qui a été publié dans le *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, et que par cette raison nous ne reproduirons pas. Comment Dupuytren avait-il recueilli les 356 faits dont il se compose? c'est ce qu'il n'a pas jugé à propos de dire. Quelle confiance et quel degré d'authenticité faut-il accorder à ces calculs? c'est ce que nous ne saurions décider. Toutefois, en portant à 1 sur 6 le nombre des morts après les opérations de taille faites à Paris, et en considérant ce résultat comme affligeant et propre à déconsidérer les anciennes méthodes, il faut reconnaître que Dupuytren restait plutôt en-deçà qu'il n'allait au-delà de la réalité; pour notre part, nous sommes bien convaincus que la mortalité est plus forte à Paris après les opérations de taille.

Quoi qu'il en soit, avant de fonder une méthode nouvelle, il fallait éviter les dangers et les inconvéniens des autres; pour les éviter, il fallait les connaître. Dupuytren rechercha donc quelles étaient les causes les plus ordinaires de la mort des calculeux opérés, et il arriva à ce résultat, que près des trois cinquièmes périssent d'inflammations dont le plus grand nombre ont leur siége dans la vessie, dans le tissu cellulaire du bassin, dans le rectum, dans l'intestin grêle et jusque dans l'estomac; dans le péritoine, les reins, les poumons, les plèvres ou le foie; qu'un quart environ périt d'hémorrhagies ou des suites qu'elles entraînent; et que le reste enfin succombe à des maladies concomitantes ou accidentelles, comme affections vermineuses, rougeoles, convulsions, petites-véroles, indigestions, rhumatismes, catarrhes, etc.

Mais quelles étaient les causes de ces accidens divers? L'observation des maladies et l'ouverture des cadavres le lui apprirent encore. «Tantôt, dit-il, on trouve le col de la vessie et la moitié gauche de la prostate largement et nettement divisés par l'instrument tranchant, jusqu'au tissu cellulaire qui environne le bas-fond et les parties latérales de la vessie; et l'on voit l'inflammation née dans ce tissu s'étendre à tout le bassin, au rectum et au péritoine; tantôt on trouve le col de la vessie et la moitié gauche de la prostate à peine divisés par une plaie dont les lèvres sont contuses, déchirées, arrachées, ramollies, gangrénés, réduites en putrilage; et l'on voit l'inflammation s'étendre de ces parties au tissu cellulaire du bassin, au rectum et au péritoine, comme dans le premier cas, mais pour des raisons différentes. »

(1) Grand in-folio, magnifiquement imprimé. Chez J.-B. Baillière, libraire, rue de l'Ecole-de-Médecine, n° 13 bis. Prix : 20 francs.

Ainsi, les incisions trop étroites en forçant à contondre et déchirer les parties pour extraire la pierre; les incisions trop larges en dépassant les limites de la prostate et mettant l'urine en contact avec le tissu cellulaire du bassin, conduisent également à des inflammations mortelles; soit que celles-ci restent bornées aux organes ambians, soit qu'elles se propagent par sympathies à des organes éloignés. Et à ces deux causes secondaires préside une cause primitive et générale, savoir: l'étroitesse de l'espace choisi pour pénétrer dans la vessie, étroitesse telle, qu'on ne peut rester dans les limites prescrites par la conformation des parties sans s'exposer à de grandes difficultés dans l'extraction de la pierre, ou franchir ces limites sans introduire jusqu'au centre du bassin une cause très-active d'inflammation.

Les hémorrhagies ont plusieurs sources: tantôt elles viennent des artères transverses du périnée, comme lorsque l'opérateur pour s'éloigner du rectum ou de l'artère honteuse, a commencé l'incision trop près des bourses; tantôt elles viennent de l'artère superficielle du périnée divisée près de son origine, comme lorsque l'incision a été très-prolongée vers la tubérosité de l'ischion; elles viennent quelquefois à la division de quelques-unes des artères hémorrhoïdales tant internes qu'externes, lorsque l'incision a été conduite trop près de la surface du rectum, en tirant sur son côté externe; quelquefois, mais rarement, elles sont produites par la division de l'artère honteuse interne, lorsque dans la crainte d'entamer le rectum, l'opérateur a dirigé l'incision transversalement en dehors; enfin elles tiennent souvent à des variétés anatomiques qu'aucun art ne saurait faire prévoir. Ces hémorrhagies, comme les inflammations, ont un rapport direct et incontestable avec l'opération.

Pour éviter ces dangers, Dupuytren se livra à de nombreux essais sur le cadavre. Il songea à diviser la vessie en avant de l'urètre, idée malheureuse, puisqu'il faudrait préalablement couper en travers l'urètre lui-même; puis à arriver entre l'urètre et le rectum, sans entamer ni l'un ni l'autre; et il y a ici un passage fort remarquable. Après avoir montré tous les dangers d'une semblable incision, l'auteur ajoute: « C'est pourtant la région sur laquelle se pratiquait la taille de Celse. » Avait-il si mal compris le sens de l'auteur latin, ou bien, en l'absence du texte, parlait-il d'après de vagues souvenirs?

Ces deux points écartés, on peut encore arriver à la vessie par ses côtés, suivant les procédés de Foubert et de Thomas; mais les inconvéniens sont toujours plus grands que dans les méthodes ordinaires, et en outre on se prive du secours que fournit le cathéter. Il ne restait donc plus qu'à se frayer une route vers la vessie en intéressant son col.

L'incision du col en avant a été tentée par Thompson et pratiquée quelquefois par Dupuytren; mais elle est rejetée par une foule de motifs; l'incision en arrière donne une trop petite ouverture ou expose à blesser le rectum; et si l'on divise cet intestin de propos délibéré, comme le fait M. Sanson, on a à redouter des fistules urétro-rectales; les incisions en travers divisent les muscles bulbo et ischio-caverneux, et quelquefois le corps caverneux lui-même, les artères superficielles du périnée, celle du bulbe, l'artère honteuse interne, et exposent d'une manière presque certaine à des hémorrhagies graves. Parmi les incisions obliques, celles qui sont dirigées en haut et en dehors ont les mêmes inconvéniens que les incisions en travers; « elles ne sauraient être employées tout au plus que comme accessoires, dans le cas où le volume du calcul à extraire pourrait obliger à agrandir une ouverture pratiquée dans un autre sens au col de la vessie. » Ces paroles fort remarquables sont encore de Dupuytren, et M. Vidal de Cassis peut donc à bon droit revendiquer cette haute approbation pour sa taille quadrilatérale.

De ces notions anatomiques apppuyées par des expériences sur le cadavre, Dupuytren induit la supériorité des incisions un peu obliques, et l'on sait comment il les a disposées pour sa taille bilatérale. La description du procédé opératoire est due à MM. Sanson et Bégin; elle est à très-peu près la même que celle de leur édition de Sabatier; nous y avons toutefois cherché en vain ce précepte important de ne pas dépasser un écartement de 20 lignes entre les lames du lithotome.

A considérer théoriquement cette méthode, elle paraît sans doute supérieure aux tailles périnéales antérieurement connues; mais elle est loin d'avoir tous les avantages que lui accordait Dupuytren. Elle évite les artères du périnée, non pas encore d'une manière constante et sûre; mais elle expose davantage à l'hémorrhagie veineuse par une division plus étendue des veines qui entourent la prostate chez les vieillards. Son incision de 20 lignes ne donne qu'une ouverture de 40 lignes en circonférence, propre à livrer passage à un calcul de 13 lignes de diamètre; s'il est plus volumineux il faut toujours arriver à dilater et à forcer les parties. Enfin l'incision, limitée au tissu de la prostate, ne saurait garantir contre l'infiltration de l'urine dans le tissu cellulaire du bassin; en sorte que cette série d'accusations dressées par Dupuytren contre la taille périnéale ordinaire, atteignant presque également la taille bilatérale, est en vérité le plaidoyer le plus éloquent qu'on puisse faire en faveur de la taille hypogastrique.

Les résultats sont bien plus défavorables encore à la méthode nouvelle que cette appréciation théorique. Dupuytren avait annoncé, et dans la médecine opératoire de Sabatier MM. Sanson et Bégin avaient reproduit sur sa parole une proportion de succès admirable. Sur 70 opérations 6 malades seulement avaient succombé. On avait remarqué à l'Hôtel-Dieu surtout une série de 26 individus opérés de suite avec succès; il ne succombait donc qu'un opéré sur douze. MM. Sanson et Bégin n'ont pu retrouver les documens sur lesquels avait été établi ce résultat; et en recueillant toutes les opérations arrivées à leur connaissance avec les détails propres à fournir quelques déductions utiles, ils arrivent à un total de 85 opérations faites sur des individus du sexe masculin, sur lesquels on compte 19 morts, 1 sur 4 1/2. Encore la critique doit-elle remarquer que 54 de ces opérations ont été pratiquées sur des sujets de 1 à 20 ans, sur lesquels on n'a compté que trois morts; résultat dû bien plutôt à l'âge qu'à la méthode; sur les 31 autres opérés, entre les deux âges de 20 et de 80 ans, on compte 16 morts, plus de moitié. Le plus ou moins d'habileté de l'opérateur n'a été pour rien dans ces succès et ces revers; Dupuytren même a été un peu moins heureux que les autres; sur 24 opérés de 1 à 20 ans, il en a perdu deux, 1 sur 12; et sur 14 opérés de 20 à 70 ans, il a eu 7 morts, la moitié. Nous serons sobres de réflexions sur ces chiffres; tirons-en seulement cette conséquence que, dans les graves opérations chirurgicales, le succès tient beaucoup moins à l'excellence de la méthode qu'à la convenance du traitement préparatoire et du traitement consécutif.

Nous ne dirons qu'un mot de l'instrument imaginé par Dupuytren pour arrêter les hémorrhagies après la taille; c'est une sorte de pince à ressort très-puissant qui tend à en écarter les branches. La pince est introduite fermée dans la plaie, puis abandonnée à elle-même; ses branches s'écartent et compriment les deux faces du trajet de l'incision.

Les planches sont admirables d'exécution; la lithographie n'a peut-être rien fait de mieux parmi nous.

CHOIX D'UNE NOURRICE. Par M. le docteur MAIGNE, médecin du collége royal de Saint-Louis (1).

A une époque où rien de ce qui peut contribuer à l'amélioration et au perfectionnement de l'espèce humaine n'est négligé, il est bizarre peut-être de voir avec quelle indifférence on s'occupe en général du choix d'une nourrice. Il semble qu'après avoir procuré à l'enfant qui vient de naître une femme pour l'allaiter, on ait tout fait pour lui. On l'abandonne entièrement aux soins de cette femme, et cela sans avoir le plus souvent pris aucune information sur son compte, sans l'avoir soumise au plus léger examen. Si elle est bonne, tant mieux pour le nourrisson. Mais alors c'est au hasard seul qu'il faut en rendre grace; car le plus souvent les femmes qui se présentent pour nourrir sont loin de réunir les conditions nécessaires pour remplir cette tâche importante.

C'est qu'en général on ne sait pas apprécier l'influence que doit exercer sur un enfant le lait de la femme qui le nourrit. La moindre réflexion suffit néanmoins pour faire comprendre que l'organisation de l'enfant le mieux constitué ne peut résister à une alimentation de mauvaise qualité lorsqu'elle se prolonge aussi long-temps. On semble croire que le lait fourni par une femme ou par une autre se compose des mêmes élémens et doit produire les mêmes effets. C'est là une erreur grossière et d'autant plus fâcheuse qu'elle atteint la population dans sa source.

Le livre que nous annonçons aujourd'hui est la réfutation de tous les préjugés qui, jusqu'à ce jour, ont égaré les personnes chargées de choisir une nourrice. Dans cet ouvrage, M. le docteur Maigne énumère et développe de la manière la plus complète toutes les qualités qui doivent se trouver réunies chez la femme qui se présente pour nourrir. L'âge de la nourrice, celui de son lait, sa constitution, son tempérament, ses habitudes, son régime et beaucoup d'autres points non moins importans fournissent à l'auteur la matière de réflexions pleines de sens et de sagacité. Ce livre sera lu avec fruit par les médecins comme par les pères de famille; il offre trois qualités qu'il est rare de trouver réunies: utilité, nouveauté, clarté. N.

(1) Un vol. in-8°. Chez Crochard, place de l'Ecole-de-Médecine, 13.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

PARIS. — ÉVERAT, IMPRIMEUR, RUE DU CADRAN, N° 16.

N° 18. (TOME IV. — 1836.) SAMEDI 30 AVRIL 1836.

Gazette Médicale

DE PARIS.

LA GAZETTE MÉDICALE DE PARIS (*Gazette de santé* et *Clinique des hôpitaux* réunies) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et équivaut à 6 feuilles in-8°. Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois. Pour l'Étranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Poissonnière*, n° 5, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

PATHOLOGIE CHIRURGICALE.

MÉMOIRE SUR CERTAINES PERFORATIONS SPONTANÉES DE LA VESSIE NON DÉCRITES JUSQU'A CE JOUR, par L.-Aug. MERCIER, interne des hôpitaux, membre de la Société anatomique.

Deuxième partie.

Jusqu'à présent je n'ai fait que décrire les caractères anatomiques des perforations vésicales qui font l'objet de ce mémoire, et exposer des faits à l'appui des idées que j'ai émises sur leur formation. Maintenant je me propose de généraliser ce que ces observations présentent de particulier; et ajoutant encore quelques nouveaux faits, je ferai ainsi une histoire aussi complète qu'il me sera possible de cette lésion.

I. la rétention d'urine et les efforts de la vessie pour l'expulser sont les causes premières de ces perforations, puisque ce sont eux qui produisent les cavités alvéolaires qui en sont le siége; mais il est en outre des causes déterminantes que je vais indiquer.

1° Il pourrait se faire que les contractions de la vessie fussent assez fortes pour pousser la muqueuse qui tapisse ces cellules au-delà de son extensibilité, et en déterminer la rupture après y avoir ou même sans y avoir produit préalablement une inflammation ulcérative.

2° Le fond de ces petites cavités n'étant pas contractile, et leur orifice ayant la propriété de se resserrer puisqu'il est bordé de faisceaux musculaires, l'urine ne s'y renouvelle que difficilement, s'y altère et y détermine une inflammation.

3° Parfois enfin il s'y dépose des graviers, il s'y forme des calculs qui, augmentant peu à peu dilatent le fond de ces cellules sans augmenter le diamètre de leur orifice, de manière à s'y trouver *enchatonnés*. On conçoit très-bien que ces calculs puissent amener une inflammation et par suite une perforation.

J'ai assez souvent trouvé dans ces enfoncemens des graviers de grosseur et de couleur diverses. Quant aux calculs enchatonnés, personne ne s'est avisé de les révoquer en doute depuis le mémoire de Houstet sur ce sujet (Mém de l'Acad. de chirurgie, t. 1); et la pratique de la cystotomie et de la lithotritie n'en offre que trop souvent de nouveaux exemples. Parmi les faits plus ou moins intéressans de ce genre, j'en citerai un relaté par Portal : on verra pourquoi je le choisis de préférence. «On a trouvé dans le cadavre d'un homme âgé d'environ 60 » ans, qui fut ouvert au Jardin des Plantes pour une de mes démons- » trations, une pierre de la grosseur d'un œuf de pigeon, entièrement » inégale et raboteuse, un peu aplatie sur ses deux faces. Elle était

Feuilleton.

DISCUSSION SUR LA PHRÉNOLOGIE A L'ACADÉMIE DE MÉDECINE; PROFESSION DE FOI DE M. BROUSSAIS.

Nous avions laissé M. Broussais dans sa chaire de l'école de médecine, s'embrouillant parfaitement à travers ses discussions psychologiques, et, probablement pour tirer vengeance de l'embarras où elle l'avait mis, declarant guerre à outrance à la psychologie; et l'on ne sait ce qui serait advenu, si la suspension inopinee du cours n'eût mis fin à ce combat. Mais l'athlete vigoureux qui a pris en main la cause de la phrénologie n'a point ete abattu par cette disgrâce; à defaut d'un champ de bataille il en trouvera un autre, et la verte attaque de M. Rochoux au sein de l'Academie était une occasion qu'il n'avait garde de laisser echapper. Nous avons donc vu reparaitre M. Broussais à l'Academie; les bancs de la docte compagnie, qui n'avait point été prévenue, n'etaient pas mieux garnis que de coutume; mais en revanche l'auditoire abondait; il y avait foule au parterre et aux galeries, et un vif interêt de curiosité était peint sur tous les visages. Nous aurons à revenir sur cette discussion, qui n'est encore que commencée; mais pour le moment nous pensons devoir en détacher cette allocution singulière, que M. Broussais lui-même a appelée sa profession de foi.

L'orateur a donc pris la parole au milieu du plus profond silence, et il a dit :

« Que l'on élève des objections contre la phrénologie, je n'en suis pas surpris; mais qu'on l'appelle une des grandes mystifications du dix neuvième siècle, c'est une assertion que je me crois obligé de refuter, au nom de la science, au nom de l humanité, au nom du bon sens.

» Sur quoi se fondent les objections? Permettez-moi, messieurs, d'en dérouler toute la serie devant vous On dit d'abord que dans l'encephale les organes ne sont pas separés. Mais assurément. D'abord nous ne savons pas ce que c'est que ces organes; il ne faut pas présupposer que pour chaque faculte il y aura un organe isole; il s'agit d'examiner le cerveau en action, et alors on arrive à reconnaitre que tel genre de penchant ou de faculte est en rapport avec telle ou telle predominance exterieure de l'organe. Tel est le fait empirique sur lequel est fondée toute la phrenologie Peut-être dans ces localisations s'est-on trop hâté; mais il est bien difficile de résister au besoin des systématisations quand on possède un grand nombre de faits. Toutefois, en accordant qu'on s'est trop hâte, la coïncidence entre certaines saillies du crâne et certaines facultés n'en existe pas moins. Et si l'on veut traiter cette question par le raisonnement, on trouve même que ces organes phrenologiques ne pouvaient être séparés. Ne sentons-nous

» interposée eotre le rectum et la vessie... En examinant l'état des » parties, je vis que le canal de l'urètre était *très-rétréci*, qu'il y avait » gonflement considérable dans la partie voisine du veru montanum, » que le périoée était infiltré, qu'il y avait trois à quatre trous par » lesquels nn introduisait un stylet flexible assez loin vers la vessie, » mais qu'on ne put achever d'y introduire; que la portion de la ves- » sie immédiatement au-dessus du trigone était gonflée et formait une » espèce de cul-de-sac dont la paroi interne était rougeâtre et épaisse; » on y distinguait *deux petites ouvertures oblongues* par lesquelles » les urines s'étaient frayé une route hors de la vessie. La face anté- » rieure du rectum était amincie et enflammée; on ne put y dintinguer » aucune naverture; mais on conçoit que si la paroi antérieure de cet » intestin avait été percée, ce qui serait arrivé vraisemblablement » si le sujet avait vécu plus long-temps, l'urine et la pierre même au- » raient pu se frayer une route dans le rectum. La pierre dont on » vient de parler ne s'était pas formée dans la vessie, mais dans le » tissu cellulaire interposé entre elle et l'intestin rectum par une suite » de la transsudatioo de l'urine qui sortait ensuite par le périnée, mais » après y avoir déposé les diverses parties qui formaient la concrétion » pierreuse. (Anat. méd., t. 5, p. 416.) »

Dans un des cas que j'ai décrits (obs. 5), nous avons rencontré des abcès arrivés à des degrés différens. Je pense qu'il ne sera pas inutile de rapporter encore une observation où des ulcérations existaient au fond d'un grand nombre de cellules : ce sera le moyen de faire comprendre comment débutent et commeot se forment beaucoup de ces perforations spontanées.

OBS. VIII. — Gay, âgé de 73 ans, ancien serrurier, entra dans les salles de médecine le 25 janvier 1835, pour un emphysème pulmonaire porté à un très-haut degré, surtout à gauche.

Au commencement de mars, il se plaignit de n'uriner que difficilement; mais ce n'est qu'à la fin de ce mois que la rétention étant devenue complète, il me permit de le sonder. Je ne le fis qu'avec assez de difficulté, et il fallut une sonde très-courbe, dont je dirigeai fortement le bec en avant, derrière la symphyse. La rétention persista, malgré les violens efforts qu'il faisait pour uriner. En même temps, douleurs très-vives dans la fosse iliaque droite; urines rouges, contenant même quelquefois de petits caillots; en un mot, cystite aiguë (Tisanes émulsionnées; cathétérisme soir et matin.)

Au bout de quatre jours, on mit une sonde à demeure; mais on ne la lui laissa que deux jours, à cause des douleurs intolérables qu'il ressentait, malgré le petit volume de l'instrument. Il resta ainsi pendant quelque temps, obligé de se faire sonder toutes les fois qu'il en avait besoin; mais comme ce besoin était devenu presque continuel, on essaya de nouveau la sonde en place. Il y avait six jours qu'il la portait, avec la précaution, que nous recommandons toujours aux malades, de relever leur verge vers l'abdomen pour éviter la pression que la sonde exerce sur la paroi inférieure du canal, qu'on s'aperçut que la bourse gauche était très-tuméfiée, tendue et rouge. On crut à une orchite et on ôta la sonde. (12 sangsues sur le trajet du cordon spermatique; bains de siége.) La rougeur diminua un peu; mais l'ischurie ne diminuant pas, et les épreintes continuant toujours d'être vives et fréquentes, le malade passa à la salle de chirurgie (20 avril). Là on fit une seconde application de sangsues, mais inutilement; la mort survint le 26 avril.

Autopsie. Poumons très-emphysémateux, surtout le gauche; petite caverne au sommet du droit; point de tubercules; cœur sain.

Reins parsemés à leur surface extérieure de petits points blancs, gros comme une petite tête d'épingle, et s'étendant dans le tissu de la glande jusqu'à une ligne, une ligne et demie perpendiculairement à sa surface. La plupart sont solides, d'autres plus mous; des gouttelettes de pus liquide, du volume d'une lentille, sont çà et là dans l'épaisseur de l'organe. La muqueuse de chaque bassinet est enflammée.

La muqueuse de la vessie l'est également beaucoup, et présente une couleur ardoisée. On y voit une foule de petits culs-de-sacs arrondis, dont plusieurs simples à leur orifice, présentent dans leur fond plusieurs embranchemens qui s'étendent plus ou moins loin en divergeant. Les uns sont tapissés par la muqueuse vésicale, qui est plus noire dans leur intérieur que sur leur bord; dans d'autres, la muqueuse a tout-à-fait disparu, et le tissu musculaire est à nu : dans d'autres enfin, la muqueuse n'est ulcérée qu'au fond, et quand on y fait tomber un petit filet d'eau, comme ce qui reste de la membrane adhère peu au tissu sous-jacent, ce reste vient flotter sur l'eau à l'orifice de l'enfoncement.

L'orifice supérieur de l'urètre est fermé par une espèce de valvule qui a été labourée par les sondes. La paroi inférieure de ce canal présente, au niveau du ligament suspenseur, une ulcération longue de huit lignes, large de deux, et qui intéresse toute l'épaisseur de la paroi.

Les deux testicules sont très-sains. La tunique vaginale gauche offre çà et là, et surtout dans le cul-de-sac qu'elle forme en se réfléchissant du testicule sur le scrotum, un pointillé rouge assez foncé, et bien que sa continuité soit tout-à-fait intacte, elle est remplie par du sang noir grumeleux. C'est ce sang qui avait simulé pendant la vie une orchite ou une inflammation des tuniques scrotales.

Dans cette observation nous trouvons une cystite générale accompagnée d'uo grand nombre d'ulcérations. Si ces désordres joints à ceux des poumons n'eussent pas emporté si tôt le malade; si, par exemple, il n'y eût eu ulcération que dans une ou deux cellules, il est très-probable que l'urine, cessant d'être contenue par les fibres musculaires, se serait répandue dans le tissu cellulaire sous-péritonéal, et y aurait formé un ou deux abcès. Jetons les yeux en passant sur ce sang exhalé dans la tunique vaginale; n'est-ce pas un fait assez remarquable sous les rapports pratique et physiologique? Déjà E. Home avait observé que, par voie de continuité ou de sympathie, la tunique vaginale qui couvre le testicule peut devenir le siége d'une inflammation qui ne reconnaît pour cause qu'uo rétrécissement de l'urètre ou une irritation portée sur la paroi postérieure de ce canal. Il rapporte trois cas où la guérison d'un rétrécissement fut suivie de la disparition d'hydrocèles volumineuses. (Tome 2, p. 289 de son traité.) Ici nous avoos deux causes au lieu d'une : 1° obstacle au cours de l'urine; 2° présence de la sonde dans l'urètre. Remarquons encore combien il fallut peu de temps à cet iostrument pour ulcérer le canal, malgré les précautioos que nous avons prises (1).

II. Oo n'a malheureusement que trop rarement des signes assez positifs pour prévoir ce funeste accident. Une douleur dans le bassin, l'écoulement avec les urines d'une matière sanguinolente ou puriforme, etc., peuvent dépendre d'uoe inflammation quelconque des voies urinaires, et par cela même ne peuvent être que d'une faible utilité pour le diagnostic. Mais il y aura moins d'incertitude si chez un homme affecté de rétention d'urine une douleur fixe survient tout à coup dans un point quelconque de l'hypogastre (Obs. 1 et 3.), surtout si une collection de pus venant à se former entre les tuniques vésicales ou dans les environs, est située de manière à donner une matité insolite à la percussion, si cette matité diminue quand on la presse avec les doigts et si en même temps il sort par la sonde, préalablement introduite dans

(1) Mes observations ayant été recueillies parmi des vieillards, on sent qu'il me serait impossible de dire si elles sont plus fréquentes à cet âge que chez des adultes également affectés de rétention d'urine. Je serais tenté de le croire, mais je n'oserais l'affirmer; je ferai même remarquer que le sujet de ma quatrième observation était un homme peu âgé.

---

pas que toutes nos facultés se tiennent? Un organe isolé convient pour une faculté isolée; c'est ainsi que les animaux les plus inférieurs, n'ayant guère qu'une propriété, n'ont aussi qu'un seul ganglion; mais à mesure qu'on remonte l'échelle, comme il est nécessaire que l'action commencée dans un organe se suspende et aille s'achever dans un autre; comme toutes ces actions doivent se combiner, il est évident que les organes ne peuvent être isolés. Et en définitive, cette objection ne détruit pas le grand fait empirique qui a servi à Gall de point de départ.

» On a dit qu'il ne serait pas possible de reconnaître ces organes à travers les parois osseuses du crâne. Cette objection, messieurs, est futile. Il ne faut pas trop localiser, et il est aisé de constater la prédominance des grandes masses cérébrales en avant, en arrière et sur les côtés. On allègue les petites erreurs de calcul qui dépendent de la saillie des sutures, ou encore de celle des sinus frontaux; tout cela ne peut produire qu'une différence de quelques lignes, tandis que dans les grandes masses cérébrales la différence de développement monte jusqu'à un pouce.

» On a dit : Il est téméraire de circonscrire les organes dans les circonvolutions cérébrales. Je le crois aussi; mais cela ne détruit pas le fait empirique.

On a dit : Le cerveau n'est pas régulier. C'est une erreur; si la régularité n'est pas complète, le plan général est toujours conservé; un pli de plus ou de moins d'un côté que de l'autre est chose de peu d'importance; il suffit que le plan présente l'idée de la symétrie.

» On a dit : L'anatomie comparée ne justifie pas les prétentions de Gall. Mais si nous n'avions pas encore de travaux sur ce point, je soutiens que l'on pourrait déduire la phrénologie des animaux de celle de l'homme. Comment expliquerait-on les mouvemens sans les nerfs, les facultés sans masses nerveuses? Dira-t-on que l'instinct, une entité soit matérielle, soit spirituelle, se joue dans un cerveau? Ceci est indigne de notre siècle. Puisqu'il y a des mouvemens toujours déterminés par les mêmes nerfs, toujours aboutissant au cerveau, il faut qu'il y ait des organes cérébraux qui président à ces mouvemens. Et puisqu'à mesure que l'animal acquiert des facultés supérieures le cerveau se développe davantage, il faut bien admettre que ce sont de nouveaux organes qui s'ajoutent aux autres pour ces nouvelles facultés.

» On a dit : Les cerveaux des quadrupèdes sont semblables à celui de l'homme; et cependant l'homme possède beaucoup de facultés qui manquent à ces animaux. Rien de mieux; la nature est uniforme dans ses productions; les facultés, en germe d'abord, se développent à mesure que l'on monte l'échelle animale; les facultés de l'homme se retrouvent donc chez les animaux, moins développées à la vérité, mais elles y sont toutes esquissées; et si cette assertion choque, j'en serai surpris, attendu que je m'adresse à un auditoire très-éclairé. D'ailleurs, je ne renonce pas à donner la démonstration de ce que je viens d'avancer. Oui, Messieurs, l'impulsion vers l'idéalité, vers la vénération, vers l'espérance, vers le désespoir, tout cela existe chez les animaux; on peut y reconnaître tous ces instincts, d'autant plus saillans qu'on se rapproche davantage de l'homme. Ce qu'on appelle l'instinct propre des animaux, résulte de cette progression de leurs facultés.

» On a dit que les batraciens n'ont pas de cervelet. Cela est faux; il en ont. On a dit aussi que le cervelet des oiseaux est petit. Qu'est-ce que cela signifie? Faut-il une si grande masse cérébrale pour des mouvemens même très-considérables? Voyez les abeilles, avec quelle activité, quelle énergie, quel ensemble de facul-

la vessie, du pus en abondance, si enfin la matité reparaît à mesure que la vessie se remplit. (Obs. 9.)

Quand la vessie vient à communiquer avec le péritoine, une douleur très-vive dans tout l'abdomen, le ballonnement de cette cavité, du hoquet, des vomissemens, un pouls fréquent, petit, concentré, la suppression d'urine, et bientôt un épanchement plus ou moins considérable dans le ventre, etc., sont des symptômes dont l'instantanéité jointe aux circonstances commémoratives peut conduire presque infailliblement le médecin à un diagnostic exact. (V. Obs. 1.) Plusieurs péritonites qu'on croyait s'être propagées de la vessie au péritoine par contiguité de tissus, n'étaient peut-être que des faits de ce genre. L'ouverture aurait pu être méconnue à cause de son étroitesse.

Dans quelques cas, bien que la vessie communique avec le péritoine, la marche de la maladie n'est cependant pas la même. Un abcès se forme entre la membrane charnue de la vessie et la séreuse abdominale; des adhérences s'établissent au voisinage avant que l'abcès ait érodé la partie du péritoine qui le recouvre immédiatement, et quand cette perforation vient à se faire, il ne se déclare qu'une péritonite partielle qui emporte presque infailliblement le malade, mais le fait avec moins de rapidité que dans le cas précédent. Les symptômes sont moins tranchés, d'où il résulte que le diagnostic sera bien moins facile. (Obs. 4.)

Mais l'abcès vient il à s'ouvrir au-dehors ou dans le canal intestinal, alors l'erreur n'est plus possible. Dans le premier cas, on ne tarde pas à reconnaître l'accident aux signes d'un abcès urineux se formant dans quelque point des parois abdominales, tels que tuméfaction douloureuse, couleur livide de la peau, crépitation sous les doigts, gangrène rapide, puis écoulement par cet endroit d'un liquide purulent, d'odeur urineuse. (Obs. 3.) Le diagnostic sera surtout sûr et facile quand il n'y aura rien du côté des reins ou de l'urètre qui puisse amener ce résultat. Dans le deuxième cas, il se développe tout à coup des signes d'une violente entérite. La fièvre s'allume; le ventre devient douloureux, mais moins cependant que dans la péritonite; la langue est rouge; la soif vive; l'appétit nul. Diarrhée; tenesme vers le rectum; enfin écoulement par l'anus de matières liquides et purulentes, d'une odeur urineuse insupportable. (Obs. 2 et 3.) Il pourrait même sortir par cette voie un ou plusieurs calculs urinaires, comme cela aurait très-probablement eu lieu chez le malade cité par Portal, si ce malade eût vécu tant soit peu plus long-temps.

Je viens de parler des cas où le liquide épanché se fait jour au dehors en quelque point des parois abdominales; je ferai remarquer à ce sujet qu'il paraîtrait que ces abcès s'ouvrent assez souvent à l'aîne. Ma troisième observation en est un exemple; ma neuvième en offrira un nouveau. Qu'il me soit permis de citer en outre un fait assez intéressant de F. Plater: le lecteur jugera s'il a quelque ressemblance avec ma troisième observation. Ce praticien ayant à traiter un pêcheur de Bâle qu'une rétention d'urine avait réduit à la dernière extrémité, découvrit une tumeur qui occupait une partie du scrotum, s'étendait jusqu'à l'aîne, et faisait de rapides progrès, ce qui fit juger qu'elle pouvait bien être la cause de la rétention d'urine. Dans cette idée, Plater se propose de l'enlever; mais l'instrument fut à peine plongé dans la tumeur près de l'aîne, que l'urine jaillit, et le malade se trouva soulagé. L'urine, dont il ne coulait que quelques gouttes par l'urètre, s'écoula pendant plusieurs jours par la plaie, entraînant avec elle beaucoup de sable. La plaie dégénéra ensuite en une fistule par où l'urine prit son cours, et il n'en sortit plus par l'urètre. L'on avait soin de fermer la fistule avec une tente que l'on ôtait lorsque le malade se sentait pressé du besoin d'uriner. (Obs. libri tres. Basileæ, 1680, lib. 3, p. 830.) Boyer, qui cite cette observation (mal. ch., 4[e] édit., t. 9, p. 50), dit qu'il n'y avait pas lieu de douter que la vessie ne fût comprise dans la tumeur qu'on s'était proposé d'extirper. Une tuméfaction qui s'étend de l'aîne jusqu'au scrotum, qui fait de rapides progrès, est-ce là, je le demande, un signe certain d'une hernie de la vessie?

III. Ces abcès ayant un caractère essentiellement gangréneux, ne pourraient être confondus qu'avec les abcès stercoraux, qui ont beaucoup de ressemblance dans leur marche. Cette distinction est d'autant plus importante à établir, que ces abcès siégent le plus souvent dans les mêmes régions, savoir: le périnée et l'hypogastre; et que les principales indications à remplir sont tout-à-fait différentes dans les deux cas. Tous sont ordinairement précédés d'une douleur plus ou moins vive dans un point quelconque du bas-ventre; mais les abcès stercoraux sont le plus souvent accompagnés de troubles dans les fonctions intestinales, comme ceux des étranglemens herniaires qui en sont souvent la cause, tandis que les abcès qui succèdent aux perforations vésicales ont presque toujours été précédés d'une difficulté plus ou moins grande dans l'excrétion des urines. Ceux des premiers qui ne sont pas la suite de hernies, et qui siégent sur la paroi antérieure du ventre, occupent le plus souvent l'aîne droite, et sont du genre de ceux que MM. Dupuytren, Husson, Dance, Menière, ont décrits sous le nom d'*abcès de la fosse iliaque*. Les seconds occupent indistinctement l'un et l'autre côtés. (V. obs. 3 et 9.) Sur 16 individus affectés de ces abcès de la fosse iliaque, qui, il est vrai, sont loin d'être tous des abcès stercoraux, 11 avaient moins de 30 ans. (Dupuytren, Leçons or., t. 3.) Au contraire, les abcès suite de perforations vésicales arrivent le plus souvent chez des vieillards, parce qu'ils sont plus sujets aux dysuries longues et opiniâtres. Les abcès stercoraux, lorsqu'ils se sont manifestés à l'extérieur, s'étendent moins loin et moins vite que les abcès urineux. Les premiers, à leur ouverture, donnent des matières d'odeur stercorale qui sont des gaz, des liquides jaunâtres, brunâtres, médiocrement liés; quelquefois ce sont des matières solides, des lombrics; d'autres fois même on voit sortir des corps étrangers qui ont été avalés et sont devenus la cause de l'inflammation. Les seconds ne laissent échapper que très-peu de gaz produits par la décomposition putride; c'est surtout un liquide séreux d'une odeur urineuse très-pénétrante qui s'en écoule; et s'il sort des corps solides, ce sont des graviers ou des calculs urinaires. Les abcès stercoraux auront assez souvent une grande tendance à se cicatriser; les seconds, résultant d'un obstacle ancien presque toujours organique au cours de l'urine, seront intarissables tant que l'art n'aura pas donné un libre écoulement à ce liquide.

On conçoit ce qui arriverait, si un abcès communiquait à la fois avec la vessie et le canal intestinal, sans entraîner la mort du malade; mais on conçoit aussi que de semblables faits doivent être rares. Une mort prompte en fut la suite dans ma troisième observation.

IV. Il me suffira, pour indiquer les diverses terminaisons de perforations spontanées de la vessie, de résumer en peu de mots ce que j'ai déjà dit précédemment.

Une fois la vessie perforée, la maladie marche ordinairement bien

---

tés elles récoltent le suc des fleurs, bâtissent leurs rayons, composent leur miel; et cherchez ce que pèse le cerveau d'une abeille. Le tempérament des oiseaux n'est pas le même que celui des autres animaux; et voilà pourquoi il ne leur faut qu'un plus petit cervelet pour une salacité plus grande. (Plusieurs voix: Oh! oh!) Oh? oh? répond l'orateur, et pourquoi pas?

» On s'étonne que le chapon conduise les petits poulets, et l'on dit qu'il ne saurait avoir l'amour de la progeniture, puisqu'il n'en a pas l'organe. Mais, Messieurs, le coq, outre ses propres facultés, a les facultés de la poule; il cherche le grain pour sa femelle, il donne, il fait la charité, il se dévoue, il se sacrifie pour sa femelle; quand il est chaponné, c'est tout bonnement un coq réduit aux facultés de la poule, et, comme elle, il se sacrifie pour les petits. (On rit.) Je ne vois rien là de si choquant, rien qui puisse exciter les rires et les sarcasmes. (On rit plus fort.)

» On objecte que l'on a mesuré le crâne des grands criminels, et que ces crânes ont souvent donné des démentis à la phrénologie. Ceci est encore absurde. Parmi les assassins, il n'y a qu'une petite minorité qui soit conduite au meurtre par l'amour du meurtre; les autres y sont poussés par le besoin de vivre, le défaut d'éducation (Oh! oh!); ils passent par le vol pour arriver au meurtre. Vous me présentez la tête de cet homme, et vous dites: Il n'a pas la bosse du meurtre! C'est encore une pauvre objection, et qui prouve que l'on n'a guère approfondi ce sujet.

» On a dit encore que la phrénologie ne comptait parmi ses partisans aucun des grands hommes de notre époque. Oui, c'est la vérité; mais savez-vous pourquoi? c'est que les grands hommes sont toujours circonspects; toujours ils sont les derniers à se défaire des idées reçues; et les plus grands obstacles aux découvertes viennent toujours des corps savans! (Rumeurs; quelques applaudissemens.) Oui, s'écrie l'orateur qui s'anime de plus en plus, cela a été de tout temps. Savez-vous bien, Messieurs, ce que peuvent la crainte du ridicule, et puis l'amour-propre, et la honte d'apprendre quelque chose des jeunes gens, et l'envie, et la mode, et une foule de mauvaises passions? Vous les sentez toutes, Messieurs, sinon par vous-mêmes, du moins vous vous mettez à la place de ceux qui les ressentent; car c'est le propre de l'humanité, de pouvoir se mettre à l'unisson des passions des autres, et c'est là ce qui nous attire aux spectacles. J'espère que j'aurai été compris.

» On objecte que la classification phrénologique est incomplète. Cela est vrai; mais, je le répète, il y a des observations empiriques. L'anatomie comparée prouve qu'il y a matière à observation. Je conviens qu'il est trop tôt pour tirer de ces observations des conclusions complètes quant à la question des localisations; mais ce sont toujours des jalons qu'on peut poser, et si l'on se trompe, on rectifiera. Et l'on ne peut s'empêcher, messieurs, de généraliser les faits qu'on possède; toutes les sciences procèdent ainsi; et voyez le peuple, il lui suffit de deux faits pour conclure. Je conviens que de semblables déductions ne sont ni complètes ni satisfaisantes; mais les faits empiriques demeurent, et quoiqu'ils soient contredits en apparence par d'autres faits également authentiques, ils gardent toute leur valeur. Aussi je remarque que depuis quarante ans, au lieu de mourir d'inanition comme l'homœopathie, par exemple (chuchotemens), la phrénologie a acquis toujours de nouvelles forces; elle a des sociétés en France, en Amérique, en Angleterre; elle en a dans ce pays qui sont avouées par le gouvernement; elle a rallié un grand nombre d'hommes forts, sans compter ses partisans secrets qui n'osent s'avouer au grand jour.

» On nous dit: Mais quand un fait observé par d'autres vous contrarie, vous le

vite vers une terminaison fatale. Au bout d'un temps variable, depuis quelques jours à quelques mois, la mort survient le plus souvent, mais ce n'est pas toujours de la même manière : tantôt l'épanchement se fait dans le péritoine et détermine une péritonite générale (obs. 1) ou partielle (obs. 4); d'autres fois une communication s'établit entre la vessie et le rectum (obs. 2), ou l'S iliaque du colon (obs. 5), ou quelque autre point du canal intestinal; et, bien qu'on ait vu des fistules de ce genre persister sans amener la mort, très-souvent les malades succomberont à une entéro-colite suraiguë. Dans d'autres cas le malade périt de l'épuisement que lui cause une suppuration trop longue et trop étendue. Cependant, toutes les fois que l'abcès se fait jour uniquement au dehors, il y a moins de danger, exemple : l'observation de Plater, où la maladie se termina par une fistule à l'aîne. C'est, je l'avoue, une infirmité bien dégoûtante, plus dégoûtante encore qu'une fistule urétro-cutanée, puisque l'urine s'écoule continuellement; mais combien de malades la préféreront à la mort! Enfin parfois une guérison radicale, au moins en apparence, peut avoir lieu, comme va le prouver ma dernière observation.

Obs. IX. — Richard, âgé de 68 ans, entra à la salle de chirurgie le 13 janvier 1835.

Cet homme a été militaire dans sa jeunesse; mais il dit n'avoir jamais eu de maladie vénérienne. Il y a une dixaine d'années, il fut pris de rétention d'urine, et un abcès se manifesta dans l'aine droite, aux environs de l'anneau inguinal. Cet abcès fut ouvert, et il en sortit dit-il, du pus et de l'urine. Il porta à demeure une sonde élastique pendant dix mois. A peu près à la même époque, il eut aussi à la verge, au-devant du scrotum, un abcès dont on voit encore la cicatrice; mais il ne put nous dire au juste si cet abcès s'était produit avant ou pendant le séjour de la sonde.

A son entrée, il éprouvait des douleurs très-vives dans la région de la vessie, surtout quand il avait besoin d'uriner, mais ne pouvait s'acquitter de cette fonction sans le secours de l'algalie, qui pénétrait avec facilité. Percutait-on l'abdomen, on trouvait une matité qui occupait la fosse iliaque droite. Là la main sentait aussi une tumeur qui diminuait un peu par la pression pour revenir bientôt à son volume ordinaire. Un jour je vis ce malade, et percutai son abdomen lorsqu'il venait d'être sondé. Je trouvai la matité que je viens d'indiquer, et comme on ne l'avait pas pressé pendant le cathétérisme, j'introduisis de nouveau l'algalie, et, par la pression, des urines purulentes et fétides s'en écoulèrent.

Au bout de peu de temps, tout le ventre devint douloureux; il survint des vomissemens de matières noirâtres, et la sécrétion de l'urine cessa presque complètement. La mort survint le 28 janvier.

Depuis son entrée jusqu'à sa mort, ce malade n'a jamais eu de sonde à demeure; on s'était contenté, à cause des douleurs qu'il éprouvait dans la vessie, de le sonder deux fois par jour.

Autopsie. Après avoir renversé de haut en bas la paroi antérienre de l'abdomen, on vit, au niveau de la fossette inguinale interne du côté droit, une adhérence assez large avec un peloton graisseux formé par la partie inférieure de l'epiploon. On coupa cette adhérence, et on pénétra dans un foyer contenant un verre et demi de pus épais, grisâtre, fétide. Cet abcès se prolonge derrière le cœcum, et forme en haut un cul-de-sac qui n'est séparé de la cavité du colon ascendant que par la paroi de cet intestin. Derrière lui se trouve une anse d'intestin grêle qui ne lui adhère presque pas, et va jusque près du *septum crurale* sans s'y engager. En avant, ce foyer communiquait avec une fusée purulente qui, longeant le bord supérieur des pubis, entre le péritoine et la paroi antérieure de l'abdomen, allait se terminer en cul-de-sac en dehors de l'orifice interne du canal inguinal du côté gauche : en dedans, il communiquait avec la vessie par une ouverture large de trois lignes, située au côté droit de ce viscère, et revêtue d'une muqueuse parfaitement continue avec la vessie, d'une part, et de l'autre avec la pseudo-membrane enflammée et de couleur noirâtre qui tapissait les parois de l'abcès.

La vessie est petite, ses parois non épaissies, sa muqueuse enflammée et offrant plusieurs alvéoles comme celles que j'ai décrites. A l'intérieur, se trouvaient sept petits calculs blancs et friables. La rétention d'urine était causée par un tubercule situé à la partie postérieure du col de la vessie et gros comme l'extrémité du petit doigt. Aucun rétrécissement, aucune bride dans le canal. Au niveau du ligament suspenseur existe, sur la paroi inférieure de l'urètre, une plaque blanchâtre, ovalaire, ayant au moins quinze lignes d'avant en arrière, près de trois d'un côté à l'autre. Elle est formée par un tissu blanc, comme fibreux, se continuant, mais avec une différence bien tranchée de couleur et de consistance, avec la muqueuse. Elle est bien lisse. Le centre, d'un blanc plus mat que le reste, correspond exactement à la cicatrice qui existe au-devant du scrotum.

Traces de péritonite et pus dans le péritoine.

Cette observation nous offre l'exemple d'un abcès qui, produit par une perforation latérale de la vessie, s'ouvrit à l'aîne. C'est par un séjour prolongé de la sonde dans l'urètre qu'on parvint à cicatriser l'ouverture extérieure de cet abcès; mais son ouverture vésicale ne se ferma pas, et malgré cela aucun accident ne reparut. Ce n'est qu'au bout de dix ans, lorsque la rétention d'urine revint, qu'ils se réveillèrent. Le long séjour de la sonde nous est attesté par le récit du malade et par cette cicatrice fibreuse existant au niveau du ligament suspenseur de la verge, et qui était la trace évidente d'une ulcération comme nous en avons déjà rencontré dans quelques unes des observations précédentes, ulcération dont certainement l'abcès qui s'était manifesté au-devant du scrotum, n'avait été qu'une suite.

V. Un traitement curatif n'a que bien rarement des chances de succès contre les perforations que je viens de décrire; car à quoi servirait le traitement antiphlogistique le plus énergique quand il s'est établi une communication entre la vessie et le péritoine, ou même entre la vessie et les intestins? Quelquefois cependant quand l'abcès se fraie une route au-dehors, on peut avoir encore quelque espoir de guérison. Mais il faut pour cela ouvrir de bonne heure le foyer, faciliter autant que possible l'écoulement du liquide épanché, et la chute des parties gangrénées. En même temps on donnera aux urines un passage libre et permanent par son issue normale; et en administrant des alimens toniques, des substances amères et de petites doses de vin généreux, on pourra prévenir la désorganisation des viscères, parvenir même à tarir le foyer et amener une guérison plus ou moins complète. Mais qu'on ne s'abuse pas, ces fistules seront plus difficiles à guérir que les crevasses vésicales de tout autre genre; et cela à cause de leur organisation. La muqueuse vésicale les tapisse le plus souvent, avons-nous dit; cette membrane sera donc un obstacle puissant aux efforts que la nature pourrait faire pour la cicatrisation, aussi avons-nous vu dans le seul cas de guérison que j'aie rencontré, que l'ouverture de la vessie avait persisté, et qu'il s'était organisé une poche où l'urine pénétrait. Ces fistules occupent surtout les parties inférieures des parois latérales et postérieures de la vessie; ne serait-ce pas des faits de ce genre qui auraient donné lieu à cette opinion que les fistules résultant des crevasses de ces régions sont beaucoup plus difficiles à guérir que celles qui occupent le sommet et la face antérieure de l'organe, circonstance que l'on attribue uniquement au croupissement des matières épanchées. (Bégin, *Dict.*, 15 vol., t. 8, p. 251)? Quoi qu'il en soit, le malade pourrait encore se trouver heureux s'il guérissait avec une fistule, comme cela arriva au pêcheur dont F. Plater rapporte l'observation.

Mais malgré le peu d'efficacité de la thérapeutique dans ces cas presque désespérés, prouver que ces perforations sont spontanées, n'en est

---

niez sous prétexte qu'il a été mal observé; cela est fort commode. C'est commode à la vérité; mais il est vrai souvent qu'il en est ainsi, et pour observer il faut savoir observer; il faut se dévouer à la science tout entier, ne pas être arrêté au premier pas par la crainte du ridicule. Je connais pour ma part beaucoup de ces phrénologistes honteux et retenus par cette crainte; c'est une raison pour laquelle, moi qui ne crains pas, je viens faire hautement et publiquement ma profession de foi.

» On a dit que le cerveau devait agir en masse. Cela se peut, et je l'admettrais volontiers, quoique peut-être la question soit à jamais insoluble. Mais vous êtes toujours obligés d'admettre comme principe d'action la matière nerveuse, à moins de vous réfugier dans une entité spirituelle ou matérielle, ce qui ne signifie rien. Il y a donc toujours une matière nerveuse, et toujours un rapport entre les actes et les prédominances partielles de la masse cérébrale.

» Mais, dites-vous, ce rapport n'est pas si constant que le diagnostic en soit toujours facile. Cela est juste; car on a étudié les penchans et les prédominances sur les sujets qui les offraient au plus haut degré, sur des individus types, et on en a conclu pour l'espèce. Peut-être a-t-on eu tort; toutefois, c'était déjà une idée de Bacon, qui voulait que, pour dresser le tableau des facultés de l'intelligence humaine, on les explorât à leur plus haut degré de développement. Gall n'a donc fait qu'appliquer au cerveau l'idée de Bacon qu'il ne connaissait pas. Mais je reviens à mon sujet. Les mœurs des nations, les caractères de chaque époque, ce qui fait que tel siècle a été fanatique, féroce, religieux, etc; tout cela ne vous atteste-t-il pas l'influence de l'éducation sur le cerveau? Mais quand la masse des intelligences est ainsi placée sous un même niveau, il reste toujours quelques individus récalcitrans, dont la nature a un cachet spécial; c'est par l'étude de ces exceptions que la phrénologie a pu saisir les facultés intellectuelles prédominantes.

» Maintenant que faut-il faire, messieurs? Poursuivre ses adversaires par le ridicule? Non; cela ne prouve rien : le ridicule ne peut pas renverser une science. Je m'en suis servi lorsque j'étais jeune, et plus j'y ai réfléchi, plus j'ai vu que c'était une arme insignifiante et qui ne prouvait rien qu'à des gens incapables d'aller au fond des choses. Le ridicule retombe toujours sur ceux qui l'emploient, et il est fâcheux d'avoir à rougir un jour de ce que l'on a écrit. Se dire des injures? Non; observez, laissez faire; si les observations ne suffisent pas quant à présent pour fonder le système, elles serviront de matériaux un jour; car lorsqu'on vient nous dire : C'est une entité qui se promène, qui se joue dans le cerveau; c'est là une hypothèse, messieurs, une pure et simple hypothèse. Il faut se corriger; il faut renoncer à quelques propositions trop aventureuses qu'on aurait eu l'imprudence d'émettre; en un mot, il faut tout sacrifier à la science. Voilà ce que je voulais dire.»

Avant d'aller plus loin, nous éprouvons le besoin d'avertir nos lecteurs que nous donnons le discours de M. Broussais tout entier, sans rien changer ni ajouter à ses idées, avec sa marche brusque et quelque peu disloquée, avec son argumentation un peu creuse et un peu crue, et autant que possible avec les expressions mêmes dont il s'est servi. Le dernier paragraphe surtout a été prononcé comme nous l'avons reproduit pour la plus grande édification de nos lecteurs.

Il est impossible de décrire l'effet produit par ce discours. C'était d'abord de l'étonnement, qui a passé successivement par tous les degrés de l'ébahissement

pas moins rendre un grand service à l'art de guérir. Ne serait-ce que pour calmer la conscience d'un chirurgien alarmé d'un mal dont il ne serait pas l'auteur, j'aurais déjà été utile; mais mes observations n'en restent par là, et ont un but pratique beaucoup plus important. Elles font voir, plus que tous les autres accidens qui suivent les rétentions d'urine, combien sont dangereuses ces rétentions, même incomplètes quand elles sont abandonnées à elles-mêmes; et combien raisonnent mal ceux qui attendent qu'elles soient arrivées au dernier degré avant d'avoir recours à aucun moyen. Je sais bien que les sondes, qui sont presque le seul que l'on emploie, sont loin d'être exemptes d'inconvéniens; je sais qu'elles causent fréquemment des douleurs intolérables, des inflammations de la vessie, de la prostate, des testicules et de la séreuse qui les enveloppe; nous avons vu par les faits consignés dans ce mémoire combien souvent elles produisent à la paroi inférieure de l'urètre, vis à vis de la symphyse pubienne, des ulcérations qui deviennent le principe d'abcès et de fistules urinaires; mais tous ces accidens n'ont ordinairement lieu que quand l'instrument est laissé en place, et on les préviendrait pour la plupart, si on habituait le malade à se sonder lui-même ou à se faire sonder par ses proches: c'est ce dont j'ai vu à Bicêtre des exemples frappans. Cependant, il faut en convenir, la répétition fréquente de cette opération finit presque toujours par produire l'inflammation chronique et la désorganisation des voies urinaires. Aussi le moyen par excellence, le moyen vers lequel doivent tendre tous les efforts du praticien, est celui qui ferait disparaître la difficulté d'uriner. Mais il faudrait avant tout connaître les divers obstacles qui peuvent s'opposer au cours de l'urine, et les savoir bien distinguer les uns des autres, ce qu'il n'est pas toujours facile de faire. Dans un travail sur les *rétentions d'urine chez les vieillards*, rétentions que j'ai spécialement observées, je ferai voir combien la science est encore loin de posséder des notions assez positives sur ce sujet. Puissé-je après avoir signalé les lacunes, être assez heureux pour en combler quelques-unes; puissé-je contribuer au soulagement de l'humanité, en ajoutant quelque peu aux faibles ressources que nous possédons contre ces affections terribles qui empoisonnent si souvent les derniers restes de la vie (1)!

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX AMÉRICAINS ET ASIATIQUES.

I. THE AMERICAN JOURNAL OF THE MEDICAL SCIENCES.

Nous avons reçu de ce journal les cahiers trimestriels de novembre 1835 et février 1836. Les articles originaux contenus dans la première livraison sont au nombre de neuf, savoir: 1° *revue clinique des maladies traitées dans les salles de médecine de l'hôpital de Pennsylvanie*, par G. Ghérard; 2° *histoire de cinq cas de fractures non réunies traitées dans ce même hôpital*, avec des observations, par Kirkbride; 3° *observations sur la mortalité à Philadelphie à l'époque de la puberté*, par G. Emerson; 4° *observations et remarques*, par M. Lee; 5° *notice sur l'efficacité du colchique d'automne dans le tétanos, avec des observations générales sur le traitement de cette maladie à Haïti*, par W. Smith; 6° *remarques sur l'irritation spinale avec deux observations*, par Malone; 7° *sur la rupture du cœur et sur les symptômes de cette lésion*, par E. Hallowell; 8° *revue trimestrielle des maladies traitées à l'hôpital de Willpour les aveugles et les infirmes*, par Littell; 9° *statistique des cas de calculs urinaires admis à l'hôpital de Pennsylvanie depuis le mois de mai 1756 jusqu'en mai 1835*, par Coates.

La seconde livraison contient dix articles, savoir: 1° *revue clinique des cas de pneumothorax et de gangrène des poumons, traités dans les hôpitaux de Pennsylvanie et de Blockley*, par W. Ghérard; article non achevé; 2° *observations sur l'usage de l'émétique dans la pratique des accouchemens*, par Evory Kennedy, de Dublin; 3° *rapport d'une commission de la société médicale de Philadelphie, chargée d'examiner les bandages de Stagner et les autres moyens proposés pour la cure radicale des hernies*; publié par décision de la société; nous aurons occasion de revenir sur ce travail; 4° *notice sur une accusation d'infanticide avec des remarques*, par Charles Lee; 5° *observations et remarques*, par Asbbel Smith; 6° *avortement avec tardive expulsion d'un fœtus non décomposé*, par Isaac Porter; 7° *observation sur le délirium tremens*, par Young; 8° *observations sur la cachexie d'Afrique, ou dirt-eating*; (mal d'estomac des auteurs français) par Cragin; 9° *fièvre avec ulcérations des intestins et hémorrhagie*, par Brigham; 10° *observation de hernie ombilicale*, par Fabnestock.

HISTOIRE DE CINQ CAS DE FRACTURES NON CONSOLIDÉES, traitées à l'hôpital de Pensylvanie; par T.-S. KIRKBRIDE, M.-D.

La première de ces cinq observations concerne un jeune homme de 26 ans, Irlandais de naissance, ayant toujours joui d'une bonne santé, à l'exception d'une fièvre intermittente qui le poursuivit plusieurs mois. En 1828 il avait eu deux ou trois côtes fracturées; en 1830, l'humérus; toutes ces fractures s'étaient bien guéries. Le 6 juillet 1832, un éboulement lui fractura les deux fémurs, la jambe droite et la rotule droite; le fémur droit seul ne se consolida point. Le malade entra à l'hôpital de Pensylvanie, et, le 23 mars, M. Harris réséqua les deux fragmens et appliqua un appareil. On ne permit au malade de se lever que dans le courant de décembre. Le 1er mars 1834, il eut sa sortie pour aller à la campagne. Le 12 septembre, il revint: sa cuisse était très-solide, mais moins forte que l'autre; il se servait d'une canne pour marcher. Pendant son séjour à l'hôpital, il avait eu huit ou neuf érysipèles, dont quelques-uns avaient déterminé beaucoup de fièvre et agi d'une manière fâcheuse sur la santé générale; il en avait eu encore un autre depuis sa sortie.

Ce premier fait donne lieu d'abord de s'enquérir si le chirurgien ne s'est pas trop hâté de pratiquer une opération aussi grave; si, après huit mois et demi, une fracture peut être jugée assez rebelle à la conso-

(1) On peut déjà consulter à ce sujet mes *Recherches anatomiques sur la prostate des vieillards*, lues à la séance annuelle de la société anatomique du 5 février 1836, et insérées dans le septième bulletin (troisième série). La GAZETTE MÉDICALE du 16 avril en a donné une analyse.

à la stupéfaction; et quand enfin on a bien reconnu que l'orateur parlait sérieusement, tout le respect pour cette grande dignité déchue n'a pu empêcher un fou rire de se faire jour par intervalles. Est-ce bien pour défendre la phrénologie et les phrénologistes, que M. Broussais a pris la parole? Mais il rejette les localisations; il trouve qu'on s'est trop hâté de les proposer, qu'il y a de la témérité même; il admet que le cerveau peut très-bien agir en masse; il pense qu'un petit cervelet peut être doué de plus d'énergie qu'un plus gros; et enfin ses faits empiriques, dernière ancre de miséricorde, il avoue qu'ils sont contredits par d'autres faits. Que reste-t-il donc de Gall et de son système? Et qu'est-ce donc que croit M. Broussais?

Ce qui a paru le plus clair, si l'on peut saisir quelque chose de clair dans ces divagations où la seconde phrase vient presque constamment nier la première, c'est que M. Broussais, avant toutes choses, est ennemi de toute entité, spirituelle ou matérielle, qui se promènerait dans le cerveau; concédez-lui ce point, il abandonne le reste; mais ces entités lui déplaisent, l'irritent, le révoltent; il n'en veut souffrir à aucun prix. La phrénologie lui a paru une bonne arme pour les attaquer; il s'est fait phrénologiste, de nom du moins; car il est douteux que Gall eût avoué un tel élève.

Mais il ne serait pas généreux d'insister davantage. M. Broussais s'est humilié lui-même beaucoup plus que nous ne l'aurions espéré et désiré; il a joint les mains; il a demandé grâce; il s'est frappé la poitrine; il a confessé ses torts d'autrefois, quand il poursuivait la doctrine de son maître et son maître lui-même avec toutes les formules du sarcasme et de l'injure. Le ridicule, dit-il, retombe toujours sur celui qui l'emploie! Le ridicule ne prouve rien que pour les gens incapables d'aller au fond des choses! Touchante aménité pour les anciens disciples de M. Broussais, qui se sont laissés entraîner par les traits satiriques qu'il lançait contre les anciennes doctrines. Mais encore une fois, arrêtons-nous; M. Broussais, faisant sa *profession de foi* en face de l'élite des médecins de France, a fait ce pénible aveu qu'il était fâcheux d'avoir à rougir de ses écrits! Si son repentir est sincère, que la paix soit donc avec lui!

— Nous avions annoncé que l'on avait fait plusieurs découvertes de *cow-pox* aux environs de Paris. Nous devons ajouter aujourd'hui que, examen fait de toutes ces découvertes, une paraît seule réelle, c'est celle que M. Bousquet a communiquée à l'Académie royale de médecine.

— Un phénomène d'histoire naturelle cause l'étonnement de tous les habitans de la commune d'Haussy; un enfant vient d'y naître avec sept doigts à une main et huit à l'autre; chacune de ses mains a deux pouces; on compte six doigts à chaque pied. Tous ces doigts sont palmés, c'est-à-dire séparés par une membrane, comme une patte d'oie ou de cygne.

— M. Hollard, connu de nos lecteurs par son *Précis d'anatomie comparée*, a ouvert, le mardi 26 avril, à onze heures, amphithéâtre n° 4 de l'école pratique, un Cours public d'anatomie générale et comparée. Ce cours remplira une lacune qui se fait vivement sentir aujourd'hui dans notre enseignement.

lidation pour être soumise à la résection. M. Kirkbride convient lui-même que la mauvaise direction du traitement primitif est la seule cause manifeste de la non consolidation. Si donc au lieu de réséquer les fragmens, on s'était borné à maintenir le membre immobile, un espace de temps beaucoup moindre peut-être que celui qui a suivi l'opération aurait suffi pour réunir solidement la fracture. Les périls de la résection, surtout pratiquée sur le fémur, doivent faire une loi de n'y recourir que quand il y a nécessité urgente; dans la cinquième observation une résection semblable amena la mort le sixième jour avec tous les accidens de la résorption purulente.

On a vu combien d'érysipèles avaient entravé la guérison du premier opéré. Ces érysipèles se sont montrés chez tous les malades dont M. Kirkbride nous donne l'histoire, à l'exception de celui qui a succombé; et le même fait a été noté dans la plupart des observations du même genre. A part tous ces dangers, la résection n'est pas même toujours un moyen assuré de consolidation. Le second malade, jeune homme de 24 ans, portait une fracture non consolidée des os de l'avant-bras; on réséqua les fragmens; après six mois et demi, le cubitus seul s'était consolidé; encore le cal se rompit huit mois après. Le séton réussit mieux.

Le troisième avait une fracture non consolidée de l'humérus, près de son col, datant de quinze mois. Il fut traité par le séton, n'eut pas moins d'érysipèles que les autres, et enfin guérit.

Le quatrième avait une fracture des os de la jambe avec perte de substance au tibia; il fallut donc réséquer une assez grande portion du péroné pour mettre les fragmens bout à bout, et raviver les fragmens du tibia pour donner lieu au travail de réunion. Le péroné se consolida bien; mais le tibia restait dans le même état; on environna le membre d'attelles de carton appliquées mouillées et devenues solides en se desséchant, et on permit au malade de marcher. Ce moyen réussit à produire quelques mois une consolidation solide.

Ainsi de vives douleurs, des accidens graves, un séjour prolongé au lit, une mort sur quatre opérés et un seul succès, obtenu chez un sujet dont la fracture pouvait passer pour récente, voilà les résultats de la résection. Le séton, qui paraît moins grave, a réussi deux fois; mais une fois la simple contention, aidée de la marche, a réussi plus rapidement encore. N'est-ce pas là un grand enseignement pour le traitement de ces fractures, surtout quand, pour les maintenir dans une immobilité absolue, nous avons la ressource si simple et si efficace du plâtre coulé?

Observations sur la mortalité, a Philadelphie, au-dessous de l'age de la puberté, indiquant une grande différence entre la mortalité des hommes et des femmes, et les causes auxquelles on peut l'attribuer; par le docteur Emerson.

A Philadelphie, comme partout ailleurs, le nombre des enfans mâles excède considérablement celui des petites filles; ainsi, sur 64,642 enfans nés de 1821 à 1830, on trouve 2,496 garçons de plus, ce qui établit en leur faveur une différence de 7 et demi pour 100. Et cependant, malgré une disproportion aussi considérable, déjà elle est redescendue à 5 pour 100 avant l'âge de 5 ans, et à 1 pour 100 lorsque les enfans ont atteint l'âge de 10 ans. Les années suivantes, cette diminution du nombre des garçons va toujours en s'accroissant; de 10 à 15 ans, le nombre des filles dépasse de 8 pour 100; celui des garçons est de 7 3/10 de 15 à 20.

On attribue communément l'excès de mortalité chez les garçons aux accidens de tous genres auxquels ils sont plus exposés; mais les recherches de M. Emerson lui ont prouvé qu'on se trompe en cette occasion; car les morts causées par les accidens sont peu nombreuses relativement à la mortalité générale, et même elles sont plus fréquentes chez les filles, si l'on y comprend celles produites par les brûlures. Il paraît, d'après ces mêmes recherches, que toutes les influences morbides auxquelles les enfans sont exposés, agissent d'une manière plus funeste sur les garçons. Trois tableaux où le nombre des enfans morts de chaque maladie et pendant des années différentes, sont donnés ici à l'appui de cette assertion. Les seules maladies dans lesquelles la mortalité des filles l'emporte sur celle des garçons, sont la phthisie, l'hydrothorax, la scarlatine, les brûlures et la coqueluche. Dans toutes les autres maladies auxquelles les enfans sont exposés, le nombre des garçons morts dépasse celui des filles.

Note sur l'efficacité du colchique dans le traitement du tétanos, avec quelques observations générales sur le traitement de cette maladie à Haïti; par le docteur Smith, médecin à Port-au-Prince.

On observe fréquemment le tétanos à Haïti, de même que dans tous les pays où règne une température élevée; mais il paraît qu'il n'y affecte que les habitans, car l'auteur dit ne l'avoir jamais observée chez un Européen ni chez aucun autre étranger. Il paraît aussi que c'est spécialement depuis l'âge de cinq ans jusqu'à trente et même trente-cinq, qu'on y est le plus exposé. Les femmes aussi semblent devoir moins le redouter: sur neuf cas observés par l'auteur, il n'y avait qu'une seule femme. Sur ces neuf cas, dans deux il était traumatique, et dans sept on ne put l'attribuer à aucune cause appréciable.

Les quatre derniers de ces cas de tétanos ont été traités par le colchique, et trois ont guéri, tandis que sur cinq cas où ce traitement n'avait pas été employé, trois se sont terminés d'une manière funeste. Voici la marche que suit le docteur Smith dans l'emploi de cette médication.

Son premier soin est de combattre par des lavemens la constipation lorsqu'elle existe, ce qui est très-fréquent dans le tétanos; il fait ensuite appliquer cinquante ou soixante sangsues sur toute la longueur du rachis, ou bien un nombre équivalent de ventouses mouchetées. Quand les muscles de la mâchoire sont affectés, ce qui arrive le plus souvent, il applique des sangsues jusque sous l'apophyse mastoïde; et aussitôt que les sangsues ou les ventouses ont été détachées, il fait appliquer et maintenir constamment sur toute la longueur de la colonne vertébrale des linges trempés dans une forte solution de muriate d'ammoniaque; en même temps il administre la teinture vineuse de colchique, en commençant par un demi-gros, et augmentant graduellement de demi-heure en demi-heure, jusqu'à ce que l'effet émétique ou cathartique ait été produit, et alors il le cesse. S'il survient de fortes coliques avec faiblesse extrême, il prescrit un demi-gros d'esprit de mendérérus d'heure en heure, avec addition d'un quart de grain d'acétate de morphine. Il préfère les semences de colchique au bulbe. Voici la formule qu'il a adoptée.

Prenez: Semences de colchique sèches,	2 onces.
Vin blanc d'Espagne,	1 livre.

Faites infuser suivant l'usage, etc.

Obs. — Tourneur, âgé de 27 ans, qui venait de faire un voyage de cinquante lieues à cheval dans les montagnes du Ziemell, ne ressentit rien pendant les deux premiers jours. Il avait marché nuit et jour, et été obligé de traverser plusieurs courans d'eau. Il se plaignit de raideur et de douleur dans la partie postérieure du col et dans la mâchoire. Le pouls était régulier, de 70 à 75. J'attachai peu d'importance à ces légers symptômes, que j'attribuai à un refroidissement; et les considérant comme un torticolis, je lui conseillai des frictions avec un liniment stimulant. Mais au bout de quelques heures les symptômes avaient considérablement augmenté; il s'y joignait de la douleur dans le sternum et dans tout le trajet de la colonne vertébrale. La tête restant forcément inclinée en arrière, le ventre était rétracté, la déglutition un peu difficile, le pouls à peu près normal. Le traitement indiqué ci-dessus ayant déjà réussi dans deux cas, on prescrivit: Lavement avec huile de ricin, 3 onces; ventouses scarifiées sur toute la longueur du rachis; sangsues au-dessous de l'apophyse mastoïde; application constante de linges trempés dans une solution de muriate d'ammoniaque, et à l'intérieur le vin de colchique à la dose d'un demi-gros, à augmenter graduellement de demi-heure en demi-heure.

Le lendemain, à quatre heures du matin, il n'y avait aucun changement; le malade n'avait pas uriné depuis seize heures; il éprouvait quelques nausées; le pouls était plein et compressible, la déglutition difficile. (On continue le même traitement.) A midi, les vomissemens et les selles apparaissent à la fois; légère moiteur de la peau sur la poitrine et les extrémités supérieures. (On cesse le colchique.) La difficulté de la déglutition disparaît, ainsi que les douleurs dans le sternum; urines et transpiration abondantes et selles bilieuses très-fréquentes; les spasmes bornés aux extrémités inférieures ne viennent que quand on touche les pieds et les jambes; la raideur du col et des mâchoires a diminué. (Esprit de Mendererus, demi-gros, avec un huitième de grain d'acétate de morphine d'heure en heure.)

Le surlendemain, le malade se trouve mieux; il a reposé un peu pendant la nuit; les coliques ont cessé dans la matinée; il n'y a plus de spasme; le ventre est mol; mais il y a de la faiblesse, un sentiment de courbature générale, un peu de surdité, des bruits singuliers dans les oreilles et un peu de céphalalgie. On applique quelques sangsues derrière les oreilles, et le malade se relève graduellement, mais lentement. Il ressentait encore du malaise, même après quelques semaines.

Le docteur Smith dit qu'il a été porté à employer cette médication dans le traitement d'une maladie aussi grave que le tétanos par l'efficacité dont jouit le colchique contre le rhumatisme.

Remarques sur l'irritation spinale avec deux observations; par le docteur Malone.

L'auteur pense que les recherches faites par les médecins anglais et américains sur l'irritation spinale doivent exercer une heureuse influence sur l'étude des maladies nerveuses; et qu'au lieu d'être rangées à l'avenir comme elles l'ont été jusqu'ici parmi les « opprobria medicorum, » il sera dorénavant facile de comprendre leur nature et d'ob-

tenir par un traitement simple et rationel leur guérison permanente. Sans partager entièrement l'espoir brillant que l'auteur fonde sur ces recherches, cependant nous pensons qu'elles ne peuvent être que très-utiles; l'observation suivante, que nous lui empruntons, en fournit la preuve.

Obs. — Le 27 février, je visitai un nègre qui appartenait à M. C., âgé de 30 ans, d'une bonne constitution, et qui avait joui jusqu'à ce moment d'une bonne santé. Les symptômes étaient de la céphalalgie, une violente douleur dans le côté droit de la poitrine, le col et les extrémités supérieures, et un malaise géneral dans les extremites inférieures; le pouls était plein et lent, la peau chaude et sèche, la langue humide et chargée, la respiration accélérée. Il n'y avait pas d'appétit, mais une toux sèche et fatigante. Pensant que c'était une pleurésie commençante qu'il aurait gagnée en dormant à l'air froid et humide, je le saignai, ce qui diminua la douleur de tête, mais non celle du côté. (Huile de ricin, 1 gros, et un diaphorétique à prendre dans la soirée avec un pédiluve.)

Le 28, la nuit a été mauvaise; légère céphalalgie et douleurs dans le côté et les extrémités; pouls normal, etc. Un léger laxatif, une application de ventouses sur le côté douloureux et des bains de pied ne produisent aucun soulagement, ce qui détermine l'auteur à examiner le rachis, et en le comprimant dans toute sa longueur, il trouve deux points où la pression est douloureuse, l'un situé dans la région corticale, et où la pression augmente la douleur du côté, et l'autre dans la région lombaire. Aussitôt deux vésicatoires sont appliqués sur ces points, et, dès le même soir, le malade était déjà très-soulagé, et le lendemain il pouvait reprendre ses occupations habituelles.

La promptitude avec laquelle les accidens qui avaient résisté aux divers moyens employés auparavant, ont cédé sous l'influence du traitement approprié à l'irritation spinale, est très-remarquable, et il en est de même, dit l'auteur, dans une foule de cas rangés ordinairement sous les titres de rhumatisme incurable, de paralysie des extrémités, de crampes d'estomac, d'affections nerveuses. Il croit encore que quelques affections intermittentes doivent être rangées dans la même catégorie, et rapporte même un cas de fièvre intermittente peu caractérisée qui avait résisté à quelques moyens auxquels on a recours quelquefois, et dont le sujet presentait quelques points du rachis sensibles à la pression. Un sinapisme appliqué entre les deux épaules quelques instans avant l'accès, en empêcha le développement, et le même moyen employé deux ou trois fois suffit pour guérir complétement le malade.

De la rupture du coeur et des lésions qui l'accompagnent; par le docteur Hallowell.

L'auteur ayant rapporté ici deux cas de rupture du cœur qu'il a observés à Paris, donne en outre quelques généralités sur cet accident formidable qui ne manquent pas d'intérêt, et dont nous allons présenter le sommaire. Le nombre des cas de rupture du cœur connus aujourd'hui s'élève à environ soixante; l'auteur dit en avoir recueilli dans diverses publications trente-quatre, qui offrent des détails authentiques. Sur ces trente-quatre cas seize ont été observés chez des hommes, et dix-huit chez des femmes, ce qui est contraire à ce qu'a avancé dernièrement un médecin français, d'après lequel la rupture du cœur serait beaucoup plus fréquente chez les hommes que chez les femmes et dans le rapport de dix à un.

L'auteur classe tous les cas de rupture du cœur qui ont été recueillis jusqu'à ce moment, d'après l'état dans lequel était cet organe avant l'accident et admet huit divisions suivant que le cœur était: 1° parfaitement sain; 2° ulcéré; 3° hypertrophié avec ou sans ramollissement; 4° ramolli dans une plus ou moins grande étendue; 5° dilaté et aminci; 6° dilaté partiellement; 7° dégénéré à l'état graisseux; la huitième division comprend les cas de rupture interne du cœur, des piliers ou des valvules auriculo-ventriculaire. L'un des cas rapportés par l'auteur est un exemple d'anévrisme partiel du cœur, observé par lui, à Paris, chez une vieille femme et qui occupait la pointe de cet organe. L'autre observation est un cas de dégénérescence graisseuse du cœur, trouvé aussi chez une vieille femme qui était morte subitement et qui offrait en outre une rupture du cœur. Ces deux observations sont rapportées avec tous les détails nécessaires pour l'intelligence et l'authenticité des faits.

Statistique des cas de calculs urinaires admis dans l'hôpital de Pennsylvanie, de mai 1756 en mai 1835; par Coates.

La première circonstance qui frappe en examinant ce tableau, c'est la rareté des admissions; en effet, dans ce long espace de 79 ans on ne compte que 61 calculeux entrés à l'hôpital. Cela tient-il à quelque cause spéciale, ou bien le calcul serait-il plus rare en Amérique que dans le vieux continent? Le nombre des admissions pour toute autre maladie a été, durant les 75 dernières années, de près de 40,000. Le peu de soin avec lequel les registres sont tenus nous prive d'ailleurs des détails les plus importans. Sur ces 61 cas, 46 sont notés guéris, 3 soulagés, 8 morts, 4 repris par leurs parens. Le sexe n'est pas indiqué d'une manière certaine; on trouve bien un cas de calcul noté chez une femme; mais il n'est pas sûr qu'il n'y en ait pas eu d'autre. L'âge est également oublié, circonstance capitale pour établir la valeur des résultats.

En retranchant des 61 cas les quatre individus repris par leurs parens, les trois autres qui ont été seulement soulagés, le cas de la femme calculeuse, et enfin un cas d'un individu mort sans avoir été opéré, on trouve en dernière analyse 52 opérations, 7 morts; c'est-à-dire un mort sur 7 et demi environ; proportion encore très-belle si on la compare à la mortalité des hôpitaux de Paris. Mais avec une autre manière de grouper les chiffres, les résultats se rapprochent bien davantage. En effet jusqu'en 1800, il n'y a eu que 12 opérations, toutes suivies de succès; et depuis 1800, sur 40 opérations on a eu 7 morts, savoir: un mort sur moins de 6 opérés.

Observations sur l'emploi du tartre émétique dans la pratique des accouchemens; par Evory Kennedy, maître (master) de l'hôpital des Femmes en couches à Dublin.

Il paraît singulier tout d'abord de trouver dans un journal de Philadelphie un travail original écrit à Dublin par un praticien irlandais. L'éditeur nous apprend dans une note que ce mémoire était destiné au *Journal de Dublin*; mais M. Kennedy l'a remis au docteur Sharpless, prêt à s'embarquer pour l'Amérique, dans le désir de fournir son contingent à la littérature périodique médicale de ce pays.

M. Kennedy fait un grand usage de l'émétique: il l'administre particulièrement dans cinq circonstances que nous allons successivement examiner.

1° *Dans un travail qui se prolonge à cause de la rigidité du col utérin et du vagin.* Quelques femmes demeurent plusieurs heures dans la première période du travail, avec une dilatation partielle de l'orifice utérin et des parties extérieures; dans certains cas même elles éprouvent de ces douleurs qu'on a appelées du nom significatif de *grinding pains* (douleurs conquassantes); et cet état se rencontre plus particulièrement chez les femmes primipares et chez celles qui se sont mariées à un âge déjà avancé. Le col de l'utérus est en partie dilaté; les membranes font saillie, et l'écoulement de glaires a lieu, ce qui sert à distinguer cet état du faux travail auquel il ressemble beaucoup. Tantôt il cesse après quelques heures, les parties se relâchent, et l'accouchement se fait heureusement; ou bien il persiste assez pour inspirer des craintes à l'accoucheur; et enfin, dans sa forme la plus opiniâtre, il peut finir par user les forces de la femme en inutiles efforts, et par déterminer ou la mort de l'enfant, ou celle de la mère, ou peut-être les deux à la fois. Les deux difficultés à vaincre ici sont: une action prématurée ou trop énergique ou irrégulière de l'utérus, qui pousse l'enfant contre son orifice avant que celui-ci soit suffisamment dilaté; et une rigidité absolue des parties; mais le premier de ces obstacles est très-souvent la cause du second.

Dans ces cas de rigidité, on a eu recours à la saignée du bras, aux bains chauds; moyens utiles, mais qui ne sont pas sans inconvéniens. L'émétique relâche aussi bien le col utérin, et ne produit pas une débilité aussi durable que la saignée.

L'auteur le donne à la dose de 5 à 6 grains dans 8 onces d'eau, avec 20 gouttes de laudanum et une petite quantité de sirop; il administre une, deux ou trois cuillerées de cette potion à des intervalles qui varient de 15 minutes à une, deux ou trois heures, suivant l'effet produit et la nécessité plus ou moins urgente de se hâter. Elle doit en général se borner à produire des nausées; quelquefois elle détermine des vomissemens ou des selles; il faut alors en diminuer la dose, ou prolonger les intervalles, ou augmenter la proportion de laudanum. Si la malade ne supporte pas l'émétique, on y supplée avec l'ipéca à doses de trois ou quatre grains toutes les heures. Il faut ajouter que dans quelques cas où il convient d'agir vite, ni la saignée seule ni l'émétique seul ne sont assez efficaces; il faut ouvrir la veine, et recourir à la potion après. Ce traitement réussit à merveille chez une femme très-robuste, qui était entrée à l'hôpital, ayant le bras du fœtus sorti et le col utérin tendu, roide et à peine dilaté.

Il y a un état un peu différent du col utérin, dans lequel aussi il ne se dilate qu'avec peine; alors ses lèvres sont amincies et tendues sur la tête de l'enfant, et ne donnent pas la sensation de chaleur et de rigidité qui existe dans le cas précédent. L'extrait de belladone paraît avoir réussi quelquefois ici, bien que son efficacité en général demeure fort contestable, et l'émétique réussit aussi bien. Il ne faut pas conclure de

ce qui précède que l'émétique procure toujours et invariablement la dilatation du col utérin; il est des cas où il est tout-à-fait inefficace et d'autres où il serait inadmissible. Son efficacité dépend surtout du diagnostic des cas où il peut être utile, et de l'attention que l'accoucheur apporte à son administration.

2° *Travail violent et irritable.* Nous conservons ces expressions par lesquelles l'auteur désigne un état d'irritabilité de la mère, plus fréquent chez les primipares, qui fait qu'elles ne peuvent se tenir en place, qu'elles crient et se livrent à des violences dès le début du travail, et, quand les grandes douleurs arrivent, sont absolument ingouvernables. Les efforts de l'utérus, n'étant point secondés, sont en pure perte; le travail se prolonge des heures et même des jours entiers; l'enfant succombe le plus souvent, et quelquefois enfin il faut achever par les instrumens une délivrance qui aurait pu être naturelle.

Si le pouls est plein et la constitution pléthorique, sans contredit la saignée est utile. Mais l'émétique jouit par-dessus tout d'une efficacité remarquable, amenant ce double résultat de dilater le col utérin et de suspendre cette irritabilité et ces mouvemens violens de la femme. Il faut alors l'administrer hardiment, tenir la malade sous son influence tant qu'elle paraît conserver quelque tendance à l'irritabilité; loin de suspendre le travail, comme on pourrait le craindre, il mitige et régularise les douleurs; et l'enfant descend à souhait. La seule précaution à prendre, c'est de cesser son administration lorsqu'on a atteint le but proposé, c'est-à-dire lorsque la femme est dans un repos satisfaisant.

3° *Convulsions puerpérales.* Il ne se montre pas moins efficace dans les convulsions puerpérales; à la vérité il faut toujours le faire précéder d'une forte saignée; mais en le prescrivant largement après, on arrive à calmer les convulsions sans être obligé de recourir à ces saignées répétées qui jusqu'ici étaient la seule ressource de l'accoucheur.

4° *Obstruction et inflammation des mamelles.* Il faut distinguer ces deux états des mamelles après l'accouchement, dans lesquels il y a bien douleur, tuméfaction et dureté de l'organe; mais tantôt l'inflammation se joint à ces symptômes, et tantôt elle manque, et il n'y a alors qu'obstruction. Cette obstruction, suivant l'auteur, résulte d'une congestion sanguine sur les glandules du sein, avec accumulation du lait dans les conduits excréteurs, soit que le mamelon soit mal conformé, malade ou oblitéré, ou par toute autre cause; et souvent elle amène une infiltration de lait dans le tissu cellulaire ambiant. L'indication dans ce cas est double; il faut dériver ailleurs la congestion sanguine, et rendre aux conduits excréteurs leur perméabilité. Les purgatifs salins remplissent assez bien le premier but; mais après en avoir usé au début, l'émétique à doses nauséeuses paraît jouir d'une propriété presque spécifique pour empêcher l'afflux du sang vers les mamelles, et même pour rétablir les voies du lait en relâchant les tissus qui les composent. On y joint d'ailleurs la succion et les topiques sur les mamelles, selon le besoin. Mais l'efficacité de l'émétique surajouté à ces moyens est telle, que dans l'hôpital des Femmes en couches de Dublin, Depuis qu'il est rigoureusement prescrit, on n'a peut être jamais observé un cas d'abcès des mamelles.

Quand l'inflammation se déclare, l'émétique est encore le plus sûr moyen de l'arrêter. On y joint les topiques chauds, la succion, les frictions quand elles ne sont pas trop douloureuses. Les sangsues sont en général inutiles; et quand on a cru devoir y recourir, leur efficacité a paru très-contestable.

5° *Manie puerpérale.* Cette affection, qui donne une si grande proportion d'aliénées aux hôpitaux d'aliénés ordinaires, et même aux incurables, est très-facile à vaincre quand on l'attaque au début des symptômes. L'émétique doit faire la base de ce traitement. Depuis plusieurs années que M. Kennedy emploie ce moyen, soit à l'hôpital, soit en ville, à peine a-t-il rencontré deux ou trois cas rebelles. Au moment donc où, après l'accouchement, on observe chez la femme de l'incohérence dans les idées, avec le pouls rapide et les yeux hagards, il faut donner l'émétique à dose nauséeuse, et maintenir la malade sous son influence durant vingt-quatre ou trente-six heures, et davantage s'il est nécessaire. Presque toujours la maladie cède immédiatement; les angoisses réelles causées par le médicament prennent la place des idées imaginaires qui préoccupaient l'attention auparavant. Tout ce qu'il est nécessaire en général d'ajouter à ce traitement consiste dans quelques apéritifs, et, quand l'émétique a produit son effet, de procurer du sommeil à la malade avec l'opium à dose suffisante.

Le diagnostic exige ici quelque attention; on a quelquefois confondu une attaque d'hystérie avec une manie commençante; mais cette méprise est de peu d'importance; l'émétique est également efficace contre l'hystérie; seulement, c'est peut-être un moyen trop énergique pour la légèreté du mal.

En terminant son mémoire, l'auteur fait remarquer qu'il n'y a pas joint d'observations pour ne pas l'étendre outre mesure et sans besoin. Ce n'est pas en effet sur quelques observations que sont fondés les préceptes qu'il donne; il applique ce traitement comme méthode ordinaire, et dans sa pratique particulière, et dans son hôpital, qui contient 150 lits, et où l'on admet chaque année environ 2,500 femmes. Le docteur Collins, son prédécesseur, l'avait adopté en partie, et en avait aussi obtenu les plus heureux succès, comme le montrera d'ailleurs un ouvrage qu'il doit prochainement publier.

OBSERVATIONS SUR LE DELIRIUM TREMENS; par le docteur Young.

L'auteur de ce travail se plaint de n'avoir observé en treize ans que vingt-trois cas de cette maladie; et à Paris il est beaucoup de médecins qui, malgré une pratique également vaste et longue, en ont moins observé encore, ou même n'en ont pas observé du tout. A quoi tient cette différence? dépendrait-elle uniquement de ce que les règles de la tempérance étant mieux observées parmi nous, le delirium tremens, dont l'abus des boissons est la principale et peut-être même l'unique cause, doit être plus rare qu'en Amérique, où la sobriété n'est pas encore passée dans les habitudes du peuple, malgré l'action puissante des sociétés de tempérance; ou bien trouverait-on, en partie au moins, l'explication de cette différence, dans l'habitude où l'on est en France de ranger parmi les cas de phlegmasie du cerveau tous ceux où il y a du délire?

La méthode qui paraît avoir eu le plus de succès entre les mains du docteur Young, est une combinaison du traitement antiphlogistique et de la médication par les opiacés. Aussitôt qu'il est appelé auprès d'un malade atteint de delirium tremens, il pratique une saignée si l'état des forces le lui permet, et immédiatement après il prescrit le laudanum à dose élevée et fréquemment répétée, jusqu'à ce que le sommeil soit survenu. Dans d'autres cas il a recours à d'autres moyens à la suite de la saignée. Ainsi, lorsque l'état de la langue et de l'estomac indique le besoin d'un vomitif, il administre l'émétique ou l'ipécacuanha, et ensuite la préparation opiacée. Il agit de même lorsque l'état du malade semble réclamer l'emploi d'un cathartique, d'un vésicatoire, etc.

OBSERVATIONS SUR LA CACHEXIE AFRICAINE, ou mal d'estomas (dirt-eating); par le docteur Cragin.

Cette maladie est très-commune et trop souvent funeste dans les îles des Indes-Orientales, et surtout dans la partie de l'Amérique du Sud que l'on appelle la Guiane. Maintenant même elle fait, dans la colonie de Surinam, autant de ravages que la phthisie pulmonaire aux États-Unis; car il est extrêmement rare de voir des cas bien tranchés se terminer d'une manière heureuse; et au dessus de l'âge de trois ou quatre ans, il n'est pas d'époque de la vie où l'on ne puisse en être affecté. Le tableau de cette cruelle maladie, présenté par l'auteur, offre quelques détails intéressans que nous allons chercher à reproduire.

Le premier symptôme est ordinairement la fièvre qui revient à des époques différentes, à laquelle succède une lenteur remarquable qui, à mesure que la maladie fait de nouveaux progrès, se change presque en insensibilité. Tout le corps et spécialement la face et les extrémités offrent un empâtement qui se rapproche plus de l'éléphantiasis que de l'œdème.

La conjonctive offre un blanc mat, sans la moindre trace de rouge, bien que les yeux participant au gonflement général soient plus saillans que dans l'état normal. La pâleur des lèvres, de la paume des mains et de la plante des pieds, indique l'appauvrissement du sang, et suffirait avec celle de la langue qui reste presque immobile dans la bouche du malade, pour établir le diagnostic de la maladie. Le malade souffre évidemment du froid et cherche constamment l'exposition au soleil, même aux heures les plus chaudes de la journée.

Les sécrétions sont généralement diminuées; la transpiration est supprimée; l'urine rare et la sécrétion de la bile paraît entièrement suspendue. Au commencement il y a constipation, mais à une époque plus avancée, le nombre des selles varie de quatre à dix dans les vingt-quatre heures, peu consistantes, mais sans bile. A une époque plus avancée encore les alimens sont rendus quelques heures après qu'ils ont été ingérés, sans avoir éprouvé presque aucun changement.

Le sang est pauvre et aqueux, privé de consistance et présente cette apparence demi-trouble qui accompagne constamment l'affaiblissement graduel, mais général, des forces de la vie. Le foie et la rate sont souvent gonflés, ainsi que les glandes lymphatiques. La dépravation de l'appétit est le symptôme dominant, et elle est quelquefois portée à un point extraordinaire. Ainsi l'auteur rapporte le fait d'un nègre qui vo-

mit un jour une petite souris que probablement il venait d'avaler vivante et parfaitement intègre.

On voit chez les enfans au-dessous de l'âge de dix ou douze ans, et à une époque très-avancée de la maladie, survenir des ulcérations bornées ordinairement à l'épiderme et au derme sur les jambes, les pieds, les mains et les bourses. Ces petits ulcères succèdent à la chute de croutes blanchâtres qui se développent spontanément, et s'étendent graduellement de manière à occuper toute la surface d'un membre. Ils n'offrent aucune disposition à se cicatriser.

Le diagnostic de cette maladie est extrêmement facile et cependant le malade que l'on soupçonne d'en être atteint le nie constamment, car on est trop porté à la regarder et même à la traiter comme un crime dépendant de la volonté. L'auteur, qui fait preuve dans la description de cette maladie et dans les réflexions dont il l'accompagne, d'un grand talent comme observateur et d'une grande indépendance de préjugés scientifiques, ne croit pas qu'on puisse l'attribuer à l'usage d'alimens indigestes ou de substances non alimentaires, ou à quelque cause morale, triste. Il croit qu'on a pris ici l'effet pour la cause, car cette maladie s'observe même dans les plantations où les esclaves jouissent d'un degré de bonheur matériel que possèdent rarement les paysans de nos contrées.

OBSERVATION DE COMBUSTION SPONTANÉE, par le docteur J. OVERTON.

L'observation suivante est extraite d'un mémoire, lu à la réunion annuelle de la société médicale du Tenessee de 1835. Nous ne l'accompagnerons d'aucune réflexion; tout ce qui se rapporte à l'étude de la combustion humaine spontanée est encore enveloppé de tant de mystère que l'on doit mettre la plus grande réserve dans la critique des faits qui se rattachent à cet accident formidable.

OBS. — Le sujet était professeur de mathématiques à l'université de Nashville, âgé de 35 ans, d'un tempérament lymphatico-sanguin, d'une grande tempérance, mais d'une constitution affaiblie par les travaux sédentaires auxquels son amour pour les sciences l'a fait se livrer. Les fonctions digestives surtout se faisaient mal chez lui; il éprouvait souvent, soit de la diarrhée, soit de la constipation. A l'époque dont nous allons parler, il souffrait surtout du pyrosis, rendait une grande quantité d'urée dans ses urines, et prenait habituellement des alkalius et quelques apéritifs.

Il venait, suivant son habitude, de faire une course peu longue, et avait allumé son feu en rentrant, puis il s'était retiré dans une autre partie de la chambre pour y faire quelques remarques sur un baromètre et un thermomètre qui y étaient placés. Ces observations lui demandèrent environ une demi-heure, après quoi il fut en plein air faire quelques observations hygrométriques sur la rapidité et la direction du vent; il y avait environ dix minutes qu'il était occupé de ces dernières, et pendant tout ce temps il avait été constamment à l'abri de l'impression du vent, lorsqu'il sentit à la jambe gauche une douleur semblable à celle qui résulterait de l'arrachement d'un poil, et qui augmenta rapidement. L'application de la main sur la partie douloureuse augmenta la sensation douloureuse, qui devint bientôt telle qu'il ne put s'empêcher de crier. Ayant dirigé à ce moment ses regards vers la partie douloureuse, il vit distinctement une flamme légère, de l'étendue d'une pièce de *ten cent*, présentant une surface convexe et un peu aplatie au sommet, et ressemblant presque, pour la couleur, au vif argent pur. Aussitôt il joignit les deux mains et les appliqua avec force sur la partie de la jambe qui lui semblait brûler, afin d'intercepter l'accès de l'air; et en effet, la flamme disparut aussitôt, et à l'instant même la douleur diminua d'intensité et ressembla alors à la sensation que fait éprouver l'application momentanée du fer sur le corps. Bien que la douleur eût beaucoup augmenté pendant cet intervalle, cependant elle ne paraissait pas s'être étendue sur une plus large surface. La seule modification éprouvée avait été l'augmentation de la douleur, qui semblait avoir pénétré profondément dans les muscles du membre.

Pensant alors que le feu était éteint, il ôta son pantalon et ses bas pour s'assurer de l'état de la partie, et trouva à la partie supérieure et externe de la jambe gauche une surface de trois pouces de long sur trois quarts de pouce de large, dénudée de l'épiderme, qui était amassé en tas sur un point de cette surface. Cette espèce de plaie ressemblait exactement pour l'apparence à une éraillure de la peau produite par une légère violence mécanique. Cependant elle était plus sèche, et avait une couleur plus livide que ce que l'on observe dans cette circonstance.

L'état du pantalon et du caleçon fut ensuite examiné avec soin. La jambe gauche du caleçon était entièrement brûlée dans le point correspondant à celui où la jambe était altérée; le pantalon n'était pas du tout brûlé, mais sa surface interne, au point où le caleçon avait été brûlé, était teinte par une couche très-légère d'un jaune foncé, qui cependant n'avait pas pénétré dans le tissu du pantalon, et pouvait être enlevée facilement avec la lame d'un canif. Le caleçon, qui était d'une étoffe de soie et de laine mélangées, était fortement serré par en bas sur une paire de forts chaussons de laine, de manière à empêcher que l'air eût pu y pénétrer inférieurement. Cet accident n'offrant rien de grave, M. N... continua de se livrer à ses occupations jusqu'au lendemain; mais alors la plaie s'étant enflammée et étant devenue douloureuse, il fut obligé de la panser comme une plaie suite de brûlure, et la cicatrisation n'en fut achevée qu'au bout de trente-deux jours. La partie de l'ulcère qui se cicatrisa la dernière fut le point sur lequel la douleur avait commencé à se faire sentir, et où il était évident que la peau avait été attaquée plus profondément.

Cet accident est arrivé le 5 janvier 1835, par un temps froid, le thermomètre étant à 8° Fahrenheit au-dessus de 0 (11° Reaumur au-dessus de 0).

II. THE INDIA JOURNAL OF MEDICAL SCIENCE.

Ce journal se publie à Calcutta, sous la direction de MM. J. Grant et J.-T. Pearson; le premier numéro a paru en janvier 1834 et il se continue depuis lors par livraisons mensuelles. Jusqu'à présent il n'est point parvenu à Paris; les articles qui suivent sont donc reproduits d'après l'analyse qu'en a donnée l'*American journal*.

OBSERVATION DE RUPTURE D'UNE VEINE, par le docteur WISE.

Le fait suivant mérite d'être rapporté, moins peut-être par les circonstances qu'il présente que par les déductions que l'auteur en a tirées.

OBS. — Un Syke ayant arrêté brusquement un cheval jeune et plein de feu, l'animal se cabra et lui détacha un coup de pied sur la région du jarret, qui fit une plaie profonde, irrégulière, saignant abondamment. Je le vis deux heures après; l'hémorrhagie était arrêtée, mais il était très-faible. En rapprochant le lambeau irrégulier, je trouvai que la veine saphène externe avait été divisée à la partie supérieure de la plaie, près de sa terminaison à la veine poplitée. Elle était détachée des tissus voisins dans une étendue de deux pouces, et de son extrémité rompue le sang coulait goutte à goutte. Comme on pouvait craindre une hémorrhagie plus considérable, je plaçai sur cette veine une ligature et rapprochai les bords de la plaie avec des handelettes agglutinatives; une attelle fut en outre appliquée pour empêcher tout mouvement du membre.

Quarante-deux heures après leur application, on enleva les bandelettes pour constater l'état de la veine et retirer la ligature; une portion considérable de la veine était encore détachée des parties environnantes, et comme il n'y avait plus à craindre d'hémorrhagie, pour prévenir les conséquences périlleuses qu'aurait pu entraîner l'irritation prolongée de la veine, je la coupai avec des ciseaux au-dessous du lieu occupé par la ligature. L'extrémité du vaisseau du côté du membre présentait une ouverture ronde bouchée par un caillot solide, ferme, rouge, homogène. La pression exercée sur les parties environnantes ne faisait point couler de sang, et le caillot adhérait solidement à la membrane interne du vaisseau.

J'emportai chez moi la portion réséquée de la veine et je la disséquai soigneusement. Après l'avoir divisée par une section longitudinale, son extrémité, à un pouce environ au-dessus de la ligature, parut avoir gardé sa couleur et ses propriétés de tissu naturelles. La petite portion au-dessous de la ligature était remplie de sang coagulé, ferme, adhérant intimement à la tunique interne; les tuniques veineuses étaient plus denses, plus épaisses, et le tissu ambiant plus vasculaire que dans l'état ordinaire.

La plaie guérit d'ailleurs sans accident.

Dans ce cas, poursuit l'auteur, l'irritation déterminée par la ligature suffit pour solidifier le sang, dont les adhérences intérieures avec la veine me permirent d'enlever la ligature sans aucune crainte d'hémorrhagie. Si la ligature eût été laissée en place, elle aurait pu amener la suppuration et une extension dangereuse de l'inflammation, dans le trajet du vaisseau. Le mode d'agir de l'inflammation, dans ce cas, fournit d'importantes indications pour tous les cas de ligature des veines; en montrant combien il peut être avantageux d'enlever la ligature, ou même, ainsi que je l'ai fait, de réséquer le vaisseau au-dessous, 24 ou 36 heures après son application. Après ce temps l'irritation a solidifié le sang de manière à prévenir le retour de l'hémorrhagie; et la cause d'irritation, enlevée ainsi lorsqu'elle n'est plus nécessaire, ne risque plus d'étendre l'inflammation au loin et de mettre même en danger la vie du malade. La ligature agit ici comme un stimulant; quand elle a solidifié le caillot et amené des adhérences intimes entre lui et les parois du vaisseau, son objet est rempli. Elle doit donc être essentiellement temporaire; et pour faciliter son enlèvement au premier pansement, M. Wise conseille de la pratiquer toujours avec un simple nœud-coulant.

ÉRUPTION CAUSÉE PAR L'USAGE INTERNE DU COPAHU, par M. RALEIGH.

On observe de temps à autre sur les individus auxquels on administre le copahu une éruption de taches rouges, quelquefois pourprées, qui ressemble à la rougeole ou à la scarlatine, mais qui en général n'est point accompagnée de fièvre, et disparaît d'elle-même au bout de quelques jours. Cette éruption a été signalée plusieurs fois dans les journaux d'Europe; le docteur Hewson l'a observée en Amérique; M. Raleigh en a publié deux cas dans le journal de Calcutta. Voici l'une des observations; la seconde est tout-à-fait semblable.

OBS. — M. H..., âgé d'environ 30 ans, atteint d'une gonorrhée virulente, fut mis à l'usage d'une potion composée de copahu, de cubèbe et d'éther nitrique. Au bout d'une semaine, il sentit comme une sorte de frisson; les yeux devinrent larmoyans, la gorge sèche, et deux jours après une éruption exactement

semblable à la rougeole se montra sur la face, les extrémités et toute la surface du corps, mais surtout sur les fesses et les épaules. On suspendit la potion, et comme il n'y avait pas de fièvre, on prescrivit seulement chaque matin un doux laxatif. Après quatre jours l'éruption s'en alla, laissant seulement des taches couleur de cuivre, qui avaient tout-à-fait disparu au bout de quatre autres jours; il n'y eut aucune desquamation; la gonorrhée continuait comme auparavant, et la potion fut reprise sans donner lieu au retour de l'éruption. Le malade était sûr d'avoir eu la rougeole dans sa jeunesse.

OBSERVATION DE FRACTURE PARTIELLE DE L'HUMÉRUS, par le même.

Ces fractures partielles ou incomplètes des os, bien constatées aujourd'hui par d'assez nombreuses autopsies, ont été rarement observées, ou peut-être plus souvent méconnues sur le vivant. Les symptômes ne sont pas en effet bien faciles à saisir, et le diagnostic doit atteindre difficilement ce degré de précision qu'il a dans les fractures ordinaires. Ainsi nous n'oserions regarder comme démontrée la fracture incomplète de l'humérus dans l'observation que rapporte le docteur Raleigh.

Obs. — « T. M., âgé d'environ 9 ans, enfant très-chétif, était entré à l'hôpital pour un ulcère à la jambe, lorsque pendant la nuit il tomba de son lit, et le lendemain matin je le trouvai se plaignant d'une vive douleur au coude gauche, qui était gonflé et extrêmement sensible à la pression. Malgré un examen minutieux, je ne pus distinguer aucun signe de fracture. Quelques sangsues, des lotions froides, etc., suffirent pour procurer quelque soulagement et diminuer la tuméfaction; mais la douleur continuait toujours. De temps en temps, durant une semaine, j'examinais avec soin la partie, sans découvrir rien qui fît présumer une fracture; enfin, je m'aperçus que l'humérus pouvait se plier légèrement vers sa partie moyenne. J'appliquai des attelles que je laissai en place trois semaines, et à la levée de l'appareil, on sentit distinctement un gonflement de l'humérus à sa partie moyenne; le bras était très-maigre, et l'on ne pouvait plus parvenir à le plier. »

J'incline à penser, ajoute l'auteur, qu'il s'agissait ici d'une fracture incomplète, dans laquelle la portion de l'humérus demeurée intacte suffisait pour retenir les fragmens dans leurs rapports naturels, empêcher leurs mouvemens l'un sur l'autre, et conséquemment la crépitation.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Fin de la séance du 17 avril.

GUÉRISON DES HERNIES.

M. Bonnet adresse la description d'une méthode destinée à guérir radicalement les hernies; méthode qui consiste à piquer des épingles près de l'anneau, à travers les enveloppes herniaires, en les disposant de façon qu'elles maintiennent en contact les parois du sac, et à les laisser en place jusqu'à ce que l'inflammation adhésive soit développée.

DISSOLUTION DES CALCULS URINAIRES.

Une seconde partie de la note de M. Bonnet est relative à des expériences sur la destruction des calculs urinaires à l'aide de la pile. Dans un précédent mémoire adressé à l'Académie, l'auteur avait eu pour but d'établir qu'il fallait, pour bien réussir, que les calculs fussent plongés, non dans de l'eau pure comme on l'avait fait, mais dans la dissolution d'un sel à base alcaline. Depuis cette communication, dit M. Bonnet, je me suis assuré qu'on pouvait injecter plusieurs jours de suite dans la vessie d'un chien jusqu'à six gros de nitrate de potasse, sans que l'animal parût ressentir de douleur. Avec des instrumens qui n'avaient pas encore la perfection que l'auteur leur a donnée depuis, M. Bonnet a obtenu sur une jument, dans l'espace d'une heure, une dissolution de huit grains d'un calcul de phosphate triple préalablement pesé. Une livre d'eau tenant en dissolution huit gros de nitrate de potasse avait été injectée dans la vessie.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 26 avril. — Présidence de M. Louyer-Willermay.

M. Leroy d'Etiolle présente un appareil extracteur pour amener doucement l'uterus au niveau de la vulve dans le cas d'amputation du col utérin. — Commissaires, MM. Amussat et Hervez de Chegoin.

— M. Journeaux adresse une lettre sur un nouveau procédé pour placer des dents à pivot. Commissaires, MM. Oudet, Duval et Thillaye.

— M. Blondeau, pharmacien, communique la formule d'un mélange de bicarbonate de soude avec du sucre, qu'il appelle saccharokali; il mêle deux livres de sucre avec cinq gros un scrupule de bicarbonate, trituré long-temps et colore avec la laque carminée.

— M. Chassinat adresse une note sur une éruption de nature pustuleuse peu connue qui survient dans les fièvres graves; ce sont des pustules tout-à-fait semblables à celles de l'ecthyma; l'auteur dit en avoir recueilli un bon nombre d'observations.

— M. Despine envoie un mémoire sur la clinique des eaux d'Aix en Savoie. Renvoyé à la commission des eaux minérales.

— M. Sue, médecin en chef de l'Hôtel-Dieu de Marseille, adresse un mémoire sur le traitement de la phthisie pulmonaire. Commissaires, MM. Louis, Husson et Honoré.

— M. le président annonce que S. M. recevra la commission de l'Académie dimanche 1er mai, à l'occasion de sa fête. La commission, nommée au sort, se compose de MM. Laurent, Sanson, Caperon, Yvan, Dupuy, Espiaux, Guillard, Amussat, Hervez de Chegoin, Barbier, Keraudren et Manry.

L'ordre du jour est la discussion sur le mémoire de M. Rochoux. Voici d'abord l'analyse succincte de ce travail.

SUR L'HYPERTROPHIE DU COEUR CONSIDÉRÉE COMME CAUSE DE L'APOPLEXIE, ET SUR LE SYSTÈME DE GALL, par M. ROCHOUX.

M. Rochoux commence par définir l'apoplexie : *une hémorrhagie par rupture, suite d'une altération du tissu propre de l'encéphale.*

Au premier coup d'œil, le fait d'une solution de continuité dans le tissu du cerveau semble le résultat tout naturel d'une action extérieure exercée sur cet organe. M. Rochoux s'attache à démontrer que la physiologie se refuse à cette théorie; les vaisseaux sont trop résistans pour céder ainsi à l'impulsion du sang chassé par le cœur. Le cœur lui-même, dans l'hypertrophie du ventricule gauche, ne peut que réagir très-peu sur la circulation cérébrale.

On sait que les déchirures apoplectiques affectent une sorte de prédilection pour la couche optique et surtout le corps strié, dont la grande vascularité a été signalée par Morgagni comme très-propre à amener ce résultat. Mais il faut donc nécessairement reconnaître que des parties du cerveau originairement plus résistantes que le corps strié le sont devenues moins par suite d'une altération dans leur tissu, lorsque la déchirure se fait dans d'autres points. On ne s'expliquerait pas non plus la facilité de cicatrisation des foyers apoplectiques, s'ils étaient dus à l'impulsion du cœur, puisque la cause en persisterait toujours. Voici maintenant les preuves directes de cette altération.

« Dans les cas assez rares d'apoplexie mortelle en quelques heures au plus, et où par conséquent on ne saurait admettre que le contact et le séjour du sang aient pu altérer notablement la texture de la pulpe nerveuse, les foyers apoplectiques examinés de dedans en dehors présentent les dispositions suivantes. Leur surface intérieure, immédiatement en contact avec les caillots de sang, est d'un rouge-brun foncé, et tantôt recouverte de lambeaux, de portions déchirées de la même couleur, qui flottent dans l'eau au milieu de laquelle on les agite; tantôt paraît comme hérissée de filamens de formes très-variées, fort inégaux, quelquefois semblables à une sorte de gazon et toujours imprégnés de sang. Tout de suite après, on trouve une couche plus ou moins irrégulière, ayant depuis un quart de ligne jusqu'à deux ou trois lignes d'épaisseur, formée par un ponctué de sang dont les grains sont en général plus rares et plus petits vers l'extérieur. Entre eux le tissu cérébral est manifestement jaunâtre et d'une remarquable mollesse. Quand on le regarde à la loupe, on lui trouve un aspect comme lanugineux ou feutré qui contraste singulièrement avec la compacité qu'on lui découvre partout ailleurs. Enfin, en dehors de cette couche, il en existe assez souvent une autre d'une à deux lignes d'épaisseur, dépourvue de tout ponctué de sang, mais offrant avec la couleur jaune toute la mollesse et la rareté de la seconde couche, et malgré cela ne se laissant pas plus qu'elle délayer par un courant d'eau. »

Mais comment n'y a-t-il pas de symptômes précurseurs de l'apoplexie? M. Rochoux répond à cette objection par diverses analogies, et spécialement par celles des tubercules pulmonaires qui sont long-temps à révéler leur présence. Il examine ensuite l'influence des diverses causes, l'âge, le climat, les saisons, etc.; et aborde enfin l'action augmentée du cœur.

La presque unanimité des médecins qui accordent au cœur une grande influence sur la production de l'apoplexie, citent à l'appui des cas nombreux où elle est survenue pendant une vive émotion morale, un accès de colère, le coït, etc. Mais on leur oppose d'autres faits où l'apoplexie est arrivée pendant le plus grand calme physique et moral, au milieu d'un sommeil paisible. C'est pendant l'enfance et la jeunesse qu'ont lieu surtout ces violens efforts qui poussent le sang vers la tête, et c'est alors que l'apoplexie est le plus rare. Les congestions cérébrales sont très-fréquentes chez certains aliénés qui cependant sont rarement atteints d'apoplexie.

Enfin, aux faits décrits d'apoplexie chez des sujets atteints d'hypertrophie du cœur, M. Rochoux oppose les faits suivans. Il a noté l'état du cœur chez 30 sujets atteints d'apoplexie, et chez 30 autres enlevés par des maladies aiguës. Sur ces 30 derniers sujets de l'âge moyen de 70 ans 2/30, et qui, à l'exception d'un seul, mort de ramollissement du cerveau, avaient succombé à des pneumonies, des pleurésies ou des pleuro-pneumonies, 26 avaient une hypertrophie du cœur plus ou moins marquée, et souvent en outre d'autres lésions de cet organe. Sur les 30 apoplectiques d'un âge moyen de 72 ans, 24 avaient le cœur plus ou moins hypertrophié, 4 à l'état normal, et le dernier avait le cœur d'un volume au-dessous du moyen. Ainsi 30 apoplectiques ont offert une ou deux hypertrophies du cœur de moins que 30 sujets morts de maladies aiguës. M. Rochoux en conclut que l'influence de l'hypertrophie du cœur est, sinon tout-à-fait nulle, elle est du moins véritablement inappréciable.

L'apoplexie frappe toutes les portions du cerveau; il était donc simple de chercher à savoir si la différence du siége dans la lésion cérébrale apportait quelque différence dans la lésion intellectuelle. Or, il n'en est rien; tous les apoplectiques dont les facultés mentales sont notablement affectées, présentent un affaiblissement général de l'intellect, un affaissement moral plus ou moins rapproché de l'état d'enfance.

M. Rochoux part de ce résultat pour réfuter les systèmes phrénologiques. Il énumère la plupart des objections théoriques dont on les a frappés; puis rap-

pelle les démentis donnés aux phrénologistes par l'examen des têtes des assassins les plus récens, principalement de Fieschi ; et termine en disant que la phrénologie *est le plus grand mécompte scientifique qu'ait eu notre époque.*

— Sur la proposition de M. Honoré, l'Académie décide que la discussion sera divisée ; et que l'on traitera d'abord la question des causes de l'apoplexie.

DISCUSSION SUR LES CAUSES DE L'APOPLEXIE.

M. PIORRY. M. Rochoux a voulu établir que les apoplexies, ou hémorrhagies cérébrales, ou si l'on veut les encéphalorhagies (oh ! oh !) ne pouvaient être produites par l'hypertrophie du cœur. Il a donné beaucoup de raisons à l'appui de son sentiment ; entre autres que dans beaucoup de cas où le ventricule gauche est hypertrophié, l'orifice de l'aorte est rétréci, ce qui contrebalance les fortes impulsions du ventricule. Cela serait fort juste si l'action du cœur n'était pas accrue outre mesure, mais elle l'est. Et de plus, M. Rochoux n'a considéré ici que le cœur gauche ; il faut faire état de la stase du sang veineux dans le cœur droit ; de la congestion veineuse qui en résulte pour le cerveau ; et alors les vaisseaux cérébraux étant d'une part gorgés de sang veineux, de l'autre le sang artériel y affluant avec force, les ruptures du tissu cérébral en sont la conséquence naturelle ; les faits rassemblés par M. Cruveilhier (*Dict. de méd. et de chir. pratiques*), ont prouvé la réalité de cette influence.

M. Rochoux allègue l'état des foyers sanguins, et il veut y reconnaître une affection morbide qui a précédé la rupture. Mais partout ailleurs les parois de foyers sanguins subitement formés, offrent de ces apparences ; et l'on n'ira pas soutenir qu'il n'y a pas de ruptures de vaisseaux sans un ramollissement préalable.

Il appelle aussi à son secours la statistique, ressource avec laquelle on prouve tout ce qu'on veut ; mais ce qui ôte principalement toute valeur à sa statistique, c'est qu'il n'a pas examiné l'état du cœur droit.

Voilà quelques réponses aux argumens de M. Rochoux ; voici maintenant des preuves directes de l'opinion contraire à la sienne : 1° l'invasion de l'apoplexie est brusque et soudaine ; en sorte que rien n'accuse sur le vivant la réalité d'un travail morbide antérieur ; 2° les sujets spécialement disposés à l'apoplexie ont un facies reconnaissable, le cœur gros, le cou court, les artères larges, la circulation énergique ; toutes circonstances qui conduisent à admettre l'influence du cœur ; 3° à rassembler un certain nombre de cas d'apoplexie, on voit que très-souvent l'attaque a été déterminée par des efforts de respiration, par des efforts musculaires ; mes observations propres et celles qu'a publiées M. Bricheteau, confirment ce fait important ; 4° il n'est pas très-rare de voir la rupture se faire non dans le tissu cérébral, mais dans les artères mêmes ; Morgagni en cite des exemples ; M. Serres en a publié, et j'en ai rencontré moi-même ; 5° la cause de l'apoplexie vient quelquefois d'organes éloignés du cœur, mais qui réagissent sur le cerveau de la même manière, c'est-à-dire, en entravant le retour du sang veineux ; ainsi le refoulement du diaphragme par l'obésité, par la tympanite, par la grossesse même ; 6° l'âge qui dispose spécialement à l'apoplexie est une autre preuve ; c'est la vieillesse où les vaisseaux sont imprégnés de sucs osseux ou crétacés, et devenus très-fragiles ; 7° enfin il y a dans les autres tissus de l'économie une foule d'hémorrhagies qui surviennent sans ce ramollissement préalable admis par M. Rochoux, l'hémoptysie, les taches pétéchiales, le purpura hemorrhagica, l'épistaxis, etc.

Je ne nie pas que dans certains cas il ne puisse y avoir un travail préalable qui ramollisse les tissus et qui favorise l'apoplexie, comme le ramollissement d'un tubercule peut favoriser l'hémoptysie ; mais je maintiens que dans le plus grand nombre des cas, l'apoplexie est en rapport avec l'état du cœur droit, du cœur gauche, et de la respiration.

M. ROCHOUX. Et moi je dis que le ramollissement existe toujours ; jamais je n'ai vu un seul foyer apoplectique sans ce ramollissement à l'entour ; et les personnes qui le nient et qui trouveront un cas où il n'existe pas, me feront un grand plaisir de me le faire voir.

M. BOUILLAUD. M. Rochoux est venu nous lire une seconde édition (UNE VOIX : C'est bien la troisième !) d'une opinion qu'il est jusqu'à présent le seul à soutenir. Pour ma part, je n'ai pas encore rencontré un cas de ramollissement cérébral précédant une hémorrhagie pure et simple ; mais je laisse cette première question de côté pour arriver à la seconde, l'influence du cœur.

On a cité à ce propos des résultats statistiques ; et vous avez vu arriver à la suite ces redites banales contre la statistique. Il faut peser les faits, dit-on ; eh ! sans doute ; ceux qui ne les pèsent pas font de mauvaise statistique, et voilà tout. Voici un calcul fort simple. J'ai fait le relevé de 54 cas d'hypertrophie du ventricule gauche, sur des sujets de 25 à 79 ans ; sur ce nombre j'ai rencontré six cas d'hémorrhagie cérébrale, et cinq autres cas de ramollissement. Dans sept cas l'état des artères cérébrales a été noté ; quatre fois on les a trouvées parsemées d'ossifications ; une autre fois on a omis de les examiner, mais la carotide était ossifiée, ce qui permet de présumer qu'elles pouvaient l'être. Ces faits posés, la question se réduit à un problème de mécanique ; l'impulsion du cœur est augmentée, la résistance des vaisseaux est diminuée. Est-il possible de dire qu'il n'y ait pas dans ces deux circonstances une cause puissante et manifeste de rupture ? Que d'autres causes encore puissent produire de ces ruptures, je ne le nie point ; mais celle-là me paraît démontrée avant toutes les autres.

M. ROCHOUX. Je n'ai point nié non plus l'influence du cœur et des artères sur la production de l'apoplexie ; j'ai seulement dit qu'elle était inappréciable. D'ailleurs l'argument de M. Bouillaud tombe juste à côté de la question. Je ne sache pas, en effet, qu'on ait jamais trouvé de vaisseaux ossifiés au-delà de la pie-mère ; et j'ai eu soin de définir l'affection dont je voulais parler, une rupture de la substance cérébrale. M. Bouillaud semble aussi se prévaloir beaucoup de ce que je suis seul de mon avis, et qu'importe, si j'ai raison ? Toute idée nouvelle commence d'abord par être une opinion isolée qui se révolte contre l'opinion générale. Mais qu'on se rassure d'ailleurs, j'ai déjà quelques partisans ; et je puis citer avec quelque satisfaction M. Louis qui a adopté mon opinion, et M. Andral qui l'admet pour quelques cas.

M. CASTEL. M. Rochoux aurait pu mieux choisir la proposition qu'il voulait soutenir ; il aurait pu dire que tout obstacle à l'innervation est une cause d'apoplexie. Mais on ne saurait nier dans certains cas l'influence de la circulation ; on a vu assez souvent des tumeurs sur le trajet des gros vaisseaux déterminer l'apoplexie. Mais je passe à un autre ordre de considérations.

M. Rochoux a semblé regretter que l'apoplexie arrivât sans prodrômes capables d'expliquer son ramollissement préalable. Mais quelle maladie offre plus de prodrômes ? Il est rare qu'une attaque vienne sans symptômes précurseurs ; voulez-vous que je les détaille un à un ? Vous n'avez qu'à ouvrir Morgagni. Le vertige, dit-il, précède l'épilepsie ; l'épilepsie mène à l'apoplexie. Voilà une progression de symptômes bien établie. Et d'ailleurs, combien d'affections graves du cerveau demeurent long-temps latentes ! Je me rappelle avoir vu trois cas d'abcès du cerveau ; les malades avaient toute leur intelligence ; ils étaient venus à l'hôpital à pied ; il est vrai qu'ils succombaient presque subitement. Certes, il y avait là tous les élémens du ramollissement, et ces cas ne sont pas très-rares ; ainsi, l'absence des prodrômes dans quelques cas d'apoplexie ne prouverait pas l'absence de lésion préalable.

M. GÉRARDIN. On a cité la grossesse parmi les causes prédisposantes de l'apoplexie ; et c'est une opinion qui depuis quelque temps paraît prendre faveur, que la grossesse favorise le développement de l'hypertrophie du cœur, et par suite des hémorrhagies cérébrales. C'est ce qu'il était intéressant de vérifier, et quoi qu'on dise de la statistique, les chiffres seuls nous offraient le moyen de faire cette vérification.

Du 1er janvier 1814 au 1er janvier 1835, dans une période de 21 ans, il est entré à la Maternité 59,745 femmes enceintes ; il en est mort 49, 1 sur 1,219. En 1832, année du choléra, chose remarquable ! il n'en est mort aucune. (Plusieurs voix : Cela n'est pas possible !) Permettez ; je parle des femmes enceintes ; je ne parle pas des femmes accouchées. (Ah ! très bien !) Depuis que j'ai pris mon service en 1833, les entrées et les décès ont été ainsi qu'il suit :

En 1833,	2,793 entrées,	4 décès.
En 1834,	2,891 —	2 —
En 1835,	2,935 —	4 —
Total, en trois années,	8,619 entrées,	10 décès.

Sur ces 10 décès, pas un n'a été dû à l'apoplexie. Il y a plus ; parmi les femmes qui nous arrivent dans le courant d'une année, il y en a toujours 25 à 30 qui sont attaquées de maladies intercurrentes ; je n'en ai pas vu une seule atteinte d'apoplexie. En sorte que le résultat auquel il faut arriver est celui-ci, que la grossesse enraie la marche des maladies soit constitutionnelles, soit acquises, et qu'elle ne favorise nullement l'hypertrophie du cœur ni l'apoplexie. Il est probable qu'on aura pris pour attaques d'apoplexie des accès d'éclampsie ou des convulsions, bien que le diagnostic différentiel soit si tranché qu'il n'est pas permis de les confondre.

Il nous arrive souvent aussi des femmes qui sont devenues enceintes avec une maladie du cœur ou des gros vaisseaux ; eh bien ! même dans les cas où cette affection était très-avancée, ni durant la grossesse, ni pendant le travail, ni dans le temps des couches, nous n'avons observé chez ces femmes d'attaques d'apoplexie.

L'apoplexie est donc une des maladies les plus rares chez les femmes enceintes, et durant le travail et après, quoique les accouchées soient soumises, comme on sait, à nombre de maladies intercurrentes. Nous n'avons encore rencontré qu'un seul cas d'apoplexie ; la femme qui en fut atteinte était des environs de Fontainebleau ; des renseignemens pris sur ses antécédens nous apprirent qu'elle était dans un état habituel de taciturnité ou même d'imbécillité, ce qui laisse penser qu'elle avait pu avoir antérieurement quelque affection cérébrale. L'apoplexie la frappa durant le travail ; elle succomba deux jours après.

M. ROCHOUX. L'opinion que combat M. Gérardin est de M. Larcher. Pour moi, loin de l'adopter, je l'ai combattue ; car l'apoplexie est bien plus commune chez les femmes après l'âge critique qu'auparavant, et les faits très-intéressans produits par M. Gérardin parlent en faveur de ma doctrine.

M. FERRUS. On a dit que les congestions cérébrales étaient fréquentes, et cependant les apoplexies sont rares chez les aliénés ; puis, d'après Morgagni, on a ajouté que l'épilepsie prédispose à l'apoplexie. Cela est vrai ; souvent les épileptiques meurent d'apoplexie, et dans tous les cas ils succombent avec une congestion cérébrale des plus caractérisées. Chez les aliénés, au contraire, l'apoplexie est rare : mais il fallait ajouter que les circonstances sont différentes. Chez les épileptiques, le cœur a une force d'impulsion très-remarquable ; chez les aliénés, au contraire, la circulation est en général plus lente qu'active, et si leur pouls devient fréquent, il perd en général du côté du développement et de l'intensité ce qu'il gagne en vitesse, comme dans toutes les affections purement nerveuses ; et les battemens du cœur demeurent faibles, si on les compare à ceux des hommes ordinaires, et surtout des épileptiques.

M. ROCHOUX, interrompant. M. Lélut m'a assuré que les aliénés étaient sujets à de fréquentes congestions cérébrales ; et quant aux épileptiques, qu'il n'avait pas observé chez eux un seul cas de mort par apoplexie.

M. FERRUS. Je me fais fort de prouver ce que j'avance ; et les résultats de M. Lélut ne sauraient être différens des miens, puisqu'il recueille ses observations dans mon service. Les aliénés, il est vrai, ont des congestions cérébrales très-vives, très-intenses, mais qui durent peu ; comme chez les femmes, qui sont aussi moins sujettes à l'apoplexie que les hommes. Et j'ajouterai ici un fait capital contre la doctrine de M. Rochoux : c'est que si l'apoplexie est rare chez les aliénés, il n'est pas rare de rencontrer chez eux le ramollissement cérébral, surtout quand l'aliénation a duré long-temps.

M. LOUIS. Je pense que M. Rochoux en me citant a fait allusion à une ligne que j'ai écrite dans un travail sur les morts subites. J'ai dit que si le ramollissement existait toujours, l'hémorrhagie trouverait une explication facile. Mais il n'est pas exact que ce ramollissement précède l'hémorrhagie ; ce sont deux af-

fections tout-à-fait distinctes par leur siége, par leur marche, par leurs terminaisons, etc. Par leur siége, le ramollissement affecte de préférence la substance corticale, la cloison demi-transparente, le centre ovale de Vieussens, le voisinage de la scissure de Sylvius; l'hémorrhagie attaque particulièrement les corps striés. Le ramollissement se montre à la fois dans une foule de points différens; cela est rare pour l'apoplexie. Le ramollissement se complique souvent d'autres maladies; je n'ai jamais vu de complication de ce genre se joindre à l'apoplexie, et sans nier que cela puisse être, il m'est permis de croire que cela est peu fréquent, car tout ce que j'avance est fondé sur plus de six cents autopsies et plus de trois mille observations de maladies internes. Le pronostic seul suffirait pour les différencier; en effet, l'apoplexie guérit assez souvent; le ramollissement est toujours mortel. Il est donc impossible d'admettre que l'une de ces maladies soit si intimement unie à l'autre, et que le ramollissement précède toujours l'apoplexie.

Toutefois, je dois ajouter une remarque dont M. Rochoux pourra faire son profit. Si l'invasion de l'apoplexie est si brusque, ce qui n'est pas parfaitement démontré, la marche du ramollissement dans la troisième ou la quatrième partie des cas n'est pas moins rapide, surtout quand il attaque les corps striés.

Quant au peu d'influence de l'hypertrophie du cœur sur l'apoplexie, je serai de l'avis de M. Rochoux. Sur 45 cas d'affections organiques du cœur que j'ai observés à la Charité, je n'ai pas vu un seul cas d'apoplexie; je n'ai pas rencontré non plus cette coïncidence à la Pitié; et quand les sujets à cœur hypertrophié périssent de congestion cérébrale, j'ai toujours trouvé une congestion séreuse. Je ne veux pas dire que l'hypertrophie du cœur préserve de l'apoplexie; mais enfin je n'ai pas encore vu ces deux affections ensemble. Je sais bien que des hommes très-distingués ont déclaré cette coïncidence chose commune; mais les hommes les plus distingués n'ont pas pris toujours toutes les précautions nécessaires pour éviter l'erreur.

M. Rochoux. Toute l'argumentation de M. Louis roule sur une dispute de mots. Il y a un ramollissement inflammatoire qui ne guérit jamais; et il y a un ramollissement hémorrhagique. J'ai pris soin de les distinguer; j'en ai donné les caractères différentiels; et pour en rappeler un seulement, le ramollissement hémorrhagique ne se laisse pas délayer comme l'autre par la chute d'un filet d'eau M. Louis a confondu l'un avec l'autre; aussi j'admets toutes ses observations sans qu'elles prouvent rien contre moi.

M. Honoré élève des doutes sur la réalité de deux ramollissemens différens; il rappelle avec quelle facilité des kystes s'organisent autour des épanchemens sanguins apoplectiques; et il ne comprend pas qu'un tissu malade et ramolli puisse aussi promptement s'organiser. Le prétendu ramollissement préalable n'est que l'effet de la déchirure et du mélange du sang avec le tissu cérébral.

— On demande la clôture de cette première partie de la discussion; mas M. Bricheteau réclame la parole pour un fait personnel.

M. Bricheteau. J'ai publié sur ce sujet un mémoire en 1819; et comme je suis d'une opinion opposée à celle de M. Louis sur l'influence du cœur, je suis un des auteurs qu'il a accusés de s'être mépris. Il a apporté, pour prouver son assertion, une statistique à lui propre; qu'est-ce que cela prouve? qu'en un temps donné cette coïncidence ne s'est pas rencontrée sous ses yeux. Je puis aussi lui opposer une statistique; j'ai publié quinze observations dans mon premier mémoire, et depuis j'en ai donné vingt dans un autre; voilà 35 cas où la coïncidence de l'hypertrophie du cœur avec l'apoplexie s'est rencontrée; je puis donc dire qu'elle n'est nullement rare. Mais il faut examiner les faits dans leurs détails; M. Rochoux n'a guère observé que des vieillards; mais les vieillards n'ont presque jamais d'hypertrophie du cœur. Au contraire, je viens d'entendre M. Bouillaud dire que ses malades à lui avaient de 25 à 79 ans; pour moi, tous mes sujets avaient moins de 60 ans; voilà qui explique comment nous avons rencontré l'hypertrophie du cœur. Donc les statistiques ne prouvent absolument rien.

M. Rochoux. Chez les vieillards l'hypertrophie du ventricule gauche est très-fréquente (M. Bricheteau. Je soutiens le contraire.) Une discussion est close quand l'un dit oui, l'autre non. (On rit.)

M. Louis. Je n'ai pas nié la coïncidence; j'ai dit que je ne l'avais point vue et je répète qu'elle n'est pas pour moi chose démontrée. Quand à ce qu'a dit M Bricheteau des statistiques, qu'on me permette d'y répondre un mot: il prétend qu'elles ne prouvent rien, et il nous oppose cependant la sienne! Et que saurait-il s'il n'avait pas amassé ses observations une à une, pour en faire ce tableau sur lequel il se fonde? La statistique ne fait pas la médecine; non; mais c'est un moyen sans lequel en médecine vous ne sauriez arriver à la vérité.

M. Piorry. J'affirme que presque tous les cas d'hémorrhagie cérébrale que j'ai observés coïncidaient avec une hypertrophie du ventricule gauche, ou une dilatation du cœur droit, ou un embarras du poumon. Il est d'ailleurs incontestable que l'hypertrophie du cœur est fréquente chez les vieillards.

On réclame de toutes parts la clôture de cette partie de la discussion; la clôture est prononcée.

DISCUSSION SUR LA PHRÉNOLOGIE.

La parole est à M. Bouillaud, qui la cède à M. Broussais; mais M. Broussais la refuse pour le moment.

M. Bouillaud Nous avons à traiter l'une des plus grandes questions qui agitent depuis trente ans le monde scientifique. Comme toutes les hautes questions de réforme, la phrénologie a eu des partisans zélés et des ennemis acharnés, sans parler d'un troisième camp, le plus nombreux sans doute, qui, soit indifférence, soit circonspection, attend le résultat de la lutte pour se prononcer. Dans cet état des choses, comment apprécier sainement la valeur de la phrénologie? comme on fait pour toute question scientifique, par l'observation et l'expérience. La phrénologie est une science d'observation par excellence Il faut donc d'abord procéder à l'examen des animaux: cette première étude, en révélant chez les uns des facultés, des penchans qui manquent complétement chez les autres, fera voir d'abord qu'il faut admettre dans l'instinct plus de facultés qu'on ne l'avait cru. En montant des animaux jusqu'à l'homme, n'êtes-vous pas frappé chez celui-ci de cette diversité prodigieuse de talens, d'instincts, d'affections? Cette diversité doit avoir une cause; cette cause, vous ne la trouverez que dans le système nerveux; la logique vous y mène; et l'on a beau affecter de la mépriser et de la combattre, la logique gouverne le monde.

Cette diversité de facultés ayant sa raison dans l'encéphale, est encore prouvée par la pathologie. Il est des maladies dans lesquelles une seule faculté se trouve atteinte, le reste de l'intelligence étant sain et libre; pour en citer un exemple, on a vu plus d'une fois suspendue, par une affection cérébrale, la parole, faculté prodigieuse qui suffirait à elle seule pour distinguer l'homme des animaux.

Après l'observation viennent les expériences. J'accorde volontiers que les expériences sur le système nerveux ont peu servi jusqu'à présent à la phrénologie; mais qu'en conclure après le petit nombre d'essais qui ont été tentés? Pour ma part, j'ai passé un an à en faire; et déjà elles m'ont conduit à cette conséquence que je regarde comme inattaquable, que les fonctions des lobes cérébraux antérieurs diffèrent certainement de celles des lobes postérieurs; et que les fonctions du cervelet ne sont pas moins différentes. Ainsi la multiplicité des fonctions, la multiplicité d'organes dans l'encéphale est déjà démontrée, au moins pour les grandes masses nerveuses; cette première question, il faut le dire, avait été déjà décidée avant Gall, bien qu'on n'en eût pas tiré le même parti.

Abordons maintenant la seconde difficulté, celle des localisations d'organes. Oh! certes, Messieurs, nous en avons pour des siècles à faire des essais de localisation, et surtout à les vérifier. Gall croyait à certaines localisations qui étaient démontrées pour lui, qui ne le sont pas pour nous; mais il en est ainsi dans toutes les sciences: en thérapeutique, par exemple, nous regardons comme démontrée l'influence favorable des saignées dans la pneumonie, des vésicatoires dans la pleurésie; et vous savez que de bons esprits la révoquent cependant en doute. Je ne crois pas aux localisations de Gall, parce qu'il me manque pour cela une conviction personnelle; j'ai même à faire ici une sorte de confession fâcheuse pour un phrénologiste: c'est que, le premier, je pense, j'ai attaqué la localisation qui semblait le mieux établie, celle de l'amour physique dans le cervelet, ou du moins j'ai fait voir que cet organe n'y était pas exclusivement consacré, et qu'il présidait à des mouvemens de station, de locomotion, d'équilibration, etc. J'en dirais bien davantage de ces facultés que l'on compte par vingtaine en avant, par vingtaine sur les côtés du cerveau; tout cela est douteux, et pourrait être démontré pour les uns sans l'être pour les autres. Je ne suis donc nullement convaincu des détails du système de Gall; mais son principe me paraît incontestable.

M. Rochoux. M. Bouillaud a fait tant de concessions que je ne demande presque que d'en prendre acte. (On rit.) Qu'ai-je attaqué dans mon mémoire? précisément cette fureur de localiser qui a conduit Gall à admettre dans le cerveau vingt-sept organes, portés par d'autres jusqu'à 31, à 35, etc. La manière de raisonner de Gall est vicieuse. Il dit: Tout phénomène a une cause; ce qui est vrai. Mais il ajoute: Et voici quelle doit être la cause; et c'est là qu'est l'erreur, parce qu'il ne s'occupe pas de la démontrer. Ainsi, qu'un individu ait plus de mémoire qu'un autre, Gall dit: La mémoire est une faculté particulière. Donc il y a un organe pour cette faculté; donc une bosse pour la mémoire. (Réclamations.) Et déjà M. Broussais a averti les phrénologistes qu'en suivant cette voie ouverte par le maître, et admettant autant d'organes qu'ils trouveraient de nuances de facultés, ils couraient à un abîme. Voilà donc la première objection à faire à ce système, et qui le ruine par la base; c'est qu'on ne peut logiquement conclure des phénomènes à l'existence d'un organe. La seconde est tout aussi puissante; si ces organes existent, on peut les montrer, on peut les voir; or, depuis trente ans qu'on en parle, je ne sache encore personne qui les ait vus.

— La parole est à M. Amussat. M. Amussat la cède à M. Broussais. (Profond silence.)

(On trouvera dans le feuilleton de ce jour l'improvisation tout entière de M. Broussais.)

La discussion est ensuite continuée à mardi, et la séance levée à cinq heures.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

NOTE CONCERNANT UN NOUVEL EXUTOIRE.

Ce nouvel agent thérapeutique n'offre rien de neuf: c'est la réunion ou combinaison non usitée de deux moyens connus, le sparadrap de diachylon gommé, et l'huile de croton tiglium (la pommade stibiée pourrait la suppléer). Il consiste dans l'application sur une surface cutanée, le dos de préférence, d'un morceau de sparadrap de diachylon gommé d'une longueur et d'une largeur variables, suivant les dimensions individuelles (le plus souvent 4 pouces sur 8), et qu'on renouvelle de temps à autre. On y ajoute de légères frictions avec deux ou trois gouttes d'huile de croton tiglium, étendues de haut en bas sur les côtés de l'épine dorsale (ou sur une autre région). On les suspend en cas d'irritation vive. Chaque matin on lève le topique, on l'approprie, puis on le replace après avoir lavé la partie qu'il recouvrait. Ainsi, aucun pansement proprement dit n'est nécessaire; on pourrait même laisser sur place le sparadrap pendant plusieurs jours. Il ne faut ni feuilles, ni poirée, ni beurre, ni pommade, ni bandes, ni compresses. Les tissus environnans, chemise ou flanelle, ne sont point salis, parce que le diachylon, dans ce cas, n'est point sujet à couler comme les

substances qui font la base des autres emplâtres dont l'ablation est souvent fort pénible.

Ajoutons qu'il est moins incommode et d'un entretien plus facile que le vésicatoire et les cautères, qui laissent quelquefois des cicatrices très-fâcheuses, surtout chez les jeunes personnes. Aussi, beaucoup d'individus qui repoussent obstinément les exutoires ordinaires, consentent sans grande peine à l'application du sparadrap, dont on modère aussi l'action bien plus aisément.

En général, il ne produit ni douleur locale, ni ulcération, ni suppuration, ni surtout l'irritation sympathique du système génito-urinaire qu'entraînent fréquemment les cantharides. Il cause seulement de la rougeur, des boutons, des excoriations légères, et une exsudation ou transpiration plus ou moins abondante.

Quand les malades sont très-susceptibles et offrent une peau très irritable, on doit agir plus mollement, redoubler de précautions, et quelquefois avoir recours aux émolliens locaux, aux bains, etc.; tandis que chez les personnes âgées ou dont le système cutané est peu impressionnable, il est nécessaire d'augmenter la dose de l'huile ou de rapprocher les frictions. Dans quelques cas le prurit est tel, qu'on se trouve bien de le changer, à l'aide de frictions sèches, en un sentiment de douleur très-modéré.

Ce topique agit ordinairement d'une manière continue, mais lente; toutefois il est facile, ainsi que nous l'avons indiqué, d'en obtenir un résultat moins tardif. Quand il y a urgence, on appelle en aide d'autres moyens. C'est surtout dans les catarrhes chroniques de la poitrine et les affections asthmatiques, qu'il est efficace; mais son application n'est pas ainsi limitée.

Sans doute on peut croire que son action est due spécialement à son contact presque immédiat avec les nerfs rachidiens antérieurs et postérieurs, ainsi qu'avec le poumon lui-même; mais on doit admettre aussi que l'excitation soutenue d'une large surface cutanée, et l'exsudation abondante qui en résulte, favorisent puissamment la révulsion et la guérison. C'est ainsi que nous avons vu ce topique réussir dans des affections qui avaient résisté à des traitemens rationnels et à différens exutoires. Nous sommes loin cependant d'exagérer sa puissance; certes il ne saurait remplacer, dans le traitement des maladies aiguës de la poitrine, les saignées générales ou locales et les autres moyens que l'usage a sanctionnés. Mais, forts de notre expérience, nous engageons les praticiens à en faire l'essai et à ne le juger qu'après des épreuves suffisamment prolongées.

L.-W.

BIBLIOGRAPHIE.

MÉMOIRES DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE PRATIQUE **sur plusieurs maladies et accidens graves qui peuvent compliquer la grossesse, la parturition et la couche; par M. le docteur Martin le jeune, ancien chirurgien en chef de l'hospice de la Charité à Lyon.**

Les matériaux qui forment la base de la médecine n'ont pas, comme les objets dont le naturaliste s'occupe, une forme invariable qui se prête aux classifications naturelles et à l'établissement de principes fixes dont la vérité ressort toujours plus évidente des épreuves de l'application. Les faits médicaux subissent dans leur durée des transformations si variées et se combinent entre eux de tant de manières, qu'ils échappent presque à la généralisation, en sorte que, lorsqu'on désire acquérir des lumières suffisantes pour l'exercice de l'art de guérir, il faut prendre ces faits un à un et les étudier dans ce qu'ils ont de spécial. On se rend ainsi raison du succès que les recueils d'observations ont obtenus dans tous les temps. Cela nous explique en partie l'empressement avec lequel les médecins de Lyon ont recherché dès leur apparition les mémoires de M. le docteur Martin le jeune, et les éloges que les journaux de cette ville ont unanimement donnés à cette importante publication. Mais la principale raison du succès de ces mémoires se trouve dans le rang élevé que l'auteur occupe depuis longtemps comme savant médecin et praticien habile, et qui promettait de sa part une œuvre de longue expérience, de conscience et de talent; et je dois à la vérité de dire qu'il a complétement tenu ses promesses.

Le livre que M. Martin offre à ses confrères se compose d'une série de mémoires et d'un grand nombre d'observations détachées ayant pour objet des affections de la matrice ou de ses annexes. Les maladies des femmes ont été pour l'auteur un sujet privilégié d'études. Nommé chirurgien en chef de la Charité dès le début de sa carrière, il trouva, dans l'exercice de ses fonctions importantes, un vaste champ d'observations pour cette branche de la pathologie; et depuis trente années il s'est rencontré dans Lyon bien peu de faits remarquables de maladies propres aux femmes, pour lesquels M. Martin n'ait été appelé à donner son avis. Aussi son nom est-il, en pareille matière, une imposante autorité.

1° Le travail qui se présente le premier dans ce volume est intitulé: *Compte-rendu analytique des maladies observées à l'hospice de la Charité de Lyon, pendant un exercice de sept années.* C'est un résumé d'observations nombreuses relatives aux accouchemens, aux maladies des femmes, des enfans et des vieillards. Ce compte-rendu est publié aujourd'hui pour la première fois, bien qu'il ait été lu en 1806 en présence de l'administration des hôpitaux, ce qui n'empêche pas que, sous beaucoup de rapports, il ne conserve toute la fraîcheur de la nouveauté. Ne pouvant donner l'analyse complète d'un ouvrage qui n'est lui-même qu'un résumé très-succinct, je me contenterai d'en détacher quelques remarques pratiques relatives aux accouchemens.

M. Martin a reconnu que, lorsque la tête est placée au détroit supérieur et que les eaux sont très-abondantes, elle peut changer de position soit à la suite de mouvemens qu'exerce la femme, soit par les contractions de la matrice. Un fait cité dans le compte-rendu prouve même que ce changement de position peut s'opérer d'une extrémité de l'ovale que représente le fœtus à l'autre extrémité.

Les auteurs modernes, et notamment MM. Désormeaux et Dugès, ont, avec raison, placé parmi les accouchemens naturels ceux qui se font par la face. Mais à l'époque où M. Martin recueillait les matériaux de son compte-rendu, la doctrine contraire était généralement professée; elle fut attaquée dans le passage suivant que je cite en entier parce qu'il renferme des préceptes très-utiles pour la pratique.

« Lorsque, dans les premiers momens du travail, j'ai reconnu que l'enfant présentait la face, les eaux n'étant pas encore évacuées, je suis souvent parvenu à corriger cette mauvaise position à l'aide des doigts et d'une situation convenable pour changer l'obliquité de la matrice toujours existante dans ces cas. Lorsque j'ai trouvé la face engagée dans le bassin, les eaux s'étant écoulées, tous mes efforts ont échoué, même en employant le levier; et j'ai souvent été obligé de terminer l'accouchement par le forceps. Plusieurs faits m'ont cependant démontré, contre l'assertion générale, que l'accouchement par la face n'est pas essentiellement contre nature. Je l'ai vu souvent se terminer, sous mes yeux, par les seules forces de la nature, et j'ai observé qu'elle suivait une marche constante et uniforme, suivant les diverses espèces de position par la face. Je dois cependant avertir que, dans ces cas, le bassin était bien conformé, et ce qui n'empêchait pas que le visage ne fût toujours tuméfié ou ecchymosé, comme dans tous les accouchemens où la face se présente. »

Ce que l'auteur écrit relativement à la version de l'enfant, mérite encore d'être reproduit textuellement. « Je ne puis approuver le conseil de tous les accoucheurs sur la position à donner à la femme quand il s'agit de manœuvrer un accouchement par les pieds: la position horizontale à la renverse me paraît la plus commode, parce qu'alors le bras de l'accoucheur peut s'introduire dans toute la longueur convenable, et que d'ailleurs le fond de l'utérus n'est nullement comprimé par l'abaissement de la poitrine. Dans la position ordinaire, le tronc faisant presque un angle droit avec le bassin, l'introduction du bras de l'accoucheur est d'autant plus difficile qu'obligé de changer de direction lorsque la main pénètre dans la cavité utérine, elle éprouve la plus grande difficulté pour arriver aux pieds de l'enfant. On sentira surtout l'utilité de la position que je recommande dans les cas d'obliquité antérieure, qui exigent si fréquemment la délivrance par les pieds. Dans cette opération il arrive souvent que, lorsque le tronc est hors de la vulve, le col de l'utérus, resserré sur celui de l'enfant, s'oppose à la sortie de la tête, et que, par l'effet des tractions qu'on exerce, la matrice s'avance du côté de la vulve et fait craindre un déplacement dangereux. Dans ces cas les ablutions ou injections d'eau froide sur la circonférence du col de l'utérus, m'ont presque constamment réussi pour détruire cet obstacle, en faisant cesser les contractions spasmodiques des fibres du col et en opérant sa rétraction. »

Les accidens qui accompagnent la délivrance ont fixé spécialement l'attention de l'auteur. L'adhérence du placenta lui paraît tenir à une disposition pathologique de la surface interne de l'utérus, car il l'a rarement trouvée dans une couche sans la rencontrer dans les suivantes; il l'a observée quatre fois de suite chez la même femme. Une portion de placenta retenue dans la matrice détermine souvent une hémorrhagie

qui se manifeste soit immédiatement, soit aux troisième, cinquième, septième, neuvième, onzième, dix-septième jour. Le fragment de placenta a été extrait avec le doigt indicateur ou avec des pinces à longues branches. S'il ne pouvait être atteint et que l'hémorrhagie existât, l'auteur avait recours au tamponnement; en favorisant l'accumulation du sang dans l'utérus, il déterminait la contraction de ses parois; le fragment du placenta et le sang coagulé en étaient chassés simultanément. Cette pratique a souvent été couronnée d'un plein succès.

Les accidens qui surviennent pendant les couches ne pouvaient manquer d'occuper une large place dans ce *compte-rendu*. Dans une note très-étendue et récemment écrite, M. Martin fait une critique très-judicieuse des doctrines modernes relatives aux fièvres puerpérales, doctrines qui ont l'inconvénient de donner comme général ce qui n'appartient qu'à un petit nombre de faits. En multipliant les espèces, toutes les méthodes qui ont été vantées trouvent leur cas d'application, et l'on ménage ainsi à la thérapeutique de ces graves maladies des ressources plus nombreuses.

2° Le mémoire qui suit le compte-rendu a pour titre : *Observations et réflexions sur les divers modes d'altérations organiques qu'éprouve le fœtus qui périt dans le sein de sa mère.* On y trouve démontré par de nombreuses observations, que l'enfant qui périt dans le sein de sa mère peut y séjourner long-temps sans passer à l'état de décomposition putride, pourvu que l'orifice de l'utérus soit fermé et que les membranes de l'œuf soient intactes. Si l'embryon périt dans les premières semaines de la gestation, il se dissout dans l'eau de l'amnios, qui devient semblable à de l'eau de gomme. On ne trouve plus alors aucune trace d'embryon dans le placenta, qui peut séjourner long-temps encore dans l'utérus. Si la mort du fœtus a lieu du deuxième au cinquième mois, il se flétrit, se ride et se dessèche comme une momie, et l'eau de l'amnios est absorbée ou remplacée par une couche de matière épaisse et comme terreuse, qui forme une enveloppe au fœtus. Depuis le cinquième mois jusqu'au terme de la gestation, le fœtus mort se macère, devient friable, s'infiltre et se ramollit; la peau se couvre de phlyctènes et de taches, les muscles se laissent déchirer avec facilité, et tout le corps n'exhale qu'une odeur fade. Dans les grossesses extra-utérines, le fœtus mort et renfermé dans l'organe où il s'est développé peut y rester pendant un grand nombre d'années sans passer à l'état putride. Mais lorsque la rupture des membranes permet à l'air atmosphérique de se mettre en contact avec le fœtus, il en résulte une décomposition rapide souvent funeste pour la mère.

3° *Mémoire sur certains corps étrangers développés dans la matrice.* Ce travail a pour objet spécial l'étude de ce que les anciens ont désigné sous les noms de *môles* et de *faux germes*. La dénomination de *môle*, conservée par M. Martin, n'a pas pour lui la signification que nos devanciers lui ont attribuée. Tous les corps développés dans la cavité utérine, et qui n'ont avec les parois de cet organe que des rapports de contiguité, mériteront le nom de *môles*. On les distinguera ainsi des tumeurs développées dans l'épaisseur même des parois de la matrice, ou qui ont avec elle des rapports plus ou moins intimes, tels que les polypes, les fongus, les sarcômes, les kystes, etc.

Ces corps étrangers intra-utérins peuvent avoir une origine et une structure très-variées, et que l'on trouve parfaitement étudiées dans le cours de ce mémoire. Ainsi, 1° lorsque l'embryon a péri dans les premiers temps de la gestation, qu'il a été dissous ou bien évacué, le placenta n'est plus qu'un corps étranger qui peut, après un court espace de temps, être expulsé sans avoir subi d'altération. C'est proprement le *faux-germe* des anciens, qui le considéraient comme le produit d'une conception incomplète ou manquée, dans laquelle la force de formation n'avait pas été assez énergique pour développer l'embryon. 2° Mais le placenta peut séjourner dans la matrice pendant un temps indéfini; alors il s'y nourrit, il augmente de volume, prend de la consistance, et présente divers aspects suivant les altérations variées qu'il a contractées; c'est là la véritable *môle* des anciens. Une portion du placenta retenue peut subir le même sort que l'organe tout entier, mais on n'y découvre point alors la cavité à parois lisses qui contenait l'embryon. Si après sa mort le fœtus n'a point été expulsé, il se désorganise, et l'on rencontre au centre du placenta dégénéré des débris qui ont fait donner à ce corps le nom de *môle embryonnée*. Parmi les altérations que le placenta retenu peut subir, une des plus remarquables est celle qui le fait ressembler à une grappe de raisin ou de groseille par l'agglomération d'une multitude de vésicules que plusieurs regardent comme des hydatides, ce qui l'a fait appeler *môle hydatidaire*. Tous ces corps étrangers, produits plus ou moins éloignés de l'acte générateur, ont été nommés *môles de génération*; mais il en est d'autres qui sont tout-à-fait indépendans de la fonction génératrice, et qui ont été appelés *môles de nutrition*. Ces sortes de môles ont pour origine le sang des règles ou des lochies, retenu dans la cavité utérine, organisé en corps solide, et plus ou moins conforme, par sa consistance et sa texture, à la chair musculaire; on n'y trouve rien qui rappelle l'organisation du placenta.

Un résultat commun à tous ces corps étrangers, quelle que soit leur origine, est d'écarter les parois de la matrice et de déterminer des phénomènes plus ou moins analogues à ceux de la grossesse, dont cependant on peut souvent les distinguer. Mais les signes qu'on a donnés pour reconnaître chacune de ces productions morbides sont toujours très-équivoques et ne méritent aucune confiance.

L'expulsion des môles est leur terminaison la plus ordinaire; elle est accompagnée d'une hémorrhagie plus ou moins abondante. Leur contact avec l'air peut aussi occasioner leur putréfaction, avec des accidens plus ou moins graves et souvent mortels.

4° *Mémoire sur la rétroversion de la matrice.* On a beaucoup écrit sur la rétroversion de la matrice. Depuis Hippocrate jusqu'à nos jours, la plupart de ceux qui se sont occupés des maladies des femmes font mention de ce déplacement. Cependant ce sujet est loin d'être épuisé, et l'histoire complète de la rétroversion utérine est encore à faire. Ainsi, on n'a pas indiqué toutes les causes qui peuvent la produire; on n'a pas décrit dans toutes leurs variétés les signes qui la font reconnaître; les accidens qui l'accompagnent n'ont pas été suffisamment appréciés; enfin, et ceci est bien plus important, on n'a pas décrit tous les procédés opératoires au moyen desquels on peut ramener l'utérus à sa position naturelle. Le mémoire que nous analysons est destiné à combler la plupart de ces lacunes par les faits nombreux et variés qu'il rassemble. C'est ordinairement dans les trois premiers mois de la grossesse, plus rarement dans l'état de vacuité de l'utérus, que s'opère la rétroversion de cet organe. Les traités les plus modernes ne font aucune mention de ce déplacement survenu à la suite de l'accouchement. La onzième observation de ce mémoire offre un exemple de rétroversion survenue au sixième jour d'un accouchement à terme. Un fait semblable observé après celui-ci est dû à Vermandois. Dans la douzième observation, l'accouchement avait eu lieu à six mois et dix jours; le fond de l'utérus était engorgé, et le déplacement s'opéra aussitôt après la délivrance. On trouve dans le mémoire de M. Martin une espèce de rétroversion non encore décrite. Voici en quoi elle consiste : le museau de tanche sort par la vulve, et le col utérin, recourbé en forme de bec d'aiguière, se place au-dessous et un peu en avant du pubis, tandis que le corps de l'organe, retenu dans l'excavation du sacrum, se rapproche du périnée. Ce déplacement, qui se conçoit très-bien chez les femmes dont le col utérin est allongé, pourrait être confondu avec le prolapsus de la matrice, si l'on bornait son exploration au museau de tanche, et qu'on ne s'assurât point par le toucher de la position du corps de l'utérus. Pour la réduction de ce déplacement, les auteurs ont conseillé de faire coucher la femme sur les coudes et sur les genoux. La position suivante est, d'après l'expérience de M. Martin, bien plus avantageuse et bien plus commode. « La malade placée dans son lit est couchée sur le dos, les jambes sont fléchies sur les cuisses et celles-ci rapprochées du ventre, la tête est abaissée sur la poitrine et le bassin relevé par un coussin. Les muscles de l'abdomen sont ainsi dans un état de relâchement complet, et les viscères de cette cavité, entraînés par leur propre poids du côté du diaphragme, ne pressent plus sur la matrice. » Pour changer la position vicieuse de l'organe, on agit sur lui avec l'index et le médius introduits dans le vagin. Dans les cas où il faut plus de force, il n'y a que de l'avantage à porter la main tout entière dans ce conduit. Enfin, si l'on éprouve une trop grande résistance, on emploiera une spatule en bois, ou même la cuiller de Rœderer, qu'on introduira dans le rectum, et à l'aide de laquelle on relèvera avec force le fond de la matrice à travers les parois de cet intestin. Lorsque par les progrès de la grossesse la matrice rétroversée reste enclavée dans le bassin, la ponction de cet organe devient nécessaire : son volume étant diminué par l'écoulement des eaux, la réduction n'offre plus de difficulté. La ponction peut se faire par le vagin ou par le rectum; c'est à ce dernier procédé que M. Martin donne la préférence. Lorsqu'on pénètre par le vagin, il y a plus de chances pour rencontrer le placenta et pour traverser une plus grande épaisseur de parties; la fluctuation est plus obscure de ce côté.

5° *Mémoire sur le renversement de la matrice.* Le renversement de la matrice est un des accidens les plus graves qui puissent se montrer à la suite de l'accouchement. L'hémorrhagie dont il s'accompagne devient souvent mortelle, si l'on ne se hâte d'y remédier en rendant à l'utérus sa forme normale, et en excitant ses contractions. Les circonstances au milieu desquelles ce déplacement se produit, ses divers degrés, les signes qui en manifestent l'existence, et les moyens d'y re-

médier sont exposés d'une manière si complète dans ce mémoire, qu'après l'avoir lu il serait difficile de se laisser entraîner dans une erreur. Mais lorsque le renversement est chronique, les signes en sont moins évidens, et des hommes d'un mérite incontestable se sont trompés au point de placer une ligature sur une matrice renversée croyant lier un polype. Les observations que l'on doit à M. le docteur Martin porteront une vive lumière sur cette partie importante de la pathologie de l'utérus. C'est surtout dans la thérapeutique de ces déplacemens anciens que se trouvent les plus grandes difficultés : ici presque tout est à faire. Les praticiens qui s'intéressent au progrès de l'art liront avec le plus grand intérêt le résultat des tentatives de MM. Martin l'aîné et Bouchet, et la description des ingénieux instrumens inventés par ces praticiens pour remédier à une infirmité qui abreuve l'existence d'amertume et abrége souvent la vie. M. Martin le jeune émet des doutes sur la possibilité de réduire le renversement complet passé à l'état chronique, au moins par le procédé qui consiste à exercer une pression sur la totalité de la tumeur. Le moyen le plus rationnel, à son avis, consisterait dans un procédé mécanique qui agirait au centre du fond de l'organe renversé, et le déprimant par degrés en le soulevant, permettrait aux parois latérales de se développer et au fond de l'organe de s'engager progressivement à travers l'orifice du col. Mais comme on ne possède pas encore un appareil capable de procurer cet heureux résultat, le seul moyen rationnel de faire cesser les accidens qui suivent le renversement complet et chronique de l'utérus consiste dans l'ablation de la portion renversée de l'organe, opération pratiquée déjà plusieurs fois avec succès, et notamment dans une des plusbelles observations de ce mémoire.

6° *Mémoire sur l'imperforation du col de l'utérus.* Il est une occlusion de l'orifice du col utérin qui se produit pendant que la matrice est vide, et qui devient un obstacle à l'imprégnation et à l'écoulement du sang menstruel ; personne n'a jamais songé à révoquer en doute la possibilité d'une pareille lésion. Mais il existe une autre espèce d'occlusion qui s'établit pendant le cours de la grossesse, et qui devient un obstacle à l'accouchement ; pour celle-ci, elle a été vivement contestée. On a pensé que ce qu'on avait regardé comme une occlusion du col utérin n'était en réalité qu'une déviation de cette partie. Il est bien possible que cette erreur ait quelquefois été commise, mais les faits rapportés par M. Martin sont hors de toute suspicion sous ce rapport ; les lumières et la bonne foi de l'observateur, l'exacte description qu'il donne de l'état des parties, sont bien capables d'ébranler les sceptiques les plus obstinés. Comme signes caractéristiques de cette oblitération, nous trouvons : 1° l'existence d'une surface plane, terminant en haut le vagin et unie à l'extrémité de ce conduit par sa circonférence ; 2° une dépression ou léger enfoncement entouré d'un cercle que le toucher fait distinguer sur un des points de cette surface plane, et qui devient plus apparent et plus dur en se fronçant à chaque contraction utérine. Cette occlusion de l'utérus peut exister à divers degrés, ce qui établit une différence dans le choix des moyens propres à détruire l'obstacle qu'elle oppose à l'accouchement. Si le doigt indicateur rencontre la dépression dont nous venons de parler, on saisit le moment d'une contraction, et en enfonce avec force l'ongle de ce doigt au centre de la dépression, ce qui détruit l'adhérence et rétablit l'orifice. Mais lorsque l'adhésion est plus intime, on ne distingue ni la dépression, ni le cercle dont nous venons de parler. L'opération césarienne vaginale devient alors indispensable. Les instrumens auxquels M. Martin donne la préférence et dont il a fait usage avec succès dans plusieurs cas, sont le pharyngotome pour faire la première incision, et le bistouri de Bienaise ou le lithotome caché du frère Côme, pour dilater la première ouverture si cela devient nécessaire.

7° *Observations sur diverses affections organiques de l'utérus et de ses annexes compliquant la menstruation, la conception, la grossesse et l'accouchement.* Ainsi que son titre l'indique, ce mémoire est une réunion d'observations relatives à des lésions organiques de la matrice et de ses annexes considérés dans leurs rapports avec les fonctions de ces organes. L'auteur avait eu d'abord le projet de faire sur ce sujet un travail étendu ; mais les recherches auxquelles il se livra lui ayant montré que l'art ne possédait que des observations isolées considérées comme extraordinaires, il s'est borné à publier les observations que sa pratique lui a fournies, comme des matériaux pour un ouvrage complet. Les engorgemens squirrheux du corps de l'utérus, ceux du col, les tumeurs de la surface interne, celles de la surface externe de cet organe, les tumeurs solides ou enkystées des ovaires, forment les sujets d'autant d'articles dans lesquels tous les faits viennent se classer. Chez plusieurs des femmes qui ont été l'objet de ces observations, les règles ont coulé avec leur régularité accoutumée. Chez toutes, la fécondation s'est opérée, comme si les organes génitaux eussent conservé leur intégrité. Il en est quelques unes dont la grossesse a été interrompue à une époque plus ou moins avancée ; d'autres ont conservé le produit de la conception jusqu'au terme ordinaire, et sont même accouchées naturellement, nonobstant les altérations organiques les plus étendues et les plus graves. Dans un cas même, une tuméfaction considérable du col de l'utérus, existant avant la grossesse et regardée comme squirrheuse, a éprouvé une résolution complète à la suite de l'accouchement. On a cru trop souvent que les organes génitaux de la femme, affectés organiquement, perdaient l'aptitude à remplir leurs fonctions. La lecture des observations dont nous venons de présenter le résumé très-succinct est bien propre à détruire cette erreur, et à faire éviter des méprises graves, dont les praticiens les plus exercés n'ont pas su toujours se défendre.

8° *Des dépôts des annexes de la matrice qui surviennent à la suite des couches.* L'excitation que l'état de grossesse imprime à l'utérus est partagée par les ovaires, les trompes, les ligamens de cet organe ; par le péritoine, les vaisseaux lymphatiques et le tissu cellulaire du voisinage. Aussi, lorsqu'un accident trouble l'ordre des mouvemens fluxionnaires qui suivent naturellement les couches, tous ces organes deviennent le siége de dépôts d'autant plus vastes que les fluides qui surabondent dans l'état puerpéral sont rapidement transformés en pus par le travail inflammatoire. C'est spécialement sous le point de vue de la thérapeutique que ces dépôts sont considérés dans ce mémoire. Livrées à elles-mêmes, ces collections sont évacuées, soit par la matrice, soit par l'intestin ; ou bien elles se font jour à travers les voies urinaires, ou les parois de l'abdomen ; mais pour que ces terminaisons heureuses s'effectuent, il est nécessaire que le péritoine qui recouvre le liquide ait contracté des adhérences avec la portion de cette membrane qui lui est contiguë ; faute de cette condition le pus se précipite dans la cavité péritonéale et y détermine une phlegmasie violente rapidement mortelle. La ponction de ces abcès pratiquée au moyen du bistouri, avec quelque précaution qu'elle soit faite, ne prévient pas toujours la péritonite ; car, si les adhérences n'existent pas encore, il suffit d'une petite quantité de pus déviée pour développer l'accident que l'on redoute. S'il existait un moyen qui, à l'avantage d'évacuer le pus, joignît celui de déterminer préalablement ces adhérences protectrices, il n'est pas douteux qu'il dût fixer invariablement le choix du praticien. Ce double résultat, M. Martin l'a obtenu de l'application de la potasse caustique sur la paroi abdominale, à l'endroit où l'abcès faisait le plus de saillie. La supériorité de cette méthode sur l'emploi de l'instrument tranchant est attestée par les succès constans qu'elle a obtenus dans les faits nombreux recueillis et rapportés par l'auteur. Elle est définitivement acquise à la thérapeutique, non-seulement pour les dépôts puerpéraux du bassin, mais encore pour les abcès développés dans les annexes de la matrice, hors le temps des couches, ainsi que le prouve l'observation très-remarquable qui termine ce mémoire.

9° *Observations particulières.* Sous ce titre se trouvent rangés des faits nombreux relatifs à des sujets très-variés, tels que : tumeurs sanguines de la vulve et des grandes lèvres ; emphysème développé pendant les efforts de l'accouchement, tumeur enkystée de l'ovaire, fistule recto-vaginale, tumeur anormale implantée sur le périnée d'un nouveau-né ; mamelles supplémentaires ; effets de l'onanisme chez les jeunes filles, etc. Ces observations, par leur nombre et leur variété, échappent à une analyse resserrée dans d'étroites limites ; elles sont, chacune à divers titres, dignes de fixer l'attention des praticiens.

10° *Notice sur divers moyens de favoriser l'allaitement naturel, avec l'indication d'un procédé nouveau plus simple et plus commode.* L'extrême sensibilité du mamelon, ses gerçures, son défaut de saillie, sont un fréquent obstacle à l'allaitement. Parmi les nombreux moyens proposés pour remédier à ces inconvéniens, un de ceux dont l'usage est devenu le plus général, est le pis de la vache auquel on a fait subir une préparation particulière. Cependant il est loin d'être exempt d'inconvéniens : il se putréfie avec la plus grande facilité, irrite la bouche de l'enfant et y développe des aphtes ; il ne tarde pas à s'affaisser sous la pression des gencives, et sa cavité n'existant plus, la succion devient impossible. C'est pour remédier aux vices d'un pareil instrument que M. Martin imagina de faire confectionner des mamelons en gomme élastique. Depuis l'année 1810, de laquelle date cette invention, l'usage de ces mamelons est devenu général ; fixés sur un disque en bois, ils réunissent à la souplesse toute la solidité désirable ; le contact de l'air, la salive de l'enfant, ne sauraient les altérer ; ils n'ont aucune propriété irritante : ces qualités précieuses les rendent préférables à tous les instrumens de même espèce qui les ont précédés, et même à plusieurs autres imaginés plus récemment.

11° *Notice sur l'histoire et les perfectionnemens du forceps, avec*

quelques remarques de pratique sur son usage. Dans la première partie de ce mémoire, l'auteur étudie dans leurs plus minutieux détails les nombreux perfectionnemens que le génie des chirurgiens a fait subir au forceps, afin de rendre l'usage de cet utile instrument plus facile, plus sûr et plus étendu. Personne mieux que M. Martin n'était capable de faire ressortir les véritables motifs des changemens successifs apportes à la construction du forceps, et d'en apprécier la valeur, lui qui a eu de si fréquentes occasions d'en faire usage. Le forceps lyonnais se distingue de celui de Levret par le non-croisement des branches, et par la position de leur articulation près de leur extrémité postérieure : M. Martin lui a fait subir des modifications très-essentielles, dont l'utilité est depuis long-temps reconnue par tous les praticiens de Lyon Après ces recherches, toutes d'erudition, nous trouvons exposé avec beaucoup de détail tout ce qu'une longue pratique a appris à l'auteur relativement au manuel de l'application du forceps, aux indications qui la réclament, à la préférence qu'on doit lui donner sur d'autres moyens thérapeutiques; mais ces remarques ne sauraient être abrégées sans perdre de leur utilité; nous devons y renvoyer le lecteur.

Je termine ici l'analyse, bien imparfaite, d'un livre où se pressent en foule les observations pratiques les plus exactes, des aperçus neufs et ingénieux; où l'on trouve à côté des recherches historiques les plus savantes des découvertes thérapeutiques du plus grand prix. Ce livre, tout praticien soucieux des progrès de son art voudra le lire et le méditer, car il est le fruit d'une observation patiente, consciencieuse, éclairée, et d'un talent consommé.

NICHET.

CONCOURS

POUR LA CHAIRE D'ANATOMIE.

Ce concours est sans contredit un des événemens les plus importans dans les fastes de l'ecole. Les rapides progrès de l'anatomie dans ces derniers temps, l'impulsion donnée à l'etude de cette science, le nombre, le mérite des candidats et leurs titres anterieurs, tout contribue à repandre sur cette solennite le plus vif interét.

La première séance (du jeudi 14 courant) a été consacrée à l'appel nominal du candidat et à la constitution definitive du jury. Neuf concurrens ont répondu à l'appel Ce sont, suivant l'ordre d'inscription, MM. Blandin, Berard, Breschet, Broc, Chassaignac, Lebaudy, Laurent, Michon et Jobert. (Ce dernier n'ayant pas paru, lors de la première epreuve, le nombre des candidats se trouve reduit a huit.)

Le jury se compose :

Pour l'ecole, de MM. Roux, Marjolin, Gerdy, J. Cloquet, Dubois fils, Bostan, Cruveilhier et Richerand, juges, et MM. Bouillaud, Moreau et Orfila, suppleans.

Pour l'Académie, MM Ribes, Magendie, Baron et Gimelle, juges, et M. Cornac, suppleant. M. Roux est elu president et M. Baron est nommé secrétaire.

M. Richerand ayant donné sa demission, le jury avait propose M. Bouillaud pour le remplacer. Ce choix, soumis à l'approbation des candidats, fut adopte par tous, à l'exception d'un seul. M. Bouillaud a été remplace par M. Moreau, professeur d'accouchemens.

L'appreciation des titres antérieurs des candidats est un des points les plus essentiels du concours. Nos lecteurs connaissent de longue date les travaux et les titres de MM. Breschet, Blandin et Bérard. Quant à leurs competiteurs, les uns occupent deja un rang distingue dans la science, et les autres n'attendent que le temps et l'occasion de se signaler à leur tour.

Celui des candidats que recommande en première ligne le nombre et l'importance de ses travaux et de ses titres, c'est M. Breschet, chef des travaux anatomiques, membre de l'Institut et de l'Academie royale de medecine. M. Breschet obtint successivement les titres d'elève et de laureat de l'ecole pratique, d'aide d'anatomie, de prosecteur, de chef des travaux anatomiques et d'agrege de la Faculte de medecine Ses titres scientifiques ne sont pas moins honorables et beaucoup plus nombreux Plus de cinquante memoires ou monographies publies dans l'espace de vingt ans sont la preuve la moins equivoque d'une activite infatigable et d'un veritable amour pour la science.

Le manque d'espace ne nous permet pas d'indiquer seulement chacun de ces travaux, dont nous nous contenterons de citer les principaux. Ses publications sur l'anatomie humaine sont au nombre de 15, parmi lesquelles nous citerons ses recherches et decouvertes sur l'embryologie, sur le systeme veineux, sur l'organe de l'ouïe considere chez l'homme et les mammiferes, et sur la structure de la peau. Dans chacun de ces travaux, M. Breschet a enrichi la science d'une foule de faits nouveaux, de decouvertes importantes, telles que celle des appareils *sudorifère*, *blennogène* et *chromatogene* dans la peau, celle des *otoconies* et des *anses nerveuses* dans l'oreille interne, celle des sinus veineux des os du crâne et sa belle description des veines du rachis.

Les memoires de physiologie sont au nombre de sept; nous y distinguons les recherches sur la formation du cal, faites en commun avec M. Villerme, et les experiences faites tout recemment, de concert avec M. Becquerel, sur la chaleur animale.

En anatomie et physiologie comparées, nous citerons trois mémoires fort importans sur l'oreille des oiseaux, celle des reptiles et celle des poissons; un mémoire sur l'histoire anatomique et physiologique d'un organe de nature vasculaire, ou plexus artériel, decouvert chez les cétacés, dont la GAZETTE MÉDICALE rendra compte dans son prochain numéro L'existence de cet organe explique la faculté qu'ont ces animaux de rester pendant long-temps sous l'eau sans venir respirer à sa surface

M. Breschet a publié en outre treize mémoires sur différens points d'anatomie et de physiologie pathologiques Les principaux sont : 1° un memoire sur la mélanose; 2° des recherches sur l'hydrocephale; 3° un mémoire sur une nouvelle espèce de grossesse extra-utérine, à laquelle l'auteur donne le nom d'*interstitielle*, et 4° enfin plusieurs memoires sur différentes espèces de monstruosités.

L'anatomie et la physiologie ne sont pas les seules sciences enrichies par M. Breschet. La chirurgie, la médecine operatoire, et même la medecine clinique, lui doivent encore bon nombre de memoires ou de monographies, parmi lesquels nous citerons : 1° une serie de memoires sur les anevrismes présentés à l'Academie des sciences; 2° un mémoire sur la hernie crurale; on remarquera à ce sujet que M. Breschet est le premier qui ait fait connaître en France les travaux et decouvertes de Gimbernat sur le même sujet; 3° un mémoire sur le varicocèle et le cirsocèle, avec indication d'un nouveau mode de traitement à l'aide duquel on obtient la cure radicale de ces maladies. Le procedé de M. Breschet a été depuis applique avec succès par M. Sanson au traitement des varices. Ce procedé consiste, comme nous l'avons annoncé à l'époque de la publication du mémoire de M. Breschet, à obtenir l'obliteration des veines variqueuses à l'aide d'une compression permanente exercée par des pinces. Les personnes qui ont suivi la visite et les leçons cliniques de M Breschet ont pu s'assurer de l'efficacité de ce moyen, employe avec succès sur environ 150 malades, sans qu'il soit *jamais* survenu d'accidens graves. 4° Un mémoire sur l'emploi de l'eau froide par irrigations continues dans le traitement des affections chirorgicales 5° Sa dissertation inaugurale sur les hydropisies actives en général, et particolièrement sur l'hydropisie active du tissu cellulaire ou anasarque. 6° Ses recherches sur l'inflammation des vaisseaux ou *angéite*. Tout le monde connait le rôle que joue l'inflammation des artères et des veines dans une foule de maladies. M. Breschet est le premier qui ait appele l'attention sur ce point important de la pathologie. Nous pourrons citer aussi plusieurs traductions d'ouvrages anglais, allemands ou espagnols, telles que celle de l'ouvrage d'Hodgson sur les anevrismes, avec les annotations de M. Breschet; l'anatomie humaine et l'anatomie comparee de Meckel, faites de concert avec M. Jourdan; celle du travail d'Arnold sur le *ganglion otique*, etc., etc.

M. Blandin a obtenu successivement par voie de concours : 1° à l'école, les titres d'eleve et de laureat de l'école pratique, d'aide d'anatomie, de prosecteur et d'agrege; 2° aux hôpitaux, les places d'interne, d'externe, et de chirorgien du bureau central Ses titres scientifiques, quoique moins nombreux que ceux de M. Breschet, ne laissent pas que d'être imposans.

En première ligne nous placerons son *Traité d'anatomie chirurgicale*, ouvrage remarquable par la clarté et la methode, et qui a contribué aux progrès de l'anatomie et de la medecine opératoire.

2° Les notes ajoutées à la dernière edition de l'*Anatomie générale* de Bichat, où M Blandin a rectifie et mis au niveau de l'etat actuel de la science plusieurs pooints importans.

3° Son *Memoire sur la structure de la langue.*

4° Ses recherches sur les aponévroses du perinée.

5° M. Blandin a ete un des collaborateurs les plus actifs du *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques.*

6° Enfin une foule de memoires et d'articles originaux publiés dans plusieurs journaux, sur differens points d'anatomie et de chirurgie. Dans ces articles on remarque generalement un observateur consciencieux et un praticien éclairé.

Pendant près de 15 ans M. Blandin a fait des leçons publiques ou particulières d'anatomie, de medecine operatoire ou de chirurgie clinique, qui ont obtenu un grand succès.

Les titres de M. Michon sont peu nombreux si on les compare à ceux de plusieurs de ses collègues. Il faut remarquer cependant qu'à peine sorti de l'école, M. Michon occupe deja des postes fort honorables, qu'il a traversé, pour y parvenir, toute la filière des concours à l'école et aux hôpitaux, et qu'il a obtenu par cette voie les places de chirurgien du bureau central et d'agrege de la Faculte. En fait de titres scientifiques M. Michon ne peut offrir, outre sa dissertation inaugurale, qu'une thèse, fort bonne à la verite, sur la *carie* et la *nécrose*, publiee à l'occasion du concours pour l'agrégation. Ajoutons que l'empressement des elèves depuis huit ans à ses cours d'anatomie et d'operations est un de ses plus beaux titres.

M. Lebaudy a fait également pendant six ans des leçons publiques d'anatomie à l'Ecole pratique. Il a été, pendant plusieurs années, attache à la rédaction de la *Revue médicale*; il est, depuis deux ans, un des redacteurs principaux du *Journal des connaissances méd co chirurgicales*, dont il a lui-même dirige l'execution des planches anatomiques ainsi que la preparation des pièces que ces planches exigeaient.

Nous donnerons dans le prochain numéro la suite de l'appréciation des titres de chaque candidat en même temps que nous rendrons compte de la première épreuve.

A. K.

— *De la circulation veineuse*, par E. Chassaignac, D.-M., prosecteur de la Faculté de Paris, Professeur agrege de la Faculte de médecine. — Un vol. in-8°. Chez Germer-Baillière, rue de l'Ecole-de-Médecine, n° 13 bis.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

PARIS. — IMPRIMERIE ÉVERAT ET COMPAGNIE, RUE DU CADRAN, N° 16.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La Gazette médicale de Paris (*Gazette de santé* et *Clinique des hôpitaux* réunies) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et équivaut à 6 feuilles in-8°. Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois. Pour l'Étranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Poissonnière*, n° 5, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

PATHOLOGIE INTERNE.

MÉMOIRE SUR LES AFFECTIONS CUTANÉES CONSIDÉRÉES COMME CRISE, ou comme médication révulsive d'un grand nombre de maladies internes; par J. de Moynck, D.-M. (1)

Je ne parlerai des affections cutanées que sous le rapport de leur influence salutaire sur les maladies internes. Je les considérerai, en général, ou comme médication révulsive ou comme crises d'autres maladies. Toutefois, je n'ignore pas que, de nos jours, un grand nombre de médecins ont voulu révoquer en doute l'existence des crises; peut-être parce qu'ils n'avaient pas le talent de les prévoir, ni la sagesse de les respecter. Aussi, en manifestant ce doute, n'ont-ils pas confessé leur igoorance des lois qui régissent l'économie animale? Il est vrai que beaucoup de praticiens ne rencontrent que rarement ces crises salutaires, dans les maladies qu'ils ont à combattre; mais est-ce une raison pour les nier? non, sans doute, car ils doivent attribuer souvent la non apparition de la crise au traitement perturbateur qu'ils ont institué. En effet, si dès le principe d'une maladie quelconque, le partisan du moderne empirisme, par exemple, fait couler des flots de sang, épuise toutes les ressources de la nature, est-il étonnant que dans cette même maladie, il n'observe point ces mouvemens salutaires de la nature que lui-même, en ministre coupable, il a frappée d'impuissance? C'est donc aux atteintes qu'on porte au principe vital, qu'il faut attribuer la non apparition des crises dans un grand nombre de maladies; car si le médecin attend et obéit à la nature, tant qu'elle se suffit à elle-même, s'il la ramène dans la bonne voie quand elle est égarée, s'il modère l'impétuosité ou seconde la faiblesse de ses efforts, la crise se manifestera : elle n'aura été ni empêchée, ni retardée par l'imprudence. C'est alors qu'il observera dans les maladies, des hémorrhagies nasales, des expectorations, des sueurs, des diarrhées, des dépôts, des éruptions et des urines critiques; il verra une salivation spontanée dissiper la fièvre quarte, des hémorrhoïdes auxquelles la manie et la mélancolie doivent leur solution; une excrétion des larmes terminer l'hystéricie, etc.

(1) Extrait des mémoires de la Société de médecine de Gand, tome I, p. 97.

La nature choisit généralement le tissu cellulaire et le tissu cutané pour opérer ses crises : c'est dans le tissu cellulaire que se forment les dépôts critiques, et c'est par le tissu cutané que la nature chasse les humeurs du centre vers la superficie, sous des formes différentes; c'est aussi dans ce tissu que s'opèrent le plus souvent les crises des maladies, en général, et c'est sous ce point de vue que les nombreuses affections de la peau méritent l'attention spéciale du praticien.

Il n'est peut-être aucun tissu, dans l'organisation humaine, qui soit le siége d'un plus grand nombre d'affections, tant aiguës que chroniques, que le tissu tégumentaire; il est souvent le siége des maladies les plus

Feuilleton.

LETTRE SUR LES DÉCOUVERTES RÉCENTES ET SUCCESSIVES DU COW-POX, PAR M. FIARD.

Monsieur le rédacteur.

Une note du dernier numéro de votre journal met en doute les diverses découvertes qui ont été faites dernièrement du Cow-pox naturel; elle parait donner à M. le vaccinateur de l'Academie on à son rapport, l'importance la plus exclusive sur ce sujet. Auteur de deux communications auxquelles je crois toute l'authenticité convenable, persuadé de votre desir de réparer une erreur et d'établir la vérité, je viens vous prier de vouloir bien insérer dans votre journal la note suivante, qui est l'histoire succincte de tout ce qui est relatif au nouveau cow-pox, je la terminerai par quelques reflexions sur les resultats obtenus par les expériences comparatives que j'ai faites avec l'ancien vaccin et le nouveau virus.

Le premier fait de cow-pox naturel découvert à Passy, est uniquement dû au hasard qui conduisit la femme Fleury à M. le docteur Perdraux de Chaillot, pour le consulter; ce medecin crut le premier reconnaitre la vaccine dans les boutons qui inquietaient cette femme; il l'envoya à M. le docteur Nanche, vaccinateur, qui, à son tour, l'adressa à l'Academie. Là, M. Bousquet, charge des vaccinations, recueillit la matière de ces boutons et essaya une inoculation dont les résultats positifs nous ont procuré le nouveau vaccin. Ainsi, comme on le voit, ce fait n'est pas exclusif à M. Bousquet, à qui l'on doit la justice de dire qu'il n'a pas eu la prétention de se l'approprier exclusivement comme découverte, ainsi que votre article et plusieurs journaux le feraient penser.

Le deuxième fait est celui que j'ai découvert et signalé dans le 43e numéro de la *Gazette des hôpitaux*, 9 avril 1836. Il est relatif à la femme Patriarche, de Passy, Grande-Rue n° 27. Cette femme, âge de 53 ans, à la même époque que la femme Fleury, du même pays, s'est inocule le cow-pox à la joue et à l'épaule en se grattant avec ses ongles imprégnés de l'humeur d'un gros bouton survenu sur le pis d'une de ses vaches. Je ne retracerai pas les circonstances curieuses de ce fait et des démarches qui me l'ont fait trouver, elles sont consignees dans la lettre que j'ai publiee. Il est possible encore aujourd'hui d'aller visiter cette femme, et de s'assurer de la valeur de cette communication. J'ai publié aussi des documens relatifs à une éruption extraordinaire assez générale qui a régné sur presque toutes les vaches des environs de Paris, et dont les divers nourrisseurs m'ont fait la

sérieuses, il en est la cause première; mais il est aussi très-souvent sympathiquement frappé dans les maladies qui attaquent les principaux viscères; or, ce rapport qui existe entre l'enveloppe tégumentaire et les organes internes est de la plus haute importance pour le médecin judicieux, dans le traitement des maladies. Que d'avantages, dans bien des circonstances, une main habile ne peut-elle pas tirer de la connaissance approfondie de ce rapport entre le tissu cutané et les organes internes? c'est le plus communément le tissu cutané que la nature choisit pour opérer ses crises, et nous observons, en outre, journellement, qu'il n'y a point de tissu dont les affections constituant une médication révulsive, joue un rôle plus important dans les maladies où des organes plus essentiels à la vie périclitent. Ce point de pratique négligé peut entraîner les conséquences les plus graves; en effet, combien de fois n'arrive-t-il pas que, dans le cours d'une maladie interne, des exanthèmes de divers caractères se déclarent et constituent ou une médication révulsive, ou une crise salutaire de la maladie primitive? Si, dans ce cas, une main imprudente tâche de combattre et de détruire cette affection salutaire, que souvent, par l'ignorance des lois vitales, on appelle complication ou épiphénomène, tandis qu'il faut la respecter comme un bienfait de la nature; la vie du malade sera compromise, et cette éruption bienfaisante d'abord, devient par l'imprudence du médecin une cause de mort pour le malade. L'art doit se borner, dans cette circonstance, à ne mettre aucune opposition au développement de l'affection cutanée, et si l'état spasmodique de la peau empêche ce mouvement salutaire, à le faciliter par l'usage des bains et de tous les moyens relâchans.

Le tissu tégumentaire tend toujours à rétablir l'équilibre. Aussi nous voyons dans l'état physiologique, que les individus chez lesquels la peau fonctionne activement, sont moins sujets aux infirmités que ceux chez lesquels les fonctions de la peau languissent. Et, dans l'état pathologique, quand un organe essentiel à la vie périclite, n'est-ce pas sur cette vaste surface cutanée qu'a lieu le plus souvent le conflit entre la nature et le mal? une sueur générale, copieuse, des exanthèmes divers, des fièvres éruptives sont le mode de solution des maladies le plus naturel et le plus commun.

Dans les maladies de l'enfance et de l'âge adulte, le travail curatif de la nature a généralement lieu dans le tissu cutané: la vieillesse fait exception à cette règle; de là peut-être la gravité et l'opiniâtreté des maladies de cet âge, où le tissu cutané se fait remarquer par une invincible résistance aux efforts salutaires de la nature. Ce sont le système veineux et le système hépatique qui sont prédominans dans la vieillesse: aussi les crises par les évacuations alvines, sont plus familières à cet âge qu'à toute autre époque de la vie.

Hippocrate, qui semble ne s'être occupé des maladies cutanées, que sous le rapport de leur action révulsive et bienfaisante dans les maladies internes, Hippocrate, dis-je, et tous ceux qui ont suivi les préceptes du divin vieillard, regardaient l'apparition d'un exanthème quelconque, pendant le cours d'une maladie grave, comme un signe presque certain que la nature allait triompher du mal. En effet, n'observe-t-on pas tous les jours, que l'érysipèle, la rougeole, la scarlatine bénigne, la petite vérole, la miliaire, les diverses espèces de dartres, l'infection psorique, sont les maladies de la peau dont la nature se sert souvent comme médication révulsive, ou comme crise salutaire d'un grand nombre d'affections internes? Il est digne de remarque que les affections cutanées survenant à des maladies chroniques, sont d'un caractère chronique aussi, et que le contraire a lieu pour les maladies aiguës. Ce sont les diverses espèces de dartres que l'on voit le plus communément survenir aux maladies chroniques, et les érysipèles aux maladies aiguës. Quelle est l'intention de la nature en agissant ainsi? C'est que, dans le premier cas, elle doit provoquer une médication révulsive, longue et continue, qui est le moyen le plus énergique pour combattre les maladies chroniques, et que, dans le second cas, une simple crise lui suffit pour arriver à son but.

Il est évident d'après ce que nous venons de voir, que les maladies de la peau doivent être considérées, en général, comme autant de ressources et de moyens que la nature emploie pour débarrasser des organes plus nécessaires à la vie, et que, dans des circonstances pareilles, il faut éviter la médecine agissante; une sage expectoration doit être le seul traitement.

Je citerai à l'appui de ce que je viens d'avancer sur les affections cutanées, le passage suivant de Dumas (1). « L'affection inflammatoire décide le plus souvent une distraction critique et favorable, dans les espèces et circonstances des maladies chroniques où elle se forme spontanément, sur les parties extérieures distantes des organes qui offrent le siége de ces maladies. Ainsi le phlegmon et l'érysipèle ont quelquefois soulagé et même heureusement terminé les affections invétérées de la poitrine et du bas-ventre. Frank a reconnu qu'il y a des maladies pour lesquelles la formation de l'érysipèle est avantageuse. J'ai vu deux fois la phthisie pulmonaire, à la seconde période, cesser inopinément après qu'une inflammation érysipélateuse eut occupé la face, le cou, les épaules et le thorax. »

Loin de moi toutefois l'idée que toute les maladies internes se guérissent infailliblement, lorsque, dans le cours de ces maladies, une affection cutanée se déclare; je n'ignore pas qu'il n'y a rien d'exclusif dans les vues de la nature, pas plus que dans la science qui a la nature pour but. La nature, dans ses opérations, la médecine dans ses indications sont incapables d'une stabilité d'essence.

Les maladies cutanées considérées sous le rapport de leur influence salutaire sur les affections internes, jouent donc un rôle des plus importans en médecine, et provoquent naturellement la question suivante qui me paraît d'un haut intérêt pour l'art de guérir. Dans les maladies internes opiniâtres, le médecin ne pourrait-il obtenir des résultats heureux, en excitant dans le tissu cutané, une maladie artificielle, semblable autant que possible, quant à son intensité, à celle que la nature provoque ordinairement dans le but de débarrasser un organe essentiel à la vie?

Les observations que j'ai recueillies à ce sujet, me font pencher pour l'affirmative; en effet, n'est-il pas hors de doute que celui qui imite le plus les opérations de la nature médicatrice dans les maladies, est aussi celui qui compte le plus de succès dans l'art de guérir?

Les affections cutanées, en général, agissent favorablement sur la plupart des maladies internes; sous leur influence, tous les symptômes diminuent successivement d'intensité, les forces de l'individu s'accroissent, l'exercice des fonctions devient plus régulier. Les maladies orga-

(1) Dumas, Doctrine générale des maladies chroniques.

---

singulier retour, de cette haute question d'humanité. Il est impossible de voir, comme on l'a dit, dans les dissertations graves qui peuvent l'etablir ailleurs que dans le sein de l'Academie, le danger d'éveiller dans l'esprit des medecins des doutes (surtout à présent que l'on possède une ample récolte de nouveau virus), sur la dégénérescence de l'ancien vaccin. Ce n'est pas à des hommes éclairés et remplissant un ministère comme le nôtre, que l'on doit taire la verité.

Aujourd'hui qu'un grand nombre d'experiences comparatives ont ete faites avec l'ancien virus vaccin et le nouveau, je puis, par celles qui me sont particulières et dont j'ai montre les resultats à un grand nombre d'honorables confrères, particulièrement à MM. Magendie, Breschet et Double, commissaires désignes par l'Académie des sciences, je puis, dis-je, etablir des faits et des conclusions qui sont indispensables pour la rigoureuse appreciation des observations ulterieures.

La vaccination, qu'elle ait ete pratiquee sur des sujets differens avec l'ancien et le nouveau virus, qu'elle l'ait ete sur le même sujet à un bras avec l'ancien, à l'autre avec le nouveau, a constamment donne les résultats comparatifs suivans:

Jusqu'au septième jour, la marche et le developpement des pustules ont été à peu près egaux quant à la largeur et au volume. Le huitième, la différence commence d'une manière très-sensible; l'ancien vaccin est à son apogee, quoiqu'un peu moins large; sa teinte plus jaune, et son point central plus sec, donnent toute l'apparence d'une prochaine dessiccation. Le nouveau, au contraire, plus transparent, plus plat, sans point central desséché, plus nacré, n'est encore pour ainsi dire, malgre son développement plus franc et plus large, que dans sa période d'adolescence. L'ancien ne grandit plus; le nouveau prend un accroissement progressivement remarquable. Ainsi l'on pourrait dire, si l'on ne compare les deux éruptions que le huitième jour, que la différence n'est pas encore assez forte pour trancher la grande question de la dégénération de l'ancien virus-vaccin. Mais c'est à dater du neuvième que la dissemblance acquiert de l'importance: il faut la suivre jusqu'au dix-huitième. L'on voit, le dixième, l'areole inflammatoire bien faible de l'ancien vaccin dont la pustule se dessèche, s'eteindre, tandis que celle du nouveau, au contraire, grandit en proportion du developpement de la pustule, dont l'étendue, le douzième, est plus du double. L'une ayant 2 lignes et demie de diamètre, l'autre en acquiert 5, et même 6; la dessiccation centrale est plus longue à se faire; l'inflammation des tissus est plus large, plus profonde et plus vive; l'engorgement plus considerable. Les enfans vaccines avec le nouveau virus par trois piqûres à chaque bras, ont une fièvre bien plus forte; elle commence le neuvième jour, et se prolonge jusqu'au onzième; elle s'accompagne de somnolence, d'agitation et quelquefois de vomissemens.

Les croûtes de l'ancien vaccin tombent du quinzième au dix-huitième jour, tandis que celles du nouveau restent à l'autre bras jusqu'au vingt-septième, vingt-huitième et trentième. En un mot, la carrière tracée de l'ancien vaccin est plus courte, comme chez les végétaux et les êtres vivans degeneres; son adolescence, sa virilite et sa vieillesse sont plus precoces, sa force et sa taille moins grandes.

Je puis affirmer que les experiences faites à l'Academie ont donne les mêmes resultats; j'en ai constate quelques-uns. Plusieurs confrères qui se sont aussi livres à des inoculations comparatives, ont eu les mêmes choses à constater; et le tableau qu'ils m'en ont fait est certainement plus saillant encore que le mien. Je crois qu'en présence de tels faits on peut enfin porter quelques conclusions. Quant à present, je me contenterai de poser cette question: L'ancien vaccin est-il egal au nouveau? est-il ou n'est-il pas degenere? La reponse ne saurait être douteuse pour ceux surtout qui ont vu les faits. Je laisse au bon sens le plus

niques et les maladies chroniques, dans une période avancée, ne sont pas susceptibles d'être influencées favorablement par des affections du tissu tégumentaire, car l'action vitale, dans les maladies organiques, est incapable de corriger les vices des organes qui entretiennent ces maladies; dans les maladies chroniques, à une période avancée, l'action vitale est trop affaiblie pour qu'une réaction salutaire puisse encore avoir lieu; c'est, dit le docteur Lafont (1), dans tous ces cas d'altération et de faiblesse de l'action du principe de vie, relativement à l'augmentation et à la violence d'action des forces physiques, qu'on peut appliquer l'aperçu profond de l'oracle de Cos, lorsqu'il profère en contemplant les causes générales des maladies et des mortalités épidémiques ou endémiques, que les forces de la nature universelle l'emportent souvent sur les forces des natures particulières des êtres vivans.

Quoi qu'en général toutes les maladies, excepté toutefois celles dont nous venons de parler, puissent se juger par des affections cutanées, les maladies mentales font encore une exception à cette règle; les aliénés sont rarement atteints de maladies de la peau; on observe cependant quelquefois chez eux l'anthrax et les furoncles, qui, en se manifestant, produisent souvent une amélioration notable dans l'état intellectuel de ces malheureux. Non-seulement les affections cutanées, mais même les crises, en général, sont moins fréquentes dans les maladies qui attaquent les aliénés, que dans celles qui affectent des individus dont les facultés intellectuelles sont intactes. La réaction vitale de nos systèmes est relative à l'état où se trouvent les fonctions vitales du cerveau et du reste du système nerveux. Aussi, si nous apprécions le degré d'influence qu'exercent sur nos organes les nerfs cérébraux et ganglionnaires, nous ne serons point étonnés que la réaction soit faible et la crise rare dans les maladies où l'un ou l'autre de ces systèmes est affaibli ou perverti. Les actions du cœur, dit Lafon (2), des systèmes artériel et veineux, les efforts du système pulmonaire, des systèmes gastrique et intestinal, du système cutané et de tous les autres systèmes particuliers, ne sont que les effets immédiats des fonctions vitales et mentales du cerveau et du reste du système nerveux. L'expérience et l'observation, poursuit-il, démontrent enfin que les fortes altérations et lésions de la substance du système nerveux libre, que l'affaiblissement, la perversion ou la destruction des puissances vitales et mentales de cet organe, diminuent, altèrent, ou anéantissent constamment ces influences et ce concours.

Les individus atteints d'exanthèmes sont aussi moins sujets que les autres à être infectés du poison de la peste : un cautère ou un large vésicatoire en pleine suppuration, donne, selon les observations du baron Larrey, les mêmes résultats. Au reste, le choléra indien est venu naguère confirmer ce que j'ai avancé sur l'influence des affections cutanées : qui de nous n'a vu chez les cholériques, cette éruption difficile à caractériser, accompagnée de grande démangeaison, calmer les symptômes effrayans d'une maladie si prompte dans sa marche, si funeste dans ses résultats ? Citons quelques faits.

AFFECTION CHRONIQUE DES POUMONS, QUI AVAIT RÉSISTÉ A TOUTES LES RESSOURCES DE L'ART, GUÉRIE PAR UNE ÉRUPTION VARIOLEUSE.

OBS. I. — La fille C. D..., âgée de 22 ans, d'une constitution nerveuse et irritable, vint réclamer mes soins, le 14 mai 1834. Elle annonçait trois mois de maladie.

Au début, frisson suivi de chaleur et d'un mouvement fébrile, douleur dans la poitrine, toux sans expectoration, hémoptysie.

Dès le principe de la maladie, cette fille avait été soumise au repos et à la diète; on lui avait pratiqué trois saignées générales, et appliqué un large vésicatoire au bras gauche.

Soumise à mon examen, elle offrait l'état suivant : facies naturel, intelligence nette, le moral cependant est affecté; elle paraît avoir le pressentiment de l'issue funeste de sa maladie; langue couverte d'un enduit blanchâtre, ses bords offrent une rougeur prononcée. Le ventre ne présente rien d'anormal, les selles sont régulières. Respiration faible, douleur permanente et plus ou moins obscure dans la poitrine; le thorax est moins sonore sous les clavicules; toux fatigante, sans expectoration, particulièrement le matin et le soir; soif fréquente, inappétence, suppression des menstrues, enfin tous les symptômes rationnels d'une phthisie.

Elle n'était sujette à aucun vice de conformation

Questionnée sur la cause de sa maladie, elle répond qu'elle ne connaît d'autre cause qu'une violente colère, à la suite de laquelle ses règles se sont supprimées, ajoutant que depuis cette époque elle ressent des douleurs dans la poitrine, accompagnées d'une toux fatigante qui lui donna une hémoptysie.

Son père mourut à l'âge de 57 ans d'une phthisie pulmonaire.

Ce groupe de symptômes m'inspira de justes craintes sur l'issue de cette maladie. Cependant me ressouvenant de ce précepte : *vias medicis in vias reperit natura, sæpius illa novum opus exorditur, ubi conatus nostri desière*, je ne désespérai pas.

La malade fut soumise au traitement suivant : je lui prescrivis un régime convenable, lui ordonnai une saignée générale, que je jugeai très-nécessaire; à l'intérieur, elle fit usage d'une mixture composée d'un mucilage d'extrait de ciguë, de la poudre de racine d'ipecacuanha en dose fractionnée, et de sirop de pavots blancs; elle en prit toutes les deux heures une cuillerée. Cette mixture composée d'extrait de ciguë, d'opium, et de la poudre de la racine d'ipécacuanha, en dose fractionnée, combinés ensemble et portés progressivement à des doses plus fortes, agit avec succès dans les phlegmasies thoraciques, après que les soustractions sanguines ont été faites. Que l'extrait de ciguë, dans les phlegmasies chroniques de la poitrine, administré seul, agisse plus lentement que lorsqu'il est uni aux substances mentionnées, qu'il emprunte de nouvelles propriétés ou bien une nouvelle énergie de son union avec l'opium et l'ipecacuanha, c'est l'expérience qui l'apprend : aussi, j'engage les praticiens à en faire l'essai toutes les fois que les circonstances s'en présenteront.

La malade fit usage de cette mixture pendant plusieurs jours consécutifs, et sous l'influence de cette médication, la respiration commença à devenir plus libre, la toux à diminuer d'intensité, lorsque le vingt-sixième jour, à compter depuis le traitement que j'avais institué, la malade fut prise de vomissemens continuels, se plaignit de fortes douleurs aux lombes et d'un abattement général. Comme à cette époque la petite vérole faisait quelques ravages dans notre ville, je présumai que la malade avait contracté le germe de l'épidémie régnante. J'en fis part à la famille qui, étonnée, soutint qu'elle avait été vaccinée. Cependant ce que j'avais prévu arriva; le troisième jour apparurent à la face des boutons lenticulaires, présentant une dépression à leur centre; la petite vérole, quoique violente, parcourut régulièrement ses périodes, et fit disparaître, à mon grand étonnement, cet appareil formidable de symptômes essentiels, dont presque toutes les phlegmasies chroniques de la poitrine s'accompagnent.

Il y a plus d'un an qu'elle contracta la petite vérole, et depuis cette époque on n'observe plus aucun symptôme morbide du côté de la poitrine. La respiration est devenue plus libre, la toux a totalement cessé, les menstrues apparaissent régulièrement, et elle a gagné de l'embonpoint.

Cette observation provoque la question suivante :

Si dans les familles où les maladies de poitrine et particulièrement la phthisie sont héréditaires, il ne serait pas prudent de s'abstenir de l'inoculation de la vaccine ?

Si, un membre de ces familles étant menacé de gagner une maladie de poitrine, particulièrement depuis l'âge de 16 jusqu'à 35 ans, époque de la vie où les maladies héréditaires de la poitrine font le plus

(1) Lafont, Philosophie Médicale.
(2) Lafont, Philosophie Médicale.

simple à dire si j'ai eu raison, depuis huit ans, d'appeler le renouvellement du vaccin de nos comités, tout en sollicitant des recherches actives du cow-pox naturel.

L'on demande si ce vaccin nouveau préservera mieux que l'ancien. Je répondrai d'abord que toutes les inductions, toutes les analogies, tous les raisonnemens sont en faveur de l'affirmative. Il est de toute probabilité que sa marche plus grande, sa forme plus belle, plus active, ses effets sur l'organisme plus aigus, plus violens, sa durée plus longue, sa matière en résorption plus abondante, doivent produire sur l'homme une impression générale plus vive, plus active, plus grande et plus durable. Ensuite, si l'on veut constater le fait occulte inappréciable à nos sens, la dose de préservation d'une manière positive, mathématique, je dirai que le temps et la statistique seraient le seul bon moyen, mais j'ajouterai que ces statistiques sont malheureusement impossibles.

Les expériences que l'on pourrait tenter par l'inoculation du virus de la petite-vérole avec la lancette, ne sauraient être concluantes; l'on pourrait même dire qu'elles seraient mauvaises et capables d'induire en erreur, car nos notions de physiologie expérimentale nous ont appris aujourd'hui que l'ins rtion forcée, dans le tissu de la peau, d'une matière virulente, peut produire, avec assez d'irrégularité et d'inconstance, des effets locaux qui n'indiqueraient rien quant à l'état gégénéral. La puissance préservative doit surtout être étudiée par l'impossibilité de la transmission miasmatique par la respiration et l'absorption pulmonaire.

Si, en dernière analyse, il ne restait qu'un grand doute dans les esprits les plus difficiles à convaincre de l'altération du vaccin (et ma concession est grande en présence des faits dont nous sommes témoins), tout homme prudent et sage dira au moins : Le vaccin nouveau, celui qui vient d'être pris à sa source, est préférable à celui qui, importé en France il y a trente-six ans, a subi près de deux mille transmissions. Son séjour prolongé sur l'homme sur ce sol étranger, a produit sur le virus de la vache cette altération progressive que démontrent aujourd'hui nos expériences comparatives. Il serait bien singulier qu'il eût dégénéré sous tous les autres rapports, excepté sous celui de sa force préservative.

Je terminerai en reproduisant la phrase qui terminait le mémoire sur l'altérabilité du virus-vaccin, que j'ai lu à l'Académie de médecine en mai 1831. Si la vaccine n'est en France qu'une fille adoptive, ne la laissons pas mourir de vieillesse; et par un sentiment national aussi, si nous pouvons porter envie aux travaux de Jenner, que la France soit la première à proclamer au monde la nécessité de la régénération de la vaccine : elle est une nécessité physique et une nécessité morale.

Nous avons également reçu une réclamation de M. Charles Gaillard (de la Gironde), sur le même sujet. Mais après avoir pris connaissance de la lettre que M. Fiard nous avait écrite pendant son absence de Paris, il a renoncé à l'insertion de la sienne; puisque le but qu'il se proposait se trouve complétement rempli par celle du docteur Fiard.

FIARD, D.-M. P.

Le 3 mai 1836.

communément explosion, on ne pourrait obtenir de grands avantages en lui faisant contracter la petite vérole naturelle, ou une autre maladie de la peau qui entretiendrait dans ce tissu une irritation continue et générale, et modifierait la constitution organique de l'individu? Il faut, dans une maladie aussi cruelle que la phthisie, qui a éludé jusqu'à ce jour toutes les ressources de l'art, tenter les moyens quels qu'ils soient. Je livre ce point de pratique à la méditation des médecins.

DOULEUR ATROCE DES SEINS GUÉRIE PAR LA GALE.

Obs. II. — Une femme de la campagne, à l'âge de la menespausie, d'une constitution sanguine, vint réclamer mes soins pour des douleurs violentes qu'elle ressentait dans les seins, qui n offraient cependant à l'œil de l'observateur ni rougeur, ni tumeur, ni chaleur prononcées; l'état de ces organes paraissait naturel. Les douleurs ne se declaraient que par intervalles et irrégulièrement. L'uterus ne présentait aucun indice d'un état pathologique quelconque. Cette femme avait été atteinte d'hémorrhoïdes fluentes, qui depuis quelque temps avaient cessé de se manifester. Supposant que la douleur des seins était sympathique, et dependait d'un état pathologique d'un organe quelconque du bas-ventre, je lui conseillai l'application de quelques sangsues à l'anus, et lui prescrivis un léger purgatif; cette indication fut remplie à differentes reprises; mais pas le moindre allegement ne suivit cette médication. L'application d'un grand nombre de sangsues sur les seins, des cataplasmes de ciguë dont on enveloppait ces organes, les narcotiques à l'intérieur, longtemps continués, tout fut infructueux, les douleurs persistèrent. Enfin, désesperée de son mal, elle résolut de se confier aux seuls soins de la nature, et je la perdis de vue jusqu'au moment de la dernière entrée de l'armée française dans notre pays, époque à laquelle elle vint me consulter pour une gale dont elle était violemment infectée. Interrogée sur son affection précédente, elle répondit que ses seins n'etaient plus douloureux depuis qu'elle avait contracté la gale. Je voulus cependant tenter la guérison de cette affection cutanée; j'y réussis, mais la disparition de la gale fut suivie de la douleur atroce des seins, douleur que je n'ai pu calmer qu'en lui faisant contracter de nouveau l'affection psorique.

ASTHME CONVULSIF GUÉRI PAR UNE ÉRUPTION PSORIQUE.

Obs. III. — Un homme âgé de 60 ans, d'un tempérament nerveux, atteint depuis nombre d'années d'un asthme violent, contracte la gale. La respiration, à mesure que l'eruption psorique se développe, devient plus libre, et l'accès d'asthme n'a plus lieu. Consulté sur cette affection de la peau, je lui conseille de n'employer aucun moyen capable de faire disparaitre cette éruption galeuse, si bienfaisante dans cette circonstance. Il suit mes conseils pendant quelques semaines, et se porte on ne peut mieux. Mais à la fin, fatigué de la forte démangeaison, il prend quelques bains froids qui repercutent la gale. Dès-lors, difficulté de la respiration; l'accès d'un asthme violent se declare, accompagné d'une toux convulsive et de menace de suffocation. La saignée, les révulsifs, les anti-spasmodiques les plus énergiques restent sans succès. Jugeant que la reparution de la gale était le seul moyen qui pouvait sauver cet homme, je ne tardai pas à lui faire contracter une éruption nouvelle : il se servit du linge d'un galeux; l'éruption se declara de nouveau, et dissipa cet asthme violent. Cet homme s'est toujours bien porté depuis la reparution de la gale; il n'emploie que quelques lotions adoucissantes pour mitiger la trop forte demangeaison.

Ces deux observations démontrent qu'il est souvent dangereux de tenter la guérison de la gale, lorsqu'avant l'infection l'individu était en butte à une maladie aiguë ou chronique qui s'amende sous l'influence de l'affection contractée. Cette irritation cutanée constitue alors une véritable révulsion dont les effets sont souvent étonnans.

POINT DE CÔTÉ GUÉRI PAR UNE ÉRUPTION VÉSICULAIRE GÉNÉRALE; RÉPERCUSSION DE CETTE ÉRUPTION; RECHUTE; GUÉRISON OBTENUE PAR LA GALE.

Obs. IV. — Un jeune homme, âgé de 25 ans, d'une constitution sanguine, se plaint d'un point de côté accompagné d'une fièvre intense. Une large saignée est instituée; le malade prend les mucilagineux à l'intérieur, et observe une diète sévère. Sous l'influence de cette médication, le point de côté disparait, et la fièvre tombe au bout de quelques jours. Un mois après, même point de côté; respiration gênée; toux fatigante, hémoptysie. (Saignée de 20 onces, repos, diète absolue, mucilagineux à l'intérieur.)

Le lendemain, vingt sangsues sur le point douloureux, qui disparait 24 heures après cette saignée locale. L'hémoptysie s'arrête, mais la toux et la fièvre résistent à toutes les ressources de l'art, lorsque deux mois après, à dater depuis sa rechute, le malade gagne une eruption vésiculaire générale accompagnée de grande démangeaison. Quelques jours après l'apparition de cette affection cutanée la fièvre et la toux diminuèrent d'intensité. Je conseillai fortement au malade de n'employer aucun moyen capable de faire disparaitre cette éruption salutaire, de ne faire usage que de lotions adoucissantes pour mitiger la demangeaison, car je regardais cette éruption comme critique. Le malade suivit mes conseils pendant six semaines, et se porta très-bien pendant tout ce temps. A la fin, fatigué de la démangeaison, il consulte un médecin de la campagne, qui juge très-nécessaire de faire disparaitre cette éruption bienfaisante. Il y parvient par des moyens répercussifs énergiques; mais immédiatement après la repercussion de l'affection cutanée, la fièvre se rallume, des douleurs sourdes se font ressentir dans la poitrine, une toux sèche se declare, et la respiration est gênée. Appelé auprès du malade, je lui conseille l'inoculation de la gale, car j'étais convaincu que l'explosion nouvelle de la maladie de poitrine avait pour cause l imprudente repercussion de l'affection cutanée. Les craintes que lui inspire sa maladie le décident à suivre mes conseils; il contracte la gale qui, le dixième jour de son apparition, calma les symptômes effrayans de cette affection de poitrine. Depuis cette epoque, ce jeune homme continue à se bien porter; il observe une diète lactée, et ne fait usage que de lotions adoucissantes pour mitiger la démangeaison.

Obs. V. — Une femme âgée de 42 ans se plaint de céphalalgie violente, continue, sans fièvre. On lui ordonne une saignée générale; on lui prescrit un purgatif; mais ces moyens ne calment nullement la douleur. Deux jours après, application d'un grand nombre de sangsues aux tempes, mais encore sans effet. Le huitième jour de sa maladie, cette femme gagne un vaste érysipèle à la face : dès-lors cessation des douleurs de tête, et, quelques jours après, guérison.

Obs. VI. — Un confrère ressent des douleurs lancinantes au genou droit. Je lui conseille l'application d'un grand nombre de sangsues sur cette partie. Il suit mon conseil. Deux jours après l'application des sangsues, un large érysipèle envahit le genou douloureux, et ce mal atroce, qui lui causait des insomnies fatigantes, disparut comme par enchantement sous l'influence de l'affection cutanée.

Lorry (1) dit avoir vu l'érysipèle suivre les affections goutteuses périodiques des vieillards, et se convertir à la fin en une dartre squammeuse qui décidait un écoulement de sérosité dont la suppression ramenait toujours les attaques de goutte.

Obs. VII. — Une fille âgée de 18 ans, d'une constitution robuste, régulièrement menstruée, se plaint depuis treize mois de douleurs déchirantes à la région de l'estomac, sans fièvre ni augmentation de chaleur à la peau. Toutes les fonctions s'exécutent bien. L'application d'un grand nombre de sangsues, les cataplasmes emolliens, les bains, les narcotiques, les anti-spasmodiques, tout est infructueux; la douleur persiste avec intensité. Tout d'un coup se déclare, sans cause connue, à la région épigastrique, une éruption difficile à caractériser. Dès-lors cette douleur, qui avait résisté à tant de moyens, cessa comme par enchantement.

Obs. VIII. — Une femme âgée de 50 ans, d'une constitution débile, gagne, en 1834, le choléra asiatique, en réchappe, mais conserve une extrême irritabilité de l'estomac et des intestins; elle a, de temps en temps, des coliques, des dévoiemens; une soif continuelle la tourmente; son appétit est nul; il n'y a ni fièvre

(1) Lorry, *De morb. acut. et chron.*

description. Il est pour moi de toute évidence que le cow-pox a régné épizootiquement pendant le mois de mars dernier, à Passy, aux Thernes et à La Chapelle St-Denis. Quant aux inoculations fortuites arrivées antérieurement sur plusieurs femmes d'écuries, j'ai cité un fait qui date de six ans environ. Il peut être encore vérifié. Depuis lors un bien plus grand nombre de cas semblables ont été apportés à ma connaissance, et si c'était ici le cas de les examiner, j'en aurais assez pour prouver que le cow-pox a existé de tout temps et assez communément sur les vaches de nos pays.

Le troisième fait dont il a été parlé sans ma participation, est relatif à une vacherie aux Thernes, au champ Perret, où j'ai constaté que 16 vaches ont été atteintes de la manière la plus intense de l'éruption de la picote. Cette affection a été accompagnée d'accidens maladifs très-marqués; ces animaux eurent la fièvre, ils étaient tristes, ne mangeaient pas, tremblaient sur leurs jambes qui les soutenaient à peine, ils perdirent plus de la moitié de leur sécrétion laiteuse. L'éruption sur une de ces vaches avait envahi à la fois les mamelles, les cuisses et les naseaux. Quatre domestiques, deux hommes et deux femmes ont été atteints de l'éruption aux mains, aux avant-bras et à la figure, ils ont tous eu la fièvre et ont beaucoup souffert du gonflement des tissus, du bras et des glandes axillaires. Un des hommes, jeune, qui avait un bouton à l'index, a été obligé de garder le lit pendant deux jours. Ces faits ont été constatés par MM. les docteurs Magendie, Dupuy, Bouvier, et par M. Bousquet que j'avais invité aussi à cette vérification. M. Magendie représentait la commission qui m'a été désignée par l'Institut, les autres membres prévenus n'ayant pu s'y rendre. Au reste s'il existe quelques doutes dans quelques esprits, j'engage à aller visiter cette vacherie, appelée Laiterie à Domicile; le chef de l'établissement, homme lettré et fort instruit, retracera mieux que moi le tableau des événemens importans et curieux de cette éruption, qui est bien certainement le cow-pox.

Un autre fait a été publié d'une découverte de la picote des vaches à Clichy-la-Garenne; il m'est étranger, je ne l'ai pas vérifié; je n'ai rien à en dire.

Tels sont les faits relatifs aux découvertes récentes du cow-pox naturel. Ils me portent à conclure, ainsi que les documens que j'ai recueillis, que l'épizootie a été assez générale, et ils donnent l'espérance bien fondée de retrouver avant peu et plus souvent qu'on ne croit, cette précieuse éruption que l'on sent enfin le besoin de mieux étudier, dans l'intérêt de la vaccine comme dans l'intérêt de la médecine vétérinaire.

Je rappellerai seulement en passant ce que j'ai dit sur les éruptions particulières aux vaches : 1° qu'il existe une vraie et une fausse picote; 2° que la vraie picote débute par plusieurs gros boutons qui jouissent de toute la virulence, et qu'à ceux-ci succède une éruption secondaire plus semblable au vaccin de l'homme, mais qui n'a pas la propriété contagieuse; 3° que l'art de trouver le vaccin primitif consiste à saisir la première éruption, avant que les tractions pratiquées sur le pis pour traire le lait ne dénaturent les boutons.

Mes recherches expérimentales antérieures sur ce sujet et mes nombreux travaux sur l'altération du virus vaccin qui datent de 1824 à 1828, ont dû me porter à profiter activement de la possession du cow-pox primitif, pour mettre en évidence et reproduire plus authentiquement les faits qui m'étaient particuliers et dont je fis communication à l'Académie en 1831, pour prouver la nécessité de renouveler le virus vaccin de nos comités.

A la commission de vaccine seule, qui écarta alors mes travaux sur ce sujet, ne sauraient être dévolu aujourd'hui le droit et la prétention de s'emparer, par un

ni augmentation de chaleur à la peau. Cette femme allait tomber dans le marasme le plus complet, si la nature conservatrice ne fût venue à son secours. En effet, six semaines après son attaque de choléra, elle gagne une éruption générale à la peau: cette éruption avait beaucoup de ressemblance avec celle que l'on observait chez les convalescens du choléra indien. Dès-lors cette femme se porta mieux, l'estomac et les intestins fonctionnèrent bien, ses forces s'accrurent. Elle n'employa aucun moyen qui pût faire disparaître cette éruption salutaire.

Le fait suivant publié dernièrement dans *la Feuille d'Hazebrouck* fait voir quelle grande influence les maladies cutanées exercent sur l'économie animale.

Obs. IX. — Broot, tailleur, Crenk-street, avait une petite fille de neuf ans, aveugle de naissance, et dont la figure irrégulière présentait quelque chose de rebutant. Atteinte de la petite-vérole le 19 mai dernier, cette maladie fit des progrès horribles qui laissèrent craindre pour les jours de la malade; mais il en fut autrement; l'enfant guérit parfaitement. Les traits grossiers de son visage ont disparu, et ont fait place à une fort jolie figure. Ce qu'il y a surtout de remarquable dans cette bizarrerie, c'est que la jeune fille a recouvré la vue.

Jetons un coup d'œil rapide sur quelques affections cutanées qui, dans la généralité des cas, doivent être considérées comme des efforts salutaires de la nature, ou comme médications révulsives.

L'éruption connue sous le nom de *herpes labialis* est toujours d'un bon augure, quand elle se manifeste dans le cours d'une fièvre bilieuse, d'un choléra sporadique, d'une dysentérie, d'une péritonite, d'une pneumonie, d'une fièvre intermittente, d'une fièvre continue maligne. Celle connue sous le nom de *herpes præputialis*, que l'on doit bien se garder de confondre avec une affection vénérienne, ne guérit elle pas ordinairement la gonorrhée bénigne? Le *prurigo pudendi muliebris*, qui survient aux femmes ordinairement à l'âge de retour, les délivre de la leucorrhée. J'ai vu un cas de métrite aiguë succéder à l'imprudente répercussion de cette affection, si salutaire à cet âge.

Le prurit sénile, qui tourmente les vieillards qui ont fait un usage immodéré des spiritueux, prolonge l'existence fragile de ces individus. La guérison de cette incommodité est suivie de la mort.

Pringle observe que, dans les hôpitaux militaires, les malades sont souvent attaqués, sans causes connues, de la gale, qui constitue alors une crise des fièvres.

J'ai observé que, dans les maladies de l'estomac, une éruption herpétique au front, et dans les affections de l'utérus, une pareille éruption à l'occiput, était toujours d'un bon augure; aussi les douleurs sympathiques de l'estomac se portent au front, celles de l'utérus à l'occiput.

J'ai vu des individus affectés d'amaurose et de cataracte commençante, en être totalement guéris, après avoir contracté la teigne; on obtient quelquefois le même résultat, en frictionnant la région syncipitale avec le tartre stibié. Les amauroses causées par suppression spontanée de la teigne, ne sont pas rares.

On observe, chez les grands buveurs, les lèvres et le nez généralement très-développés, par suite d'une maladie particulière de ces parties; le médecin doit respecter cette hideuse affection, car sa disparition entraîne le plus souvent des vices organiques de l'estomac et du foie, dont la terminaison est toujours funeste.

La ceinture, ou *feu de St. Antoine* est ordinairement critique, quand elle succède à une affection viscérale de l'abdomen, ou aux douleurs chroniques de la poitrine, suite d'une affection aiguë des poumons. Comme l'érysipèle, le zona survient quelquefois après de fortes passions. Schwartz (1) a vu, trois fois, le zona se déclarer après un violent accès de colère. Plenck (2) a observé deux fois le même phénomène; il l'a vu se déclarer après un grand excès de bière. Dans des circonstances pareilles le zona doit être regardé comme une crise salutaire.

Le millet, ou éruption miliaire, si fréquent chez les femmes en couches, et chez les personnes atteintes de fièvres graves, doit être regardé comme critique et permet d'espérer, lorsqu'il attaque les parties inférieures de préférence aux supérieures: l'observation et l'expérience l'attestent. Si l'éruption miliaire devient quelquefois funeste, c'est par suite du traitement même, comme l'observent Debaën et Sydenham, qui dit: *licet suâ sponte non nunquam ingruant, sæpius tamen lecti calore et cardiacis extorquentur.*

Hippocrate, dont le traitement dans les maladies fébriles était loin d'être excitant, fait une ou deux fois mention, dans ses ouvrages, de l'éruption miliaire, notamment dans le second livre des épidémies (section 3), où il dit que, dans les étés chauds et secs, les fièvres se terminent souvent par des sueurs critiques, et qu'au 7e, 8e, 9e jour, une éruption miliaire survient et continue jusqu'à l'entière terminaison de la fièvre. Cette éruption constitue alors une véritable crise. Dans son livre des pronostics, il parle aussi des sueurs miliaires critiques.

L'érysipèle, ou une dartre se manifestant aux extrémités inférieures chez les individus atteints d'une maladie de poitrine, sont toujours d'un bon augure. J'ai observé plusieurs fois que, sous l'influence de l'une ou de l'autre de ces affections, l'oppression et la toux diminuaient d'intensité. Aussi je préfère, dans les maladies chroniques de la poitrine, l'application des vésicatoires, quand l'indication l'exige, plutôt aux extrémités inférieures que sur toute autre partie du corps. Il existe une sympathie intime entre les organes pulmonaires et les extrémités inférieures. Dans toutes les maladies de poitrine, des douleurs lancinantes aux extrémités inférieures dénotent la gravité du mal; et dans la phthisie pulmonaire, quand le malade commence à se plaindre de ces douleurs, on peut pronostiquer avec certitude qu'il touche de bien près à sa fin.

Il est digne de remarque que les organes de la respiration proprement dits sympathisent avec les extrémités inférieures, tandis que le cœur et les gros vaisseaux sympathisent avec les supérieures. L'angine de poitrine et plusieurs autres maladies du centre de la circulation le prouvent jusqu'à l'évidence.

D'après ce que nous venons de voir, je crois qu'on peut établir en principe général, que toute affection de la peau se manifestant pendant le cours d'une maladie interne, est le jugement de cette maladie. Les principes de M. Broussais n'étant pas favorables à la doctrine des crises, ses nombreux adeptes ne manqueront pas d'objecter que, pour qu'une affection de la peau puisse guérir une maladie interne, il faut que l'irritation produite par l'affection cutanée soit plus intense que l'irritation morbide interne.

Cette objection paraît d'abord avoir quelque fondement, puisqu'il est reconnu que, lorsqu'une irritation se guérit par une autre irritation, la dernière surpasse toujours en intensité la première. Mais je dois dire que je suis loin d'attribuer l'effet salutaire d'une éruption quelconque se déclarant dans le cours d'une maladie interne, au déplacement de l'irritation: car, lorsqu'on voit une légère efflorescence aux lèvres faire cesser une phlegmasie intense interne, une diarrhée mettre un terme aux inflammations du cerveau, des articulations; une salivation spontanée dissiper une fièvre quarte; une excrétion des larmes terminer l'hystérite, peut-on dire que ce soit le résultat d'une irritation plus forte que celle dont elle est la suite? je ne le pense pas; ce sont des irradiations d'un mouvement fluxionnaire faisant irruption sur une partie éloignée de l'organe primitivement malade. Ces mouvemens fluxionnaires sont rarement accompagnés d'un état inflammatoire; aussi on voit le plus souvent que les éruptions critiques se déclarent subitement, sans douleur préalable, quelquefois même sans que le malade s'en aperçoive, surtout dans les maladies aiguës; car, dans les maladies chroniques, ces mouvemens fluxionnaires, pour avoir un résultat heureux, doivent être continus, énergiques; il faut qu'ils constituent une véritable crise révulsive qui imprime d'autres sensations, d'autres stimulations; qui, en se communiquant au système nerveux de la partie malade, agisse en changeant le mode d'être, en détruisant la souffrance contractée. Les maladies aiguës internes s'amendant sous l'influence d'une affection cutanée, quelque peu intense qu'elle soit, cet effet salutaire ne peut certes être attribué au déplacement de l'irritation; car, dans ces maladies, l'irritation morbide interne surpasse toujours de beaucoup l'irritation cutanée; d'ailleurs, je demande avec M. Andral si c'est l'irritation légère de la peau pendant le travail de la sueur qui déplacera l'irritation bien autrement intense qui existe dans un poumon enflammé? Un violent érysipèle produirait à peine un pareil effet.

Au reste, je n'ignore pas que si les maladies de la peau sont souvent critiques, et si elles produisent comme telles la guérison de plusieurs maladies internes, elles ne sont souvent que le symptôme d'une autre maladie, le signe d'un vice interne. Ces affections cutanées n'entrent point dans la classe de celles dont il s'agit ici. Je n'ai voulu parler que des maladies de la peau ne dépendant d'aucun vice interne, et survenant spontanément à d'autres affections. Mon but a été de faire voir qu'il est toujours dangereux de tenter la répercussion ou la guérison des affections cutanées se déclarant pendant le cours d'une maladie interne; car, dans la généralité des cas, elles constituent ou une médication révulsive, ou une crise qui ramène à l'état normal.

Je n'ai dit peut-être rien de neuf; cette doctrine se trouve dans les écrits du vieillard de Cos, que je prends toujours pour guide dans l'exercice de ma profession; car je dois dire, avec le médecin Leclerc, que je me crois aussi fort avec lui que l'illustre Montesquieu se croyait fort quand il avait pour lui les Romains.

(1) *Schwartz, dissert. de zona serpigin.* (*Halæ*, 1745).
(2) *Plenck, de Charb cutan.*

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

NOTE SUR LES EXPÉRIENCES DU DOCTEUR SOLA, DANS LA DERNIÈRE PESTE DE TANGER, de 1818 à 1819; communiquée par M. le docteur GUYON.

M. Sola, médecin de Cadix, se trouvait à Tanger lorsque la peste se manifesta dans cette ville en 1818. Désirant s'assurer si l'inoculation de la maladie ne la rendrait pas plus bénigne, il proposa aux consuls un projet qui fut agréé : il consistait à faire venir de Ceuta, prison espagnole, un certain nombre d'individus qui désireraient obtenir leur grâce en se soumettant à l'inoculation.

Sur la demande des consuls, quatorze prisonniers furent envoyés de cette ville à Tanger, par le gouvernement espagnol. Les prisonniers, à leur arrivée, furent reçus dans un local disposé *ad hoc*, sans qu'ils eussent eu aucun rapport avec les habitans.

L'inoculation fut pratiquée sous les yeux de M. Sola, par un juif qui lui était adjoint pour exécuter ses prescriptions chirurgicales. On employa à cet effet le pus des bubons, qui fut inséré au cou, aux aisselles et aux aînes.

La maladie se développa sur six ou sept, du troisième au quatrième jour de l'inoculation. Dès qu'elle se montrait, le malade était soumis au traitement que M. Sola avait adopté dans l'épidémie, et qui consistait dans l'emploi de l'huile à l'intérieur et en frictions. La maladie fut très-bénigne chez tous les inoculés; quelques-uns seulement eurent des bubons.

Les malades rétablis furent rendus à la liberté; il en fut de même des prisonniers chez lesquels le mal ne s'était pas manifesté.

Je ne m'attacherai pas à faire remarquer tout ce que les expériences de M. Sola laissent à désirer. Ce médecin lui-même n'en était pas content, et j'en dirai autant d'un témoin oculaire, M. Sourdeau, consul général dans le Maroc, où il était encore lors de mon voyage dans ce pays. Je me borne à rappeler qu'elles ont été pratiquées dans le foyer même de la maladie. Or, sous le rapport de la doctrine de l'infection, comme sous celui de la doctrine de la contagion, elles devaient l'être hors du foyer (1).

1° Sous le rapport de la doctrine de l'infection, parce que les partisans de cette doctrine objecteront que la maladie, chez les inoculés, a pu se manifester sous l'influence d'un foyer d'infection, pour me servir de l'expression reçue.

2° Sous le rapport de la doctrine de la contagion, parce, dans cette doctrine, la maladie, chez les mêmes individus, peut être rapportée avec autant de vraisemblance à la contagion qu'à l'inoculation. Il est vrai qu'on avait évité tout contact entre les prisonniers et la population. Mais si, analogue à la variole, par exemple, la peste n'était pas seulement transmissible par le contact, qu'elle le fût encore par l'intermédiaire de l'atmosphère, on pourrait supposer que les malades ont pris, dans ce milieu, ce qu'on croit leur avoir donné par l'inoculation. Cette supposition acquerrait d'autant plus de force, que Tanger, ville trop petite pour sa population, n'est qu'un assemblage d'habitations misérables, presque sans air et sans lumière, et où se trouvent entassés les uns sur les autres un plus ou moins grand nombre d'individus. Toutefois, remarquons que l'opinion des médecins qui pensent que la peste ne peut se transmettre que par le contact le plus immédiat (2), se trouve corroborée par celle de toutes les personnes que nous avons consultées en Afrique sur ce point, entre autres M. Delaporte, vice-consul de France à Tanger, qui s'est trouvé dans sept pestes différentes, depuis celle qui a affligé notre armée d'Egypte; le consul d'Autriche à Oran, M. Sgitcowich; l'aumônier du consulat d'Espagne à Alger, l'abbé Manos; le sous-intendant civil de Bone, M. Disant, qui a fait un long séjour dans le Levant, notamment en Syrie.

Il n'en est pas moins à regretter que les expériences de M. Sola aient été pratiquées dans le foyer de la maladie. Cette circonstance les rend à peu près nulles pour la science. Ce qui excuse M. Sola sur ce point, c'est qu'il ne doutait pas de la possibilité de la transmission du mal. Ainsi, et comme nous l'avons dit au commencement, ses expériences n'avaient pour but que de constater si, par l'inoculation, la maladie n'éprouverait pas une modification avantageuse, ce qui, du reste, avait déjà été expérimenté avant lui.

Ce médecin, que nous avons connu à Cadix en 1828, revenait de Fez, lorsqu'il se trouva dans l'épidémie de Tanger; il avait été appelé dans la première de ces villes par l'empereur de Maroc, pour faire une opération à une fille de ce souverain. C'est le même qui, à l'époque dont nous parlons, envoya à la Faculté de Paris du pus pestilentiel; il demandait qu'il fût analysé (1). Il s'est trouvé dans les épidémies de fièvre jaune qui, depuis, ont régné à Cadix, ce qui lui a permis de faire, entre cette maladie et la peste, des rapprochemens fort ingénieux.

Alger, ce 18 mars 1836.

(1) A peu de distance de la ville sont de nombreux monticules, sur l'un desquels elles pouvaient être pratiquées, à l'abri de quelques tentes.

(2) D'après M. Desgenettes, un fosse d'un à deux pieds suffit pour en garantir; le consul de Hollande dans le Maroc, en 1826, M. de Fraissinet, allait plus loin; car il prétendait, s'appuyant de faits nombreux, qu'on n'avait rien à en craindre si petit que fût l'espace qui séparât des malades, celui d'un pouce et moins, par exemple.

(1) *Bulletins de la Faculté*, année 1819, n° 1.

ANHÉMATOSIE LENTE PAR L'ÉCUME BRONCHIQUE; CONTRACTURE ÉPILEPTIFORME DE TOUT LE CÔTÉ GAUCHE DU CORPS; GUÉRISON; par M. CREUSETON, D.-M. P.

Madame Navaren, âgée de 64 ans, d'une assez bonne santé d'ailleurs, est affectée depuis 4 ans environ, d'un catarrhe bronchique; l'hiver, les incommodités de ce flux chronique s'aggravent; l'été elles deviennent presque nulles. Cette dame n'est pas sujette aux maux de tête, et n'a jamais été prise de fortes suffocations pendant les quintes de toux.

Il y a environ deux mois, elle fut prise tout à coup d'une attaque violente de convulsions de tout le côté gauche du corps; l'accès commença par un engourdissement et un refroidissement de la main et du bras correspondans; le médecin appelé fit appliquer 15 sangsues à l'anus, ce qui procura quelque soulagement, mais de peu de durée; car on m'envoya chercher moi-même peu de temps après à la suite d'un semblable accès.

A mon arrivée, il ne restait plus à la malade qu'une lassitude générale, de l'engourdissement et des inquiétudes dans les doigts de la main gauche et le long du bras du même côté, une grande faiblesse accompagnée de refroidissement; mais ce qui me frappa surtout, ce fut la couleur violacée des pommettes et la lividité bleuâtre des lèvres et de la langue de la malade, qui me dit que, depuis 4 ans, elle n'avait jamais été si incommodée de son catarrhe que cet hiver.

De suite j'eus l'idée d'une anhématosie lente par l'écume bronchique, cette lésion si commune et sur laquelle M. le docteur Piorry a si heureusement appelé l'attention des praticiens; asphyxie graduelle qui finit tôt ou tard par amener des symptômes cérébraux funestes; source cachée et incessante d'une partie des affections organiques du cœur chez les vieillards.

Le thorax percuté rend un son clair en avant et en arrière; ausculté, il fait entendre quelques râles sibilans sous les clavicules. Les cavités droites du cœur ne sont pas dilatées, comme je pouvais m'y attendre; l'impulsion des cavités gauches est assez forte et leur bruit s'entend à l'épigastre; il n'y a pas de pouls veineux aux jugulaires, le pouls radial du bras gauche est à 70 puls. mais faibles; il n'y a pas de différence notable avec celui du bras droit. Matité dans l'S iliaque, constipation qui a remplacé une légère diarrhée; pas d'infiltration des malléoles; au dire de la malade cette infiltration aurait existé avant qu'elle gardât le lit. J'avais affaire à une malade d'un âge déjà avancé, débilitée lentement par un défaut d'hématose, par une saison rigoureuse dont la froide température avait été mal combattue faute de feu, et récemment encore affaiblie par une évacuation sanguine; aussi je résolus d'avoir recours aux toniques, afin d'exciter une réaction; il faut une certaine force pour expulser les muscosités bronchiques, et la malade était très-faible, l'expectoration visqueuse est difficile, les quintes de toux très-fatigantes. Je mis pour le moment en second ordre le spasme tonique de tout le côté gauche, quelque effrayant qu'on m'en fit le tableau, sans toutefois le négliger entièrement, pensant qu'il pouvait bien dépendre d'une hypérémie veineuse de l'hémisphère droit cérébral.

Le 25 février, prescription : entretenir dans la chambre une température chaude et sèche; potion antispasmodique éthérée; lavement avec assa-fœtida un gros; bouteilles d'eau chaude le long du corps et aux pieds; infusion de tilleul avec eau de fleurs d'oranger, à boire par cuillérées à bouche pour l'humecter; potages, vin vieux coupé avec l'eau de Seltz.

Le 25, la malade se sent plus forte, mais elle a des inquiétudes et de l'engourdissement dans le bras et la jambe du côté gauche, il y a insomnie, pas de céphalalgie.

Prescription : continuation des mêmes moyens; lavement avec le sel

commun une cuillerée; un verre d'eau de Sedlitz tous les matins; potion gommeuse avec sirop diacode une once pour la nuit; un petit paquet de poudre de quinquina et de rhubarbe dans le potage chaque jour.

Le 2 mars, il y a un accès la veille, mais il a été bien moins fort que le précédent.

Engourdissement, refroidissement de la main et du bras gauche; la sensibilité y est conservée, aucuns signes de paralysie; la malade me serre de sa main gauche avec assez de force. Il n'y a pas de sommeil.

Prescription: frictions avec un liniment camphré sur le bras affecté. Potion gommeuse avec addition de 15 grains de thridace; continuation des toniques.

Le 14 mars, les forces de la malade sont revenues ainsi que la gaieté; les quintes de toux sont plus éloignées, l'expectoration moins épaisse et plus facile; le côté gauche du corps s'est rechauffé, le visage est moins cyanosé, on n'entend plus dans la poitrine que quelques râles muqueux; l'impulsion du cœur gauche est énergique, le pouls est vibrant, développé, à 80 pulsations, le système veineux est turgescent; la malade se plaint toujours d'insomnie.

Prescription: je pratique une saignée du bras de trois poëlettes (12 onces); le sang est noir, épais et se coagule aussitôt; une pinte de tisane d'infusion de tilleul édulcorée avec le sirop de gomme.

Le 15 au soir, il y a eu un léger accès.

Le 16 mars je me trouvais auprès de la malade qui, le sommeil étant revenu, se croyait entièrement guérie; elle me parlait de ses obligations envers moi et de la difficulté où son état pen fortuné la mettait de s'acquitter comme elle le voudrait; elle s'interrompt subitement, l'engourdissement des doigts de sa main gauche lui annonce son accès; elle cherche à pincer les draps, et ne sent plus ce qu'elle touche; en même temps sa face rougit: ah! ah! exclame-t-elle en renversant sa tête en arrière; et tout le côté gauche de son corps de s'agiter par des secousses comme galvaniques; ses doigts crispés fortement semblent vouloir s'enfoncer dans la paume de la main; l'avant-bras, à chaque contraction spasmodique, est fléchi de plus en plus sur le bras, qui se contourne en dedans sur lui-même; la jambe est aussi fléchie sur la cuisse et celle-ci sur le bassin; la partie correspondante du thorax participe à la commotion; tout le côté gauche de la face est horriblement convulsé, la commissure gauche labiale est violemment attirée en haut; la langue sortie de la bouche a suivi le mouvement de la commissure, de l'aile du nez et du muscle buccinateur; le globe oculaire, par un mouvement de rotation de bas en haut, est contourné en haut et à gauche dans son orbite; l'intelligence paraît intacte, la malade hoche la tête pour répondre; il y a impossibilité d'articuler une parole; le sentiment est conservé dans les parties affectées; la malade sent quand on la pince... Trois minutes, et tout ce cortége effrayant de symptômes est dissipé; une légère céphalalgie, un sentiment général de courbature et de tristesse sont tout ce qui reste à la malade de cet orage.

Prescription: 10 minutes après l'accès, je pratique une saignée de 8 onces; et comme il m'avait semblé qu'on pouvait rapprocher, sous certains rapports, ces convulsions de celles de l'épilepsie, j'ordonnai, si elles se renouvelaient, un lavement de décoction de pavots, huit onces, et de deux gros d'essence de térébenthine.

Le 17 mars, il y a eu une attaque le soir, mais elle a été peu forte; l'essence de térébenthine a été administrée en lavement; il y a eu une réaction sympathique du médicament sur tout le tube gastro-intestinal; la malade a vomi, il y a des nausées et des rapports sentant l'essence; quelques selles liquides; la langue est recouverte d'un enduit blanchâtre; inappétence, malaise général, refroidissement de tout le corps, inquiétudes dans tous les membres.

Prescription: diète, infusion de tilleul et de fleurs de camomille édulcorée; lavemens émolliens, etc.

Ces légers accidens gastro-intestinaux se dissipent en deux jours; l'appétit est revenu, et les alimens sont bien supportés; mais la malade se plaint toujours d'une grande faiblesse; le matin elle va mieux, mais l'après-midi un état indéfinissable de malaise, de faiblesse, d'engourdissement dans tout le côté gauche, de bouffées de chaleur montant au visage, lui font craindre à chaque instant de nouveaux accès; il n'y a toujours pas de sommeil; les yeux sont sensibles à la lumière artificielle et non an grand jours.

Je réfléchis alors à ce qu'avaient produit sur la maladie les évacuations sanguines, et, tout en accordant que la prudence avait dû m'engager à y recourir, et qu'elles avaient pu être avantageuses pour diminuer la congestion veineuse encéphalique qui doit résulter tôt ou tard du défaut d'oxigénation complète du sang chez les personnes affectées depuis long-temps de flux bronchique; je dus reconnaître qu'en affaiblissant la malade, elles avaient eu peu de prise sur ses accès convulsifs, si même, comme cela arrive dans beaucoup de névroses, dans l'épilepsie par exemple, elles ne les avaient pas favorisés.

Remarquant en outre chez ma malade, ce calme du matin et cette exagération des symptômes vers le soir, je résolus d'aller au-devant des attaques imminentes en coupant cette espèce de fièvre larvée.

Prescription: Sulfate de quinine, 1 scrupule.
Extrait thébaïque, 6 grains.
Extrait gentiane, quantité suffisante.
Pour douze pilules. (Trois à prendre à jeun depuis le matin jusqu'à midi.)
Régime tonique.

Depuis trois semaines il n'y a pas eu d'attaques; la malade, qui croyait à chaque instant être à son dernier jour et qui s'affectait beaucoup, se trouve aussi bien que possible; son catarrhe s'est amélioré malgré les temps peu favorables qui ont pesé sur nous depuis un mois; l'appétit a ramené les forces; le teint est rosé et n'offre plus, ainsi que les lèvres, cette teinte livide et cyanosée. Le beau temps, je l'espère, affermira la cure.

CREUSETON, D.-M. P.

CHUTE SUR LE PÉRINÉE; EMPALEMENT PAR UN ÉCLAT DE BOIS; introduction dans la vessie d'une portion détachée; guérison prompte de la plaie sans abcès et sans fistule; formation d'une pierre autour du morceau de bois; lithotripsie; écrasement et extraction du noyau ligneux; guérison (1). Observation communiquée par M. LEROY D'ETIOLE.

Bary (Alphonse-Louis), âgé de 29 ans, maçon, rue du faubourg St-Martin, n. 26, né à Versailles (Seine-et-Oise), marié, forte constitution, n'avait jamais eu d'accidens du côté des voies urinaires jusqu'au commencement du mois de mai 1835, époque à laquelle, un échafaudage sur lequel il travaillait s'étant écroulé, il tomba à cheval sur une planche qui offrait des aspérités. Un éclat ayant pénétré au milieu de l'espace compris entre la tubérosité ischiatique du côté droit et l'anus, y resta implanté. Le blessé le retira lui-même non sans beaucoup de peine; et il pensa qu'aucun corps étranger n'était resté dans la plaie. Après l'accident, il urina du sang; une douleur vive dans la région hypogastrique, accompagnée de difficulté d'uriner, se fit sentir; elle céda à une application de sangsues. La plaie se cicatrisa au bout de cinq ou six jours; le repos fut gardé pendant une quinzaine, et Bary put reprendre ses travaux. Il n'a jamais remarqué que de l'urine soit sortie par la plaie, ni pendant, ni après l'extraction du corps étranger. Depuis ce moment, toutes les fois qu'il urinait ou qu'il se baissait, il éprouvait au gland une sorte de tiraillement: cette sensation douloureuse augmentait par le travail.

18 juin. Le malade est entré à l'Hôtel-Dieu. Une douleur assez vive existait le long de l'urètre et surtout à l'extrémité, au moment de l'émission de l'urine; le canal était dur au toucher; il offrait la sensation d'une corde tendue. On pensa qu'il existait une inflammation chronique due à la chute que le malade avait faite, car il n'avait fait connaître qu'imparfaitement les détails ci-dessus mentionnés. Des sangsues, au nombre de vingt à trente chaque fois, furent appliquées à diverses reprises, et toujours elles amenèrent un soulagement momentané. Des bains furent administrés pendant cinq semaines presque tous les jours; on prescrivit la tisane de graine de lin.

24 juillet. Ne voyant pas d'amélioration, l'on conçut des doutes sur la nature de l'affection, et le cathétérisme fit reconnaître un calcul. M. Leroy diagnostiqua un diamètre de 18 lignes au moins. Le 30 juillet, une sonde en gomme élastique, d'un assez fort volume, a été placée dix minutes ou un quart d'heure pendant quatre jours; chaque fois, un léger rétrécissement se rencontrait à 2 pouces du gland.

2 août. Un grain d'extrait d'opium fut donné, ainsi qu'un lavement simple pour vider le rectum.

3. Ainsi préparé, le malade est placé sur le lit rectangle, la tête soutenue par des oreillers, le périnée saillant sur le bord du lit, les cuisses et les jambes pliées et assurées dans cette position au moyen de pantoufles immobiles qui reçoivent les pieds; un étau à tige mobile est fixé à la bande transversale du lit, et peut s'élever ou s'abaisser à volonté; il sert à maintenir l'instrument au moment de la percussion.

(1) Recueillie sous la dictée de M. Piédagnel, médecin, conjointement avec M. Jadioux, dans la salle dans laquelle était placé le malade à l'Hôtel-Dieu.

M. Leroy, après avoir injecté de l'eau tiède dans la vessie jusqu'à ce que le besoin d'uriner se fasse sentir, introduit l'instrument à percussion de M. Heurteloup, auquel une vis de pression, à main, s'adapte à volonté. Le calcul est saisi avec assez de facilité; son volume, déjà constaté, est reconnu par la pression seule avec la main; il diminue d'abord de trois lignes. On retire l'instrument, dont les dents sont encroûtées d'une matière blanche, assez molle, semblable à du mortier, et qui appartient évidemment à un calcul. Après un repos de quelques instans, on introduit un nouvel instrument de la même forme. On emploie la vis de pression, et à deux reprises le marteau, jusqu'à ce que les deux branches recourbées de l'instrument soient en contact. L'opérateur cherche alors à retirer le percuteur, il n'y parvient que difficilement; il ne peut franchir le col de la vessie. L'instrument serait-il faussé? Cependant l'effort de la percussion n'a pas été très-considérable. Les parois de la vessie seraient-elles saisies? Mais des mouvemens peuvent s'exécuter dans tous les sens. Un corps se trouve-t-il engagé dans l'instrument? Mais les deux branches sont rapprochées. Enfin quelques tentatives bien ménagées permettent de le retirer; il amène quelques débris du calcul, et de plus un morceau de bois qui est chargé transversalement, et qui explique la résistance; il offre à peu près 8 lignes de longueur sur 4 de largeur; il est assez inégal.

En questionnant le malade, on apprend les circonstances de sa chute, et on peut expliquer facilement le développement de ce calcul. L'existence d'une cicatrice au périnée ne laisse point de doute sur la narration du malade, tout extraordinaire qu'elle est. La séance a duré 8 à 10 minutes; la deuxième partie de l'opération a causé seule des douleurs. Immédiatement après un bain est administré, et facilite la sortie des débris du calcul.

4. Le malade a rendu depuis 24 heures un grand nombre de débris, parmi lesquels les uns sont de la grosseur d'une lentille, les autres ressemblent à du mortier; les plus gros sont irréguliers, anguleux et présentent une surface externe, mamelonnée, et une interne, concave et blanchâtre. Ils paraissent appartenir à une enveloppe calcaire d'une ligne d'épaisseur.

Douleurs très-vives le long du canal au moment de leur passage; envies d'uriner fréquentes; lassitude du malade qui n'a pu dormir; pas de réaction fébrile. (Tisane de graine de lin, chiendent nitré, bain, trois soupes.)

État d'inquiétude et de souffrances continuelles. Point de sommeil. Langue un peu blanche. Persistance de l'appétit. Mouvement fébrile assez prononcé. Un quart de portion; 30 sangsues au périnée; bain de siége; trois demi-lavemens émolliens; bouillons; soupe; tisane de graine de lin.

8. Le malade va beaucoup mieux; les sangsues ont fait disparaître la douleur du canal et du périnée. Encore un peu de cuisson lorsqu'il rend quelques fragmens. Il a reposé cette nuit. Il peut rester au lit, ce qu'il n'a pu faire jusqu'à présent. L'urine, qui était rouge, est plus claire, plus limpide. (Même traitement, excepté les sangsues.)

9. Continuation du mieux; l'inflammation du canal est dissipée; son diamètre est moins rétréci; les fragmens peuvent s'échapper plus facilement. Peu de mucosités. (Bain de siége; quart de portion.)

10. Bien-être assez prononcé; aucune douleur, si ce n'est lorsque le malade urine. Les débris rendus sont nombreux et plus petits que ceux d'hier. Les envies d'uriner sont bien moins fréquentes. Nuit bonne; sommeil. (Demi-bain.)

11. Plus de douleurs; encore quelques petits calculs. Urine peu abondante. Sommeil, appétit bon. (Demi-portion.)

12. Le malade se trouve très-bien; il a rendu deux fragmens assez volumineux en sortant du bain. (D. mi-bain.)

L'amélioration persiste jusqu'au 19; des débris de pierre continuent à s'échapper; il ne se manifeste pas d'autre phénomène remarquable, qu'une démangeaison vive et persistante à l'extrémité du gland.

19. Deuxième séance. Cette fois le malade est couché sur un lit ordinaire, la percussion ne devant pas être employée. L'opérateur, placé à la droite, ne peut introduire une algalie en argent de volume médiocre. Un obstacle se fait sentir vers le commencement de la portion membraneuse du canal. Pour le surmonter on emploie une algalie en gomme élastique sans mandrin; elle parvient dans la vessie avec facilité. De l'eau tiède est alors injectée jusqu'à ce que le malade éprouve le besoin d'uriner. On substitue ensuite l'instrument à percussion de M. Heurteloup, auquel M. Leroy adapte son compresseur à double effet. Le calcul reconnu est saisi et écrasé avec la plus grande facilité par le rapprochement des branches, à l'aide des doigts seulement; puis on ajoute l'effort du compresseur, jusqu'à ce que l'instrument soit presque complétement fermé; mais lorsque l'on veut le retirer, il est arrêté au col de la vessie, et malgré des tractions assez fortes et bien ménagées, il ne peut le franchir. L'opérateur pense qu'un morceau de bois saisi par les branches du percuteur est placé en travers; à plusieurs reprises il le lâche, le reprend, l'écrase, toujours même insuccès pour l'extraction; enfin il finit par le lâcher, et retire l'instrument fermé, entre les dents duquel il se trouve des débris de calcul et quelques parcelles de bois mâché. Cette séance, qui a duré au moins dix minutes, a été assez douloureuse au moment des tentatives exercées pour extraire l'instrument.

Une heure après l'opération, des débris de calcul plus volumineux que ceux déjà sortis se sont échappés au nombre de six à huit; ils sont anguleux, irréguliers, et présentent la même conformation que les premiers; leur face externe est mamelonnée, fendillée, et ressemble assez bien à la croûte du levain. Le malade a rendu aussi une assez grande quantité de graviers beaucoup plus petits. Urines très-abondantes; envies d'uriner fréquentes; cuisson le long du canal et au gland. Anxiété très-grande; le décubitus dans le lit n'est pas possible; pas de sommeil la nuit; cependant pas de mouvement fébrile. Le malade a pris ce matin un bain qui l'a un peu calmé. (Deux bains de siége; un grand bain; lavemens émolliens; bouillons; tisane de graine de lin.)

21. Débris calculeux moins volumineux que ceux d'hier; cuisson le long du canal moins vive. Le malade se trouve mieux. Anxiété moins grande. Les bains ont donné du soulagement. (Même traitement qu'hier; un quart.)

22 août. Hier au soir il est sorti un fragment très-volumineux de forme triangulaire; il offre au moins un demi-pouce dans son plus grand diamètre. On a peine à concevoir qu'il ait pu franchir le canal; poussé seulement par les urines, il a été accompagné d'émission de sang. Depuis ce moment, douleur plus vive dans la partie, anxiété, sommeil impossible, ainsi que le décubitus. Un calcul qui était engagé ce matin dans le canal et ne pouvait sortir, a été refoulé avec une sonde jusque dans la vessie. (Un quart; deux bains de siége; demi-lavement.)

23. Mieux sensible; le malade a reposé cette nuit; douleur le long du canal; un fragment assez gros a été rendu, ainsi qu'une grande quantité de matières qui ressemblent à des mucosités auxquelles on aurait ajouté du pus; elles ne sont pas liées comme les précédentes. (Un demi-bain; un demi-lavement.)

1er septembre. Bary a été broyé à cinq reprises différentes, et les manœuvres ont été suspendues dès qu'elles sont devenues douloureuses; une injection préalable et une après la séance ont été pratiquées; celle-ci a procuré l'issue de fragmens, l'un d'eux a 3 lignes de large sur 3 lignes de haut. Il est sorti de plus un éclat de bois pointu dont une extrémité est récemment cassée. Le malade n'a éprouvé de douleur que lorsqu'il a rendu le calcul.

5. Nouvelle lithotritie dont la durée a été de sept à huit minutes. On a eu quelque peine à charger les fragmens du calcul, et ce n'est qu'au bout de quelques instans de manœuvre qu'on est parvenu à saisir un fragment assez petit qui comprenait dans son épaisseur quelques fibres de bois. L'instrument n'a rapporté que fort peu de matière, et dans la nuit le malade en a rendu une petite quantité mêlée à quelques légers fragmens ligneux. (Bain.)

8. Le malade éprouve de la douleur, depuis sa dernière opération, dans le canal, au pubis, aux deux aînes et au périnée. (Trente sangsues; deux bains de siége; quart de portion.)

15. Hier l'instrument a été introduit à trois reprises; chaque fois on chargeait un corps que l'on soupçonnait être du bois; mais aussitôt que l'on arrivait au col de la vessie et qu'on imprimait une légère traction, le malade éprouvait des douleurs si vives que l'opérateur était obligé de lâcher prise. Enfin, la troisième fois, on saisit le fragment de bois dans sa direction longitudinale, et l'on parvint ainsi à lui faire parcourir tout l'urètre et à le retirer. Ce fragment, qui paraît provenir d'un bois fort dur, a un pouce et demi de longueur; il est assez volumineux. On y voit une surface qui indique manifestement qu'il appartient à un autre fragment tout aussi gros et aussi long que lui.

18. On introduit l'instrument à deux reprises différentes, sans pouvoir retirer le morceau de bois qui reste encore dans la vessie. Le malade a éprouvé d'assez vives douleurs. (Bain.)

11 octobre. Introduction du brise-pierre, précédée d'une injection dans la vessie. Après quelques manœuvres, extraction d'un morceau de bois d'un pouce de longueur, à fibres séparées par un écrasement ancien, car dans leurs intervalles il s'est fait de nouvelles incrustations calcaires. L'instrument l'avait saisi dans le sens de sa longueur, aussi l'extraction a été facile. Le peu de manœuvres nécessaires pour charger ce morceau de bois dans la vessie, ont déterminé de la douleur et puis des spasmes qui se sont terminés par quelques mouvemens convulsifs, et un état nerveux général. Le malade dit que ces crises le prennent

assez souvent avant sa maladie calculeuse. Une potion anti spasmodique et un bain de siége dissipent rapidement cet état.

13. Appréhensions très-grandes du malade au moment de la nouvelle séance. Le percuteur courbe introduit, on peut très-bien sentir avec lui un reste de calcul dans la vessie. Après quelques douces manœuvres, le même état nerveux se manifeste. On retire l'instrument chargé d'un fragment de bois mince, long d'un pouce au moins, et saisi par l'une de ses extrémités. (Bain de siége.)

15. Nouvelle tentative pour casser des portions de calculs. Un morceau de bois a été saisi, mais des accidens nerveux étant survenus, il a fallu le lâcher. Dans la journée quelques portions de calculs ont été expulsées. (Bain.)

19. Introduction des instrumens. Douleur pendant les manœuvres. Commencement de crises nerveuses. On retire un petit morceau de bois long d'un pouce, du diamètre d'une ligne, offrant des incrustations calcaires à l'une de ses extrémités. Après l'extraction, crise nerveuse; elle s'est apaisée sous l'influence d'une potion et d'un bain.

24. Nouvelle séance; l'instrument introduit saisit, après quelques manœuvres, un corps étranger assez volumineux; mais comme il a été pris en travers, on a été obligé de le relâcher aux environs du col. Après quelques nouvelles manœuvres, on l'a chargé de nouveau, et on l'amène sans difficulté au dehors. C'était un morceau de bois d'un pouce et demi de longueur, du diamètre presque du petit doigt, à fibres ligneuses, séparées les unes des autres probablement par la contusion de l'instrument, et offrant, dans leurs intervalles, des incrustations calcaires. Il avait été chargé par l'une de ses extrémités. Crise nerveuse moins intense que les précédentes. (Bain; trois quarts.)

28. M. Leroy a trouvé avec la sonde un fragment dans l'urètre, au voisinage du col; pensant que l'effort de l'urine dont l'émission n'était point empêchée, pourrait l'amener plus près du méat urinaire, il en ajourna l'extraction : en effet, dans la journée, ce fragment continua de cheminer dans le canal. Le soir, un morceau de bois se montrait au méat urinaire, et le malade, en le saisissant avec ses ongles, put l'amener au dehors. Il avait comme le précédent un pouce et demi de long, et un diamètre de quatre lignes environ; il était aplati par l'écrasement.

4. Le malade est bien, on ne trouve plus rien dans la vessie. Exeat.

La difficulté qu'avait éprouvée M. Leroy pour extraire d'abord, puis pour lâcher les fragmens de bois mâchés par l'instrument et engagés entre ses dents, le conduisit à imaginer une disposition particulière du brise-pierre qui permettait, au moyen d'une tige terminée par un crochet mobile indépendante des branches du percuteur, soit de repousser les fibres ligneuses écrasées, soit de les attirer dans l'instrument, pour continuer, sur toute la longueur de l'éclat de bois, l'aplatissement et la trituration. Par ce moyen les fibres ligneuses séparées et aplaties comme la chenevotte, pouvaient ensuite parcourir l'urètre sans difficulté, amenées par la pince.

Le calcul était formé de phosphate de chaux, d'ammoniaque et de magnésie, de beaucoup de mucus animal, et d'un peu d'acide rosacique.

RÉFLEXIONS AJOUTÉES PAR M. LEROY.

Bien de choses, dans le fait qui vient d'être rapporté, sont dignes de remarque : la manière dont l'éclat de bois a pénétré dans la vessie, la promptitude avec laquelle s'est cicatrisée la plaie du périnée, sans donner lieu à un abcès ou une fistule urinaire; le peu de temps que le fragment de bois a mis à se recouvrir d'une masse considérable de matière lithique, la trituration et l'extraction d'un éclat aussi volumineux, sont autant de circonstances notables. L'existence de certains corps étrangers au centre des calculs est généralement regardée comme un empêchement à la lithotripsie; un éclat de bois dur semblerait devoir être rangé dans cette catégorie, si ce fait ne venait prouver encore combien il est difficile d'assigner des limites à la lithotripsie. Mais de ce que l'opération a réussi, s'ensuit-il qu'elle devait être préférée? Je suis loin d'en tirer cette conséquence; la longueur du traitement, les difficultés dont les manœuvres ont été accompagnées, la douleur qu'elles ont parfois occasionée, les petits accidens inflammatoires auxquels a donné lieu l'opération, peuvent bien produire quelques doutes à cet égard dans l'esprit; pour ma part, si j'avais pu connaître l'existence d'un noyau ligneux d'un tel volume avant d'entreprendre la lithotripsie, j'aurais certainement préféré la taille. Maintenant que la tentative a été couronnée de succès, et surtout depuis l'invention d'un instrument approprié à ce cas, je serais peut-être plus indécis, et pour me déterminer j'aurais égard à l'état de santé du malade et à l'état de la vessie. L'instrument dont je me suis servi en dernier lieu pour l'écrasement et l'extraction des fragmens de bois, est un percuteur dont la branche mâle ou mobile est creusée d'une gouttière qui donne passage à une tige terminée par un crochet, lequel, ainsi que l'a dit la personne qui a recueilli l'observation, peut servir à tirer dans la cavité de l'instrument le corps fibreux, à mesure que les mors de l'instrument le contondent et le divisent; ou bien à le dégager d'entre ces mors, lorsque l'on veut extraire l'instrument sans le corps étranger.

GANGRÈNE SANS INFLAMMATION DE TOUT LE MEMBRE DROIT, produite par la diminution des propriétés vitales; résorption gangréneuse, mort; traces de gangrène dans plusieurs organes, oblitération de l'artère crurale; communiquée par M. BOINET, interne à l'Hôtel-Dieu.

Le 2 janvier 1836 a été reçu au n°. 51 de la salle Sainte-Jeanne à l'Hôtel-Dieu, le nommé Guérin, âgé de 54 ans, chiffonnier, d'une constitution faible, détériorée par les privations, d'un tempérament bilieux, d'une taille peu élevée, système musculaire peu prononcé; peau sèche, jaunâtre et ridée; figure amaigrie et souffreteuse, paraissant beaucoup plus âgé qu'il ne l'est en effet. Jusqu'au 31 décembre 1835 sa santé avait été bonne. Ce jour-là, chargé d'une hotte pleine de chiffons, il fit une chute sur la hanche et le genou droits. Tout son corps porta sur ces parties. N'ayant pu se relever, on le transporta chez lui, et il resta couché le reste de la journée et la nuit tout entière, pendant laquelle il dormit d'un profond sommeil. Le lendemain Guérin se leva comme d'habitude et retourna chiffonner. Mais il éprouva tant de lassitude et de fatigue dans les jambes, dans la gauche surtout, qu'il vint à l'hôpital.

Le 3 janvier, à la visite du matin, il nous raconte toutes les circonstances de sa chute, et nous assure qu'il ne peut se servir de sa jambe gauche (il n'a jamais parlé de la droite). Après l'avoir fait coucher sur le dos on se convainquit facilement que les deux membres étaient sains du moins en apparence; il n'y avait pas la moindre trace de contusion, mais le malade ne pouvait soulever du tout la jambe gauche; il soulevait un peu sa jambe droite, quoique tous les mouvemens des articulations coxo et tibio-fémorales fussent très-faciles, lorsqu'on soulevait la jambe ou la cuisse pour s'assurer si le col du fémur ou quelqu'autre partie n'était pas lésée. Le pied de la jambe gauche était dans un état d'extension remarquable et involontaire de la part du malade, qui ne pouvait lui faire exécuter aucun mouvement. On examine à peine le membre droit, le malade n'y accuse aucune douleur; cependant en serrant la cuisse droite à pleine main, comme pour s'assurer s'il y avait douleur, Guérin se plaint d'un peu de sensibilité dans cette partie; j'examine attentivement avec la lumière et à son reflet il m- semble qu'il existe à la partie interne et antérieure de la cuisse, une couleur comme rosée; point de chaleur à la peau; le pouls est plein, lent et paraît dans l'état normal; l'absence des symptômes généraux m'ôta l'idée d'un érysipèle lymphatique, qui m'était venue d'abord. Le malade assure qu'il ne souffre nulle autre part. On lui donne la demi-portion à manger.

Le soir à la visite, j'examine de nouveau la jambe droite qui était glacée (la jambe gauche était chaude), et je remarque de légères taches non réunies, peu prononcées, et ayant quelque analogie avec les vergetures qu'on trouve aux cuisses des femmes qui ont l'habitude de se servir de chaufferettes. On enveloppe ce membre d'un linge très-chaud, et une boule d'eau chaude est mise aux pieds du malade; il se plaint d'un engourdissement profond dans les deux membres abdominaux, mais davantage dans le gauche; la sensibilité est très-obtuse; les mouvemens de l'articulation tibio-tarsienne sont presque impossibles; le pied entraîné par son propre poids est dans l'extension.

Le 4, du côté droit le pied, la jambe et la partie la plus inférieure de la cuisse sont froids; les battemens de la pédieuse et de la tibiale postérieure ne peuvent être sentis; on sent les battemens de la crurale au pli de l'aîne, mais ils sont moins forts que ceux du côté opposé; à la partie interne de la jambe on remarque un endroit de la largeur d'une pièce de cinq francs, où la peau est pâle, terne et sillonnée de stries noirâtres; à la visite du soir ces stries noirâtres se sont réunies et il existe un point comme ecchymosé qui s'étend du centre à la circonférence. Bain sulfureux; linges chauds pour envelopper le membre; potion théricale. Les symptômes généraux sont nuls; le pouls est dans l'état normal; la langue est rouge à sa pointe, effilée.

Le 5, le malade est dans le même état, il a dormi assez bien pendant la nuit; le membre est toujours glacé; quelque précaution qu'on

prenne il ne s'échauffe que comme un corps inerte, dont la chaleur cesse aussitôt que celle des corps employés à le réchauffer. La sensibilité manque complètement au pied et à la jambe; si l'on pince le malade, il dit qu'il ne sent rien; si on fait la même expérience à la cuisse ou au genou, le malade perçoit facilement la sensation. Des taches noires, violettes occupent toute la partie interne et inférieure de la jambe, et menacent de s'étendre plus loin; des taches semblables commencent à paraître à la partie moyenne et interne de la cuisse. On continue les mêmes moyens; point de douleur dans le membre, point de symptômes généraux, point de diarrhée; le malade digère assez bien ce qu'il mange.

Le 9, l'état général du malade est à peu près le même, mais la gangrène a fait des progrès et s'étend depuis les orteils jusqu'à l'articulation fémoro-tibiale; la peau qui recouvre la rotule est saine, blanche, ainsi que celle de l'extrémité inférieure et postérieure des condyles; le creux du jarret est sain, mais il est impossible d'y percevoir les battemens de la poplitée, pas plus que de la fémorale à la sortie du troisième abducteur. Toute la partie interne, antérieure et moyenne de la cuisse a été envahie par la gangrène, qui est bornée par un cercle rougeâtre, très-peu étendu; la peau au-dessus et au-dessous de cette escarre gangréneuse est saine, et jouit de la sensibilité. De l'engourdissement existe toujours dans le membre; des phlyctènes se sont développées à la surface des escarres gangréneuses, et renferment de la sérosité transparente; le membre gauche conserve sa sensibilité, et les mouvemens de l'articulation tibio-tarsienne semblent plus faciles; les battemens de la crurale du côté droit sont toujours sensibles au pli inguinal. Frictions avec liniment d'ammoniaque et d'éther; linges chauds. Le malade digère facilement ce qu'il mange. Le sommeil et le pouls n'ont rien d'anormal.

Le 10, la gangrène a fait des progrès et s'étend jusqu'à la partie supérieure de la cuisse au-dessous du grand trochanter; de nouvelles phlyctènes se sont formées au mollet et à la partie interne et moyenne de la cuisse. Le pouls bat cent fois; le malade croit avoir eu de la fièvre pendant la nuit, mais il a dormi; langue rouge-cerise à sa pointe et sur ses bords, d'un rouge plus prononcé au centre; soif vive; diarrhée légère.

Le 11, le facies du malade dénote de l'inquiétude, de l'anxiété; il y a abattement général, insouciance. L'insensibilité et l'engourdissement existent constamment et n'ont pas disparu jusqu'à la fin de la maladie. Le membre est toujours glacé et n'a d'autre chaleur que celle qu'on lui procure artificiellement. La diarrhée a augmenté; le pouls est petit, dur et fréquent, raide; il bat cent vingt-cinq; de l'emphysème s'est développé sous les tégumens de la cuisse, de sorte qu'en percutant sur l'escarre qui est sèche comme une feuille de parchemin, on entend un son semblable à celui qu'on détermine en frappant sur un abdomen tympanisé. Il n'existe pas d'emphysème à la jambe.

Le 12, mêmes symptômes généraux; les battemens de la fémorale sont encore perçus, mais faiblement; la jambe et le pied sont entièrement sphacelés, sans emphysème; la diarrhée continue; insomnie; limonade vineuse; potion thériacale; fomentations avec le quinquina camphré.

Le 13 et le 14, amendement léger des symptômes généraux; il y a peut-être un peu moins de prostration, moins d'anxiété sur le visage; le pouls est moins vite, plus plein et bat 90 fois. Léger sommeil; la diarrhée persiste; l'escarre du mollet s'est flétrie et ouverte au centre; il s'en écoule une matière couleur bois d'acajou, et qui tache en noir le linge; une odeur cadavérique très-prononcée affecte l'odorat. Les ganglions de l'aîne sont engorgés; l'artère fémorale continue à battre. Même traitement.

Le 15, le malade est allé continuellement à la selle et sous lui, sans qu'il s'en aperçoive; la langue est d'un rouge-feu, sèche, pointue; le pouls est fréquent, petit, dur et serré. Lavement d'amidon avec laudanum 6 gouttes; la face est grippée; les traits retirés; les yeux caves; la gangrène fait des progrès et les escarres sont déprimées, flétries, et suivent le retrait des parties sous-jacentes de façon qu'il existe un enfoncement à la partie interne et antérieure de la cuisse. Le ventre n'est douloureux ni à la pression, ni au sentiment du malade. L'emphysème fait des progrès et les gaz s'infiltrent de plus en plus dans le tissu cellulaire; lorsqu'on découvre le lit du malade il s'en exhale une odeur cadavéreuse remarquable; la diarrhée est continue; l'affaissement est considérable; insomnie complète; même traitement.

Le 16, 17, 18, 19, même état du malade; les selles sont un peu moins fréquentes; une escarre gangréneuse s'est formée au sacrum. Abattement toujours considérable. On continue les toniques. L'appareil respiratoire est sain; le cœur ne présente aucune lésion appréciable dans ses battemens.

Le 20, il n'y a pas de changement; la maladie n'a pas fait de progrès apparens, ni en bien, ni en mal. Cependant les escarres de la cuisse sont plus déprimées; la peau est noire, sèche, chagrinée et dure comme un parchemin. M. Sanson pratique une incision; l'entrée du bistouri dans les tégumens produit le même bruit que si on l'eût enfoncé dans un parchemin sec et étendu; dégorgement de gaz très-fétides. Compresses imbibées de chlore; le traitement interne n'est pas changé.

21 janvier. A l'exception des selles qui sont plus fréquentes, tous les autres phénomènes sont les mêmes.

22. Le pouls est un peu tombé; il est lent, petit, intermittent; la diarrhée continue; le ventre est légèrement ballonné. Depuis plusieurs jours le membre droit est entièrement mort; la peau du pied s'en va en lambeaux. Le malade répand une odeur semblable à celle qu'exhalent les restes d'un cadavre putréfié, et qu'on rencontre fréquemment dans les amphithéâtres de dissection. Abattement extrême.

23. Figure cadavérique; les yeux sont caves, les traits tirés, la figure considérablement amaigrie, la bouche entr'ouverte, les dents sèches et encroûtées de matière grisâtre; la langue est rouge-clair, sèche et effilée; la soif vive. Le malade a eu du délire pendant la nuit. Les selles sont continues et ont lieu à l'insu du malade; les matières qu'il rend sont mélaniques, collantes, visqueuses; le pouls est lent, petit, avec des intermittences; les battemens de l'artère fémorale sont encore perceptibles; l'emphysème a presque entièrement disparu; l'abdomen est affaissé. Le malade conserve encore toute sa raison, et assure qu'il ne souffre nulle part. Son aspect et son regard ont quelque chose d'effrayant.

Le 24. Le malade a considérablement maigri depuis qu'il est à l'Hôtel-Dieu. Le membre gauche a diminué de moitié; il existe toujours à la partie interne et moyenne du mollet une tache avec des stries noires de la largeur d'une pièce de cinq francs; il a eu encore du délire; la langue est sèche, rude et couverte d'un enduit brunâtre; les dents sont fuligineuses. Le membre sphacélé se putréfie de plus en plus; l'odeur est toujours la même; les selles n'ont pas changé de nature, ni diminué de fréquence; les ganglions inguinaux sont tuméfiés; il est impossible de sentir les battemens de la crurale. Le malade est on ne peut plus bas; son intelligence a notablement diminué; il assure avoir dormi toute la nuit, tandis qu'il a jeté ses oreillers, arraché les pièces de son pansement, ôté sa chemise, etc.

Le 25. Face toujours cadavérique; les traits paraissent encore plus tirés, et les pommettes plus saillantes; les yeux sont ternes et fixes; la langue est sèche, gercée, couverte d'un enduit noirâtre. Le malade comprend encore toutes les questions qu'on lui adresse. Le pouls est très-lent, très-petit, très-intermittent; il a cinq ou six pulsations et disparaît après un certain temps pour battre encore et disparaître ensuite.

La gangrène a fait des progrès et s'est étendue sous les tégumens, c'est-à-dire que la peau, qui paraît saine encore, recouvre des parties gangrénées. La diarrhée n'a pas diminué; l'escarre du sacrum s'est élargie. Le malade conserve encore son intelligence, mais il éprouve une grande difficulté à articuler quelques sons. L'abdomen est considérablement affaissé; il passe le reste de la journée assez tranquillement, et meurt, sans accuser la plus petite douleur, à 9 heures du soir.

AUTOPSIE 36 HEURES APRÈS LA MORT, PAR UN TEMPS FROID ET SEC.

Pas de raideur cadavérique; le corps est amaigri; la figure présente une expression singulière, un rire niais; les yeux sont caves, enfoncés; la mâchoire supérieure s'avance en avant de l'inférieure de plusieurs lignes; tout le membre droit est sphacélé; une escarre de la largeur d'une pièce de cinq francs existe à la partie interne du mollet gauche, avec des vergetures aux environs. Une odeur cadavérique très-prononcée s'exhale du cadavre.

Jambe droite. Excepté au niveau de la crête du tibia, au devant de la rotule et à la partie interne et inférieure de la cuisse, où la peau est blafarde, plombée, tout le membre est sphacelé; la peau se détache avec la plus grande facilité, et laisse à découvert les aponévroses audessous desquelles il existe une fluctuation évidente. Tous les muscles situés à la partie antérieure, moyenne et interne de la cuisse, le couturier, le droit antérieur, le droit interne, le vaste interne, les adducteurs, etc., sont réduits en bouillie et entièrement détruits; on trouve à leur place un réseau à mailles tomenteuses, flottant dans une matière assez liquide et semblable pour la couleur à de la lie de vin rouge; les parties aponévrotiques des muscles, les artères et les veines, les nerfs qui sont accolés et fortement réunis ensemble, sont durs, résistans. Audessous et au-dessus de ce large foyer gangréneux, on découvre les restes des muscles qui ont une couleur rouge-brun, toute particulière;

ils sont mous et faciles à déchirer. A la partie interne du genou, le tissu cellulaire qui réunit toutes les parties entre elles, est infiltré d'une sérosité rougeâtre, abondante, dans laquelle nage une matière huileuse, jaune, brillante, comparable, pour la couleur et pour l'effet qu'elle produit, à quelques gouttes d'huile versées dans l'eau. Le système artériel de ce côté présente les phénomènes suivans : les artères pédieuse, tibiales antérieure et postérieure, toutes leurs ramifications, l'artère fémorale jusqu'à la division de l'iliaque primitive, sont oblitérées et remplies, surtout les gros troncs, par une matière peu liée, purulente, granuleuse, rougeâtre. Cette matière est séparée des parois de l'artère (dans la crurale où on l'a examinée) par une fausse membrane facile à détacher; le tissu des parois est dur, ferme et épaissi; l'iliaque interne est aussi oblitérée, et les principaux troncs qu'elle fournit; mais la matière qu'elle contient est moins purulente et présente encore un peu les caractères des caillots sanguins; l'iliaque primitive contient aussi des caillots sanguins qui s'étendent jusqu'à l'aorte abdominale; il en existe un à l'endroit où cette artère abdominale se bifurque; le reste de l'aorte, jusqu'au cœur, est vide de sang. Cet organe, extrêmement flasque, est mou; son tissu est décoloré; le ventricule gauche renferme des caillots fibrineux, jaunâtres; le ventricule droit contient des caillots jaunâtres qui présentent une matière grisâtre, comme purulente dans plusieurs points; à l'orifice auriculo-ventriculaire du côté droit, il existe un caillot adhérent par un pédicule sur le côté exterοe de cette ouverture. M. Cruveilhier pense que c'est un polype du cœur : il est de la grosseur du bout du doigt, long de 8 à 10 lignes sur autant de circonférence; il oblitère presque entièrement cet orifice, et présente dans plusieurs endroits de sa surface des petits points blanchâtres, ramollis, qui sont regardés par plusieurs membres de la société anatomique comme puruleus, gangrénés. Quelle qu'en soit la nature, le ramollissement est évident.

Les veines contiennent du sang noir, assez épais, et qui présente un caractère bien remarquable. En ouvrant la saphène interne longitudinalement, je passai sur son trajet de haut en bas, et fus étonné de voir sortir avec le sang une matière blanchâtre qui n'était pas intimement mêlée au sang, et qui me donna l'idée de gouttelettes de cire ou de suif jetées dans l'eau. Je répétai plusieurs fois l'expérience en pressant sur la veine, et à chaque pression il sortit de cette matière blanchâtre, comme purulente, qui fut constatée par plusieurs élèves du service présens à l'autopsie. L'imbibition des parois veineuses est très-prononcée; il n'existe de caillots que dans les ramifications les plus déliées.

Jambe gauche. A sa partie moyenne interne se trouve un point gangréné; la portion du muscle jambier antérieur qui correspond à ce point est ramollie, d'une couleur rosée; le tissu cellulaire environnant est infiltré, et contient une sérosité roussâtre; l'extenseur du gros orteil, dans l'endroit où il correspond à ce point, est gangréné; plusieurs épanchemens sanguins existent au mollet; le sang est noir sirop de mûres; les muscles du mollet ont une teinte rosée dans certains points, et couleur lie de vin dans d'autres, et sont baignés, comme ceux du côté opposé, par de la sérosité couleur de chocolat. La tibiale antérieure du côté gauche est presque oblitérée; sa surface interne est rugueuse, plissée longitudinalement, au jarret elle est tout-à-fait oblitérée. L'artère crurale est remplie de caillots sanguins. Les parois artérielles sont un peu revenues sur elles-mêmes; on trouve encore quelques caillots dans l'artère iliaque primitive. Toutes les veines du membre gauche contiennent du sang très-noir, assez liquide, et en même temps quelques caillots fibrineux, mais aussi couleur gelée de groseille.

Les nerfs qui nagent comme les veines au milieu du putrilage de la cuisse et de la jambe, semblent avoir acquis de la dureté, et résistent à de fortes tractions.

Les poumons, très-adhérens aux parois thoraciques, sont considérablement revenus sur eux-mêmes, contractés et présentent un très-petit volume, sont secs, nullement pénétrés de liquide, très-celluleux, et ressemblent, par leur légèreté et leur texture, à ceux des oiseaux; dans aucun point on ne trouve de phénomènes pathologiques; ils jouissent d'une sécheresse et d'une élasticité remarquables.

Le foie d'un volume ordinaire a une couleur jaune blanchâtre, blafarde; coupé en différentes tranches, il paraît exsangue; son tissu est assez ferme, à sa surface on note un piqueté peu apparent, et qui tranche peu avec la couleur peu foncée de cet organe.

La rate est un peu plus volumineuse qu'à l'ordinaire; elle est dure, aussi résistante que le foie et même plus dans certains points; sur sa face costale et sur sa circonférence elle offre un tissu blanchâtre granuleux, concret, cartilaginiforme; ce tissu occupe environ le tiers de la rate et sa circonférence; le reste du tissu est rouge pâle et présente aussi une consistance anormale.

Les reins n'offraient rien dans leur intérieur, mais ils étaient remarquables par l'altération de leur substance corticale qui était devenue flasque, molle et blanchâtre; les uretères étaient plus développés qu'ordinairement et avaient le volume d'une grosse plume à écrire.

La vessie, vue à l'extérieur, était dure, épaissie et comparable par sa forme et sa consistance à l'utérus chez la femme. La membrane muqueuse plissée, revenue sur elle-même, était ulcérée, ramollie, réduite en bouillie, et présentait des escarres gangréneuses dans toute son étendue; dans sa partie inférieure surtout, l'odeur qui s'en exhalait était semblable à l'odeur des autres parties gangrénées. Je noterai en passant qu'on n'avait pas mis de sonde dans le canal de l'urètre, et que sur les derniers temps, le malade, qui auparavant urinait très-peu, n'urinait plus du tout. Sur la muqueuse, on enlève par lambeaux avec la pointe du scalpel un putrilage de couleur grisâtre.

L'estomac, d'une couleur blanche sale, grisâtre, anémique à l'extérieur, présente les mêmes caractères à l'intérieur. Dans les environs de la petite courbure, à 3 pouces du pilore, il existe un ulcère gangréneux elliptique de la largeur d'une pièce de 5 francs. Cet ulcère est ovalaire, à bords arrondis formés par la muqueuse, qui a été détruite dans le point où existe cette escarre; son fond est noir, recouvert de putrilage, d'une odeur semblable à celle qu'on trouve dans les points gangrénés; la blancheur de la muqueuse stomacale et le fond noirâtre de cet ulcère présentent un contraste frappant; la membrane musculeuse est aussi détruite, il n'existe plus que la membrane séreuse, qui sert de fond à cette escarre; au-dessus et au-dessous existent deux points noirs de la largeur d'une pièce de 5 sons; dans ces points la muqueuse existe encore; mais elle est noire, ramollie, et se réduit en bouillie lorsqu'on la touche; la membrane musculeuse participe à cet état pathologique, la séreuse seule paraît saine; l'une des escarres paraît entourée d'une auréole inflammatoire.

Les intestins sont remarquables par la teinte noirâtre ou plutôt brune de leur membrane muqueuse qui est ramollie; les valvules conniventes offraient la couleur un peu plus foncée, d'une surface cautérisée avec du nitrate d'argent, couleur d'autant plus apparente qu'elle existait au milieu d'arborisations, d'injections très-noires, formées par les vaisseaux veineux gorgés de sang. Les matières contenues dans l'intestin grêle ont une couleur verdâtre et n'ont point le caractère des matières fécales; dans l'iléon on trouve une matière semblable à de la lie de vin rouge ayant une odeur de chou pourri. Le duodénum est pâle et parfaitement sain; le jéjunum présente vers sa terminaison quelques plaques ecchymosées d'une teinte violacée. Ces taches deviennent plus fréquentes et plus larges au commencement de l'iléon, et sont entourées d'arborisations très-manifestes; dans quelques endroits la teinte de l'intestin se rapproche de la couleur vermeille. Vers le milieu de l'iléon, cette teinte occupe toute la surface intestinale, et présente non-seulement une rougeur diffuse, mais encore des arborisations veineuses extrêmement noires; la teinte devient plus noirâtre et plus serrée, elle est complètement violacée à cinq ou six pieds de la valvule iléo-cæcale. Là on remarque une interruption de cette couleur, qui est remplacée par une injection vermeille dans l'étendue de trois pouces environ; la teinte foncée apparaît de nouveau pour faire place encore à l'injection vermeille, enfin la muqueuse offre une couleur véritablement ardoisée qui disparaît dix-huit pouces environ avant la fin de l'iléon.

Dans une partie du cœcum on note une arborisation très-fine, violette dans certains points, vermeille dans d'autres. Cette même disposition, mais beaucoup plus prononcée, occupe le commencement du colon ascendant dans l'étendue de 4 pouces à peu près; dans l'étendue de six pouces on trouve quelques taches noirâtres disséminées; la muqueuse qui correspond à ces taches est brune, ramollie; elles disparaissent dans le reste du colon ascendant pour reparaître dans toute l'étendue du colon transverse et du colon descendant; dans ce dernier, la plupart des points enflammés sont fongueux, avec ramollissement et épaississement de la muqueuse.

TRAVAUX ACADEMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 25 AVRIL 1836.

EAUX THERMALES DE SEXTIUS.

M. Freycinet adresse la suite de ses observations sur le débit des principales sources d'eaux thermales de la ville d'Aix. La dérivation partielle qu'il a operée au Barret ne s'est pas encore fait sentir par aucune intermittence dans les sources

de la ville, quoique déjà vingt-cinq jours se soient écoulés. On n'a point non plus aperçu encore dans ces sources, rien qui indique le passage des matières tinctoriales qui avaient été versées dans l'autre bassin

« J'ai fait aujourd'hui (14 avril), dit M. Freycinet, ma dernière série d'observations thermométriques aux bains de Sextius. Ces eaux éprouvent depuis quelques jours une augmentation de température non douteuse, ce qui me confirme dans l'opinion que j'ai conçue, que les eaux chaudes ont, à Aix du moins, leur température d'été et leur température d'hiver. Ce phénomène est ici d'autant plus marqué, que les fortes pluies qui ont régné pendant le mois de mars ont considérablement fait augmenter le volume des eaux. D'après une observation d'avant-hier, je me suis assuré que le niveau des eaux, dans le bassin de Barret, avait haussé de près d'un mètre, et qu'une augmentation égale avait eu lieu dans un puits chaud des environs. »

On a souvent dit et imprimé que la température des eaux thermales de Greoulx (Basses-Alpes) était de 32 degrés de Reaumur, ou 40 degrés cent., et que cette température était constante. M. de Freycinet a fait une excursion à Greoulx pour vérifier le fait : la moyenne de six séries d'observations faites avec trois thermomètres différens, lui a donné 34 ,98 cent., ce qui diffère de la température annoncée d'environ 5° cent. Je n'ai nul doute, dit M. Freycinet, que la température de ces eaux ne soit beaucoup plus élevée et qu'elle ne puisse atteindre le degré que l'on annonce. Ce fait, au reste, me paraît s'accorder avec ce que j'ai remarqué aux bains Sextius, et prouver que les eaux thermales de Greoulx ont aussi, comme celles d'Aix, leur température d'été et leur température d'hiver. A la surface des eaux de Greoulx on voit nager une matière floconneuse blanchâtre, d'un aspect gélatineux.

Depuis son retour à Aix, M. Freycinet a entrepris un nivellement général de toutes les sources, tant froides que chaudes, qui surgissent dans la ville ou dans les environs, à une petite distance. Les résultats de cette opération mettront à même d'apprécier l'influence qu'elles peuvent avoir les unes sur les autres. Avant de quitter la Provence, M. Freycinet doit se rendre à Nimes pour mesurer la température des eaux de la magnifique fontaine de cette ville. Après cette opération, dit-il, je considérerai comme terminée la mission dont m'a chargé l'Académie.

DÉCOUVERTE DU FLUOR.

A la dernière séance de la société philomatique, on annonça que M. Pelouze venait d'obtenir le fluor en faisant passer du chlore dans une dissolution de fluorure d'argent. M. Baudrimont, à cette occasion, écrit à l'Académie que depuis deux ans il est parvenu à isoler ce corps. Je n'ai point alors, dit-il, publié le procédé par lequel je l'avais obtenu, parce qu'il ne le donnait que mélangé avec une grande quantité d'oxigène; mais j'en ai consigné les principales propriétés dans l'article Analyse du *Dictionnaire de physique générale* publié en décembre 1834. Voici quel est le passage auquel M. Baudrimont fait allusion.

« Le fluor est gazeux, brun-jaunâtre très-foncé; son odeur a beaucoup d'analogie avec celle du chlore et avec celle du sucre brûlé; il est sans action sur le verre. »

Dans sa lettre, M. Baudrimont ajoute aux propriétés ci-dessus énoncées, que le fluor décolore l'indigo et se combine directement avec l'or.

M. Baudrimont a obtenu la première fois le fluor en faisant passer du fluorure de bore sur du minium chauffé au rouge, et le recueillant dans un vase sec, comme on le fait pour le chlore; actuellement, dit-il, je l'obtiens en traitant dans une fiole de verre un mélange de fluorure de calcium et de bi-oxide de manganèse par l'acide sulfurique; mais ainsi obtenu il est mêlé avec de la vapeur d'acide fluorhydrique et du gaz fluosilicique qui ne s'opposent pourtant point à ce que l'on puisse en obtenir les principales propriétés.

La lettre de M. Baudrimont est accompagnée de deux flacons contenant du fluor.

CANAUX AÉRIENS DANS LES OS DES OISEAUX.

M. Jacquemin, qui dans une des précédentes séances avait envoyé une note sur la disposition de ces conduits dans la tête des oiseaux, en adresse une nouvelle concernant leur distribution dans le reste du squelette.

Tous les os qui constituent l'épaule reçoivent l'air de la poche sous-scapulaire; le *cubitus* et le *radius* le reçoivent par des trous souvent très-nombreux, situés à leur extrémité supérieure. L'air parvient à l'articulation du coude par deux voies différentes; l'une se fait par les communications des cellules du tissu cellulaire de cette articulation avec celle de l'articulation scapulaire entre les muscles du bras, l'autre se fait par la cavité interne de l'humérus et les trous qui existent à son extrémité inférieure. Les autres os de l'aile et les articulations qui les unissent reçoivent tous aussi leur portion d'air, mais la disposition des orifices externes des conduits aériens n'a rien de bien constant. Suivant M. Jacquemin, la distribution de l'air dans les extrémités inférieures est la même, et chez les vieux et bons voiliers toutes les pièces osseuses sont remplies d'air jusqu'à la dernière phalange. Le fluide leur parvient par la poche pneumatique sous-fémorale, placée dans les deux parties latérales du bassin; les vertèbres cervicales reçoivent séparément l'air d'un prolongement qui longe jusqu'en haut leurs apophyses transverses. La poche pectorale le fournit aux vertèbres pectorales, les poches sous-costales le fournissent aux vertèbres dorsales et aux côtes. La poche sacrée le fournit aux os du bassin, et envoie deux prolongemens, l'un antérieur et l'autre postérieur, qui conduisent l'air aux vertèbres lombaires et coccygiennes. Enfin le sternum reçoit abondamment de l'air de la poche sternale qui en fournit aussi aux apophyses sternales des côtes.

EXPULSION SPONTANÉE DE CALCULS URINAIRES.

A l'occasion d'une communication à ce sujet, faite dans la précédente séance par M. Segalas, M. Civiale écrit que des faits semblables ont été à toutes les époques signalés par les praticiens, et que les exemples s'en trouvent par centaines dans les traités généraux ou particuliers de chirurgie, et surtout dans les recueils scientifiques. Ce serait, dit M. Civiale, un travail long et ingrat que de les rechercher tous; mais j'ai cru utile de réunir les plus remarquables, ceux pour lesquels les auteurs ont donné des détails sur la forme de la pierre, son poids ou son volume, et les suites qu'a entraînées sa sortie. Le tableau annexé à ma lettre en renferme quarante-sept, les uns empruntés à des écrivains dignes de foi, et les autres observés de nos jours.

GUÉRISON DES PIEDS-BOTS.

M. Guérin avait, à la précédente séance, adressé une note sur le traitement de cette difformité par l'emploi du plâtre coulé. « J'ai produit, disait-il dans cette note, après cinquante jours de traitement et sans le moindre inconvénient, des guérisons que, de l'aveu des auteurs, on n'avait que très-imparfaitement obtenues après un an et plus de traitement, par les autres méthodes. M. Mellet, directeur d'un établissement orthopédique, réclame aujourd'hui contre cette assertion : les malades de M. Guérin, remarque-t-il, étaient âgés de moins de cinq mois; or, tous les chirurgiens savent qu'à cet âge on guérit ces difformités par la méthode de Venel en cinq à six semaines ou deux mois, parfaitement et sans inconvénient. Ces faits, ajoute M. Mellet, se sont répétés nombre de fois dans mon établissement, ils ont été publiés dans mes ouvrages et attestés par un rapport de l'Académie de médecine fait en 1833. »

EFFETS PRÉSUMÉS D'UNE DÉCHARGE ÉLECTRIQUE SUR LA CROISSANCE D'UN PEUPLIER.

On lit l'extrait suivant d'une lettre adressée à M. Mathieu par M. Baric de La Haye, membre du conseil-général du département d'Indre-et-Loire.

« L'année dernière, au mois de juillet, la foudre tomba sur un des peupliers qui composent mon avenue; quelques branches furent cassées au sommet; le fluide électrique suivit le tronc de haut en bas à la partie nord, sans endommager l'écorce, et s'enfonça un pied dans la terre dont il souleva deux grosses mottes d'à peu près un pied cube chacune. Ce peuplier avait alors un pied de circonférence; aujourd'hui il en a deux, tandis que ses voisins ont conservé la même grosseur.

« L'arbre grossit si rapidement, ajoute en terminant l'auteur de la lettre, que je viens de remarquer sur l'écorce une crevasse par où la sève s'écoule en abondance. »

FORMATION DU GIVRE.

M. Fournet a communiqué dans une précédente séance quelques observations à ce sujet. Il a remarqué, par exemple, que la forme des longs cristaux de givre qui restent quelquefois suspendus aux branches varie suivant la nature des circonstances atmosphériques.

Quand la température s'est abaissée graduellement, les lames de givre sont recouvertes de stries formant entre elles des angles dont les sommets se trouvent tournés vers la branche à laquelle la lame est suspendue. Lorsqu'au contraire le froid se manifeste brusquement et avec une grande intensité, les stries des lames cristallines affectent une position inverse. Les ouvertures des angles qu'elles forment sont alors tournées vers la branche.

La neige se compose aussi, assez souvent, d'étoiles branchues ayant des stries à angles ouverts ou rentrans. Ces formes inverses de la neige ne seraient-elles pas comme les formes du givre, déterminées par la manière dont le froid se manifeste dans les hautes régions de l'atmosphère?

ALTÉRATIONS DE CERVEAU DANS LA FOLIE.

M. Scipion Pinel lit un mémoire qui fait suite à ceux qu'il avait déjà présentés sur le même sujet à l'Académie. L'auteur reconnaît « dans la marche et dans le caractère des affections mentales deux séries de phénomènes qui correspondent aux caractères mêmes des lésions que l'on rencontre dans le cerveau : la première comprend toutes les folies marquées par l'exaspération, par l'état aigu des symptômes tels que la fureur, la manie, quelques monomanies; la seconde renferme toutes les débilités intellectuelles, soit partielles comme certaines mélancolies, soit générales comme la démence, l'imbécilité, l'idiotisme. Quoique ces derniers états soient presque toujours incurables, on ne doit pas néanmoins désespérer de les voir s'améliorer par un traitement hygiénique bien entendu, traitement dont les effets sont souvent plus heureux que ceux des médicamens.

CARBURE D'HYDROGÈNE.

M. Dumas lit un mémoire sur un nouveau carbure d'hydrogène qu'il a découvert. Nous ferons connaître prochainement les propriétés de ce corps et les circonstances dans lesquelles on l'obtient.

SÉANCE DU 2 MAI.

EXAMEN CHIMIQUE DE LA BANANE ET DE LA SÈVE DU BANANIER, SUIVI DE CONSIDÉRATIONS SUR LA CULTURE DE CETTE PLANTE; par M. BOUSSINGAULT.

Des différentes espèces de bananier qu'on trouve en Amérique, c'est celle qu'on désigne dans l'Amérique espagnole sous le nom de plantano harton (*musa paradisiaca* des botanistes), qui a été particulièrement l'objet des recherches de M. Boussingault. Son fruit, plus volumineux que dans toutes les autres espèces, a souvent 8 pouces de longueur, et il n'est pas rare d'en trouver plus de cent dans une même grappe, dont le poids atteint ainsi jusqu'à 40 kilogrammes.

La banane mûre a une saveur sucrée et très-légèrement acide.

L'alcool chaud lui enlève la partie sucrée et acide; la dissolution évaporée laisse un sirop qui cristallise difficilement. L'acide, qui est en très-petite quantité, est de l'acide malique; car le précipité qu'il forme dans l'acétate de plomb est facilement dissout par l'addition de quelques gouttes de vinaigre.

Le sirop obtenu par l'action de l'alcool se transforme presque en totalité en sucre cristallisé en le traitant convenablement par un lait de chaux.

De la pulpe de banane a été épuisée par l'eau froide; la liqueur mucilagineuse, portée à l'ébullition, se coagule en une matière azotée présentant les caractères de l'albumine végétale.

La dissolution, débarrassée de cet extrait coagulable, amenée à consistance d'extrait et ensuite traitée par l'alcool peu concentré, a laissé une matière qui a les propriétés de la gomme.

La pulpe épuisée par l'eau et l'alcool, il ne reste plus qu'une sorte de ligneux qui est assez abondant; ce résidu, soumis à la distillation sèche, donne un peu de carbonate d'ammoniaque, mais il est probable que l'azote provient des graines imparfaites très-nombreuses que la pulpe recouvre.

En faisant bouillir long-temps dans l'eau des bananes bien mûres, on obtient une gelée tremblante, et ainsi il est probable que le fruit contient de l'acide pectique.

La sève du bananier, à sa sortie de la plante, est aussi limpide que de l'eau; cependant, appliquée alors sur une étoffe de lin ou de coton, elle y forme bientôt une tache d'un gris jaune, qui, une fois fixée sur ces tissus, y adhère avec une telle force qu'il est impossible de l'enlever, soit à l'aide des acides, soit à l'aide des alcalis, de sorte qu'on peut se servir de ce suc pour marquer le linge. L'analyse chimique y fait reconnaître du tannin, de l'acide gallique, de l'acide acétique, du sel marin, des sels d'alumine, de chaux et de potasse.

La banane, lorsque son enveloppe est encore verte, présente une chair blanche et sans saveur. Une goutte de teinture d'iode placée sur cette chair y fait apparaître une tache bleue; la banane, dans cet état, contient de l'amidon et peut-être substituée au pain, à la pomme de terre, au maïs; dépouillée de son enveloppe et légèrement rôtie sur la cendre, on la sert à bien des tables en guise de pain. Dans les voyages, lorsqu'on doit faire un long trajet dans lequel on ne rencontrera pas d'habitations, on prépare, avec la banane prise à cet état de maturité, une sorte de biscuit très-commode à transporter. Après l'avoir pelée, on la met dans un four à pain fortement chauffé, où elle reste huit heures environ; elle y perd la moitié de son poids, devient dure, fragile, et peut alors se conserver très-long-temps sans altération. Pour s'en servir ensuite, on la met tremper, puis on la fait bouillir dans l'eau en y ajoutant quelques morceaux de viande séchée. On obtient ainsi une préparation très-nourrissante, et qui a un goût assez agréable quand la viande a été bien préparée.

La banane à l'état de maturité complète n'est plus farineuse; à mesure qu'elle mûrit, l'amidon se change en gomme, en sucre, et il se produit un acide; mais entre l'état farineux et l'état sucré, il y a un état intermédiaire sous lequel on consomme généralement ce fruit sur place. Sa saveur alors, soit qu'on la fasse rôtir ou cuire dans l'eau, se rapproche de celle de la châtaigne.

La banane entièrement mûre est aussi d'un usage très-général; coupée en morceaux et frite dans la graisse, son goût est à peu près celui de la pomme dans les beignets. Dans plusieurs provinces d'Amérique on dessèche au soleil les bananes très-mûres; convenablement préparées, elles se conservent et peuvent se transporter aussi bien que les figues sèches dont elles rappellent au reste la saveur.

On a voulu fabriquer de l'eau-de-vie avec la banane; on le peut, mais comme on a dans les pays où réussit le bananier la canne à sucre qui donne le même produit par un procédé beaucoup plus simple et moins coûteux, cette fabrication ne peut présenter d'autre intérêt que celui de la curiosité. Dans certaines fermes isolées et où il serait difficile de se procurer par achat du vinaigre, on en obtient de la banane. Pour cela on remplit un petit panier de bananes mûres (c'est ordinairement la figue banane que l'on choisit), il s'établit dans le fruit une fermentation alcoolique, et le vinaigre formé coule goutte à goutte dans un vase placé au-dessous du panier. Ce vinaigre est très-fort et d'un goût assez agréable.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 3 mai. — Présidence de M. Louyer-Willermay.

L'affluence des auditeurs est plus grande encore que la dernière fois, mais on remarque toujours des vides notables parmi les bancs des membres mêmes de l'Académie. M. Broussais est présent.

Après une correspondance de peu d'intérêt, M. Piorry demande la parole pour ajouter un fait à ceux qui ont été présentés touchant la coïncidence de l'hypertrophie du cœur et les affections cérébrales. Il s'agit d'un enfant de 9 ans, du sexe masculin, qui porte, dès sa plus jeune enfance, une hypertrophie du cœur; depuis deux ans il s'y est joint des accidens cérébraux qui ont enfin amené l'hémiplégie. L'hémiplégie persiste encore, et M. Piorry annonce que son malade est dans les bureaux de l'Académie où chacun pourra l'examiner.

M. le Président donne lecture du discours qu'il a adressé au roi à l'occasion de la fête de S. M.; la réponse du roi sera communiquée à l'Académie dans la prochaine séance.

L'ordre du jour est la discussion sur la phrénologie.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LA PHRÉNOLOGIE.

M. Rochoux lit un discours écrit en réponse à M. Broussais. Il reproche à M. Broussais d'avoir réfuté des objections qu'il n'avait pas présentées, et développé des opinions plus ou moins éloignées de la question telle qu'elle était posée. Il était inutile de revenir sur les divers instincts des animaux, chose vulgaire et connue de toute antiquité; inutile de vouloir prouver que l'organisation est la cause première de ces instincts, ce que personne ne nie. M. Broussais s'est appuyé sur l'anatomie comparée du cerveau des animaux pour éclairer la physiologie du cerveau de l'homme; c'est vouloir expliquer *obscurum per obscurius*. Il y a bien encore dans le discours de M. Broussais quelques épithètes plus ou moins académiques adressées à ses adversaires; cela ne saurait rien prouver. On se souvient que Gall en adressait de semblables à Hoffmann à propos de ses feuilletons; le docteur allemand allait même beaucoup plus loin, et s'appliquant les vers de Lefranc de Pompignan, il imprimait :

> Le dieu poursuivant sa carrière
> Versait des torrens de lumière
> Sur ses obscurs blasphémateurs.

Mais sans s'arrêter à ces remarques, M. Rochoux insiste particulièrement sur les concessions faites par M. Broussais. Il n'y a pas de démarcation tranchée entre les organes cérébraux! J'avais donc raison, dit M. Rochoux, d'assurer qu'il est aussi facile de trouver 30 ou 40 organes sur les circonvolutions du jéjunum ou de l'iléon qu'à la surface de l'encéphale. M. Broussais a reconnu que le cerveau peut agir en masse; or, il y a une opposition mortelle entre cette opinion et celle de la pluralité des organes.

M. Broussais a dit que l'on pouvait devenir assassin sans avoir l'organe du meurtre; que devient donc alors la logique? Est-on d'ailleurs d'accord sur le nombre des facultés? Des métaphysiciens en admettent jusqu'à 80; faudra-t-il admettre 80 organes? Tandis que d'une autre part les phrénologistes modernes hésitent à localiser et renient ainsi la doctrine de Gall; car la phrénologie n'est rien sans localisation.

M. le Président. La parole est à M. Amussat.

M. Amussat. M. Broussais serait peut-être bien aise de répondre, alors je lui céderais la parole.

M. Broussais. Je la prends volontiers.

Messieurs, dans la lecture que vient de faire M. Rochoux, je ne vois pas d'argumens substantiels. Beaucoup de lieux-communs, des plaisanteries, des déclamations; mais il y a toutefois des imputations qui ne sont pas justes et qu'il est utile de relever.

M. Rochoux trouve mal que j'aie insisté sur l'importance qu'il y a pour reconnaître le mode d'agir du cerveau, d'étudier les instincts des animaux; sous prétexte que ces instincts sont depuis longtemps connus. Sans doute ils le sont depuis longtemps; mais la preuve qu'il est encore utile d'y revenir, c'est que M. Rochoux qui les connaît bien, n'en tire pas cependant toutes les conséquences que nous en avons déduites.

Le point capital est celui ci : le cerveau agit-il en masse dans chacune de nos pensées, ou agit-il seulement d'une manière partielle? Certes, la question est difficile à résoudre, et peut-être même est-elle insoluble; mais il y a une foule de faits qui mettent sur la voie, et qui multiplient les données pour arriver à cette solution.

D'abord il est reconnu qu'une dépression considérable des organes cérébraux antérieurs chez l'homme entraîne l'abolition des facultés intellectuelles; ceci n'est pas contredit. Si l'on s'en rapportait à ce premier fait, il faudrait croire que l'intelligence est localisée dans cette partie antérieure, et que les autres parties n'y sont pour rien. La dépression des parties postérieures entraîne l'affaiblissement des sentimens, suivant les phrénologistes. Les phrénologistes en sont convaincus; leurs adversaires ne le sont pas, c'est qu'ils ont l'intelligence pour se défendre, et qu'ils peuvent faire valoir des raisons bonnes ou mauvaises. Il en est de même pour les parties latérales et pour les parties supérieures. Pour moi, comme phrénologiste, je suis convaincu que la dépression des parties supérieures exclut les sentimens élevés et moraux. Ceux qui ont intérêt à le nier, le nient. Aussi élève-t-on des doutes sur la brèche que fait éprouver à l'intelligence la dépression de ces diverses parties; il n'y a que la dépression des parties antérieures qui soit généralement reconnue; pourquoi? C'est que les imbécilles ne se défendent pas; c'est qu'on est alors idiot (on rit). C'est donc aux phrénologistes que l'on doit d'avoir appelé l'attention sur les dépressions des autres parties.

Un autre fait qui vient à l'appui du premier, ce sont les tendances invincibles; c'est là un fait incontestable, et les plaisanteries de qui que ce soit ne sauraient l'empêcher. Il est des individus qui volent, qui ont le penchant à la colère, qui se mettent en colère pour la cause la plus légère; les détails ici seraient fastidieux. Eh bien! c'est par là d'abord que Gall est entré dans la carrière phrénologique; il a constaté le rapport de ces tendances avec les saillies du cerveau. Maintenant demandez-moi si le cerveau tout entier a pris part aux idées qui ont mis cet homme en colère, je n'en sais rien. Toujours est-il qu'il y a là tendance invincible, qui empêche le cerveau de jouer l'air qu'il voudra, il faudrait être ennemi de la vérité et profondément sophiste pour le nier, pour nier que dans les familles il y a des individus bons et d'autres méchans; je n'insiste pas davantage. Ainsi, si le cerveau contribue en entier à toutes les pensées, il n'y contribue pas également dans toutes ses parties, et cela ne détruit pas les faits empiriques.

Ces tendances irrésistibles ressortent surtout chez les animaux, parce qu'ils n'ont ni l'intelligence, ni les autres penchans qui les contre-balancent chez l'homme. L'insecte va irrésistiblement sur les fleurs; comment cela? par l'action de son nerf optique et du lobe cérébral qui y répond. C'est là l'image de ce qui existe chez tous les animaux; certaines parties cérébrales plus développées aux dépens des autres. A mesure que les facultés s'étendent, le cerveau se développe davantage, jusqu'à ce qu'arrive l'intelligence; la gradation est nécessaire. il n'est donc pas inutile, il n'est donc pas niais de rappeler que l'instinct est une action du système nerveux qui détermine une certaine série d'actes.

Messieurs, sans nous arrêter aux animaux inférieurs, sur lesquels je ne suis pas si versé que si je m'étais occupé exclusivement d'anatomie comparée (mais j'en sais assez pour dire que les oiseaux ont un cervelet; car le cervelet existe toujours avec le cerveau et peut-être même avant le cerveau) (1); passons aux animaux supérieurs. Il faut ici de l'attention : car ce que M. Rochoux fait dire aux physiologistes n'est pas exact; il ne rend pas leurs idées, sans doute parce qu'il n'a pas pris le temps nécessaire pour les étudier. Il s'est étonné que les animaux supérieurs eussent des masses latérales, antérieures, postérieures, supérieures, comme l'homme; qu'un âne, par exemple, eût le cerveau fait comme un philosophe; et on a ri! (On rit.) Mais tous les rires ne sont pas de l'approbation; quant aux plaisanteries, j'admets celles qui sont bonnes; mais qu'elles soient bonnes et fondées; et il faut y mettre de la circonspection, sans quoi elles retombent sur leur auteur. J'avais dit : Ne riez pas trop de nous; car comme dit le proverbe : *rira bien qui rira le dernier!* (On rit.) Il est un rire de joie qui soulage l'attention; mais il faut tâcher de ne rire qu'après la preuve, et de ne pas substituer le ridicule à la preuve. Je reviens.

Il y a donc d'abord quatre masses positives, réelles; cela est vrai, et je ne l'ai jamais nié. S'étonnera-t-on de trouver des masses latérales considérables chez le mou-

(1) Cette parenthèse paraîtrait sans motif, si nous ne notions ici que M. Broussais s'est plaint au commencement de la séance, qu'un journal lui avait fait dire que les oiseaux n'ont pas de cervelet. Nous ignorons quel est ce journal; nous nous sommes convaincus du moins que l'erreur n'a été commise par aucun des journaux de médecine qui rendent compte habituellement des séances de l'Académie.

ton, chez le cheval, qui ne sont pas carnassiers, parce que Gall a placé là l'instinct de destruction? C'est que l'on a une fausse manière de voir; ces masses produisent les mouvemens nécessaires à la conservation de l'animal. Il faut pour vivre qu'il détruise, qu'il se défende, qu'il attaque; là donc est l'instinct du combat; et le mouton que l'on donne comme l'emblème de la douceur est continuellement à se battre. Pourquoi voulez-vous que cet organe qui existe chez le mâle, n'existe pas chez la femelle? Manger des végétaux, c'est détruire; boire de l'eau ce n'est pas détruire à la vérité; mais j'ai dit que ces masses présidaient aux mouvemens nécessaires à la conservation de l'animal; et fuir le danger, c'est se conserver aussi. Ne vous arrêtez pas à ces mots de Gall, *détruire*, *voler*; il a jeté les fondemens; mais beaucoup d'hommes observent et ajoutent à ses idées. Ces masses sont, suivant moi, destinées à provoquer les mouvemens nécessaires à l'alimentation; et plus ces mouvemens sont considérables, plus ces masses s'accroissent. Je soutiens que plus on ira, mieux cela sera constaté; et il en est de même chez l'homme; la localisation est ici parfaitement bien démontrée; et je ne sais pas par quel argument, par quel sophisme, par quelle plaisanterie on pourrait attaquer cela!

S'étonnera-t-on du développement des masses postérieures où l'on a placé les organes de la philogéniture, de l'habitation? Est-ce que cette faculté de l'homme n'existe pas chez les animaux? Je cite là des mots; mais ces mots sont des faits. On les rapporte à l'instinct; mais il faudrait savoir ce que c'est que l'instinct. Il n'est pas besoin d'insister ici; les animaux reconnaissent leur local; ils y reviennent; ils en chassent les animaux étrangers. On sait tout cela; mais il n'est pas oiseux de le répéter, puisqu'on nie le rapport de cette faculté des animaux avec celles de l'espèce humaine.

Je passe aux parties antérieures. S'étonnera-t-on de les voir développées chez les quadrupèdes? Mais il faut bien qu'ils aient la mémoire des lieux, le sentiment des distances, le calcul des résistances. Les coureurs, les sauteurs apprécient la distance avec une précision extraordinaire; ils jouent véritablement avec l'espace. Les animaux ont des idées, oui, des idées! et même d'une grande force; il leur fallait donc des masses antérieures, puisque les phrénologistes ont démontré que les idées siégent dans les masses antérieures. Ce sont là des choses parfaitement connues; et c'est à tort qu'on nous reproche de ne pas localiser. On localise, on admet toutes les facultés et tous les organes; seulement les délimitations précises sont fort difficiles.

En terminant sur ces parties antérieures, le jugement, la recherche des causes, les rapprochemens, ce qui distingue le plus l'homme, mais les chiens et d'autres quadrupèdes en ont une légère esquisse. Un chien, un chat savent bien s'ils doivent pousser une porte pour l'ouvrir; ils en font bien d'autres! (On rit.) Il serait trop long de tout décrire: on sait tous les calculs que font les oiseaux pour leur nid; bien plus, ceux qui ne savent pas le dissimuler, le rouge-gorge, le rossignol, sont appelés par leurs enfans des oiseaux *bêtes*. L'opinion du peuple a ici précédé et dirigé celle des savans. Donc il y a au moins chez les animaux une esquisse du jugement, sans doute ils ne l'ont pas aussi développée que nous; ils n'ont pas non plus le langage, aussi n'en ont-ils pas l'organe; et cependant ils en possèdent encore une esquisse; le chien connaît la valeur de vos paroles, et puis quelle différence entre les masses antérieures de l'homme et celles des animaux!

Arrivons aux parties supérieures. Les phrénologistes ont dit d'une manière trop absolue que les animaux n'ont pas de sentimens élevés. Moi, je crois qu'ils en ont; et parce que les avis diffèrent, concluerez-vous que la science n'existe pas? Voilà encore un argument de la force de M. Rochoux! (Murmures). Oui, les animaux ont leur orgueil, ils ont leur mépris comme vous. Qu'un petit cochet essaie de cocher une grande poule, elle prend un air fier et dédaigneux, et si elle est vaincue elle le bat pour se venger. Quand un chien de chasse s'aperçoit qu'il est avec un mauvais chasseur, il le méprise; si un cheval est confié à un mauvais cocher, il s'en moque! (On rit). Tout cela, messieurs, dépend des parties supérieures; et prouvez-moi le contraire!

La phrénologie est un vaste tableau d'observations dont le ridicule ne peut en rien ternir l'éclat.

La fermeté, la constance, la vénération (et non pas la théosophie, comme le disait Gall; l'idée de Dieu est un produit de l'intelligence, la vénération est un instinct naturel), toutes ces facultés existent chez les animaux. Le chien a de la vénération pour son maître; après son maître, pour ceux que son maître estime; après ceux-ci, la vénération diminue, et le sentiment décroît jusqu'à la haine et au mépris. Et allez nier à présent les faits, et dites que je fais un roman! Non, messieurs, c'est de l'histoire.

L'imagination, les animaux n'en manquent pas. Voyez un chien, quand il voit son maître prêt à l'emmener à la campagne, il saute, il a de la joie; il se représente les lieux qu'il va parcourir, les plaisirs qu'il va goûter. Ils ont aussi la bonté, le sentiment de l'imitation; qu'y a-t-il de plus positif? On croit que les animaux doivent tout à l'éducation, c'est une erreur: lisez seulement la fable de César et de Laridon, et vous verrez que La Fontaine avait reconnu le contraire. L'émulation existe, on n'en saurait douter. La justice, ils l'ont comme vous. Le chien que vous traitez mal s'en souvient; l'éléphant tue son cornac quand celui-ci le bat injustement. J'ai vu, moi, un cheval qui était doux pour tout le monde, saisir et mordre un cocher qui le battait. En un mot, l'esquisse de tous ces sentimens existe chez les animaux.

On a dit, en montrant des cerveaux de bœuf, de chien et de mouton, quel est celui qui conduit les autres? On croirait, au volume de son cerveau, que ce doit être le bœuf; pas du tout, c'est le chien qui a un cerveau plus petit. Il est facile de répondre. La masse cérébrale n'est pas seulement pour l'instinct et pour l'intelligence, mais aussi pour les masses musculaires. Voyez ces gros pédoncules cérébraux, ils viennent des masses latérales; car il faut bien que chaque instinct ait à la fois des fibres musculaires et des fibres nerveuses; cela est incontestable. Qui donc parmi les membres de cette Académie, parmi les médecins, doutera que ces gros faisceaux des pédoncules ne soient composés de fibres musculaires? Lorsque, dans l'apoplexie, des épanchemens se font au milieu des corps striés, des couches optiques, qu'y a-t-il de compromis? des muscles, l'intelligence demeure intacte. Il existe donc dans le cerveau une quantité de fibres uniquement destinées aux mouvemens: le bœuf ayant plus de masses musculaires, a aussi plus de ces fibres dans son cerveau: de là son plus grand volume. Et voilà ce sarcasme irréfragable tout facilement résolu! Il suffit que le chien, avec un plus petit cerveau, y ait plus d'intelligence pour qu'il mène le bœuf; de même qu'un homme prédominant par l'intelligence en mène un autre prédominant par les fibres musculaires.

On parle de faits contraires. Je réponds: Montrez-les! Nous sommes ici à discuter, messieurs; et parce que quelqu'un est parvenu à faire insérer dans un journal un article contre la phrénologie, cela prouve qu'il a de l'activité, du savoir-faire, des accointances; mais cela ne change rien à la marche lente et terrible de la science! Apportez vos faits, vos têtes! (Rire général.) On nous répond: mais vous voyez sur toutes ces têtes ce que nous n'y voyons pas! Oui; c'est là le nœud; mais pour dire que vous ne le voyez pas, vous êtes-vous suffisamment exercés à voir; vous êtes-vous autant que nous occupés de phrénologie?

Vous dites que nous sommes inconséquens, en admettant que l'éducation peut suppléer les masses cérébrales. Certes vous l'êtes bien davantage, vous pour qui l'éducation est tout. Il faut avoir en vérité bien peu d'objections à faire, bien peu de choses raisonnables à dire. (On rit.) Oui, quand le cerveau n'a pas de prédominance spéciale, il va comme il est dressé; cela n'est pas plaisant, mais simple. On sait ce qu'on a appris; on suit les exemples qu'on a reçus; ces faits sont vulgaires. Niez donc que les organes se fortifient; niez donc que les jeunes gens de 20 ans sortant du collége n'ont pas plus de cerveau en avant que d'autres hommes du même âge. J'ai cherché sur les militaires de notre armée, un développement du front comparable à celui de ces jeunes gens des écoles; je n'ai pas pu en rencontrer. Dira-t-on que je n'ai pas bien observé? Eh bien, le champ de l'observation est là; il faudra toujours bien y revenir; observez donc vous même. On voit donc que nous n'admettons pas que le cerveau ne soit qu'une seule masse; nous le divisons en masses spéciales; et si nous n'admettons pas à une ligne près les délimitations de Gall, nous sommes sur la voie de l'observation.

Je répondrai d'ailleurs si M. Rochoux trouve encore dans sa fécondité quelque argument tortueux (violens murmures); je tâcherai de les redresser si je puis.

M. Rochoux. Avant de rentrer dans la question, vous avez pu remarquer, messieurs, que les réponses de M. Broussais ne répondent à rien. Il me fait dire sans cesse ce que je n'ai pas dit; ce que j'ai dit, il le passe sous silence. Ainsi, parcequ'il y a dissentiment entre les phrénologistes, il m'accuse d'avoir avancé qu'il n'y a pas de science. Je n'ai rien dit de semblable. J'ai dit que, quand il s'agit de choses qui doivent tomber sous le sens, comme des bosses, et que l'on ne peut cependant pas les voir, la science qui en traite est excessivement douteuse.

M. Broussais a prétendu que les actes des animaux étaient réglés par leur organisation, mais sans doute; vous trouvez cette thèse établie très au long dans Plutarque. La question n'était pas bien posée ainsi; rétablissons-la. Je n'ai pas dit que le cerveau n'eût pas de parties différentes, ni qu'il agit en masse; j'ai pris Gall, et voici ce que dit Gall; il y a des organes isolés, en tel nombre, à telle place; et puis le cerveau agit en raison de sa masse et de son développement. Or, voilà ce que je combats. Sur les localisations de Gall, M. Broussais hésite lui-même; et cependant sans localisation il n'y a pas de phrénologie.

M. Broussais, vivement. Il ne s'agit pas de Gall... (Interruption. M. Amussat et M. Castel réclament la parole). Messieurs, seulement une petite réponse... Vous avez dit qu'il y avait inconséquence à avancer qu'on peut tuer sans avoir l'organe du meurtre, nous avons tous l'organe du meurtre. Pourquoi déplacez-vous la question?... Ce n'est pas à moi que vous apprendrez à rétablir les questions, allez!

— Des réclamations s'élèvent de toutes parts. M. le président donne la parole à M. Castel. M. Broussais quitte la séance. Un grand nombre d'auditeurs et d'académiciens quittent leurs places.

M. Castel lit, au milieu du bruit, un discours dont nous ne pouvons saisir que quelques passages. C'est à la sensibilité nerveuse que M. Castel rattache tous les phénomènes phrénologiques.

M. Adelon. J'ai demandé la parole pour émettre quelques remarques qui me paraissent de nature à simplifier la discussion. Un mot d'abord sur une assertion de M. Rochoux; il a dit, et c'est un de ses principaux argumens, que dans l'apoplexie, quelque soit le lieu de l'épanchement, l'ensemble souffre et les phénomènes généraux sont les mêmes. Cela n'est pas suffisamment exact. Plusieurs auteurs ont diagnostiqué l'apoplexie cérébelleuse, aux érections fortes qu'elle excitait chez les malades; voilà déjà un fait emprunté à l'histoire de l'apoplexie dont la phrénologie peut faire son profit. M. Récamier a cru remarquer aussi que l'épanchement dans les lobes antérieurs paralysait les muscles de la parole; voilà un second fait à joindre au premier. Mais envisageons la question d'un point de vue plus général.

Etablir qu'il faut un organe pour remplir une fonction, ce n'est pas là de la phrénologie. Dire que la forme du cerveau décide de la différence du caractère et des penchans des animaux, ce n'est pas encore de la phrénologie. De tout temps cela était admis; dans les temps modernes on a été plus loin; on a cherché. L'angle facial de Cooper, l'angle occipital de Daubenton; la mesure de l'aire du crâne par Cuvier, les lignes d'Oken et de Spix, sont autant d'essais tentés dans cette direction, les essais phrénologiques ne sont pas autre chose; et il n'est pas plus académique et scientifique d'entraver ces recherches, qu'il ne l'eût été de faire obstacle à ceux de Daubenton et de Camper. Mais il y a plus: depuis une cinquantaine d'années, il faut le reconnaître, toutes les conceptions, toutes les expériences tendent à pluraliser le système nerveux; la division en deux systèmes de Bichat, la classification des nerfs de Charles Bell, les expériences de M. Magendie, celles de MM. Foville, Flourens, etc.; et remarquez bien que je ne me fais point ici garant de la valeur de ces idées; je constate seulement la direction dans laquelle elles se sont suivies, et les encouragemens qu'on leur a décernés. Je demande maintenant s'il y a moins de différence entre une faculté d'idée et une faculté de penchant, qu'entre des mouvemens en avant et des mouvemens en arrière? Je conviens que dès qu'on pénètre dans le domaine de la psychologie, les difficultés s'accroissent; en effet, en physiologie, on ne conclut pas de l'organe à la fonction; il faut remonter de la fonction à l'organe. Or, la première difficulté est celle-ci; combien y a-t-il de fonctions ou de facultés cérébrales? quelles sont-elles? comment les désigner? Il est excessivement difficile de les spécifier; et cependant c'est là le point de départ obligé de la phrénologie. Comment surmonter cet obstacle? par l'étude, l'observation, les expériences; encore la difficulté est si forte, qu'il est à craindre que le problème ne soit insoluble ou du moins ne soit résolu de long temps. Le cerveau est caché à nos investigations immédiates; ses rapports avec le crâne ne sont pas les mêmes

chez les divers animaux ; et les différences de volume à saisir entre ces saillies seront toujours sujettes à contestations parce qu'elles sont infiniment petites. Mais, à raison de ces difficultés mêmes, il est donc téméraire de dire qu'on croit ou qu'on ne croit pas à la phrénologie. avant de l'avoir beaucoup étudiée. Cette étude demande un temps que ne peuvent lui accorder les médecins ; ils ont trop à faire ; et ce n'est pas à l'Académie qu'il appartient de s'occuper de cette discussion. (Oh! Oh!) Mais il ne fallait pas passer sous silence, mais il importait de relever cette assertion que la phrénologie est la plus grande mystification de l'époque.

La discussion est continuée à mardi prochain, et la séance est levée.

BIBLIOGRAPHIE.

NOUVEAU TRAITÉ DE PHARMACIE THÉORIQUE ET PRATIQUE, par E. SOUBEIRAN, chef de la pharmacie centrale des hôpitaux de Paris, etc. — Deux vol. in-8°. Paris, 1836. Chez Crochard, rue de l'Ecole-de-Médecine.

L'apparition d'un bon Traité de pharmacie ne saurait être un événement indifférent pour tout médecin qui s'occupe activement de thérapeutique, aujourd'hui surtout où l'on commence à sentir le besoin de ramener la médecine à son but essentiel, savoir : la guérison ou tout au moins le soulagement des malades. Pendant la période où l'anatomo-physiologisme a régné presque despotiquement sur les esprits (nous sommes d'ailleurs les premiers à reconnaître les véritables services qu'il a rendus à la science), la médecine semblait être plutôt l'art de formuler un diagnostic d'après les caractères anatomiques d'une maladie donnée, que l'art de traiter convenablement cette maladie ou toute autre. Aussi lorsqu'on avait assis le diagnostic sur des bases solides, lorsqu'on avait prédit le caractère de la lésion soupçonnée, il semblait qu'on n'avait plus qu'à se croiser les bras, que le rôle principal du médecin était terminé, et que le malade n'avait plus qu'à mourir ou compter sur le bénéfice de la nature pour se tirer d'affaire. Quant au traitement, après le traitement antiphlogistique déployé avec plus ou moins de vigueur suivant les cas, il semblait que rien ne restait plus à faire, parce qu'on n'était sûr de rien, et que ne pouvant physiologiquement expliquer l'effet de tel ou tel agent thérapeutique, on en concluait au moins à son inutilité, s'il n'était même frappé d'anathème comme essentiellement nuisible. De cet état de choses deux faits principaux sont ressortis : D'une part la généralité des médecins, et surtout la nouvelle génération médicale, a négligé comme à peu près indifférente et superflue l'étude de cette branche importante des sciences médicales qui a trait à la connaissance des substances médicamenteuses, aux préparations et au mode d'administration de ces substances. D'autre part, l'indifférence des médecins pour la matière médicale, le peu d'importance qu'ils attachaient ou semblaient attacher en général à leurs prescriptions, a influé d'une manière fâcheuse sur l'exercice de la pharmacie ; chacun a préparé les médicamens un peu à sa manière ; l'amour du gain d'une part, la négligence de l'autre, ont fait que les mêmes médicamens, qui partout devraient être identiques, sont au contraire parfois fort différemment préparés, composés ; et si, à ces premiers inconvéniens, on joint celui d'un code ou codex incomplet, et dont les formules sont quelquefois inexécutables, on concevra sans peine qu'une sorte d'anarchie doit exister à l'égard des préparations pharmaceutiques. C'est en effet ce qui a lieu. Or, si maintenant les médecins, sentant la nécessité de rentrer dans le champ de l'expérimentation, et d'agrandir le cercle dans lequel des vues systématiques exagérées les avait resserrés jusqu'ici, cherchent de toutes parts à reprendre certaines données thérapeutiques que les anciens avaient déjà fait connaître, ou à établir sur des faits la puissance et l'efficacité de certains agens nouveaux dans des cas bien déterminés, la première chose qu'ils aient à faire est de se mettre à l'étude de la matière médicale, et de se pénétrer de cette vérité peut-être trop généralement méconnue, savoir, qu'il ne s'agit pas de prescrire un remède, d'observer ses effets, et de conclure ensuite ; mais qu'il faut d'abord bien connaître le remède qu'on prescrit, être bien assuré de sa composition, de son mode de préparation, des altérations qu'il peut subir, et dans ce cas prévenir cet inconvénient. Puis après, se donner de garde d'attribuer au remède des effets ou des phénomènes qui peuvent en être indépendans. Ce n'est qu'après avoir observé toutes ces conditions qu'on peut conclure, et offrir aux autres des conclusions fondées et dignes de confiance.

Ces réflexions ne nous éloignent pas autant qu'on pourrait le croire d'abord de l'ouvrage de M. Soubeiran. J'avais besoin d'établir pour quels motifs un bon ouvrage de pharmacie devait aujourd'hui se recommander aux médecins, et pourquoi un ouvrage de ce genre qui, il y a quinze ans, n'eût été lu par personne, devait aujourd'hui être étudié par tous. Si ce que j'ai dit plus haut suffit pour prouver ce que j'ai voulu établir, il ne me reste plus qu'à faire l'analyse de l'ouvrage, analyse qui, d'ailleurs, me permettra d'ajouter çà et là de nouvelles preuves à celles que j'ai données déjà à ce sujet.

Le plan d'après lequel M. Soubeiran a composé son Traité de pharmacie, eût été à peu près indifférent, si ce traité n'avait eu pour but que de décrire les diverses opérations pharmaceutiques. Mais l'auteur a voulu faire mieux : il a fait, comme il le dit, un ouvrage pratique et un ouvrage d'étude ; et, sous ce dernier point de vue, le meilleur plan à suivre était celui qui permît au lecteur de marcher du simple au composé, de manière à ne s'occuper de l'étude d'un point quelconque qu'autant que les élémens qui le composent se trouvent déjà appris exactement. Partant de là, M. Soubeiran a divisé son ouvrage en quatre livres. Dans le premier l'auteur étudie d'abord les diverses préparations pharmaceutiques que l'on peut obtenir sans l'intermédiaire de corps nouveaux, et pour lesquelles l'emploi des agens mécaniques est suffisant. Telles sont les poudres, les pulpes, les fécules, les sucs ; puis viennent les préparations pour lesquelles il est nécessaire de faire intervenir un véhicule qui agit alors comme dissolvant, et dont la nature est variable, par exemple, l'alcool, l'eau, le vin, le vinaigre, les huiles, etc. Ces véhicules servent donc soit aux infusions ou aux décoctions, soit à la distillation, et dans ce dernier cas ne peuvent contenir que des principes volatilisables. Enfin ils servent encore à obtenir une série particulière de préparations pharmaceutiques, ce sont les extraits. Après avoir décrit ces quatre premiers ordres de médicamens, l'auteur parle de ceux dans lesquels le sucre est employé soit comme moyen de conservation, soit pour masquer un goût désagréable, souvent dans ce double but à la fois. Ce sont les saccharolés et les mellites. Dans un ordre à part viennent se ranger en suite une foule de préparations qui de leur nature échappent à une classification méthodique ; ce sont les espèces, les poudres composées, les bols, les pilules, les potions, les principaux électuaires, etc. Enfin les médicamens gras ou résineux, tels que les pommades, les onguens, et ceux qui, la plupart composés de diverses substances comme les précédens, sont particulièrement destinés à l'usage externe, tels que les collyres, les gargarismes, les cataplasmes, les fomentations ; les dentifrices, les linimens, les escarrotiques, composent les deux derniers ordres de cette classification, que nous ne pouvons ni approuver, ni blâmer en entier ; car si l'analogie a conduit, a établi les cinq ou six premiers ordres, cette analogie cesse complètement d'exister à l'égard des médicamens que l'auteur a réunis dans les derniers. Il y a loin en effet d'une potion à un électuaire ; plus loin d'une bougie au cérat de Galien, et plus loin encore d'un cataplasme à un dentifrice, d'un escarrotique à une douche, ou à un gargarisme, ou à une fumigation. Il nous semble que l'auteur aurait pu se contenter de décrire ces différens sujets, les uns après les autres, sans les partager en séries distinctes, puisque la plupart des sujets qui composent ces séries n'ont pour la plupart aucun rapport entre eux, relativement soit à la préparation, soit à l'usage qu'on en fait.

Après avoir exposé les principes qui régissent les diverses préparations pharmaceutiques, l'auteur consacre les trois derniers livres à l'étude spéciale de chaque substance médicamenteuse, tirée du règne végétal, animal ou minéral. Pour les substances végétales, l'auteur les a distribuées par familles naturelles, trouvant ainsi moyen de faire ressortir les analogies existant entre les produits végétaux provenant des plantes de la même famille. Pour les substances animales, il a suivi la classification méthodique des zoologistes. Enfin pour l'étude des substances minérales, la classification chimique se présentait naturellement ; mais M. Soubeiran l'a modifiée en ce sens que, s'appliquant à des substances médicamenteuses, sa classification devait réunir les corps ayant des propriétés médicales analogues. Ainsi, par exemple, à l'histoire du soufre se rattachent l'acide hydrosulfurique et les sulfures alcalins dont les propriétés offrent de l'analogie ; tandis qu'il en a écarté l'acide sulfurique et les sulfates, médicamens d'un ordre tout différent. Ainsi encore le chlore et les hydrochlorates, sont séparés par lui des chlorures métalliques et des chlorates ; ceux-ci ayant des propriétés et des usages tout différens de ceux reconnus aux premiers. Dans les considérations générales qui précèdent l'histoire des médicamens de cette classe, l'auteur a exposé les lois des combinaisons chimiques, et indiqué d'une manière succincte la théorie des proportions définies, ainsi que le tableau des corps simples rangés d'après leurs propriétés électro-positives ou négatives, les uns par rapport aux autres. Tel est, en abrégé, le plan de l'ouvrage de M. Soubeiran.

Si maintenant nous examinons l'ensemble de ce livre, nous ne pouvons que le recommander à l'attention des praticiens, sous le rapport de l'exactitude des indications et de l'importance des détails. Les détails sont indispensables dans un ouvrage de ce genre; et pour les donner, il faut qu'une longue expérience, une longue suite d'observations ait appris à préférer tel procédé à tel autre, en faisant connaître les motifs de cette préférence. Je n'en citerai pour preuve qu'un exemple entre mille, en le choisissant parmi les opérations les plus communes que font journellement exécuter les médecins, savoir les infusions et les décoctions. Ecoutons à ce sujet M. Soubeiran.

« L'infusion, dit-il, est le mode opératoire qui convient presque constamment : elle réussit tout aussi bien sur les substances d'un tissu dense, quand on a soin de les diviser. Elle agit promptement et efficacement sur les végétaux secs et dans l'état de fraîcheur, et leur fait éprouver peu de changement. Je l'ai vue presque constamment fournir des liqueurs plus sapides et plus odorantes que la macération, et laisser à l'évaporation une plus grande quantité d'extrait. La décoction est recommandée pour les matières denses qui sont difficilement pénétrées; mais cette opération doit être abandonnée dans un grand nombre de cas: 1° parce que les matières denses cèdent aussi bien leurs principes à l'infusion, pourvu qu'elles soient divisées; 2° parce que l'action de l'eau et de la chaleur au contact de l'air altère beaucoup de matières végétales, surtout la matière extractive; 3° parce que l'on obtient moins de produits d'une même matière traitée par décoction, que par infusion. Mais la décoction est indispensable lorsque les substances que l'on veut atteindre ne peuvent se dissoudre que par l'action plus ou moins prolongée de la chaleur; telles sont les semences des céréales; ou lorsque les matières que l'on doit dissoudre ne préexistent pas et ne se forment que par l'altération de quelques tissus. Telle est la formation de la gélatine par l'action prolongée de l'eau bouillante sur les membranes.

» Il arrive que la partie la plus active d'un médicament est insoluble dans l'eau, et ne peut s'y trouver qu'à la faveur d'autres principes. On doit alors soumettre le corps à une décoction prolongée; c'est par elle seulement qu'on parviendra à dissoudre quelques parcelles du principe médicamenteux. Ainsi on traitera par la décoction la racine de jalap, le bois de gaïac, qui doivent leurs propriétés à des substances résineuses. Il en sera de même du quinquina, lorsqu'on voudra avoir en dissolution la combinaison du rouge cinchonique avec les alcalis végétaux. »

Lorsque dans une tisane on fait entrer des sels, des acides, des sirops, il est convenable de ne les ajouter qu'après que la liqueur a été passée. Ces additions ne doivent pas contrarier la nature chimique ou une des principes médicamentaux. Ainsi l'acétate de plomb précipitera presque tous les principes immédiats des végétaux. Il en sera de même de la plupart des sels métalliques. L'addition d'un acide facilitera la dissolution des principes actifs du quinquina; un alcali, au contraire, en séparerait les bases alcalines végétales; tandis que, pour la rhubarbe, l'addition d'un alcali facilitera la dissolution d'une plus grande quantité de la matière résineuse purgative.

Des considérations de ce genre sont d'une haute importance relativement à la pratique médicale de tous les jours, de tous les instans. Le médecin qui ignore ou qui oublie les lois des réactions chimiques, s'expose à voir varier singulièrement les effets des médicamens qu'il emploie. Or, comment peut-on s'imaginer faire une thérapeutique rationnelle, et avoir tiré des faits des conclusions rigoureuses, si l'on n'a tenu compte de tous ces élémens divers, dont aucun n'est indifférent pour apprécier les effets thérapeutiques des médicamens sur l'économie? Sous ce rapport, l'ouvrage de M. Soubeiran se recommande aux médecins qui veulent se rendre compte de ce qu'ils font, et comprendre autant que possible la portée de leurs prescriptions. Quant aux pharmaciens, il serait à désirer qu'ils adoptassent en général les modes de préparations indiqués par M. Soubeiran, en attendant la publication du nouveau codex. L'auteur, en effet, a répété lui-même toutes les opérations pharmaceutiques qu'il décrit. Or, celles de ces opérations qui ne se trouvent pas dans l'ancien codex, ou à l'égard desquelles ce codex donne de mauvaises ou d'inexécutables formules, devraient être toutes répétées désormais par les pharmaciens, d'après les indications de M. Soubeiran (1). Il y aurait alors à cet égard harmonie entre les préparations de la pharmacie centrale des hôpitaux et les pharmacies de la ville; et les médecins n'auraient pas si souvent à se défier des résultats fournis par la pratique de la ville, comparés à celle des hôpitaux.

J.-C. Sabatier.

VARIÉTÉS.

— Notre honorable confrère M. le docteur Miquel, directeur du *Bulletin de Thérapeutique*, vient d'être nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— L'abondance des matières a retardé l'insertion de la note qui suit.

Le feuilleton de la Gazette médicale du 16 avril, en rendant compte de la réunion des médecins et chirurgiens des hôpitaux qui avait eu lieu la semaine précédente, a relaté des faits allégués dans la délibération, et au sujet desquels nous avons reçu des réclamations que nous devons également reproduire.

L'un des membres de l'assemblée, avions-nous dit, chirurgien d'un grand hôpital, a exposé qu'il avait été suspendu de ses fonctions par le conseil général, *sans avoir été entendu dans sa défense*. Voici les explications qui nous ont été communiquées sur ce premier point.

Le chirurgien dont il s'agit ne peut être que M. Gerdy, chirurgien de l'hôpital Saint-Louis.

Le membre du conseil général qui a la surveillance de cet hôpital, a été chargé d'instruire l'affaire concernant M. Gerdy, et d'en faire rapport au conseil.

Ce membre, M. Dupin, président de la chambre des députés, a instruit l'affaire avec le plus grand soin; il a entendu M. Gerdy et l'agent de surveillance, les témoins qu'ils ont produits, et c'est par suite de cette information scrupuleuse et contradictoire avec M. Gerdy, et sur le rapport qui lui en a été fait, que le conseil général a prononcé par une décision qui a été confirmée par le ministre.

Il avait été dit que chaque vieillard infirme admis à Bicêtre, coûte à l'administration 85 centimes par jour, et que sur ces 85 c., 40 ou 45 c. sont absorbés par les frais administratifs. Voici comment il faut rectifier ces chiffres.

La journée de chaque vieillard admis à Bicêtre, revient effectivement à 85 c. 49 millièmes, sur lesquels la portion de cet hospice dans les dépenses d'administration générale, s'élève à 5 c. 13 millimes.

Les frais d'appointemens, gages et salaires des agens, infirmiers, gens de service attachés à cet établissement, sont compris dans ce prix de journée pour 6 c. 58 millimes. Tous ces frais réunis s'élèveraient à 11 c. 71 millimes.

Ces chiffres sont exactement établis dans les comptes et budgets de l'administration des hospices, et imprimés chaque année.

— Par arrêté du 14 avril, une commission est chargée de rechercher et d'indiquer les améliorations que peut réclamer l'état actuel de la législation relative à l'enseignement et à l'exercice de la médecine en France.

Cette commission est composée de MM Orfila, doyen de l'école, président; Léonce Vincens, conseiller à la cour de cassation; Dubois père, doyen honoraire de l'Ecole de médecine de Paris; Pariset, secrétaire perpétuel de l'Académie de médecine; Andral fils, professeur à l'Ecole de médecine; Robiquet, membre de l'Académie de médecine; Lafont de Ladebat, chef de bureau au ministère du commerce; Hippolyte Royer Collard, chef de division au ministère de l'instruction publique; A. Donné, docteur en médecine, secrétaire. L'arrêté, en date du 25 décembre, est rapporté.

— Recherches sur l'encéphale, sa structure, ses fonctions et ses maladies, par Parchappe, médecin en chef de l'asile des aliénés de la Seine-Inférieure, professeur à l'école secondaire de médecine de Rouen. Premier mémoire, du volume de la tête et de l'encéphale chez l'homme. In-8° avec 42 tableaux, prix : 3 fr. 50 à la librairie des sciences médicales de Just Rouvier et E. Le Bouvier, 8, rue de l'Ecole de Médecine, 1836.

— M. le docteur Gaimard, au moment de son départ pour la seconde expédition destinée à la recherche de *la Lilloise*, a reçu du docteur Fiard une collection de ses tubes pneumatiques, chargés *du nouveau virus vaccin*, dans le but de constater les qualités de ce nouvel instrument pour la conservation de ce fluide.

(1) Il est une formule à l'égard de laquelle M. Soubeiran ne se trouve pas tout-à-fait d'accord avec d'autres auteurs : je veux parler de la formule du caustique de Vienne, destiné à remplacer si avantageusement la pierre à cautère, et dont l'emploi devient chaque jour plus familier. M. Soubeiran indique pour le composer parties égales de potasse à la chaux et de chaux vive finement pulvérisées. D'autres et notamment M. Trousseau (*Journ. des conn. méd. chir.*, n. 6. Décembre, 1835, p. 229) indiquent cinq parties de potasse à l'alcool et six parties de chaux vive. Ces deux formules sont assez distinctes pour en signaler la différence. Nous croyons devoir préférer la première qui est toute aussi bonne et moins dispendieuse; la potasse à l'alcool valant 24 fr. la livre, la potasse à la chaux, 2 fr. 50 c. (Voir la *Lancette* du 29 mars 1836.)

Le Rédacteur en chef, Jules Guérin.

PARIS. — IMPRIMERIE ÉVERAT ET COMPAGNIE, RUE DU CADRAN, N° 16.

N° 20. (TOME IV. — 1836.) SAMEDI 14 MAI 1836.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La Gazette médicale de Paris (*Gazette de santé* et *Clinique des hôpitaux* réunies) parait tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et équivaut à 6 feuilles in-8°. Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois. Pour l'Étranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Poissonnière*, n° 5, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

PATHOLOGIE CHIRURGICALE.

De l'épiploïte phlegmoneuse; par le docteur G. Goyrand, d'Aix, membre de l'Académie royale de médecine, etc.

L'épiploon est composé de feuillets membraneux, qui sont séparés les uns des autres par du tissu cellulaire et adipeux. Ces deux élémens bien distincts des épiploons, s'enflamment séparément, et l'épiploïte a un caractère bien différent suivant qu'elle affecte l'un ou l'autre de ces tissus. Attaque-t-elle les filets membraneux, on la voit s'étendre rapidement, les douleurs les plus vives l'accompagnent, les phénomènes sympathiques les plus effrayans se déclarent au même instant. Cette affection est alors une nuance de la péritonite aiguë; elle entraîne quelquefois la mort en 36 heures, souvent en trois ou quatre jours. Cette variété de l'épiploïte a été observée par tous les praticiens, par les chirurgiens, surtout à la suite des lésions physiques de l'épiploon, du débridement des hernies épiploïques (1); je n'ai point à m'en occuper. L'autre variété, que je nommerai épiploïte phlegmoneuse, attaque les couches cellulenses qui séparent les feuillets épiploïques. Celle-ci diffère de la précédente par son aspect et sa marche autant que par son siége. Elle est rare, et n'a pas encore, que je sache, fixé l'attention des praticiens. Cependant j'ai observé cette affection; j'ai trouvé dans les auteurs quelques faits qui s'y rattachent, et je crois pouvoir, d'après les observations qui sont à ma connaissance, en donner une description. Cette description sera imparfaite, sans doute; mais elle pourra éveiller l'attention des praticiens, et plus tard de nouveaux faits permettront de la compléter. Avant d'aborder la description de l'épiploïte phlegmoneuse, je vais mettre sous les yeux des lecteurs quelques faits que je crois pouvoir présenter comme des types de cette maladie.

Débridement d'une hernie entéro-épiplocèle; réduction de l'intestin; incision de l'épiploon; inflammation phlegmoneuse de toute la partie de l'épiploon gastro-colique, située au-dessous de l'arc du colon; suppuration de ce repli péritonéal; rupture de l'abcès dans l'intestin.

Obs. I. — M. Périer, jeune séminariste âgé de 23 ans, était atteint depuis sa première enfance d'une hernie congenitale (vaginale, Dupuytren) du côté gauche, qui ne se réduisait jamais completement. Ce jeune homme ne portait point de bandage. Le 26 décembre, dans un effort qu'il fait pour aller à selle, la hernie grossit tout-à coup et s'étrangle. Les accidens marchent rapidement, et je pratique l'opération le 27, à onze heures du matin, en présence de MM. les docteurs Guiran et Destros La hernie contient une grande masse d'épiploon et huit ou neuf pouces d'intestin grêle. Le doigt franchit l'anneau du grand oblique, où il est cependant à l'etroit, et est arrêté à huit ou dix lignes au-dessus, par le collet de la tunique vaginale. C'est là qu'est l'étranglement. Le débridement est difficile. L'anneau du grand oblique et le collet de la tunique vaginale incisés, j'attire au dehors la partie de l'intestin qui supportait l'étranglement, j'y trouve une forte stricture. L'intestin est injecte au dessus de l étranglement, d'un brun foncé au-

(1) Voyez Pott, Œuvres Chirurgicales, tome 1, page 426 et suiv. — Pouteau, Mélanges de chirurgie, page 217. — Verdier, Mem. de l'Acad. de chir., tome 3, in-4° page 73. — Pipelet, Mem. de l Acad. de chir. même vol. page 399.

Feuilleton.

Académie de médecine. — Discussions sur la phrénologie.

Dieu nous est témoin que nous sommes fatigués de la phrénologie en général et des phrénologistes en particulier. Nous croyons même que c'est depenser son temps en pure perte que d'agiter si sérieusement une chose si bouffonne. Mais enfin, puisque l'Academie de médecine juge à propos de consacrer à ces inintelligibles discussions trois seances consecutives qui seront probablement suivies de quelques autres, nous pouvons bien en faire autant sans crainte de compromettre notre dignité scientifique. D ailleurs « il est des temps de niaiser », comme dit le grand Pascal

C'est M. Broussais, comme on sait, qui a provoqué indirectement ces débats par son cours. Sans cette bruyante manifestation phrénologique, il n'est pas croyable que M. Rochoux se fût avisé d'aller trouver dans les foyers apoplectiques une occasion de soulever ce guêpier. Néanmoins il est juste de dire que M. Rochoux, homme d esprit très certainement et medecin recommandable, se donne assez volontiers le plaisir de la contradiction. Il a saisi ce prétexte avec la vivacité de son imagination hasardeuse, sans s'inquieter le moins du monde des conséquences. Il a dit son mot sur la phrenologie comme il le dit sur toutes choses, sans se gêner pour personne. Ce mot a été diversement répété. D'après les dernières explications, il paraîtrait qu'il s'est servi d'une expression plus douce que celle qui lui a été d'abord attribuée. Il aurait dit *mécompte* au lieu de *mystification*. Soit, il ne faut pas disputer des mots. Selon notre humble opinion, il aurait pu dire l'un et l'autre sans faire tort à la phrenologie. D'ailleurs le mecompte, tout modere qu'il est, n'a pas satisfait les phrenologues; ils prétendent que ce terme ne diffère pas foncièrement de l'autre, et qu'il en est presque le synonyme. M. Rochoux ne risquait donc rien à préferer la mystification. Nous avons nous-mêmes plus d une fois employé ce terme, qui nous semble parfaitement clair, juste et correct Quoi qu'il en soit, cette épithète a deplu à beaucoup de gens dans le sein de l'Académie et au dehors, et surtout à M. Broussais, qui est venu tout exprès à l'Academie où il n'avait pas paru depuis dix ans, pour reclamer contre cette imputation au nom de la science, au nom du bon sens, au nom de l humanité. Ce sont là de grands mots!

Son premier discours a été long. Il était rempli de vagues généralités, qui n'ont que médiocrement satisfait l'attente du public et surtout celle des phrénologistes, car toutes les thèses phrénologiques y étaient accompagnées d'antithèses correspondantes qui les annulaient. Ainsi, par exemple : — il y a un rapport entre les éminences du crâne et certaines facultes, mais ce rapport n'a pas été déter-

dessous; je le réduis sans difficulte. Reste au dehors l'épiploon. Celui-ci est souple, transparent, exempt d alteration; mais il adhère au sac et au testicule par des brides celluleuses solides. J'exerce des tractions sur cette membrane, comme pour en faire sortir une portion plus grande, elle resiste; évidemment elle adhère à l'intérieur du collet de la tunique vaginale. Je prends alors le parti de l'exciser. Je la deploie et la coupe à 8 ou 10 lignes au-dessous de la racine de la bernie; je lie quatre artères, je réunis la partie inferieure de la plaie par trois ou quatre points de suture entrecoupée, pour retenir le testicule dans le scrotum, et je laisse la partie supérieure de la plaie beante. Pansement simple.

Jusqu'à neuf heures du soir, le malade vomit chaque fois qu'il boit, la fièvre augmente, et persiste pendant la nuit et le lendemain. Trois saignées sont pratiquées en 36 heures, la première selle est rendue 30 heures aprés l'opération.

Le 29, le ventre libre et mou est cependant un peu douloureux à la pression; quelques coliques se font sentir au-dessus de la plaie; le malade les attribue au déplacement des gaz intestinaux.

Le 31, les coliques et la fièvre ont presque cessé; cependant, le ventre est toujours un peu sensible à la pression, l'appétit ne se pr nonce guère, le pouls est encore à 80 pulsations par minute. Cet état persiste et, le 9 janvier seulement, nous reconnaissons en palpant l'abdomen une tumeur qui, de l'ouverture abdominale debridée, remonte en s'élargissant dans l'abdomen, et se termine brusquement à la hauteur de l'ombilic, par un bord horizontal mesurant presque la largeur du ventre Cette tumeur n'est douloureuse qu'à la pression; quand on la deprime avec la main, la portion de l'epiploon restée dans la plaie éprouve un mouvement de retrait, qui indique assez que l'engorgement a son siége dans l'épiploon gastro-colique. La percussion mediate, exercée sur la tumeur, donne un son obscur qui indique que cette tumeur a une épaisseur considérable. Deux applications de vingt sangsues produisent un bon effet.

Le 20, le pouls est descendu à 60 pulsations, l'engorgement a beaucoup perdu de sa largeur, la percussion donne un son plus clair.

Le 29, la résolution a partout marche de la circonférence au centre. Au-dessus de la plaie, dans une étendue de trois travers de doigt, on ne trouve plus de trace de la tumeur; ce qui en reste encore ne forme plus qu'une plaque arrondie de la largeur de la paume de la main. Tout-à-coup, et sans cause appréciable, une douleur vive et poignante se fait sentir dans le ventre, à droite et au-dessous de la tumeur. Le malade se plaint en même temps de nausées, et vomit quelques gorgées de matières bilieuses. Du reste, il n est survenu aucun changement appréciable dans le pouls. (20 *sangsues sur le point douloureux, fomentations émollientes*)

Le 30, la douleur est presque disparue, la pression seule la réveille. (*Frictions mercuriales sur la tumeur et le point douloureux, cataplasmes émollients, position horizontale, repos parfait.*

Le 2 février, la percussion exercée avec beaucoup d'attention, donne un son tout-à-fait mat au centre de la tumeur. Je suis porté à en conclure que du pus s'est formé dans ce point. Dans la journée, le malade rend trois selles molles, peu copieuses, dans lesquelles on remarque des stries de sang, et quelques matières qu'on croit être du pus.

Le 3, en palpant avec soin, nous reconnaissons sous le muscle sterno-pubien gauche, au centre de la tumeur, on point de la largeur d'une pièce de 6 francs, qui se laisse deprimer, et qui est entouré de toutes parts de tissus durs. La percussion donne un son creux dans tous les points; il est evident qu'une collection purulente qui s'était formée au centre de la tumeur s'est ouverte dans l intestin

Les quatre jours suivans, nouvelles selles peu copieuses, et de même nature que celles du 2.

Le 11, la résolution a fait des progrès évidens. Le ramollissement des gencives nous oblige de suspendre l'usage des frictions mercurielles, nous remplaçons l'onguent napolitain par une pommade iodurée

21 fevrier. Depuis quelques jours les selles sont rares et sèches, les gencives se sont raffermies. (*Une pilule avec 2 grains de calomel et autant de savon médicinal matin et soir, à l'usage.*) Effet laxatif qui se continue les jours suivans.

Le 25, la plaie est entièrement cicatrisée.

Le 1er mars, il ne reste de la tumeur qu'un noyau de la largeur d'une pièce de 3 francs. M. Perrier se trouve très-bien, il exécute maintenant tous les mouvemens sans éprouver la moindre gène.

Le 10, il ne reste plus de traces de la tumeur; M. Perrier est entièrement guéri.

Les détails dans lesquels je viens d'entrer seraient inutiles et fastidieux dans la plupart des observations; mais dans ce cas je les crois utiles; ils ont mis le lecteur à même de suivre pas à pas la marche de l'épiploïte phlegmoneuse depuis son début jusqu'à sa terminaison, et d'apprécier la valeur des signes d'après lesquels peut être établi le diagnostic de cette maladie.

DÉBRIDEMENT D'UNE HERNIE CRURALE ÉTRANGLÉE; RÉDUCTION DE L'INTESTIN ET DE L'ÉPIPLOON TROUVÉS SAINS L'UN ET L'AUTRE; GUÉRISON APPARENTE; MORT LE 39e JOUR PAR SUITE DE LA RUPTURE D'UN ABCÈS DE L'ÉPIPLOON DANS LA CAVITÉ DU PÉRITOINE. (Arnaud, Traité des bernies, pag. 686).

OBS. II. — L'épiploon et les intestins furent réduits après l'opération, parce qu'ils se trouvèrent sains l'un et l'autre; point d'orage après l'opération. La cicatrice fut faite en cinq semaines, et le 39e jour, la malade alla à la messe, sans s'être aperçue d'aucune incommodité. De retour chez elle, elle sentit un besoin pressant d uriner et d'aller à la selle. Elle mourut subitement, dans la même heure, et sans agonie. A l'ouverture du cadavre, on trouva le bassin rempli d'une matière purulente, plus verte que blanche; l'epanchement s'en était fait par la partie inférieure de l épiploon; la place en était marquee par une poche pourrie, dont les lambeaux restaient adhérens aux intestins et à une circonvolution de l'iléon, à l'endroit de l'arcade crurale. La matière épanchée fut estimée aller à quatre ou cinq onces. Le reste de l'epiploon était entièrement fondu, et il ne fut pas possible de trouver le moindre vestige de ses membranes dans tout le reste de sa substance.

Qui méconnaîtra dans ce fait l'épiploïte phlegmoneuse? Elle s'est développée chez cette femme, comme chez M. Périer, sans douleur et sans symptômes généraux, et a été méconnue parce qu'aucun symptôme grave n'ayant donné l'éveil au chirurgien, celui-ci a sans doute négligé de palper l'abdomen. On remarquera que c'est le jour où la malade s'est livrée à de grands mouvemens, où elle est sortie pour la première fois, que la rupture de l'abcès a eu lieu. Arnaud attribue l'accident qui a fait périr sa malade à l'omission de la ligature de l'épiploon, et ne publie ce fait que pour prouver la nécessité de cette ligature dans tous les cas où, en opérant une hernie étranglée, on trouve de l'épiploon dans le sac. Etrange erreur que démontrent les observations suivantes.

EPIPLOÏTES PHLEGMONEUSES SURVENUES CHEZ DES CHIENS QUI AVAIENT ÉTÉ SOUMIS PAR PIPELET ET LOUIS A LA LIGATURE DE L'ÉPIPLOON. (Mémoire de Pipelet sur la ligature de l'épiploon, inséré parmi ceux de l'Académie royale de chirurgie, t. 3, p. 394, éd. in-4°.)

OBS. III. — La plupart des chiens qui ont été soumis à ces expériences, dit Pipelet, ont donne des marques de sensibilite lorsqu'on serrait la ligature. La ligature faite, j'ai retranché la portion d épiploon qui était au-dessous, et j'ai réduit dans le ventre la partie liée, avec la précaution prescrite par les auteurs de remuer et de secouer un peu l'animal. Les chiens les plus vigoureux ont eu l'air souffrant pendant deux ou trois jours. Ils ne marchaient point et ils mangeaient peu. Quelques-uns ont eu des vomissemens le premier jour seulement. Ceux auxquels nous avons laissé pendre l'epiploon hors de la plaie, sans y faire de ligature, ceux même dont nous avons manie rudement l'epiploon avant de le replacer dans le ventre, sans le lier, n'ont point perdu l'appetit; leur agilité ordinaire n'a paru que fort peu diminuee pendant le premier jour, et ils ont fait ensuite toutes leurs fonctions. La ligature tombait ordinairement le septième et le huitième jour. Les épiploons laissés dehors sans ligature se détachaient par portions, et la chute n'était complète qu'au bout de 15 ou 18 jours. J'ai nourri tous les animaux que j'ai soumis à mes expériences jusqu'à la cicatrice parfaite de la plaie du bas-ventre, ils paraissaient tous se bien porter. J'en ai fait l'ouverture, après les avoir fait étrangler: j'ai trouve constamment tous les épiploons qui n'avaient point été liés dans l'etat naturel, à l'exception d'une adhérence au péritoine dans

---

miné. Il est possible de reconnaitre les organes à travers les parois osseuses du crâne; *mais* nous ne savons pas ce que sont ces organes, ni s'il y a des organes. Le cerveau est régulier, *mais* la regularité n'es pas regulière. Il ne faut pas croire qu'il y ait un organe isole pour chaque faculté isolée; *mais* il faut croire en même temps que la difference numérique des facultés dans les animaux, dérive de la difference numérique des organes Les cerveaux des quadrupèdes sont semblables à celui de l'homme, et leurs facultés ne se ressemblent point: *mais* il n'en est pas moins certain que la difference de leurs facultés ne tient qu'a la difference de leurs cerveaux. L homme possède des facultés qui manquent aux animaux; *mais* les animaux possèdent toutes les facultés de l'homme. La phrénologie acquiert chaque jour de nouvelles forces et de nouveaux partisans, *mais* elle est méprisée par les grands hommes de notre époque, par les gens d'esprit et par les corps savans, etc., etc.

Voilà tout ce que la science, le bon sens et l'humanité ont pu inspirer de mieux à M. Broussais le premier jour. Quant à la phrénologie, nous ne savons trop ce qu'il en reste dans cette profession de foi, qui lui ôte d'une main ce qu'elle lui donne de l'autre. C'est une seconde edition du fameux manifeste de la societe phrénologique de l'an dernier, par lequel les phrénologistes faisaient savoir au monde que leur science serait un jour certainement démontrée, mais qu'en attendant ils ne savaient rien; ce qui ne les empêchait pas de soutenir, en finissant, que cette science problématique n'en était pas moins la pierre angulaire de toute philosophie, de toute morale, de toute politique. Il paraît que ce système d'argumentation a été déliberé dans le sein de la société. On ne peut nier qu'il ne soit extrêmement ingénieux et profondément logique.

M. Broussais, à la fin de ce discours, s'est plaint avec amertume de ce qu'on attaquait la phrénologie par le ridicule, et il a bien raison; car la phrénologie n'a pas de plus redoutable adversaire. Mais quelque deference qu'on ait pour M. Broussais, on ne peut pas se dessaisir de cette bonne arme uniquement pour lui être agreable. Il a pretendu en outre que le ridicule ne peut rien contre une science; cela est parfaitement juste encore, mais il ne s'agit point ici d'une science, il s'agit seulement de la phrenologie. Il a conseillé de renoncer aux injures; mais se moquer et rire un peu des gens et des systemes ridicules, ce n'est pas injurier. Le ridicule retombe toujours sur ceux qui l'emploient, dit-il, et pour le prouver il allègue sa propre expérience; cela arrive en effet quelquefois, mais dans le cas actuel, il n'y a rien à craindre, et on peut rire en toute sûreté de conscience. Quant à l'expérience que M. Broussais dit avoir faite sur lui-même, nous n'avons rien à objecter; il sait sans doute, mieux que personne, ce qu'il en est, et on doit s'en rapporter à lui.

Tel a été le premier acte de cette disputation.

M. Rochoux, à la deuxième séance, est arrivé avec une réponse écrite; il a d claré nettement qu il n'entendait pas reculer d une ligne, ni faire la moindre concession, attendu qu'en matière de science il n'y avait pas de milieu entre le faux et le vrai. Il a ajoute que M. Broussais n'ayant répondu à aucune de ses objections, et les ayant même implicitement confirmées en avouant qu'il n'y avait pas de démarcation tranchée entre les organes cérébraux, il ne lui restait rien autre à dire. Il y a eu de l'esprit dans cette réponse, mais rien de bien fort en raisonnement. Jusqu'ici les deux causes ont éte attaquées et defendues, il faut le dire, assez faiblement. Il nous semble que les phrenologistes devaient être poussés avec plus de vigueur; mais M. Rochoux s'est contenté de lancer quelques traits

l'endroit de la plaie, mais adhérence simple, sans dureté ni aucune autre disposition contre-nature. Quelque attention que j'aie prise dans la réduction de l'épiploon après la ligature, j'ai vu que l'adhérence à la partie intérieure de la plaie était la même; mais dans tous, sans exception, l'épiploon formait au-dessus de l'endroit que la ligature avait serré un corps calleux, sans inflammation, du volume d'un petit œuf dans ceux à qui la ligature avait embrassé une assez grande portion d'épiploon, moindre dans d'autres, à proportion de la quantité qui avait été liée. Ce tubercule que nous croyions simplement squirrheux et formé principalement par un amas de l'humeur adipeuse, contenait dans son centre un abcès bien caractérisé, rempli d'un pus épais et d'un blanc verdâtre.

L'accident survenu chez ces animaux ne diffère en rien de celui qui a fait périr la malade d'Arnaud, et de celui qui est venu retarder la guérison de l'abbé Périer. On remarquera que ces chiens n'ont donné des signes de douleur que pendant deux ou trois jours; qu'à l'époque où ils ont été sacrifiés, ils paraissaient tous se bien porter; qu'en un mot l'épiploïte était chez eux tout-à-fait latente. Aussi Pipelet ajoute-t-il : « Voilà donc des accidens consécutifs de la ligature, dont les mauvais effets ne se seraient manifestés que tardivement, et lorsqu'on aurait été dans la plus parfaite sécurité sur l'événement de l'opération. »

DESCRIPTION DE L'ÉPIPLOÏTE PHLEGMONEUSE.

Cette inflammation attaque ordinairement l'épiploon gastro-colique, parce que ce repli du péritoine est plus exposé que les épiploons colique et gastro-hépatique aux violences extérieures, et qu'il est plus souvent contenu dans les hernies. L'étendue de ce phlegmon varie beaucoup. Chez l'abbé Périer il occupait toute la partie du grand épiploon située au-dessous du colon transverse. Je l'ai vu n'affecter qu'une partie de l'épiploon qui avait été contuse dans la réduction d'une hernie après le débridement. L'épiploon peut s'enflammer dans un sac herniaire comme dans l'abdomen.

Les deux variétés de l'épiploïte ne sont pas aussi distinctes pour l'anatomiste que pour le pathologiste; ainsi une violente épiploïte membraneuse s'accompagne d'un épaississement phlegmoneux de plusieurs points de l'épiploon (1); et dans l'épiploïte phlegmoneuse les feuillets membraneux qui recouvrent le phlegmon subissent ce degré d'inflammation qui détermine des adhérences entre les surfaces séreuses. (Voy. obs. d'Arnaud). Mais l'épiploïte revêt un caractère tout différent, suivant que l'un ou l'autre des élémens de l'épiploon est plus spécialement affecté.

Le phlegmon épiploïque se déclare dans des circonstances assez variées : tantôt il n'est que la continuation du travail morbifique qui a commencé sous l'influence de l'étranglement. La contusion que peut avoir subie l'épiploon dans le taxis, les pressions qu'il supporte quelquefois pendant les manœuvres de la réduction après le débridement, l'action de la pelotte d'un bandage sur une portion de l'épiploon restée dans le sac herniaire, peuvent aussi donner lieu à cette inflammation. D'autres fois, l'irritation à laquelle est soumise une portion de l'épiploon laissée au-dehors après le débridement, se propage à la partie de ce repli péritonéal qui est restée dans le ventre. (V. obs. 1.) On conçoit très-bien les fâcheux résultats que pourront avoir des pansemens durs et irritans, dans les cas où la portion herniée de l'épiploon aura été laissée en totalité ou en partie dans la plaie. Enfin les expériences de Louis et Pipelet prouvent assez que la ligature de l'épiploon peut donner lieu à cet accident.

(1) Ponteau, *Mélanges de Chirurgie*, observation, page 217.

Les symptômes locaux de l'épiploïte phlegmoneuse sont la tumeur et la douleur. Le plus évident de ces symptômes, le seul caractéristique, est la tumeur : celle-ci a des limites bien distinctes. On apprécie facilement sa largeur en palpant l'abdomen. La percussion médiate peut être d'un grand secours pour en apprécier l'épaisseur (1); le son qu'elle donne à la percussion est d'autant plus obscur qu'elle a plus d'épaisseur. Chez le sujet de ma première observation, le son, assez clair vers la circonférence de la tumeur, devenait de plus en plus obscur à mesure qu'on percutait plus près de son centre.

Mais il faut convenir que les signes fournis par le toucher et la percussion ne seraient pas aussi distincts chez un sujet dont la paroi abdominale serait très-épaisse, et dont les intestins contiendraient peu de gaz.

Le phlegmon épiploïque est peu douloureux; il paraît qu'il fut indolent chez la malade d'Arnaud. M. Périer ne souffrait de sa tumeur que quand on la comprimait. Quant à la douleur poignante qu'il éprouva le 29 janvier à droite et au-dessous de son phlegmon, et qui fut accompagnée de nausées et de vomissemens, elle avait le caractère des douleurs de la péritonite, et ne tenait point à l'inflammation phlegmoneuse de l'épiploon, mais bien à une irritation très circonscrite du péritoine, occasionée peut-être par le tiraillement ou la destruction d'un des points d'adhérence qui s'étaient formés entre l'épiploon enflammé et les parties contiguës du péritoine.

Les dérangemens fonctionnels dont s'accompagne l'épiploïte phlegmoneuse n'ont rien de caractéristique : on les rencontre dans d'autres affections; ils ont leur siége dans l'appareil digestif, et résultent de la compression qu'éprouve l'intestin grêle de la part de la tumeur, et de la gêne qu'éprouve ce même organe dans ses contractions péristaltiques, par suite des adhérences qu'il a contractées avec l'épiploon. Chez M. Périer ces symptômes consistaient en une constipation, qui aurait aussi pu être l'effet du séjour au lit et de l'abstinence; quelques flatuosités, un léger ballonnement qui rendait les signes fournis par la percussion parfaitement distincts, et enfin des coliques qui se faisaient sentir plus vivement quelques heures après l'ingestion des alimens.

Cette maladie a ordinairement une marche assez lente, à moins qu'elle ne se développe sous l'influence d'une violente irritation locale, telle qu'un étranglement persistant, une forte contusion ou des déchirures; elle peut se terminer par résolution, par suppuration et peut-être par induration.

Le phlegmon épiploïque, lent à se développer, est aussi lent à se résoudre. Nous avons vu la résolution procéder de la circonférence au centre de la tumeur chez M. Périer. Les noyaux d'engorgement qui sont restés chez ce sujet après la suppuration, n'étaient pas encore entièrement disparus deux mois et demi après l'opération.

La suppuration paraît être le mode de terminaison le plus ordinaire

(1) J'exerce la percussion médiate sur mon doigt, jamais sur un plessimètre. Cet instrument donne lui-même à la percussion un son qui m'empêche de saisir bien distinctement les nuances de celui que donne la tumeur.

---

dont quelques-uns seuls ont frappé juste, tandis qu'il aurait pu les accabler sous une montagne d'argumens.

La parole a été prise sur-le-champ par M. Broussais, qui, dès les premières paroles, a trahi la tumultueuse tempête qui fermentait dans son sein. Elle a éclaté en flots de sarcasmes et en mouvemens nerveux, effets habituels du tempérament de l'orateur. Ce discours a été plus long encore que le précédent. M. Broussais, entre autres belles vérités, s'est attaché surtout à prouver à son bénévole auditoire que les bêtes sont des hommes, ou que les hommes sont des bêtes. Chacun est libre certainement de se faire un système à cet égard, mais celui-ci est peu flatteur pour notre espèce, et il n'est pas poli de l'exposer devant des êtres à deux pieds, sans plumes, qui sont Académiciens. Mais l'intérêt de la science doit passer avant toute autre considération. Or, la science, c'est-à-dire, dans le langage de ces messieurs, la phrénologie, avait besoin, pour le moment, de cette supposition. Les chiens, les moutons, les ânes et les bœufs étant incontestablement pourvus de masses antérieures et supérieures du cerveau, et ces masses représentant, dans le système organologique, les facultés supérieures de raison, de moralité et de religiosité, il faut admettre, pour conserver la régularité de l'hypothèse, que ces animaux possèdent ces facultés. Telle est la logique phrénologique; mais la logique ordinaire arrangerait un peu différemment le syllogisme, et dirait : Les animaux sont pourvus des éminences cérébrales qui, selon la phrénologie, président à tous les sentimens élevés de l'humanité; donc ces éminences cérébrales n'ont pas les fonctions que la phrénologie leur attribue. Les phrénologistes raisonnent autrement; et, comme on voit, n'ont pas peur des contradictions. Le système admet et doit admettre une différence originelle en nature et en nombre, entre les facultés des hommes et des animaux, puisqu'il n'est destiné qu'à expliquer les causes de cette différence; il doit admettre également la différence en nombre et en nature des organes cérébraux, puisqu'il subordonne toutes les variétés phénoménales à des variétés anatomiques correspondantes. La possibilité même des localisations suppose l'admission de ces prémisses. Gall restait dans les conditions de son hypothèse, en accordant exclusivement à l'homme sept ou huit organes et sept ou huit facultés correspondantes. M. Broussais en sort, au contraire, en substituant à cette différence numérique et spécifique une simple différence de degré; et en même temps qu'il est infidèle aux principes du maître, il annule la phrénologie même en supprimant le grand fait qu'elle prétend expliquer, savoir la diversité originelle des penchans, sentimens et facultés existant entre les espèces animales et entre les individus de chaque espèce. Nous conseillons fortement aux phrénologistes de repousser cette interprétation de leur doctrine, car, indépendamment de la contradiction logique fondamentale qu'elle renferme, elle conduirait à des conséquences de détail non moins fâcheuses. Si l'on réduisait en effet toutes les différences phénoménales à des différences de degrés entre les espèces, il s'ensuivrait, par exemple, que le mouton devrait faire de la métaphysique plus et mieux que l'homme, car il a les organes de la sagacité comparative et de la causalité plus développés, relativement aux autres parties du cerveau, que l'homme; à moins de prétendre que le volume n'est pour rien dans l'appréciation de l'énergie de la fonction, ce qui serait détruire également la possibilité des recherches phrénologiques, qui supposent nécessairement le rapport de l'activité à la quantité, quantité qui ne peut être appréciée que par le volume.

Dans toute la série de ses argumentations, M. Broussais n'a pas émis une proposition qui ne se réfute d'elle-même, et qui ne soit en contradiction avec les principes fondamentaux de la phrénologie. Citons-en un autre exemple. Gall avait

de l'épiploïte phlegmoneuse. Si la partie de l'épiploon qui s'enflamme est dans un sac herniaire, l'abcès qui s'y forme diffère à peine d'un abcès sous-cutané.

Obs. IV. — Une hernie crurale épiploïque volumineuse s'étrangle et ne peut plus être réduite; elle est bosselée, douloureuse, dure, ce qui évidemment indique l'inflammation de l'épiploon, la peau est rouge et le malade ressent des coliques. Néanmoins, les selles ne sont pas supprimées; il n'y a point de vomissemens. Ainsi, les phénomènes sont *presque locaux*, à quelques coliques près. Des saignées et des cataplasmes ne peuvent arrêter les accidens. Cependant, au bout d'un certain temps, les coliques paraissent diminuer; mais elles ne cessent pas entièrement. La douleur perd de son intensité, mais la tumeur conserve sa dureté. Trois jours après, la tumeur devient moins dure, puis fluctuante; la terminaison par suppuration est évidente; M. Dupuytren y plonge la pointe d'un bistouri. Une assez grande quantité de pus s'écoule par cette ouverture. Trois jours après l'ouverture de l'abcès, la suppuration est devenue moins abondante, et dix jours plus tard, la guérison est complète. (Jobert, Traité des maladies chirurgicales de l'appareil digestif, tome 2, page 181).

Si la portion de l'épiploon qui suppure est située derrière l'ouverture abdominale débridée, ce qui arrive quand l'inflammation attaque une partie de l'épiploon qui a été contuse par le taxis ou pendant la réduction, la suppuration pourra se faire jour par la plaie. Alors cet accident aggrave à peine l'état du malade.

Obs. V. — Le 6 avril 1832, nous opérâmes, avec M. le docteur Guiran, une hernie crurale étranglée depuis 36 heures. Nous trouvâmes dans le sac une assez grande masse d'épiploon, et une anse intestinale d'un brun foncé. Un débridement de deux ou trois lignes, pratiqué sur le bord tranchant du repli falciforme du fascia lata, nous permit de replacer l'intestin dans le ventre; mais pour réduire l'épiploon, il fallut pratiquer un second débridement sur le ligament de Gimbernat. Alors, l'épiploon rentra; la portion de ce repli péritonéal qui avait été réduite s'enflamma dans la fosse iliaque, et y forma une tumeur dure et d'apparence phlegmoneuse, qui n'était douloureuse qu'à la pression. Du 7e au 22e jour, cette tumeur fournit une abondante suppuration, qui s'écoula par l'ouverture crurale. Vers la fin du deuxième mois, la plaie était cicatrisée, et il n'existait plus de trace de la tumeur.

Dans ce dernier cas, le phlegmon épiploïque a marché plus rapidement que de coutume; il ne s'est point formé d'abcès, mais le pus s'est écoulé à mesure qu'il se formait. Ces particularités doivent, je crois, être attribuées à la contusion qu'a subie l'épiploon pendant la réduction, et peut-être à une mortification partielle du repli péritonéal, qui aura établi une libre communication du foyer phlegmoneux avec l'extérieur.

Si l'inflammation, se propageant de l'extérieur à l'intérieur, attaque une partie du grand épiploon située plus haut dans le ventre, son foyer n'est plus en communication avec l'extérieur. En ce cas, le pus s'accumule en un abcès situé entre l'ombilic et l'hypogastre. Cet abcès a son siége dans l'épaisseur de l'épiploon, qui a contracté des adhérences en avant avec la paroi abdominale, en arrière avec les circonvolutions de l'intestin grêle. Dans ce cas-là, à quels signes reconnaîtra-t-on que la collection purulente est formée? Si le foyer est vaste, on pourra sentir de la fluctuation; mais s'il a peu de largeur, et que la paroi abdominale ait une épaisseur considérable, ce signe manquera, comme chez M. Périer.

Les sensations que le malade éprouve du côté de son phlegmon sont si obscures, que je ne pense pas qu'on puisse compter sur les sensations de tension et de pesanteur dont un abcès est ordinairement le siége. Si on comptait sur l'empâtement des parois abdominales, souvent on l'attendrait en vain; le péritoine établit entre le foyer purulent et la paroi du ventre une séparation qui s'opposera le plus souvent à ce que cette altération survienne. Une membrane séreuse est pour une collection purulente une barrière bien plus difficile à franchir que la plus forte aponévrose. Celle-ci, en effet, dénudée vers sa face profonde par l'accumulation du pus, se nécrose quelquefois; si elle résiste à cette cause de mortification, le tissu cellulaire qui unit ses faisceaux fibreux participe à l'inflammation des tissus sous-jacens, et gagne ainsi l'extérieur par continuité de tissu. Il en est autrement des membranes séreuses. Ainsi, dans l'empyème même circonscrit, le pus se fraie difficilement une route vers la peau; et s'il traverse les parois de la poitrine, il n'arrive que fort tard au dehors.

On aurait tort de faire grand fond sur les symptômes généraux, pour arriver au diagnostic de la suppuration, dans l'épiploïte phlegmoneuse. Cette inflammation se développe sans réagir sur l'économie; sa terminaison par suppuration a aussi peu d'influence sur l'ensemble de l'organisme. L'abbé Périer n'a jamais éprouvé de frissons, quand son abcès se formait. Le malade d'Arnaud paraissait se porter à merveille avant la rupture de son abcès.

La percussion médiate exercée sur la tumeur pourra être d'un grand secours, pour arriver au diagnostic de la suppuration de l'épiploon. Tant que la tumeur épiploïque est solide, la percussion exercée sur elle donne un son plus ou moins obscur, suivant l'épaisseur de cette tumeur, mais qui indique toujours la présence des gaz dans les anses intestinales sous-jacentes. Quand, au contraire, il s'est accumulé du pus au devant des intestins, pour peu que le foyer ait d'épaisseur, la percussion exercée sur ce point donnera un son tout-à-fait mat. Ce signe ne m'a pas trompé chez M. Périer.

L'abcès formé, que deviendra le pus? J'ai dit combien il aurait de peine à se faire jour vers la peau. Ce serait, cependant, la terminaison la plus désirable. On a vu, chez l'abbé Périer, l'abcès s'ouvrir dans l'intestin, et la maladie se terminer d'une manière heureuse; mais dans ces cas-là en serait-il toujours ainsi? Si l'ouverture par laquelle le pus se fait jour dans l'intestin n'était pas très-étroite, qu'une communication facile s'établît entre cet intestin et la cavité de l'abcès, le passage des matières stercorales liquides ou gazeuses dans cette cavité ne pourrait-il pas occasioner des accidens graves? Enfin, l'observation d'Arnaud nous présente un cas de rupture de l'abcès dans la cavité péritonéale. Voilà ce qui peut arriver de plus fâcheux; la mort en est le résultat presque inévitable.

On voit, d'après ce que j'ai dit sur les différens modes de terminaison de l'épiploïte phlegmoneuse, combien cette maladie est grave, combien le médecin devra être réservé dans son pronostic, même en présence des symptômes généraux les plus rassurans.

TRAITEMENT.

Le chirurgien doit tâcher de prévenir l'épiploïte phlegmoneuse. Quand elle s'est déclarée, il doit la combattre énergiquement. On préviendra cet accident en éloignant toute cause d'irritation de l'épiploon, et ne replaçant pas dans le ventre une portion de ce repli péritonéal qui aura subi une altération considérable. L'étranglement fait quelquefois naître dans l'épiploon qui y est soumis une inflammation grave.

---

cru voir chez les animaux carnassiers un développement plus considérable du diamètre transversal du crâne que chez les herbivores. Il plaça en conséquence derrière et au-dessus du conduit auditif, un organe auquel il attribua l'instinct du *meurtre*, instinct évidemment nécessaire à tout animal destiné à se nourrir d'une proie vivante. Il crut aussi retrouver cette proéminence cérébrale chez les assassins. Spurzheim adopta l'organe, mais il en conçut la fonction d'une manière plus générale; il substitua au mot *meurtre* le mot *destructivité*. Il transforma le penchant à tuer en penchant à détruire, n'importe quoi, les êtres animés comme les êtres inanimés, un homme, une maison, un château de cartes. Spurzheim croyait perfectionner le système, mais de fait il en dénaturait l'esprit, et y jettait la confusion. Il changea ainsi toute la phraséologie de Gall, remplaçant les termes clairs et précis de son maître par des termes généraux, abstraits, équivoques, qui s'appliquent à une infinité de choses, et susceptibles de mille interprétations diverses. Les disciples ont abusé outre mesure et outre raison de cette élasticité de la terminologie. A force de modifier les dénominations des facultés pour leur donner un caractère général, qui peut rendre compte de toutes les variétés de leur action supposée, et correspondre à l'infinie diversité des manifestations individuelles; on a finit par leur ôter tout caractère positif, spécifique et distinctif, de manière à leur faire signifier tout ce qu'on veut. Un des exemples les plus curieux de ces transformations, est celui de l'organe et de la fonction de l'*orgueil*. Gall identifie l'orgueil de l'homme avec le penchant qui fait vivre certains animaux sur les montagnes et en général sur les hauteurs. Spurzheim sépare ces deux instincts; il nomme l'orgueil *amour-propre* et du *sens des hauteurs* il compose *l'habitativité*, (attachement au sol natal, etc.) Les Anglais reprennent cette *habitativité* en sous œuvre, et la transforment en faculté de *concentrativité* (*concentrativeness*), faculté universelle, destinée à concentrer les pensées et à augmenter l'intensité d'action de tous les autres organes; et c'est à la même protubérance cérébrale que ces habiles observateurs attribuent ces inconciliables, incompréhensibles et indéfinissables fonctions; le tout, disent-ils, confirmé par l'expérience. Autre exemple. La *mémoire des choses*, (terme non moins vague et inintelligible que les précédens) placé par Gall au-dessus de la racine du nez, est transformé par lui, après mûre réflexion, en *sens des choses*, ce qui n'en augmente guère la clarté. Spurzheim vient qui en fait deux organes et deux facultés qu'il place l'une au-dessus de l'autre; il appelle la supérieure *éventualité*, l'inférieure *individualité*. Ceci, comme on voit, se subtilise et se raffine singulièrement. M. G. Combes admet les deux facultés de Spurzheim, mais ne veut plus qu'un seul organe sous le nom d'*individualité*; seulement pour être en règle avec le principe phrénologique, il coupe cet organe en deux moitiés égales, auxquelles il distribue leur rôle dans la production du phénomène total. Enfin M. Welsh, non moins habile dans le *distinguo*, assure gravement que l'une de ces moitiés de l'*individualité* de M. Combes, n'est pas autre chose que la faculté de percevoir le *mouvement*; l'autre moitié servant à je ne sais plus trop quoi.

Presque tous les organes de Gall ont subi ces transformations, sans changer de place. Les nouveaux arrangemens admettent néanmoins qu'il a très-bien localisé les fonctions, bien qu'il n'ait pas découvert les vraies fonctions, et bien qu'en fait, la découverte des fonctions soit nécessairement antérieure à celle des organes. *Fiat lux!!*

Pour en revenir à la *destructivité* de Spurzheim, qui remplaça d'abord l'*instinct carnassier* de Gall, voici M. Broussais qui, au lieu d'un instinct de destruction, en fait un instinct de conservation, l'instinct de la défense et de l'ali-

J'ai trouvé p'usieurs fois dans mes npérations de bernies, ce repli du péritoine tout ecchymosé, épaissi, enduré, splénifié, par snite de l'infiltration du sang daus son tissu. Ces altérations étaient le résultat d'un taxis forcé. Si on replace daos le ventre une portion de l'épiploon ainsi altérée, l'inflammation qui s'en est déjà emparée y fera des progrès. Si l'épiploon est violemment contns, il s'enflammera inévitablemcnt, se gangrénera peut-être. Le taxis forcé, qui a été tant préconisé dans ces derniers temps, par un praticien d'ailleurs fort ingénieux et fort estimable, replacera sonvent dans le ventre des portions d'épiploon ayant subi de pareilles altérations; on conçoit quel pourra être, dans ces cas-là, le résultat de cette pratique.

Voici en peu de mots la conduite que devra tenir le praticien, dans l'opération de la hernie, pour prévenir l'accident dont nous nous occupons.

Si la portion d'épiploon comprise daus la bernie est saine, on la réduit; mais il faut la ménager, éviter avec soin de la contondre; pour cela, il faut faire à l'nuverture abdominale des débridemens suffisans. Si l'épiploon est adbérent par une grande partie de sa surface, s'il adbère au collet du sac; si, depuis longtemps irréductible, il est snrchargé de graisse, dégénéré, induré, marronné; s'il est gangréné, fortement ecebymosé, violemment enflammé, on se gardera bien de le rédnire. Dans ces cas, on peut ou l'exciser, on le laisser an-dehnrs. Cette dernière pratique avait été préconisée par Pnnteau (1), et a été, ensuite, adoptée par bien des praticiens; mais elle a l'inconvénient de laisser dans la plaie un corps qui doit eu retarder la guérison, et celui, plus grave encore, de laisser exposé à des causes puissantes d'irritation une portion de cette membrane dont l'inflammation pourra, par continuité de tissus, se pmpager dans le ventre. Je crnis que l'excision de l'épiploon doit mnins exposer à l'inflammatinn que la métbode de Pouteau. Il est vrai qu'un des faits que j'ai cités, semble peu favorable à la pratique que j'adopte, puisque l'inflammation s'est emparée de la portion de l'épiploon qui était restée dans le ventre après l'excision de celle qui était dans la hernie; mais si j'eusse laissé l'épiploon au debors, sans l'exciser, l'épiploïte ne serait-elle par survenue? Je crnis qu'elle eût eu lieu également, et tout ce qu'on peut conclure de ce fait, c'est que l'excision de l'épiploon ne préviendra pas toujours l'accident. On se gardera bien de lier l'épiploon avant de l'exciser; Louis, Pipelet, Pouteau et Pott ont assez démontré l'inutilité de cette ligature, et les dangers qu'elle entraîne. La meilleure manière d'exciser l'épiploon, est celle que Boyer avait adoptée, et qui est anjourd'bui mise en pratique par beaucoup de chirurgiens; elle consiste à bien déployer la toile épiploïque avant de l'exciser, et à la couper à petits coups de ciseaux, d'un bord à l'autre, en liant on en tordant les artères à mesure qu'on les nuvre. Si la portion d'épiploon qui reste ensuite dans la plaie est saine et libre d'adbérences, on la réduit, en retenant toutefois les fils au dehors, si nn a lié les artères. Si, après avoir excisé l'épiploon, on est obligé de laisser une petite portion de cette membrane à la partie supérieure de la plaie, nn devra faire un pansement très-doux, ne pas soumettre ces lambcaux de l'épiploon à une compression toujours irritaute. On rapprochera donc les bords de la plaie de manière à recouvrir ces lambeanx. On couvrira la plaie d'une compresse fenêtrée enduite de cérat, par dessus laquelle on placera des plumaceaux mollets, et cet appareil sera fixé par un bandage simple et seulement contentif.

Si, malgré cette conduite rationnelle, l'épiploïte se déclare, que fera le chirnrgien?

Le traitement anti-phlogistique est le seul convenable en ce cas. Comme l'épiploïte phlegmoneuse s'accompagne rarement de fièvre, la saignée générale ne sera pas ordinairement nécessaire; mais on devra attaquer énergiquement cette inflammation par les applications réitérées de sangsues en grand nnmbre. On aura en même temps recours aux cataplasmes émolliens, aux fomentations et aux lavemens de même nature. Le malade sera soumis à un régime léger. Quand l'inflammation arrivera à sa période décroissante, on pourra bâter sa résulution par l'usage des fondans et des doux purgatifs. Les frictions avec l'onguent mercuriel nu les pommades iodurées, l'usage intérieur du calomel pourront être utiles alors. Pendant toute la durée de l'épiplnïte, le malade devra éviter avec soin tous les grands mouvemens qui pourraient avnir pour résultat les tiraillemens de l'épiploon, et la destruction des adhérences encore faibles que ce repli du péritoine a contractées en s'enflammant.

Si un abcès se forme dans l'épiploon, le repos le plus complet sera d'une nécessité absolue. C'est le jour que la malade d'Arnand sortit pour la première fois, que son abcès s'ouvrit dans le péritnine. Ce que j'ai dit de la difficulté avec laquelle l'abcès se fera jonr au-debors, et la fin imprévue de la malade d'Arnaud autorisent, je crois, suffisamment daus ces cas-là une conduite bardie. Quand le chirurgien reconnaîtra que la collection purulente est formée, il devra donner issue au pus par l'incision de la parnï abdominale. Il est inutile de dire que les plus grandes précautions seront nécessaires dans cette npératinn. L'incisinn de la peau devra avoir une assez grande étendue; les autres couches seront divisées l'une après l'autre, de debors en dedans. Cette incision fera de l'épiploïte supparée une affection presque aussi simple qu'un abcès situé dans toute autre partie. La surface des parois du foyer n'a plus aucun des caractères vitaux du péritoine nu de l'épiploon, l'accès de l'air n'y sera pas plus nuisible que dans tout autre abcès. On trouvera peut-être mon conseil téméraire; mais que l'on considère que, pour un observateur attentif, l'erreur relativement à l'existence de l'abcès épiploïque serait difficile. Dans les cas où la fluctuation ne sera pas sensible, la matité du son donné par la percussion, succédant à une sonoréité distincte, sera un signe presque infaillible. Enfin, que si on n'ouvre pas cet abcès, le malade reste exposé à la rupture que fit périr la malade d'Arnaud; et si l'abcès s'ouvre dans l'intestin, la communication qui s'établira entre la cavité intestinale et le foyer purulent n'entraînera-t-elle pas plns de danger que l'incision de la parni du ventre et l'accès de l'air dans ce foyer?

— Hospice de la Vieillesse-Hommes (Bicêtre). Cours de médecine clinique sur les maladies du système nerveux. M. Ferrus, médecin, chargé du service des aliénés à l'hospice de la Vieillesse (hommes), commencera ce cours, le lundi, 16 mai 1836, à 3 heures de l'après-midi à l'hôpital Sainte-Anne, (annexe de l'hospice de Bicêtre), près la barrière de la Santé : il le continuera dans ce local, les lundis et vendredis, à la même heure; les jeudis et dimanches, à 8 heures du matin, l'hospice de Bicêtre. Dans ce dernier hospice, les conférences cliniques ne commenceront que le jeudi 26 mai.

---

(1) Mémoire cité et œuvres po tumes.

---

mentation, au moyen de quoi il explique victorieusement pourquoi le cheval et le mouton ont les masses latérales du cerveau très-considérables; parce que, dit-il très-ingénieusement, manger c'est détru re, et se défendre c'est se battre. Outre toutes les malheureuses consequences générales et particulières de cette nouvelle détermination, qui sautent aux yeux, il en est une à laquelle M. Broussais n'a pas fait attention, c'est qu'elle rend inutiles au moins deux organes forts importans et qui ont passé jusqu'ici pour très-authentiques, savoir : l'organe de la défense de s oi même (*courage*, *combattivité*), comme on voudra l'appeler, et celui de *l'alimentivité* qui, pour être d'invention récente, est pourtant très-sortable. Voilà donc deux cases vides dans le crâne.

Une dernière observation sur cet incomparable disconrs. M. Bronssais prétend que la masse absolue du cerveau ne prouve rien, et qu'un cerveau de chien peut être plus intelligent qu'un cerveau de bœuf. Cette proposition serait phrénologiquement très-contestable; mais admettons-la pour la commodité de la discussion. Mais si le cerveau de chien et le cerveau de bœuf sont semblables dans les proportions relatives de leurs parties, comment expliquer la différence des intelligences? Rien de plus aisé d'après M. Bronssais; il suffit de dire que l'encéphale n'est pas destiné uniquement à produire des actes moraux et intellectuels, mais encore des mouvemens musculaires. Or, pour mouvoir de gros muscles il faut de plus gros nerfs, ou beaucoup plus de petits nerfs que pour mouvoir des muscles moindres, et voilà pourquoi le cerveau du bœuf est plus gros que celui du chien sans être plus intelligent. Voilà qui est très-hien. Mais si les muscles du bœuf ont besoin de nerfs, ceux du chien peuvent-ils s'en passer? et si une partie des fibres cérébrales dans un de ces animaux est étrangère aux actes moraux, n'en est il pas de même dans l'autre? Voilà certes une plaisante distinetion !!! et si la dimension du cerveau doit correspondre à la masse des muscles, comme il faut l'admettre pour être conséquent, comment se fait-il que le bœuf, trois fois plus gros que l'homme, ait cependant le cerveau plus petit; et réciproquement, que le dauphin de beaucoup plus petit que la girafe, ait de beaucoup le cerveau plus grand? M. Broussais aurait-il un moyen de distinguer nettement dans la masse totale encéphalique les parties exclusivement innervatrices, des parties exclusivement intellectuelles? S'il l'a, qu'il le fasse connaître, et il aura résolu une partie du problème des localisations? et s'il ne l'a pas, comme il le sait de reste, il fera bien de renoncer à ces explications puériles indignes d'être présentées à des hommes raisonnables.

Et M. Broussais s'étonne et se plaint du ridicule! Et de quoi donc sera-t-il permis de rire, si ces imaginations physiologico-psychologiques doivent être respectées? Il n'y a que les choses sérieuses qui méritent d'être traitées sérieusement. Suffit-il de mettre en avant une hypothèse décorée des grands mots d'observation et d'expérience, mais en réalité chimérique, pour réclamer l'attention exclusive du public et des savans? Peut-on raisonnablement exiger que nous perdions notre temps à étudier des théories que le plus simple examen des faits réfute? Que les phrénologistes commencent par se mettre d'accord entre eux, qu'ils tâchent d'exposer nettement, sans équivoques, sans subterfuges et sans contradictions leur doctrine s'ils en ont une, et alors on consentira volontiers à apprécier la valeur de leurs travaux.

M. Adelon a très-bien senti l'inutilité de cette discussion; les quelques paroles qu'il a prononcées auraient dû motiver un ordre du jour qui n'a pas même été mis aux voix.

OPHTHALMOLOGIE.

CONFÉRENCES CLINIQUES ET THÉORIQUES D'OPHTHAMOLOGIE de M. SICHEL, recueillies et publiées par AL. GRAND-BOULOGNE, D.-M. P.

Élève de M. Sichel, nous pensons rendre un véritable service aux amis de la science, en reproduisant ici les parties principales de son enseignement; on retrouvera dans ce travail sinon l'ophthalmologie tout entière, au moins tout ce qui peut provoquer le désir de connaître tout ce qui peut intéresser vivement, tout ce que les affections des yeux renferment de plus remarquable et de plus digne d'observation.

Le principal caractère de l'enseignement de M. Sichel consiste dans une grande justesse d'idées, un esprit méthodique et philosophique, une précision remarquable et surtout une application constante de la pathologie des yeux à la pathologie générale, ainsi qu'il l'a déclaré lui-même dans son mémoire sur l'ophthalmie rhumatismale. M. Sichel tient à montrer quelle est la dignité de l'ophthalmologie. Tous ses efforts ont pour but d'éclairer cette science et de « lui faire reprendre en France le rang qu'elle mérite parmi les parties de l'art de guérir; en France sa première patrie, où elle a été créée par les Saint-Yves, les Janin, les Maître-Jan, et où elle n'a été injustement négligée, sans doute, que parce qu'on en a méconnu la véritable portée et qu'on l'a confondu avec ce qu'on appelle d'ordinaire une *spécialité* médicale, nom qui ne saurait la bien designer puisque, loin de s'occuper exclusivement des affections chirurgicales ou médicales de certains organes, elle embrasse au contraire en entier le vaste champ de la nosologie et de la thérapeutique médico-chirurgicales. » *Mémoire sur l'ophthalmie rhumatismale*, p. 21.

Élève et ancien chef de clinique du professeur Jæger de Vienne, M. Sichel appartient à l'école ophthalmologique fondée par l'illustre Beer. Mais plusieurs principes que l'on pouvait contester comme appuyés sur des bases illusoires, ont, grâce à ses travaux, acquis une force et une certitude désormais incontestables. De même que l'école allemande, M. Sichel, notre l'inflammation simple, admet la phlegmasie développée sous l'influence de causes spéciales; mais, loin de croire à la série interminable d'ophthalmies (ou sous-entendons par ophthalmie l'inflammation d'une ou plusieurs partie de l'œil) imaginées par Beer et ses disciples, il les réduit à quelques chefs principaux autour desquels viennent se grouper toutes les variétés composant le cadre nosologique de l'ophthalmologie. Nous verrons plus tard sur quel ensemble de preuves s'appuient ces principes qu'ici nous ne faisons qu'indiquer.

Existe-t-il des ophthalmies spéciales ou spécifiques? En France et surtout dans notre école, le scepticisme médical est poussé si loin, que la plupart des vérités ne peuvent se faire jour dans la science qu'à travers des difficultés infinies. L'ophthalmologie en est un exemple des plus frappans; il n'est pas de critique plus amère que celle que nous entendons chaque jour dans la bouche de nos maîtres au sujet des travaux des pathologistes allemands, sur les affections de l'œil et de ses dépendances. On sait qu'une doctrine célèbre a tenté chez nous de renverser les idées de nos devanciers sur toutes les affections dites spécifiques, telles que scrofules, rhumatisme, arthritis, syphilis, etc. Bien qu'aujourd'hui on échappe singulièrement à l'influence de cette doctrine, il est certain que ces noms effarouchent encore la plupart de ceux qui, chez nous, font loi dans la science; et je ne doute pas que l'épithète de scrophuleuse, arthritique et rhumatismale, jointe au nom générique ophthalmie, n'ait porté, dans notre école, un préjudice très-grave à la pathologie des yeux. Si nous avions le loisir de discuter ici les causes de cet étrange préjugé, il nous serait facile de prouver qu'elles tiennent à une grande absence de logique et de philosophie, ou mieux encore, à un éloignement inconcevable pour les idées abstraites. On ne veut admettre que les choses qui frappent les regards, ce qui veut dire en d'autres termes que l'on se borne actuellement à l'observation brutale. Voyez les travaux récens de nos physiologistes, ou bien encore ceux de la plupart des pathologistes modernes: ils nous apprennent comment se contracte l'œsophage, le mécanisme du vomissement, le jeu de la fibre musculaire, la couleur du chyle, sa composition chimique, l'espace de temps qui s'écoule entre sa formation et l'ingestion des alimens dans le tube digestif; ils nous apprennent encore la forme, le volume et le nombre des tubercules renfermés dans un poumon, la couleur et la consistance du squirrhe, l'anatomie fine d'une tumeur; mais des propriétés vitales et de leurs altérations, à peine quelques mots. Que si un pathologiste malencontreux, après avoir attentivement observé un groupe de symptômes, une série de faits paraissant intimement liés, crée à leur sujet une abstraction, et rappelle cet ensemble par un seul mot, tel que rhumatisme, goutte, scrophule, ceux qui ne voient partout que surexcitation vasculaire et congestion sanguine, lui adressent aussitôt cette interpellation étrange; mais cet être que vous appelez rhumatisme, l'avez-vous vu? En vérité ne pourrait-on leur demander s'ils ont vu l'attraction, l'affinité, etc.? Je ne veux pas pousser plus loin ces considérations, quoiqu'elles se rattachent singulièrement à la question des ophthalmies. Nous tenons en effet à prouver qu'il existe des ophthalmies scrophuleuses, catarrhales, rhumatismales, etc.; or, il faut avant tout que nos lecteurs sachent bien que nous n'attachons à ces termes aucune signification d'êtres matériels. Pour nous l'affection scrophuleuse n'est qu'une manière d'être de l'économie, de même l'affection rhumatismale, de même l'arthritis, etc.; et nous devons ajouter que ces noms nous importent peu, pourvu cependant qu'ils soient remplacés par des expressions auxquelles se rattachent les mêmes idées.

Mais il ne suffit pas de supposer admise l'existence des affections arthritiques, rhumatismales, scrophuleuses, il faut prouver que les yeux subissent leur influence, il faut prouver qu'il est à cet égard une méthode de diagnostic appuyée sur des solides bases; car la plupart de nos pathologistes traitent de chimères les prétentions de l'école ophthalmologique de Vienne. Or, comment arriver à la vérité? par l'observation et le raisonnement.

Prenons pour exemple la conjonctive et ses inflammations. Si l'observation nous démontre qu'entre deux affections de ce genre il existe des différences relatives à la forme, la marche, la durée et le traitement, ne devons nous pas conclure que ce sont là deux maladies différentes, et non pas deux degrés de la même affection? Que si, poussant plus loin nos investigations, nous reconnaissons que chacune de ces ophthalmies coïncide presque constamment avec un certain état général, ou bien encore avec certaines influences extérieures, certaines causes morbides

---

Les débats ont recommencé dans la dernière séance; ils se sont ouverts par un discours improvisé de M. Amussat.

M. Amussat ne s'est pas beaucoup occupé de phrénologie, ainsi qu'il le dit lui-même avec la sincérité la plus louable; mais, dans quelques momens dérobés à ses études chirurgicales, il a jeté les yeux sur cette science, qui lui a procuré beaucoup de satisfaction. Il s'est bientôt convaincu que c'était là une chose admirable, et qui méritait d'être encouragée. Il vient en conséquence, quoiqu'indigne, prêter l'appui de sa faible voix à la vérité méconnue. Mais, comme les raisonnemens ne prouvent rien, il pense que les preuves de faits positives, matérielles et directes doivent être préférées. Or, comme on nie l'existence des organes cérébraux, il a apporté quelques têtes où ces organes sont écrits en caractères si lisibles, qu'à moins d'être aveugle il est impossible de ne pas les voir. La première tête est celle de *Fieschi*. M. Amussat déclare que cette tête est précisément ce qu'elle devait être, et c'est là une vérité incontestable. Nous nous attendions à un commentaire détaillé de ce crâne comparé au moral connu, ou supposé connu, de ce personnage, mais M. Amussat s'est contenté de dire que les organes de l'amour-propre et de la vanité étaient très-saillans, ce qui, d'après lui, est suffisant pour expliquer tout l'homme *intus et in cute*. M. Amussat se trompe ici de plusieurs manières. Premièrement, les organes en question, bien loin de proéminer sur le crâne de Fieschi, présentent une dépression. M. Amussat a confondu ces organes avec ceux de l'habitativité et de la philogéniture, qui sont en effet très-saillans. Voilà donc un fait qui n'est pas un fait. Secondement, la saillie de ces organes existât-elle, elle n'expliquerait nullement la vie de Fieschi, ni ses crimes, ni ses passions, ni ses qualités. De la vanité toute seule on ne peut déduire un scélérat, non plus qu'un grand homme; on ne peut encore moins en déduire une nature morale aussi compliquée que celle de ce bandit. M. Amussat n'a pas même essayé cette analyse; il s'est borné à dire que ce crâne convenait parfaitement à l'individu, ce qui ne signifie rien, et qu'il était remarquable par la saillie de la vanité, ce qui n'est pas. La seconde tête était celle du général Foy, remarquable surtout par le développement du diamètre latéral, ou en termes phrénologiques, des organes de la ruse, de la destruction, du vol, de l'instinct carnassier. M. Amussat a trouvé cette organisation juste et convenable dans un homme de guerre; il l'aurait trouvée tout aussi belle dans un voleur assassin. Il n'est d'ailleurs entré dans aucun détail et nous n'avons pu parvenir à comprendre, ni ce qu'il voulait dire, ni encore moins ce qu'il voulait démontrer. Les preuves de faits irrésistibles sur l'existence des organes n'ont donc rien prouvé.

M. Amussat a terminé son discours par une allocution pathétique; il nous a conjuré tous et en particulier M. Murat, son maître vénéré, M. Pariset, et M. Rochoux, d'aller nous promener dans une collection phrénologique, persuadé, dit-il, que nous y trouverions un agrément infini et beaucoup de consolation. Cette allocution, dite d'un ton de voix pénétré, et avec un accent rempli d'émotion, a produit un grand effet.

M. Ferrus, homme d'esprit, de goût et de sens, quoique phrénologiste, a essayé ensuite d'éclairer la discussion par quelques faits tirés de ses propres observations à la prison de Bicêtre. Nous ne pouvons que louer son langage plein de convenance et de tact, sa discussion fine et délicate; mais ses observations nous semblent manquer des garanties réclamées par une sévère méthode expérimentale.

La parole est enfin revenue à M. Rochoux, qui a riposté aux feux croisés de ses adversaires, avec verve et esprit; mais la discussion des faits allégués

dont un examen attentif nous démontre l'existence, ne sera-ce pas une raison presque suffisante pour leur affecter à chacune une dénomination spéciale ou caractéristique? Que conclurons-nous enfin, si les agens thérapeutiques employés en vertu du diagnostic que nous aurons établi, produisent les résultats que notre raisonnement attendait; et si de semblables observations se répètent, non pas vingt fois, non pas cent fois, mais plus de mille fois, ne devons-nous pas admettre qu'il existe au moins deux espèces de conjonctivite. Eh bien! c'est ainsi que l'on a constaté l'existence des ophthalmies spécifiques; c'est ainsi que les pathologistes allemands ont fondé cette importante vérité. Mais l'école de Vienne n'a pas tout observé; elle a exagéré l'importance de certains faits, négligé d'en indiquer d'autres; elle a surtout singulièrement grossi le nombre des ophthalmies. Aussi M. Sichel a-t-il imposé de justes limites à leur nomenclature. Quoi qu'il en soit, la théorie subsiste, et l'on ne peut en reprocher aux Allemands qu'une application exagérée. Comme eux, M. Sichel établit en principe qu'à certaines formes, certains symptômes, il est possible de reconnaître la nature des ophthalmies; c'est de leur diagnostic différentiel que nous allons maintenant nous occuper; mais avant tout il convient d'exposer et d'établir leur classification.

De la classification des ophthalmies. « Il serait utile qu'on parvînt, pour la nosologie médicale, à fonder un système semblable à celui qui est généralement adopté en histoire naturelle. Un tel système, qui exclut la définition des maladies et n'en admet que la description, serait basé sur tous les caractères réunis de chaque maladie. (Mémoire cité.) » Eh bien! à ce sujet, nous ferons une sérieuse réflexion; c'est qu'en pathologie comme dans toutes les sciences naturelles, les nosologistes marchent constamment entre deux écueils qu'il est important de signaler. Ces deux écueils résultent nécessairement du double travail intellectuel qui préside toujours aux classifications. Généraliser et spécifier, tel est le but de tous les observateurs qui s'efforcent de grouper les faits et de les rassembler pour ainsi dire en famille. Les uns, doués d'une grande faculté de généraliser, mais dépourvus de cette religieuse patience si nécessaire à celui qui interroge la nature, ramènent tous les individus à un si petit nombre de types, que les genres et les espèces étant presque complètement méconnus, à peine reconnaissent-ils quelques grandes familles dans lesquelles viennent se ranger une multitude d'êtres qu'un œil véritablement observateur n'aurait jamais confondus. Les autres, au contraire, armés d'un microscope physique *ou moral*, observent tous les faits à un immense grossissement; aucune circonstance ne leur échappe; habiles à distinguer des caractères nouveaux, ils multiplient à l'infini les genres et les espèces, et finissent par reconnaître autant de types que d'individualités. Combien de pathologistes tombent dans l'un ou l'autre de ces extrêmes, et quelle force de logique est nécessaire pour savoir complètement les éviter! Dans notre école où les doctrines dites physiologiques ont pris naissance, on méconnaît singulièrement les espèces; et les nosologistes s'exercent à réduire à quelques types toutes les individualités pathologiques. L'école de Vienne, au contraire, attache à l'étude de la spécialité une importance extrême. Pour nos pathologistes, la plupart des ophthalmies ne sont que des variétés de la même affection; pour l'école de Vienne, suivie par la plupart des ophthalmologistes allemands, chaque signe extérieur, chaque symptôme suffisent pour signaler une ophthalmie spéciale ou spécifique; de telle sorte que leur diagnostic différentiel étant fondé sur des caractères plus ou moins fugitifs, et surtout singulièrement disséminés, leur classification est souvent illusoire, et leur appréciation toujours d'une difficulté extrême. Evitant ce double écueil, M. Sichel n'a ni trop généralisé, ni trop spécifié. Dans le principe, de même que la plupart des pathologistes de Vienne, il reconnut que les formes des ophthalmies pouvaient varier à l'infini; mais loin d'admettre aussitôt toutes les espèces reconnues avant lui, il examina avec une scrupuleuse attention si, parmi ces affections si nombreuses, plusieurs n'appartenaient pas à un seul et même type. Il remarqua bientôt que les divisions et subdivisions établies par les auteurs tenaient quelquefois à leur inexpérience, et souvent à leur tendance à considérer comme cause ce qui n'était qu'une simple coïncidence. Ainsi l'on avait admis l'ophthalmie dartreuse, plusieurs ophthalmies psoriques, sept ou huit espèces d'ophthalmies scrophuleuses, etc., etc.; et cela sur la foi de simples commémoratifs unis à quelques signes peu essentiels et peu caractéristiques. A force d'observer, M. Sichel ayant reconnu la source de l'erreur, son principal but fut désormais de fixer rigoureusement les causes auxquelles peuvent se rapporter toutes les ophthalmies spéciales, et de rechercher les caractères principaux auxquels on peut les reconnaître. Il vit que la muqueuse oculaire était fréquemment affectée sous l'influence des causes qui président au développement des inflammations catarrhales; que la fibreuse participait souvent aux affections rhumatismales; il vit la muqueuse et la fibreuse s'enflammer à la fois chez les individus arthritiques, et cette phlegmasie résister aux agens de guérison avec la même opiniâtreté que les inflammations goutteuses; il vit des ophthalmies fréquentes se développer chez les sujets lymphatiques, se présenter avec des périodes nombreuses d'accroissement et de déclin, disparaître quelques jours, et se renouveler avec une ténacité remarquable. Il reconnut encore que les congestions abdominales n'étaient pas étrangères à l'état pléthorique d'une ou plusieurs membranes entrant dans la composition de l'œil. Ce n'est pas tout, l'observation l'amena bientôt à découvrir que l'inflammation d'un ou de plusieurs parties de l'œil ne subissait pas toujours l'influence d'une cause unique; que la disposition rhumatismale pouvait exister en même temps que la diathèse scrophuleuse, d'où résultait une véritable combinaison de trois élémens morbifiques, inflammation, rhumatisme, scrophule. Dès-lors, les discussions établies entre les divers ophthalmologues furent admirablement éclairées. En effet, tel auteur ayant à décrire une ophthalmie spéciale combinée, la catharro-scrophuleuse, par exemple, accordait à la scrophuleuse des caractères qui appartiennent essentiellement à la catarrhale, et *vice versâ*. De là des contestations interminables, et une obscurité fâcheuse jetée sur l'histoire des ophthalmies, avec les principes de M. Sichel. A de semblables erreurs sont désormais impossibles. En effet, chaque ophthalmie spéciale se composant: 1° de l'élément inflammatoire; 2° d'une ou plusieurs causes particulières susceptibles d'imprimer à la phlegmasie une modification quelconque; étant ensuite doués des caractères physiques auxquels ces causes particulières ne peuvent être méconnues, on doit constamment arriver à un diagnostic certain.

Nombre et nomenclature des causes spéciales auxquelles se rapportent les ophthalmies. M. Sichel admet six causes spéciales de l'ophthalmie, catarrhale, scrophuleuse, rhumatismale, arthritique, abdomi-

auraient exigé plus de méthode et plus de rigueur; il s'est borné le plus souvent à des généralités, tandis qu'avec les phrénologistes il faut toujours avoir un crâne à la main. Il aurait pu, par exemple, s'emparer des deux têtes exhibées par M. Amussat, et montrer qu'elles étaient des preuves manifestes de la vanité des classifications et localisations phrénologiques. Ne leur parlez pas philosophie, car ils se font gloire de n'y rien comprendre, et en ceci, ils disent vrai. Mais apportez vos têtes, puisqu'ils le veulent, ou bien, contentez-vous des leurs, car on n'a pas besoin de choisir. Cette méthode est la seule qui convienne avec ces disputeurs éternels. Nous l'employons constamment et avec quelque succès nous-mêmes depuis long-temps.

En terminant, je ne peux m'empêcher de faire une dernière réflexion. Jamais on n'a tant parlé d'observations, d'expériences et de méthode que dans notre siècle. On croit généralement que la science s'est débarrassée complètement et pour toujours des préjugés de tout genre qui couvraient le moyen âge, et qu'elle ne marche aujourd'hui qu'avec le flambeau de Bacon et de Newton à la main, ne reconnaissant d'autre autorité que celle des faits. C'est là sa prétention, il est vrai; mais en réalité, il n'en est rien. La phrénologie et plusieurs autres doctrines extra-scientifiques du temps sont une preuve du contraire. Tel qui se rit de l'astrologie et s'étonne que cette chimère ait figuré parmi les vérités scientifiques, croit fermement à l'homœopathie ou à la phrénologie, sans se douter le moins du monde qu'il croit sans preuves suffisantes. Il est vrai qu'il allègue les faits, l'expérience, l'observation; mais l'astrologie, la métoposcopie, la chiromancie, étaient aussi un produit de l'expérience; ces sciences étaient réputées des sciences de faits, et n'avaient de crédit qu'à ce titre. Voilà M. Broussais, cet infatigable sceptique, qui, après avoir nié tout ce qui avait été dit et cru en médecine depuis Hippocrate au mépris de l'autorité de trente siècles et des plus grands génies, adopte de toutes pièces une hypothèse physiologique inventée il y a à peine trente ans par un médecin allemand, hypothèse rejetée par tous les anatomistes, physiologistes et philosophes de quelque renom, et, dans tous les cas, aussi conjecturale que les doctrines animistes ou chémiatriques; et non-seulement il l'adopte, mais il s'en fait le champion enthousiaste, et traite presque comme des insensés ceux qui refusent d'y croire. M. Amussat, chirurgien habile, anatomiste distingué, qui, pour rien au monde, ne voudrait admettre que l'urètre de l'homme est courbe, ne fait aucune difficulté de croire que le cerveau de l'homme est composé de trente-trois organes distincts, ayant des fonctions spéciales et bien déterminées; que ces organes sont visibles à travers les parois du crâne, et il affirme les voir sur la tête de Fieschi; tout en convenant néanmoins qu'il a à peine jeté les yeux sur ce système, qui, d'après M. Bouillaud, ne pourra guère être achevé et amené à sa perfection que dans trois ou quatre cents ans. Non, l'esprit de crédulité de nos ancêtres n'est point mort; il règne non-seulement parmi le peuple, mais encore parmi les savans. Notre siècle a aussi ses sciences occultes, comme les siècles passés; les formes seules et le langage ont changé. On prend volontiers en pitié ces naturalistes des 15[e] et 16[e] siècles, qui préféraient l'autorité d'Aristote et de Galien à celle de leurs yeux. Mais les sectateurs de Gall nous offrent absolument le même phénomène. Comment ce grand homme, disent-ils, qui a passé sa vie entière à observer, aurait-il pu se tromper aussi grossièrement? Oui, Gall était certainement un très-habile et très-savant homme, mais, ainsi que la plupart des esprits généralisateurs et actifs, la théorie a devancé chez lui l'expérience; il avait formulé tout son système philosophique, bien avant d'avoir recueilli toutes les observations dont il l'a appuyé dans la suite. C'est du haut de

nale, syphilitique. C'est dans l'histoire particulière de chacune de ces ophthalmies que nous prouverons l'existence réelle des causes qu'ici nous ne faisons qu'indiquer.

De leur diagnostic différentiel. Mais il ne suffit pas de proclamer l'existence de ces causes, il faut encore apprendre à les reconnaître à quelques caractères siégeant sur l'organe affecté. En effet, quoique dans la grande majorité des cas la préexistence des causes spécifiques puisse être assez bien établie, on ne peut nier que les commémoratifs ne manquent quelquefois; et cela ne doit pas nous surprendre. Exemple : le rhumatisme qui sévit particulièrement sur les membranes fibreuses, attaque primitivement tantôt l'articulation du genou, tantôt celle du coude, tantôt le péricarde; et pourquoi la fibreuse oculaire ne serait-elle jamais elle-même primitivement affectée? En nous apprenant à reconnaître à des signes physiques l'influence rhumatismale, arthritique ou catarrhale, M. Sichel rendait un véritable service à la science.

Celui qui pour la première fois jette un regard sur les malades qui se présentent à une consultation ophthalmologique, ne voit que des yeux enflammés; rougeur de la conjonctive, injection plus ou moins confluente des vaisseaux qui la parcourent; ulcère de la cornée, décoloration de l'iris, photophobie, sécrétion muqueuse, tels sont les seuls caractères qui provoquent d'abord son attention. Étonné de la confusion qui semble régner dans ces nombreuses affections, s'il observe avec application et persévérance, s'il interroge tous les symptômes avec détails, s'il étudie la forme, la direction, la couleur des vaisseaux, il remarquera bientôt qu'entre deux injections il existe souvent des différences notables. Ainsi tantôt la conjonctive tout entière paraîtra rouge, tuméfiée, parcourue par des vaisseaux peu flexueux, prenant naissance sur la paupière et se terminant à quelque distance de la cornée; tantôt certaines parties, quelquefois les deux tiers du globe oculaire, conserveront leur aspect normal, tandis que l'on remarquera dans le reste de son étendue, une ou plusieurs plaques triangulaires, d'un rouge-foncé, et surmontées de pustules jaunâtres; quelquefois la cornée paraîtra entourée d'une auréole de vaisseaux roses rectilignes, sans anastomoses; d'autres conjonctives seront parcourues par des vaisseaux rouges, bleuâtres, gros, variqueux, souvent repliés sur eux-mêmes, et formant à quelque distance de la cornée un cercle caractéristique; aidé de l'expérience du maître l'élève reconnaîtra bientôt que chacune de ces formes se reproduit plus particulièrement chez certains individus, sous l'influence de certaines causes, et avec un corollaire de symptômes à peu près constans; comparant ensuite l'administration des divers moyens thérapeutiques, il en verra modifier l'emploi avec chaque espèce d'ophthalmie; antiphlogistiques d'une part, de l'autre agens spéciaux ou spécifiques, quelquefois modificateurs de l'économie tout entière, mais toujours indiqués par certains signes, certains symptômes qu'il est impossible de méconnaître; et dès lors il sera initié aux *mystères de l'ophthalmologie.* Nous allons voir maintenant combien ces mystères sont faciles à pénétrer.

On doit, dit M. Sichel, distinguer en pathologie deux espèces de symptômes. Les uns se rattachent « quelquefois à des altérations organiques qui deviennent apparentes, d'autres fois à des lésions fonctionnelles, qui sont en rapport direct avec des altérations organiques. » Il les appelle symptômes objectifs. Les autres ne consistent qu'en certaines sensations plus ou moins obscures que ressent le malade, et » que le médecin n'a aucun moyen d'apprécier, ce sont les symptômes » subjectifs. » (Mémoire sur l'ophthalmie rhumatismale, p. 8.) Partant de cette vérité incontestable, que plus une maladie a des symptômes objectifs, plus le diagnostic est clair et positif, il s'est efforcé de reconnaître, s'il était possible, abstraction faite des commémoratifs et sans adresser une question au malade, de diagnostiquer la nature d'une ophthalmie. Or, parmi les caractères appartenant à ce genre d'affection, un surtout a singulièrement frappé son attention; ce caractère est relatif à la forme, la couleur et la direction de l'injection vasculaire. À part quelques indications peu importantes que l'on retrouve dans Beer, Wardrop, Weller, cet ordre de phénomènes avait complétement échappé aux yeux des observateurs. Il faut excepter le célèbre ophthalmologiste Jungken, qui par des caractères spéciaux relatifs aussi à l'injection vasculaire, est arrivé à peu près aux mêmes résultats. Mais l'antériorité appartenant à M. Sichel, on peut donc le considérer comme le véritable créateur de l'ingénieuse méthode que nous allons développer avec quelques détails. Cependant gardons-nous de croire que là seulement nous devions puiser des caractères pathognomoniques; nous verrons bientôt que, de la nature des ulcères de la cornée, de la forme de la pupille, de la couleur de l'iris, etc., résultent pour le diagnostic plusieurs données que l'on ne peut négliger. Mais nous avons dit que nous tenions surtout à reproduire ici ce qui caractérise particulièrement l'enseignement de M. Sichel. En conséquence nous allons établir le diagnostic différentiel des ophthalmies, en prenant pour base les caractères du lacis vasculaire; passant ensuite à l'histoire particulière et complète de chacune de ces ophthalmies, nous en indiquerons tous les symptômes, nous bornant alors à désigner par un mot caractéristique l'injection déjà décrite; nous éviterons ainsi de longues descriptions et surtout des répétitions fastidieuses.

DES DIFFÉRENTES FORMES D'INJECTIONS.

Injections appartenant à l'ophthalmie catarrhale. — Dans le principe, vaisseaux parallèles, bien distincts, prenant naissance au niveau du cartilage tarse, marchant directement vers le globe oculaire, en laissant entre eux des intervalles dans lesquels on n'aperçoit point de rougeur, franchissant les paupières et se terminant en bifurcations fines à quelque distance de la cornée. Plus tard ceux de ces vaisseaux qui, par leur situation, correspondent au cartilage tarse, se confondent, de sorte que dans ce point, la conjonctive se couvre d'un pointillé ou mieux encore d'un velouté rouge carmin; entre ce pointillé rouge et la partie inférieure de la paupière, il existe constamment une surface moins injectée présentant une couleur rouge-pâle jaunâtre. Telle est l'injection à laquelle nous donnons le nom de catarrhale; elle se forme graduellement, de sorte que, dans son plus léger degré, elle est simplement constituée par quelques vaisseaux situés au niveau du cartilage tarse.

Injection appartenant à l'ophthalmie dite scrophuleuse. État normal de quelques parties de la conjonctive; en un ou plusieurs points de cette membrane, plaque triangulaire d'un rouge vermillon foncé, quelquefois pourpre, formée par des vaisseaux un peu gros, disposés parallèlement et en faisceaux anastomosés, et présentant la terminaison la plus fine du côté de la paupière. La base de ce triangle touche la cornée, et paraît, dans un grand nombre de cas, surmontée d'une pustule jaunâtre

son point de vue théorique qu'il a entrepris et continué ses recherches anatomiques et physiologiques, tâchant d'accorder, non le système aux faits, mais les faits au système. Les phrénologistes, pour la plupart, suivent la même marche. Ils croient au système avant de le vérifier, séduits d'abord par ce charme intellectuel inhérent à toute systématisation; et, comme il arrive toujours, les plus convaincus sont précisément ceux dont les motifs scientifiques de conviction sont le plus futiles. Il y a, sans doute, parmi les phrénologistes des esprits distingués, des hommes pleins de raison et de lumières, qui, en toute autre matière, font preuve d'un sens droit et d'un excellent jugement, de même que dans le 17e siècle, les plus hautes intelligences, même parmi les physiciens et les géomètres, croyaient au système des tourbillons de Descartes, et à la plupart des hypothèses physiques de ce grand homme, hypothèses démontrées aussi imaginaires que les aventures des romans de Scudéri. Descartes valait bien Gall pourtant, et même un peu mieux. Ne comparons pas des génies si différens et si disproportionnés. Les tourbillons et la matière cannelée, considérés comme hypothèses physiques, valaient certainement l'organologie et la phrénologie, comme hypothèses physiologiques et métaphysiques. Elles se présentaient escortées d'un cortége de faits, exposés et liés avec un art admirable. Elles disparurent pourtant, devant les sévères investigations des observateurs de l'école newtonienne. Le même sort attend la phrénologie. Les savans en ont déjà fait justice; mais elle régnera long-temps parmi le peuple, qui n'a jamais cessé de croire et qui croira toujours à la magie et à tout ce qui y ressemble. Quand il n'en sera plus question dans les corps savans, il y aura encore des phrénologistes pratiques qui iront, pour dix francs, faire l'horoscope des enfans des bons bourgeois de Paris; et lorsqu'on aura cessé d'écrire de gros in-folios, accompagnés de magnifiques planches, on trouvera encore sur les ponts et dans les boutiques des étalagistes, les tableaux synoptiques de M. Ottin, à côté des admirables secrets du grand Albert et de la clavicule de Salomon.

A MONSIEUR LE RÉDACTEUR DE LA GAZETTE MÉDICALE.

Monsieur le rédacteur.

Vous avez annoncé, dans votre numéro du 30 avril dernier, que de toutes les découvertes de *cow-pox* dont les journaux ont tout-à-coup retenti, une seule paraissait réelle, c'est celle dont j'ai donné communication à l'Académie royale de Médecine. En faisant cette annonce, vous n'aviez sans doute en vue que l'intérêt de la vérité; mais il suffit que mon nom s'y trouve mêlé pour que je la prenne à cœur, et je vous adresse quelques mots en réponse à la réclamation que vous vous êtes attirée.

M. Fiard se plaint à vous d'une erreur dont il demande réparation.

Cette erreur, je viens de le dire, elle est dans l'annonce que vous avez faite : non que M. Fiard en conteste l'objet, mais il dit qu'en proclamant nos titres vous avez méconnu les siens. « Auteur, dit-il, de deux communications auxquelles je crois toute l'authenticité convenable. » L'authenticité des communications ou des publications, on ne peut la nier. Il est très-certain que M. Fiard a dit qu'il avait trouvé le cow-pox; l'a-t-il trouvé en effet ? c'est ce dont quelques personnes se permettent de douter. Au surplus c'est là un point de fait sur lequel il doit être bien facile à M. Fiard de les confondre, si elles ne lui rendent pas justice.

qui se change presque toujours en une véritable ulcération superficielle. Le plus souvent cette injection commence par une très-petite surface rougeâtre affectant déjà une forme triangulaire.

Injection rhumatismale. La sclérotique surtout en est le siége. Vaisseaux dont la couleur peut varier depuis le carmin pâle jusqu'au rouge vermillon, rectilignes, disposés parallèlement et sans anastomoses, formant autour de la cornée une véritable auréole de rayons, dont la base touche cette membrane, et dont la pointe très-déliée se termine finement à deux et même trois lignes sur la sclérotique. Au-dessus de cette injection scléroticale la conjonctive présente aussi quelques vascularités, affectant à peu près les mêmes caractères; ces vaisseaux, cependant, sont plus gros, un peu flexueux, un peu anastomosés, et, par leur couleur, se rapprochent davantage du rouge cinabre un peu jaunâtre. Mais cette injection conjonctivale ne se manifeste presque jamais dans le principe.

Injection arthritique. Elle siége à la fois sur la conjonctive et la sclérotique. Injection conjonctivale commençant à un quart de ligne de la cornée, formée par des vaisseaux irréguliers, d'un rouge livide, souvent anastomosés, et s'arrêtant à quelque distance des paupières. Injection de la sclérotique affectant jusqu'à un certain point le caractère rhumatismal, mais composée de vaisseaux moins parallèles, d'un diamètre plus large, commençant à un quart de ligne de la cornée, de sorte qu'il existe autour de cette membrane un espace libre formé par un cercle bleuâtre auquel les auteurs ont donné le nom de cercle arthritique.

Injection abdominale. Cette injection, qui coïncide presque constamment avec une affection de la choroïde, se rapporte beaucoup plus à l'état congestif de cette dernière membrane qu'à une véritable phlegmasie conjonctivale; nous allons néanmoins en indiquer les principaux caractères. Troncs vasculaires d'un rouge foncé, tortueux, dilatés et comme variqueux, commençant à la circonférence de la conjonctive scléroticale, s'arrêtant à quelque distance de la cornée, en se divisant en deux branches qui s'écartent à angle droit. Ces branches tantôt s'arrêtent brusquement, tantôt se rapprochent de celles qui appartiennent aux troncs voisins, forment avec elles des anastomoses, et décrivent ainsi un cercle ou une partie de cercle qu'il est impossible de méconnaître.

Tels sont les caractères vasculaires auxquels on peut, dans la grande majorité des cas, reconnaître toutes les ophthalmies spéciales, abstraction faite d'une seule, l'ophthalmie syphilitique. Celle-ci siégeant particulièrement sur l'iris, nous ne pouvons puiser ses symptômes pathognomoniques dans la forme ou la couleur de l'injection; c'est donc en parlant des iritis que nous indiquerons à quels signes on reconnaît l'influence du virus syphilitique. Ceux de nos lecteurs qui voudront consulter le mémoire de M. Sichel sur l'ophthalmie rhumatismale, remarqueront peut-être dans la description des injections, quelques nuances légères, quelques différences d'une importance tout à-fait secondaire. On observera d'ailleurs qu'il n'existe aucune contradiction, mais plutôt des modifications peu sensibles, tenant à ce que nous n'avons exposé dans cette description que les caractères les plus importans, et ceux que nous avons nous-même parfaitement constatés. Maintenant on nous demandera peut-être quel est le lien qui noit telle forme d'injection à telle cause spéciale. Cette question est bien difficile à résoudre. Cependant, ainsi que le fait observer M. Sichel, « cette injection et les autres phénomènes présentés par les différentes ophthalmies, trouveront probablement leur explication : 1° dans les vaisseaux que presque chaque membrane reçoit d'un tronc différent ; 2° dans les rapports de structure et de fonctions des diverses membranes avec certains systèmes et organes ; 3° en ce que certaines membranes et parties de l'œil réputées simples, parceque'elles sont peu connues anatomiquement et physiologiquement, ont probablement une texture très-complexe. C'est ainsi que les variétés des formes de la pupille dans les iritis combinées, reposent vraisemblablement sur la structure composée de l'iris. »

Au reste, peu nous importe l'explication : nous constatons un fait, et dès aujourd'hui nous appelons nos lecteurs à le vérifier. Cet appel sera probablement entendu, surtout si l'on veut bien se souvenir que M. Sichel professe au milieu d'un nombreux concours de malades. Là chaque principe, chaque idée médicale s'appuie aussitôt sur une masse considérable de faits ; en quelques mois l'ophthalmologie tout entière se déroule aux regards de l'élève observateur, qui trouve là un champ fertile à exploiter et une riche moisson à recueillir.

Tous les principes fondamentaux sur lesquels est établie la science de l'ophthalmologie ayant été exposés dans les considérations qui précèdent, nous allons faire rapidement l'histoire particulière de chaque ophthalmie spéciale. On a dû remarquer que nous n'avions rien dit encore des inflammations simples observées sur une ou plusieurs parties de l'œil. Dans l'impossibilité où nous sommes de reproduire ici le cours entier de M. Sichel, nous préférons à ce sujet renvoyer nos lecteurs à Beer, Weller, au Dictionnaire chirurgical de Samuel Cooper, etc., dans lesquels on retrouvera tout ce que cette partie de l'ophthalmologie renferme d'important à connaître.

1° *Ophthalmie catarrhale.* Cette affection est essentiellement constituée par l'inflammation de la conjonctive palpébrale, s'étendant, dans l'immense majorité des cas, jusqu'à la conjonctive scléroticale. Ses signes caractéristiques sont : 1° injection catarrhale ; 2° sécrétion muqueuse plus ou moins abondante, apercevable surtout le matin, parce que pendant la nuit le mucus se rend au grand angle de l'œil, où il se concrète et apparaît sous la forme de petites écailles ou croûtes jaunâtres peu adhérentes ; 3° démangeaisons et même sentiment de cuisson assez pénible ; 4° exaspération le soir de tous les symptômes. Tels sont les signes auxquels l'ophthalmie catarrhale ne peut être méconnue. Partant de son plus léger degré, qui consiste en une simple rougeur un peu vive siégeant sur la conjonctive palpébrale au niveau du cartilage tarse, on arrive, par un grand nombre d'intermédiaires, jusqu'à la redoutable ophthalmie blennorrhagique. C'est ainsi que la cuisson peut être très-incommode, l'injection très-confluente, le velouté dont nous avons parlé plus haut passer à la granulation, et de la granulation à de véritables fongosités assez volumineuses pour former l'ectropion et menacer constamment le malade de la blennorrhagie conjonctivale. Quelquefois les vaisseaux acquièrent un volume assez considérable; les malades éprouvent alors une sensation qu'ils rapportent en général à un petit corps étranger introduit sous les paupières ; assez souvent la conjonctive elle-même s'infiltre, se boursouffle, s'élève au-dessus du niveau de la cornée, et forme autour de cette membrane un anneau en relief auquel on a donné le nom de chémosis, symptôme beaucoup moins redoutable que ne l'ont écrit la plupart des ophthalmologistes. Il faut d'ailleurs savoir distinguer le chémosis séreux du chémosis véritablement inflammatoire : celui ci n'est pas sans danger ; on le reconnaît à un afflux considérable de sang dans les vaisseaux de la conjonctive et à un

---

En allant à la recherche de la vache dont la dame Fleury a gagné les pustules, M. Fiard rencontra la femme Patriarche. « Elle me montra, dit-il, sur la joue gauche à six lignes du nez, la *cicatrice* encore rouge d'un bouton qu'elle appelait vaccine. Elle prétend bien s'y connaître ayant souvent vu la vaccine des enfans Elle dit n'avoir jamais eu la petite vérole et avoir refusé de se faire vacciner à cause de son âge; que c'est bien involontairement, en touchant et prenant pour la traire, pendant plusieurs jours, un gros bouton développé sur le pis de sa vache, puis, en se grattant à la joue et sur l'épaule gauche, qu'elle s'est inoculée le mal de sa vache, que les deux pustules ont été très-graves, très-enflammées et fort douloureuses. Les cicatrices dont les croûtes sont tombées depuis peu de jours, ne m'ont paru laisser aucun doute sur la sincérité de son récit. Du reste, la vache porte encore les traces évidentes du bouton primitif, et conserve une éruption plus faible de plusieurs petits boutons que je crois devoir appeler éruption secondaire. » (*Gazette des Hôpitaux*, du 9 avril 1826.)

Voilà ce qu'on nous donne comme une découverte authentique de cow-pox. Je dis, moi, qu'il n'y a pas là les élémens d'une conviction solide. On n'a pour preuve de cette découverte qu'une cicatrice à nous montrer. M Fiard n'en a pas vu davantage. Cela suffit-il, je le demande, pour justifier la conclusion à laquelle on veut nous conduire ? J'avoue franchement que si je n'avais pas eu de meilleures raisons à donner, je n'aurais jamais parlé de cow-pox devant l'Académie de Médecine. Mais je vais plus loin, quand même M. Fiard aurait vu de ses yeux la pustule qui a fait la cicatrice sur la joue de la femme Patriarche, quand même il en aurait suivi la marche, je soutiens qu'il y aurait de la témérite à lui à se prononcer comme il l'a fait. En pareille matière, il n'est qu'un moyen de sortir d'incertitude, c'est d'inoculer la matière des pustules ; jusque là, on peut former des conjectures, on peut avoir des présomptions plus ou moins fondées, mais point de conviction, point de certitude.

M. Fiard connaît trop bien l'histoire de la vaccine, pour ne pas savoir combien Jenner éprouva de difficultés à distinguer le vrai d'avec le faux cow-pox ; ce qui signifie que les vaches sont sujettes à plusieurs espèces d'éruptions ; et ces éruptions, toutes également contagieuses, sont appelées du même nom par le peuple, quoiqu'elles n'aient ni la même nature ni les mêmes propriétés.

Venons à la seconde découverte. Ici, je l'avoue, ma plume hésite à suivre M. Fiard; car, bien qu'il donne l'historiette qu'on va lire comme un nouvel exemple d'inoculation du cow-pox, je ne suis pas bien sûr qu'elle soit une des deux découvertes dont il parle dans son article.

« La femme d'un nommé Guy, nourrisseur, allée des veuves, aux Champs-Elysées, m'a déclaré qu'une de ses amies, dont il est facile d'avoir le nom et l'adresse, s'est trouvée vaccinée de la même manière, aux doigts, il y a plusieurs années. »

Pour l'honneur de M. Fiard, je veux bien croire que je me trompe Il a trop de jugement, il respecte trop le public, il se respecte trop lui-même pour donner le récit d'une bonne femme à la place d'une démonstration qu'on attendait de lui.

Il est plus probable qu'il veut parler de sa communication à l'Institut. On se rappelle peut-être qu'après certaine mésaventure à l'Académie royale de médecine, M. Fiard tourna ses vues vers l'Académie des sciences ; il lui adressa une lettre où il disait avoir trouvé le cow-pox, tellement qu'il demandait des commissaires pour vérifier le fait. La commission fut en effet nommée : elle se composait, je crois, de MM. Double, Duméril et Magendie. Quoi qu'il en soit, M. Fiard était venu plusieurs fois aux vaccinations de l'Académie de médecine; j'avais inoculé devant lui le produit du cow-pox, dont il était curieux d'observer les effets. Je

sentiment de chaleur excessive véritablement douloureux. Le premier, qui consiste dans une simple infiltration séreuse de la conjonctive, disparaît avec une promptitude et une facilité merveilleuses.

La photophobie, symptôme indiqué par Weller comme appartenant à l'ophthalmie catarrhale, ne se manifeste que chez les individus très-irritables et quand il y a congestion rétinienne, ou bien encore lorsque la sclérotite est imminente.

Le larmoiement ne se manifeste qu'à de longs intervalles, à moins que l'ophthalmie n'ayant persisté très-long-temps, l'inflammation ne produise le boursoufflement et l'obstruction du canal nasal ou des points lacrymaux. Mais il est un signe qui n'est mentionné dans aucun auteur, et sur lequel M. Sichel a souvent appelé notre attention. Beaucoup d'individus affectés d'ophthalmie catarrhale se plaignent d'un trouble de la vision qui se manifeste surtout le soir, trouble si notable que, dans un assez grand nombre de circonstances, on a pu le confondre avec une véritable héméralopie. On conçoit combien il est important de se garantir de cette erreur, puisque ces deux affections présentent, quant au pronostic et aux moyens de traitement, des différences énormes. L'une est un commencement d'amaurose, maladie toujours très-redoutable, l'autre est une légère phlegmasie qu'un traitement convenable fait presque aussitôt disparaître.

L'ophthalmie catarrhale arrive en général assez vite à sa terminaison; cependant on ne peut en fixer la durée; elle disparaît souvent par les seuls efforts de la nature, à moins que ses causes ne persistent; alors elle passe à l'état chronique, et les granulations dont nous avons parlé plus haut se développent. Les premières de ces granulations siégent constamment sur la partie de la conjonctive qui tapisse le cartilage tarse; plus tard elles envahissent toute la conjonctive palpébrale, irritent le globe oculaire, entretiennent la phlegmasie, renversent la paupière en dehors, et produisent quelquefois l'ophthalmie blennorrhagique. Ainsi nous reconnaissons à cette inflammation trois modes de terminaison ou de transformation, 1° résolution, 2° état chronique et granulations; 3° blennorrhagie conjonctivale.

Weller prétend que l'ophthalmie catarrhale chronique produit fréquemment une érosion des commissures et des angles des paupières, et par suite un ectropion. Ce phénomène s'observe surtout chez les vieillards et les sujets cachectiques; mais ce que Weller n'a pas indiqué, c'est qu'il ne se manifeste dans la plupart des cas que sous l'influence d'une disposition lymphatique ou scrophuleuse.

Etiologie. Les causes de cette ophthalmie sont les mêmes qui produisent le coryza, la bronchite, en un mot les phlegmasies catarrhales. On sait que les fosses nasales forment véritablement la continuation des voies respiratoires, de même que la bouche termine supérieurement les voies digestives. Or, la muqueuse oculaire unie par des rapports anatomiques au système muqueux qui appartient plus particulièrement aux organes de la respiration, doit participer et participe en effet à la plupart des phlegmasies qui affectent si souvent la muqueuse pulmonaire. Ainsi la scarlatine, la variole, la rougeole, qui s'accompagnent presque constamment de rhume et de coryza, donnent souvent naissance à l'ophthalmie catarrhale. A ces dernières causes, si nous joignons une température froide et humide, des vêtemens trop légers, l'humidité des extrémités inférieures, les courans d'air et surtout une grande disposition aux rhumes et au coryza, nous aurons l'étiologie à peu près complète de l'ophthalmie dont nous traçons l'histoire. Nous pouvons affirmer que, sept fois sur huit, la préexistence d'une de ces causes pourra être constatée. C'est donc avec raison que l'on a donné à l'ensemble des symptômes que nous venons de décrire le nom d'ophthalmie catarrhale, et que M. Sichel a donné à l'injection qui la caractérise une dénomination semblable.

Traitement. Par le traitement autant que par les symptômes, l'ophthalmie catarrhale se présente avec des circonstances particulières qui la caractérisent. De toutes les affections inflammatoires qui siégent sur une ou plusieurs parties de l'œil, c'est la seule qui ne doive pas être attaquée par les antiphlogistiques. Eloignement des causes répercussives et révulsives, telle est la base du traitement. On conseillera donc au malade des vêtemens chauds, quelques sudorifiques, un ou deux purgatifs, et un collyre d'acétate de plumb (1 gr. pour 1 once d'eau distillée, avec addition de 6 ou 12 goutt. de laudanum de Sydenham.) On instille de ce collyre 2 gouttes, 4 fois par jour, dans l'angle externe des paupières. Plus tard on emploie, de la même manière, le collyre de sulfate de zinc ou de cuivre (1 ou 2 grains pour une once d'eau distillée), la pommade ou le collyre de nitrate d'argent si l'ophthalmie est chronique ou marche avec une extrême lenteur. (Collyre : nitrate d'argent, 1 grain eau distillée, 1 once Toujours 2 gouttes dans l'œil 4 fois par jour. Pommade : cérat demi gros, nitrate d'argent 1 grain, sous-acétate de plumb liquide, 6 ou 10 gouttes. On prend de cette pommade gros comme la tête d'une épingle, ou l'étend avec douceur sur le bord libre des paupières, et cela trois fois par jour.) Il ne faut pas oublier qu'aucun de ces moyens ne doit être employé d'une manière empirique. Le médecin en surveillera constamment les effets. Il aura toujours pour pierre de touche la surexcitation ou la diminution de la phlegmasie. Il devra donc passer quelquefois d'un collyre très-astringent à un collyre plus faible, abandonner les excitans pour revenir aux antiphlogistiques, et cela aussitôt que l'état de l'œil semblera l'exiger.

Si l'on est appelé à traiter une phlegmasie alors que les granulations sont déjà développées, on touchera ces granulations avec un crayon de sulfate de cuivre. Si le sulfate de cuivre ne suffit pas, on aura recours au crayon de nitrate d'argent; il faut avoir soin, après chaque cautérisation, d'essuyer doucement avec un pinceau trempé dans l'huile. Cette cautérisation sera renouvelée plus ou moins souvent, suivant le degré de l'irritation qui en est constamment la suite. En général, on peut y revenir tous les quatre ou cinq jours; si les granulations ne cèdent pas on les excise.

Tel est, en abrégé, le traitement de l'ophthalmie catarrhale. Nous pouvons affirmer que dans la grande majorité des cas, on peut ainsi fixer le terme moyen de cette affection à huit jours; bénéfice énorme, si l'on considère que l'ophthalmie catarrhale la plus légère, abandonnée aux seules forces de la nature, excède presque constamment ce terme, et persiste quelquefois des mois entiers. Souvent nous avons vu des malades affectés d'ophthalmies catarrhales persistant depuis longtemps, malgré les saignées nombreuses, les vésicatoires, et les bains de pieds multipliés, mais chez lesquel le traitement topique avait été négligé. Eh bien! ces malades, soumis aux moyens thérapeutiques que nous avons indiqués plus haut, marchaient en quelques jours à une guérison complète.

Mais la conjonctivite catarrhale n'arrive pas toujours à une terminai-

---

j'étais moi-même de voir cette précieuse éruption sur les vaches. Je priai mon confrère de vouloir bien me permettre de me réunir à la commission; et, par un juste retour de politesse, il m'invita à me rendre aux Thernes, à la vacherie dite *à domicile*. C'était le mercredi 10 avril. Je m'y rencontrai avec MM Magendie, Dupuy et Bouvier Nous examinâmes attentivement les vaches de la ferme : la plupart portaient, il est vrai, des croûtes sur les trayons; quelques-unes des cicatrices : mais quelle était la nature de ces croûtes et de ces cicatrices? c'est ce qu'il est impossible de dire, puisqu'il ne fut fait aucun essai.

En parlant avec cette franchise, je crois avoir rempli mon devoir. Du reste, loin de vouloir décourager M. Fiard, je l'engage à poursuivre ses recherches. Ce qu'il n'a pas trouvé une année, il le trouvera une autre. S'il m'était permis de lui donner un conseil, je lui dirais seulement de se méfier de la facilité de son caractère. Jusqu'ici sa carrière vaccinale semble n'avoir été qu'une suite d'illusions. Dans un temps, il inocule le vaccin à des vaches sans y réussir, et conclut que le vaccin a dégénéré; une autre fois, il écrit aux médecins de Londres pour avoir du cow-pox; on lui répond qu'on n'en a pas; il donne la même commission à un voyageur de sa connaissance, qui lui envoie du vaccin; il prend cela pour du cow-pox, et en remplit les journaux Maintenant on lui montre une cicatrice à la joue, et il dit qu'il a trouvé le cow-pox; puis il visite des vaches, il aperçoit des croûtes sur les trayons, et le voilà au sein de l'Institut, proclamant pour la seconde fois une découverte qui s'évanouit à l'approche des commissaires appelés à la constater.

De bonne foi, si un heureux hasard avait mis le cow-pox sous la main de M. Fiard, serait-il venu se pourvoir à l'Académie de médecine? C'est de là et non d'ailleurs qu'il a tiré le virus dont il poursuit la propagation, et dont il expose le produit aux yeux de l'Institut : c'est là qu'il en a vu pour la premier fois les effets avec bien d'autres médecins réunis dans ce dessein; enfin c'est sur un enfant, inscrit sur des registres, sur l'enfant Brisart, qu'il a pris l'a première description qu'il nous en a donnée J'aurais pu me plaindre d'un pareil procédé, je n'en ai rien fait; mais j'ai d'autres intérêts que les miens à défendre. M. Fiard m'en avertit lui-même et je l'en remercie; il dit fort bien, quoiqu'en très-mauvais français, que el *fait ne m'est pas exclusif*. Non, sans doute, il ne m'appartient pas exclusivement; je croyais m'en être expliqué assez nettement dans mon rapport pour prévenir toute espèce d'insinuation. A M. Perdrau d'abord, puis à M. Nauche, le mérite de nous avoir mis sur les traces du cow-pox et d'en avoir reconnu le premier produit Je ne viens qu'en troisième lieu, et je ne réclame pour moi que le faible avantage d'avoir relevé le fait et de l'avoir entouré de l'appareil de preuves propres à lui donner crédit.

J'ai l'honneur d'être, etc.

BOUSQUET.

— Nous sommes priés d'annoncer à MM. les Membres du *Cercle des médecins de Paris* (sis rue Chabanais, n° 2), qu'une réunion générale aura lieu le lundi 28 mai, à 8 heures du soir, à l'effet de nommer les membres de la commission pour l'année courante MM. les docteurs-médecins qui désirent faire partie du cercle et concourir à cette élection, sont invités à vouloir bien s'inscrire jusque-là.

son heureuse; quelquefois; et surtout lorsque les granulations étant développées, la phlegmasie conserve un caractère aigu, la sécrétion muqueuse devient tout à coup plus abondante, la conjonctive se boursoufle, l'injection vasculaire se resserre et paraît confluente, le chémosis inflammatoire se manifeste : alors apparaît la redoutable ophthalmie blennorragique.

(La suite à un prochain numéro.)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 9 MAI 1836.

COMMUNICATIONS VERBALES.

M. de Blainville annonce que le muséum vient de recevoir un très-bel échantillon du grès à empreintes qui a été déjà l'objet de deux communications faites à l'Académie par M de Humboldt et par M Link. Ces empreintes, dit M de Blainville, n'ont pas été exactement représentées dans les diverses figures qui ont été publiées ; et avant d'avoir vu la pièce elle-même, il était difficile de se faire une opinion bien arrêtée sur l'origine de ces marques Aujourd'hui, ajoute-t-il, je puis affirmer qu'elles n'ont été laissées ni par un singe, comme on l'a cru d'abord, ni par un didelphe, ni par une salamandre, comme on l'a dit plus tard. Je montrerai même qu'elles ne peuvent être attribuées à aucun animal; ce sera ensuite aux botanistes de chercher si, parmi les nombreuses empreintes de végétaux qui ont été observées dans des formations du même âge que celles d'Hildburghausen, il n'en est pas qui se rapprochent de celles dont nous nous occupons aujourd'hui.

RÉTABLISSEMENT DES FONCTIONS DES NERFS PAR L'ACTION DES COURANS GALVANIQUES.

M. Magendie donne quelques détails sur la guérison d'un jeune officier polonais qui, à la bataille d'Ostrolenka, chargeant sur une batterie qui tirait à boulets fut renversé sans recevoir d'ailleurs de contusion en aucune partie du corps, et qui, après être resté privé de sentiment près d'une demi-heure, avait perdu, en revenant à lui, l'ouïe, la parole et le goût, du moins ce qui a son siége sur la langue. Après avoir été soigné sans succès à Vienne par les émissions sanguines et les révulsifs, à Trieste par la strychnine, au moyen de la méthode endermique, il vint à Paris où M. Magendie eut recours, pour combattre sa surdité, à l'action des courans galvaniques, un des fils de la pile étant appliqué sur la corde du tympan. Dès la première séance des effets furent produits, et le malade eut des bourdonnemens d'oreille très-forts. Dès la troisième application, le sens du goût commença à se rétablir, fait curieux pour l'anatomiste et le physiologiste, en ce qu'il jette du jour sur l'origine de la corde du tympan et sur l'usage de la cinquième paire.

Après sept ou huit applications, le malade entendit le bruit du tambour, puis les cloches, les sonnettes et enfin la parole. Pour compléter sa guérison, il n'y a plus qu'à rendre à la langue ses mouvemens On espère y parvenir par les moyens déjà employés, et en portant seulement sur les nerfs larynges l'extrémité des fils conducteurs.

Il est essentiel, dit M. Magendie, qu'il y ait contact immédiat entre le nerf et le fil conducteur, et cette condition s'obtenait sans difficulté pour la corde du tympan, le seul nerf qui rampe à l'extérieur ; pour les autres nerfs, avec un peu d'habitude on les atteint au moyen d'une aiguille enfoncée sur leur trajet.

M. Roux rappelle deux observations qu'il a faites, et dont une tend à confirmer ce qu'a dit M Magendie sur l'importance d'établir le contact immédiat entre le fil conducteur et la partie nerveuse sur laquelle on veut agir. Chez une jeune fille attaquée du mal de Pott, et par suite frappée de paraplégie, il est parvenu, au moyen des courans galvaniques et en faisant pénétrer jusqu'à la moelle épinière l'extrémité d'un des fils conducteurs, à rétablir complètement le mouvement.

Le second fait est celui d'une inflammation du nerf facial, qui fut accompagnée d'une sensation très-désagréable à la langue, de ce côté seulement ; M. Roux le donne comme tendant à prouver tout autre chose que ce que M. Magendie avait conclu du rétablissement du goût à la suite d'une action exercée sur la corde du tympan.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 10 mai. — Présidence de M. Louyer-Willermay.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LA PHRÉNOLOGIE.

A l'occasion du procès-verbal, M. Rochoux dit que M Piorry a cité un enfant atteint d'apoplexie par suite d'anévrisme du cœur L'apoplexie est très-rare chez les jeunes sujets ; on ne trouve jamais chez eux de guérison par cicatrices, et comme cet enfant est bien portant, il n'a pas eu probablement d'apoplexie.

M. Capuron. La véritable question est de savoir si la phrénologie existe ou n'existe pas il faut savoir pourquoi M Rochoux a dit que c'était une mystification; il a trop d'esprit pour avoir parlé légèrement.

M. Amussat. Je parlerai dans le sens de M Capuron : je me suis peu occupé de phrénologie, cependant quand j'ai fait des cours d'anatomie, je l'ai étudiée, j'ai médité Gall et j'y ai trouvé des choses très-remarquables et qu'on ne saurait réfuter avec des allégations vagues.

Dans la première séance, M. Rochoux a précisé ses objections; elles sont ainsi conçues :

1° Les résultats observés après l'apoplexie ne sont pas en faveur de la phrénologie : donc la phrénologie n'existe pas :

2° L'examen des têtes des assassins, et en particulier de celle de Fieschi, donne un démenti à la phrénologie

3° Elle est le plus grand mécompte scientifique de notre époque.

Dans la dernière séance, M. Rochoux a ajouté que les organes phrénologiques ne sauraient être vus qu'avec les yeux de la foi. ce sont là des allégations et non des faits; M Broussais, au contraire, a jeté les faits à pleines mains : il fallait répondre par des faits M. Rochoux a dit que les organes n'existent pas ; il est important de s'entendre sur la valeur de ce mot ; s'il s'agit de montrer dans le cerveau des organes distincts, isolés, cela est vrai : mais Gall ne l'a pas entendu ainsi. On peut dire que telles saillies annoncent telles dispositions; ainsi le cervelet, par exemple, est l'organe de l'amour physique ; cela est bien démontré. (M Bouillaud demande la parole).

Pour la première objection, M Rochoux s'est contenté de la jeter sans l'appuyer de faits cependant, je le répète, Gall a prouvé que le cervelet est l'organe de l'amour physique ou qu'il a influence directe sur les organes de la génération, cela est prouvé par les faits d'apoplexie ; l'anatomie humaine et comparée, l'anatomie pathologique et l'influence des altérations des organes génitaux sur le cervelet, le prouvent ; cette partie est fort bien traitée dans l'ouvrage de Gall ; c'est son plus beau mémoire.

Il en est ainsi pour les autres parties du cerveau ; l'apoplexie est plutôt favorable que contraire à la phrénologie ; les altérations des lobes antérieurs, des corps striés le prouvent. un travail manque sur les rapports des apoplexies avec les organes ou facultés de Gall. Il est difficile ce travail, car le cerveau est double.

La deuxième objection mérite une attention plus sérieuse. Depuis l'autopsie de Fieschi, les hommes superficiels disent partout que les assassins ont la tête des honnêtes gens ; prenons donc la tête de Fieschi (M. Amussat se fait apporter le plâtre), Il ne s'agit pas de dire qu'il avait la tête d'un honnête homme, il faut le prouver Gall n'a pas voulu d'ailleurs expliquer une action particulière, un crime, par telle saillie ; il ne faut pas lui prêter ce qu'il n'a pas dit. En examinant une tête, il n'a pas dit, cet individu fera telle ou telle action ; mais en observant le crâne et le comparant avec d'autres, il a dit : en certaines circonstances cet homme peut devenir criminel sans avoir l'organe de meurtre. On a dit que la tête de Fieschi était celle d'un honnête homme ; je dis, moi, que c'est celle d'un misérable. Elle n'est pas volumineuse, on le voit au premier coup d'œil ; le diamètre antéro-postérieur est très-remarquable On a nié l'organe de l'orgueil ; voyez la saillie de cette partie et l'aplatissement des parties latérales commun aux criminels ; rappelez-vous les débats de son procès, et vous verrez qu'il s'y est montré éminemment orgueilleux ; la fermeté est aussi très-prononcée Je n'ai pas fait un grand nombre d'applications, et cependant j'ai été frappé de leur force. Ceci, du reste, a été dit avant Gall : j'ai seulement voulu prouver que les organes niés existent, ainsi que le rétrécissement latéral. Ceci explique, non pas le grand crime qu'il a commis, mais ses mauvaises dispositions. On a dit que tous les assassins avaient la tête large, que le plus honnête homme avait la bosse du crime ; voyez la tête du général Foy (M Amussat montre le plâtre, elle est un pouce au moins plus large. Ce sont là des faits, et les faits prouvent mieux que les raisonnemens, Fieschi n'a pas l'organe du meurtre très-développé. Prouvez-nous que les nègres ont plus d'intelligence que les blancs nous prouvons, nous, que le peu de développement des lobes antérieurs annonce peu de facultés intellectuelles. Placez à côte les têtes de Foy et de Fieschi, vous direz de suite, voici le général, voilà le soldat. Si on rapproche les têtes des hommes dégradés au physique et au moral, on y trouve une ressemblance. Gall a comparé beaucoup de têtes ; suivez l'échelle qu'il a établie, rien n'est plus satisfaisant ; j'engage les anti phrénologues MM. Pariset, Esquirol, Rochoux, à visiter les colections, etc.

La troisième objection contient le mot mécompte ; cette expression est forte. Comme celui de mystification, il annonce qu'on a voulu tromper, que Gall était un charlatan, tandis qu'il était un homme supérieur en anatomie et en physiologie. On a dit que son système était l'athéisme, le matérialisme ; ceci ne signifie rien. la phrénologie rend meilleur : elle a, selon moi, amélioré et perfectionné.

M. Ferrus, après quelques considérations générales que nous sommes forcés d'omettre, cite, pour prouver la possibilité d'harmonie des organes multiples dans le cerveau, l'harmonie d'un concert où les instrumens ne se nuisent nullement les uns aux autres. Il ne nie pas, du reste, la véracité de M. Lelut, mais chacun a sa manière d'observer; Gall a pu se tromper, mais souvent il a vu avec justesse. Dans un des premiers cours qu'il faisait rue de la Paix, M. Ferrus se rappelle l'avoir vu répondre à un jeune homme qui le consultait sur son aptitude à étudier la médecine, qu'il lui paraissait devoir être plus habile à travailler de ses mains, cet homme était le fils d'un sellier, et il est devenu depuis fort bon ouvrier. (On rit.) On a altéré le point de départ : ainsi la fermeté et la théosophie ont été alternées. Spurzheim a étudié les circonvolutions plutôt que la surface. Dans ses études sur les criminels, M. Ferrus s'est dit : si j'étudie en prison les hommes remarquables et destinés à l'échafaud, je n'aurai pas le type du vrai criminel, la moyenne ; ils ne me diront pas la vérité. Dans les registres, je ne la trouverai pas davantage. Je me faisais donner une histoire concise par ceux d'entre eux qui avaient un esprit un peu plus relevé ; et ce papier dans la poche, sans faire de questions au prisonnier, je faisais une autre note sur l'examen de la tête et la collais à côté. Ces notes, on le comprend, sont confidentielles et ne sauraient être rendues publiques; j'offre cependant de les communiquer à quelques membres. Voici, du reste, le relevé statistique qu'elles m'ont fourni.

Sur 149 prisonniers de Bicêtre sur lesquels j'ai eu des renseignemens, les causes étant divisées en simples, combinées ou inconnues, j'ai eu pour les premières : penchant inné au vol, 44 fois ; à la débauche, l'ivrognerie, 26 ; le besoin, la misère, 6 fois : le mauvais exemple, 6 fois ; le défaut d'éducation, 6 fois ; la vanité excessive, 4 fois ; l'irascibilité, 4 fois. Dans 23 cas, la cause n'a pas été appréciée ou a été insignifiante Les causes combinées ont varié.

Cet examen, comparé avec les observations faites de mon côté, m'a montré 49 fois une concordance parfaite, 33 fois passable, 12 fois médiocre, 14 fois insuffisante, 8 fois nulle.

Dans l'idiotie et la démence on peut faire des observations utiles ; la physiologie, en un mot, fournira des preuves, et la philosophie s'en arrangera (On rit.)

M. Rochoux. La discussion n'a évidemment commencé que dans la dernière séance par M. Adelon, je vais lui répondre : il a dit que je n'avais fait qu'une seule objection, j'ai fourni sept argumens :

1° L'impossibilité de voir les organes autrement qu'avec les yeux de la foi.

2° Notre ignorance de la structure du cerveau; témérité dès-lors de se prononcer et de déterminer leur nombre.

3° L'unité du moi qui tue la pluralité.

4° L'activité ou l'énergie d'action à volume égal.

5° L'impossibilité de localiser d'après l'observation de faculté indéterminées.

6° L'insignifiance des faits empyriques, si probans, disait-on.

7° L'uniformité des affections mentales chez les apoplectiques.

Gall a dit que le cervelet était l'organe de l'amour physiques; M. Bouilland a depuis longtemps démontré qu'il n'avait pas d'action sur les fonctions érotiques; cet argument tombe à plat. M. Adelon a bien fait de ne pas attaquer les autres. (On rit.) Les travaux des physiologistes cités ne prouvent pas davantage, et j'y trouverai des argumens et des opinions contre la phrénologie. Voici d'ailleurs quelques nouveaux argumens. Gall n'a mis aucun organe à la partie inférieure du crâne, qui est cependant si importante, c'est qu'il n'a pu les voir. M. Ferrus est convenu que certains organes avaient changé de place; a-t-on changé de place la rate ou le cœur? (On rit.) Je me résume en trois propositions : l'indivisibilité des organes, l'inertie d'action et l'impossibilité de déterminer les organes d'après le nombre des facultés. Je ne sortirai pas de là, j'attaque la localisation dans toutes ses conséquences; défendez-la ou j'ai raison. M. Adelon a dit qu'il ne fallait pas décourager les phrénologistes; on pourrait en dire autant alors pour les homœopates et les magnétiseurs; je veux la vérité avant tout. M. Adelon ne garantit rien; mais voudra-t-il donc admettre une demi-phrénologie pour mettre tout le monde d'accord. (Rire général.)

Passons aux détails : M. Amussat a dit que la phrénologie n'était pas toute dans la localisation; mais Gall a mis un gros numéro sur chaque organe; M. Amussat a dit que je ne donnais pas de détails sur les apoplectiques, ils sont dans mon livre, qu'il est heureux de n'avoir pas lu. (On rit.)

M. Amussat. Nous aurions vu avec plaisir que M. Rochoux en donnât un résumé.

M. Rochoux. Je ne peux pas apporter ici un livre que j'ai lancé dans le public; les auteurs supposent toujours leur ouvrages connus. (Rire général.) Les travaux des philosophes tendent à diminuer le nombre des facultés, et des phrénologistes augmentent celui des organes ! (L'ordre du jour.)

M. Bouillaud, pour une motion d'ordre : Je demande qu'on ne vienne pas lire des discours, cela prolonge la discussion.

M. Maingault. Contre l'ordre du jour, je demande que la discussion ne soit fermée que quand personne ne voudra plus parler. (Rire prolongé.)

L'ordre du jour est mis aux voix et rejeté; la discussion sera continuée dans la prochaine séance.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

OBSERVATION SUR LA XÉROPHTHALMIE (ξηρος, sec, οφθαλμος, œil), ou ou le XÉROSIS; recueillie dans le service chirurgical du professeur Velpeau, à la Charité; par M. Amable Cade, ex-aide-anatomiste à la Faculté de Montpellier.

Au milieu des nombreuses maladies des yeux qui forment habituellement une section importante dans le service du professeur Velpeau, il s'en est offert une qui mérite de fixer d'autant plus l'intérêt des médecins, qu'à peine mentionnée dans quelques ouvrages anglais et allemands, elle n'a été décrite jusqu'ici par aucun ophthalmo-pathologiste français. Le seul écrit qui, à ma connaissance, en ait donné une histoire assez détaillée, est une thèse qui a été soutenue récemment par M. Dupré, à la Faculté de médecine de Paris, sous le titre : *Essai sur le xérosis de la conjonctive* (4 février 1836, n° 21). C'est donc dans l'unique but d'appeler l'attention des praticiens sur une maladie si peu connue en France et si rebelle jusqu'ici aux ressources thérapeutiques, que je publie l'observation suivante.

Obs. — Au n° 3 de la salle Sainte-Vierge est couché le nommé Jacques Claude, âgé de 23 ans, vigneron, doué d'une constitution robuste, sur laquelle se dessinent néanmoins quelques traits de diathèse scrophuleuse. S'il faut s'en rapporter à sa bonne foi, il ne se serait jamais exposé à recevoir les fâcheuses atteintes de la syphilis. Il y a un an que, sans cause appréciable, il fut pris à l'œil droit d'une ophthalmie aiguë que nous croyions avoir été de nature catarrho-strumeuse, pour les raisons que nous exposerons plus bas. Quelques jours après, il vit survenir, au niveau de l'échancrure sus-orbitaire, une tumeur inflammatoire du volume d'une noisette, qui, soulevant la paupière supérieure, ne tarda pas à abcéder et à donner spontanément issue par sa surface oculaire à une suppuration abondante.

A cet écoulement purulent succédèrent des douleurs sourdes occupant le voisinage de l'apophyse orbitaire externe, une diminution graduelle de la vue et de la sécrétion lacrymale, et enfin une sécheresse complète de la face antérieure du globe oculaire. Pendant tout ce temps de sa maladie, il a été soumis, sans aucune apparence de succès, à l'usage des antiphlogistiques, des révulsifs et de quelques collyres dont nous ignorons la composition.

Entré à l'hôpital de la Charité le 31 mars 1836, le malade, après un mûr examen, nous a présenté les phénomènes suivans.

OEil droit. Quoique les paupières jouissent d'une certaine mobilité, la supérieure n'est pas susceptible d'un mouvement d'élévation aussi étendu que celle du côté gauche, d'où résulte une légère blépharoptose. Tant que l'œil reste ouvert, les cils conservent leur direction normale; mais aussitôt que les paupières tendent à se rapprocher, il s'opère sur le milieu du bord palpébral inférieur un entropion ou introversion qui détermine nécessairement un trichiasis partiel. Ce renversement interne de la paupière inférieure et des cils paraît dépendre ici d'une légère rétraction du cartilage tarse, augmentée, pendant le rapprochement des bords palpébraux, par la contraction du muscle orbiculaire. Les orifices des glandes de Meibomius et le point lacrymal inférieur sont complètement oblitérés. La caroncule lacrymale, d'un rose mat, moins volumineuse et plus granulée que celle du côté gauche, est logée dans une espèce de sinus triangulaire formé par un vaste pli de la conjonctive. Celle-ci, légèrement injectée en haut, d'un blanc terne et entièrement sèche, offre à chaque commissure des brides verticales qui semblent saillir et se multiplier en raison des efforts que fait le malade pour imprimer aux paupières le plus grand écartement possible; et lorsque le globe oculaire est fortement porté en dedans, le segment interne de la cornée se trouve recouvert d'un de ces replis comme d'une membrane clignotante. Le phénomène inverse s'observe lorsque l'œil tend à se cacher sous l'angle externe des paupières. La cornée, transparente, de forme ovalaire dans le sens de son diamètre transversal, est recouverte comme d'une pellicule pulvérulente, sèche, inégalement opaque, à travers l'épaisseur de laquelle on distingue néanmoins, comme à travers un nuage, l'iris et la pupille, qui n'offrent d'anormal qu'un peu moins de contractilité sous l'influence des rayons lumineux. Cette cornée est plus sèche, plus nébuleuse dans ses trois quarts supérieurs que dans son quart inférieur, dont le plus d'humidité et de transparence dépend de ce que, constamment recouvert par la paupière supérieure, il est ainsi mis à l'abri de l'impression de l'air et autres agens extérieurs. En un mot, vous croiriez voir de prime-abord l'œil sec, terne et flétri d'un cadavre exposé depuis deux jours à l'action de l'air atmosphérique, avec cette seule différence que la cornée affaissée, déprimée chez l'homme qui a cessé de vivre, conserve chez notre malade tout le plein de sa sphéricité.

La vision et la sensibilité ont considérablement perdu de leur énergie primitive; les objets ne sont aperçus qu'à travers l'épaisseur d'un brouillard, et ce n'est qu'en s'humectant l'œil avec un liquide quelconque, que le malade voit leurs formes se dessiner d'une manière moins confuse et plus distincte. La cornée peut supporter sans douleur et presque sans incommodité le contact du doigt promené sur sa surface, et l'instillation d'une solution de cinq grains de nitrate d'argent dans une once d'eau distillée n'a pu déterminer que la sensation presque imperceptible d'un picotement, d'une démangeaison. Toute sécrétion liquide a cessé pour cet œil, qui ne s'humecte pas même sous l'impression irritante des pellicules d'ognon introduites entre les paupières. Les sens correspondans de l'odorat, de l'ouïe et du goût remplissent régulièrement leurs fonctions respectives.

OEil gauche. De prime-abord, il paraît parfaitement sain et étranger à toute influence sympathique de l'œil malade. Cependant, lorsqu'on l'examine de près et avec attention, l'on aperçoit, à quelques taches noirâtres dont est parsemée la surface de l'iris, que cette membrane a dû être dans le temps le siége d'une phlegmasie plus ou moins intense. Aussi le malade nous a-t-il avoué que, dans la période la plus aiguë de son ophthalmie catarrho-strumeuse, il avait ressenti par contre-coup du côté gauche de la photophobie, du larmoiement et de quelques douleurs gravatives dans le globe de l'œil et la région frontale externe. Aujourd'hui, l'œil et les diverses parties qui en dépendent jouissent de la régularité de leurs fonctions relatives. A l'exception de l'appareil sécrétoire qui a perdu un peu de son activité première, au rapport du malade, la sensibilité est intacte, et le contact du doigt sur la cornée détermine une augmentation de larmes et une espèce de blépharospasme toujours douloureux.

Telle est la symptomatologie de cette singulière affection de l'œil, décrite par Schmidt en 1803 (1) sous le nom de xérophthalmie, par Travers, en 1821, sous celui de *cutilar conjunctivæ* (2). En 1833, le docteur Mackensie, professeur d'ophthalmologie à l'école de Glascow, en a consigné une observation dans le *London medical Gazette*, traduite dans les *Archives générales*, deuxième série, t. 11.

Disons un mot sur le diagnostic différentiel de la xérophthalmie et de quelques altérations de l'œil avec lesquelles elle pourrait être confondue par le médecin qui n'a pas eu l'occasion de l'observer; car, pour celui qui l'a vue une seule fois, il n'est plus exposé à commettre de méprise, tant ses caractères sont tranchés et pathognomoniques.

Weller et quelques autres ophthalmo-pathologistes ont imposé la dénomination de xérophthalmie, de xéroma, à cet état de l'ophthalmie externe caractérisé par la suspension complète de toute sécrétion lacrymale; mais on ne saurait confondre une xérophthalmie qui persiste depuis un an, constituée en outre par bien d'autres symptômes que par la sécheresse de l'œil, avec celle qui n'est que le symptôme passager de la première période d'une conjonctivite aiguë. Il n'est pas de médecin qui ne sache que le début de la plupart des catarrhes aigus est marqué par la suspension momentanée de toute sécrétion muqueuse.

Le xérosis diffère essentiellement du néphélium, de l'*obscuratio nubeculosa*, du leucoma, de l'albugo et d'autres taies partielles ou générales de la cornée, qui reconnaissent ordinairement pour cause une kératite chronique; car, dans la maladie qui nous occupe, le tissu lamelleux de la cornée paraît parfaitement sain et intact; ce n'est point lui qui a perdu de sa transparence intrinsèque, c'est uniquement la membrane adnata. L'épithélium conjonctival, dépourvu de toute lubréfaction, s'est épaissi, s'est en quelque sorte épidermifié par la concrétion du mucus déposé à sa surface, comme le démontre la diminution de

---

(1) Ueber die Krankheiten des trænenorgans, ou *sur les maladies des organes lacrimaux*, Wien; 1803, p. 55.

(2) Synopsis of the diseases of the eye; London, 1826, p. 120.

sa densité, et par suite l'amélioration momentanée de la vue pendant l'action dissolvante d'un liquide instillé entre les paupières. D'ailleurs le leucoma, l'albugo de la cornée se présentent sous l'aspect d'une fausse membrane d'un blanc crayeux ou nacré, ressemblant à celui de l'albumine coagulé, d'une opacité qui intercepte tout passage des rayons lumineux, et entraîne une cécité complète lorsqu'elle occupe l'axe visuel; mais la pellicule cornéale de la xérophthalmie offre des conditions pathologiques tout opposées; elle est pulvérulente, ardoisée, d'une diaphanéité ternie qui diminue sans détruire l'exercice des fonctions visuelles.

Quelle est la cause, quelle est la nature de la xérophthalmie? Faut-il l'attribuer avec Sebmidt, Bénédict et Travers à une oblitération partielle ou générale des conduits excréteurs de la glande lacrymale? Mais outre que cette assertion est purement gratuite, puisqu'il n'est possible de constater l'existence de ces canaux qu'après une macération plus ou moins prolongée de l'œil dans un liquide coloré, et que, jusqu'à ce jour, aucune recherche nécropsique n'a été faite sur des yeux affectés de xérosis, cette oblitération suffirait-elle, même en l'admettant, pour expliquer la *cutisation*, la sécheresse complète du globe oculaire? N'existe-t-il pas en effet d'autres organes sécréteurs qui, indépendamment de la glande lacrymale, peuvent verser sur la surface de l'œil une humeur assez lubréfiante; et M. Magendie ne vient-il pas de prouver qu'après l'extirpation de ce corps glandulaire, la transparence et l'humidité de l'œil sont encore entretenues par la mucosité abondante des papilles de la conjonctive, des glandes de Méibomius, et de la caroncule lacrymale?

D'après les belles recherches expérimentales de ce savant professeur de physiologie sur les fonctions du nerf trifacial, qu'il considère comme l'agent presque exclusivement conducteur de la sensibilité dans les organes des sens, ne serait-on pas en droit de soupçonner, chez notre malade, une altération profonde de la branche ophthalmique de la cinquième paire? J'avoue que cette cause à elle seule rendrait compte de beaucoup de phénomènes observés, tels que ceux de la diminution de la vue et de la sensibilité de la conjonctive oculo-palpébrale, de la gêne dans le mouvement des paupières, et peut-être même à la rigueur du défaut d'action des organes sécréteurs. Je serais d'autant plus porté à admettre cette séduisante étiologie, que l'altération qu'a dû éprouver le rameau frontal par suite de son contact assez prolongé avec un foyer purulent aurait pu facilement se transmettre par continuité de tissu jusqu'à la branche ophthalmique d'où il émane; mais cet épaississement de l'épithélium conjonctival de la cornée, mais ces brides nombreuses de la conjonctive, mais cette oblitération du point lacrymal inférieur, mais cette atrophie des glandes de Meïbomius sont autant de symptômes qui, complètement étrangers à une lésion organique de la cinquième paire, réclament impérieusement l'intervention d'une cause plus générale et plus directe.

Lorsque l'on se rappelle que le malade a accusé des douleurs sourdes et gravatives au-dessus de l'angle externe de l'œil, point où correspond le siége de la glande lacrymale, l'on serait tenté de recourir à une affection chronique, à une atrophie de cet organe sécréteur, pour expliquer l'état de sécheresse de l'œil, si, comme je l'ai déjà dit, M. Magendie n'eût démontré qu'après l'ablation de cette glande, les villosités de la conjonctive et les follicules de Meïbomius fournissent assez de mucosité pour lubréfier la face antérieure du globe oculaire.

Quant à nous, sans nier le plus ou le moins d'influence des diverses causes précédentes sur la production de la xérophthalmie, nous croyons plus rationnel de chercher le principe de cette maladie dans l'inflammation catarrho-strumeuse chronique de la conjonctive, et cela pour les raisons suivantes:

1° Parce que la cutisation, la sécheresse de l'œil a été précédée de tous les symptômes d'une blépharophthalmie catarrho-scrophuleuse: photophobie extrême, larmoiement abondant accompagné d'une sensation de cuisson et d'âcreté, tuméfaction, suppuration et collement des paupières; et qu'aujourd'hui encore une petite tache sur la cornée, des brides nombreuses de la conjonctive, une légère rétraction du cartilage tarse inférieur, sont autant de signes indélébiles qui témoignent de l'existence première de ce genre d'inflammation spécifique de l'œil;

2° Parce que cette inflammation de la conjonctive oculo-palpébrale a pu se terminer par une induration qui a détruit ses cryptes muqueux et se propager aux glandes de Meïbomius, à la glande lacrymale et au point lacrymal inférieur, les altérer, les atrophier pour ainsi dire, et suspendre toute sécrétion lubréfiante; et c'est alors que s'est opéré, sur la conjonctive ainsi exposée au contact immédiat des agens extérieurs et au frottement continuel des paupières, cet épaississement de l'épithélium, cette dégénérescence épidermoïde, qui survient ordinairement sur toutes les membranes muqueuses placées dans les mêmes conditions, et diminue notablement l'excessive sensibilité qui les distingue.

Jusqu'ici la thérapeutique s'est montrée presque absolument impuissante contre la xérophthalmie, et nous l'aurions reléguée dans le domaine des maladies à jamais incurables, si M. Carron du Villards ne nous eût affirmé avoir obtenu un cas de guérison par la cautérisation de la conjonctive sur le bord circulaire de la cornée, avec le crayon de nitrate d'argent. Au lieu du caustique, le professeur Sanson a eu recours en pareil cas au bistouri; il a excisé toute la portion de la conjonctive qui s'étend de la rainure oculo-palpébrale à la circonférence de la cornée; et cette opération extrêmement délicate, qui n'a pas été bien douloureuse, a fait entrevoir dès le début un succès qui ne s'est pas longtemps soutenu, et *le malade est sorti à peu près dans le même état que lors de son entrée à l'Hôtel-Dieu.* (Expressions mêmes de M. Dupré. Voir sa thèse, p. 12.)

M. Velpeau, qui actuellement emploie avec tant de bonheur, contre les diverses affections de l'œil, la solution aqueuse de nitrate d'argent cristallisée, instillée par gouttes entre les paupières, l'a prescrite chez notre malade, d'abord à la dose d'un grain de nitrate pour une once d'eau distillée, et a élevé graduellement la dose de ce sel jusqu'à cinq grains dans une même quantité d'eau; et aucun effet sensible n'est résulté de l'administration prolongée de ce collyre. L'insufflation dans l'œil du calomel préparé à la vapeur semble, après neuf jours de son emploi, avoir déterminé une amélioration qui, quoique bien légère, n'en est pas moins réelle au rapport du malade qui distingue moins confusément les objets. Si le mieux ne fait pas de progrès ultérieurs, M. Velpeau est dans l'intention d'employer successivement l'électro-puncture pratiquée sur les orifices sus et sous orbitaires, l'application du vésicatoire volant sur la face cutanée des paupières, et enfin l'excision de la conjonctive. Ne conviendrait-il pas, avant de passer à ce dernier moyen, de recourir à la cautérisation circulaire de la conjonctive, qui déjà aurait été une fois couronnée de succès?

Au reste, nous nous ferons un devoir de faire connaître alors le résultat de ces dernières méthodes de traitement.

BIBLIOGRAPHIE.

DES PERTES SÉMINALES INVOLONTAIRES, par M. LALLEMAND, professeur de la Faculté de médecine de Montpellier. — Un vol. in-8° de 512 pages. Paris, 1836.

Le sujet de ce travail est pour ainsi dire neuf; non-seulement aucun ouvrage spécial n'a encore été publié sur les *pertes séminales*, si nous en exceptons pourtant la dissertation de Vickmann, mais les journaux et les autres recueils importans n'offrent que de rares matériaux pour un ouvrage sur ce sujet, et encore le plus souvent imparfaits. Il fallait être dans une position toute spéciale pour que les recherches dirigées sur ce point fussent fructueuses. Sous ce rapport, les travaux antérieurs du savant professeur de Montpellier lui devaient être d'une grande utilité; car, dans l'espace de 13 à 14 ans, il a recueilli plus de 150 observations de pertes séminales involontaires, assez graves pour altérer profondément la santé, et même pour causer la mort. Mais, ce qui paraîtra singulier et ce qui explique comment il a pu réunir en aussi peu de temps un aussi grand nombre d'observations de cet état morbide, c'est que la plupart de ces malades lui ont été adressés pour de prétendues affections cérébrales plus ou moins anciennes; chez beaucoup d'autres malades on avait cru voir des gastrites ou de gastro-entérites chroniques, des anévrismes du cœur, des phthisies commençantes, etc., ou bien des affections nerveuses, et surtout un état d'hypocondrie. Il est facile de reconnaître d'après ce peu de mots empruntés à l'avant-propos combien les pertes séminales involontaires sont fréquentes, graves et difficiles à reconnaître et à quelles déplorables erreurs elles donnent lien tous les jours. Hâtons-nous donc de suivre l'auteur dans les recherches sur ce sujet important qu'il a consignées dans ce volume, qui ne doit être considéré que comme une première partie d'un ouvrage plus considérable.

Dans le premier chapitre nous trouvons sous le titre d'*Exposition*, quelques généralités sur les pertes séminales, sur l'impropriété des expressions pollutions diurnes ou nocturnes que l'auteur conserve néanmoins, parce que, dit-il, avec raison, le néologisme n'est excusable que quand il a pour but de prévenir des erreurs; et enfin sur le plan qu'il se propose de suivre dans cet ouvrage, et qui diffère peu de celui qu'il a adopté dans ses recherches sur les maladies de l'encéphale.

Les neuf premières observations sont destinées à faire connaître les

lésions anatomiques auxquelles l'auteur croit devoir attribuer les pertes séminales, et qu'il rapporte toutes à l'inflammation des organes génitaux, et la marche des symptômes principaux. Pour avoir une idée nette des premières il est important de constater avec quelle facilité l'inflammation s'étend de proche en proche, le long des membranes muqueuses, jusqu'aux parties les plus éloignées.

La *prostate* est l'un des organes les plus fréquemment frappés d'inflammation dans les écoulemens blennorrhagiques qui sont surtout fournis par les follicules dont elle est presque uniquement formée. Aussi cette glande était-elle notablement altérée chez les sujets qui ont succombé sous l'influence des pertes séminales, et dont M. Lallemand rapporte les observations. Ainsi dans un cas nous voyons les follicules prostatiques gorgées de pus concret, adhérent, et formant par leur réunion un corps ferme et jaunâtre, semblable à un tubercule scrophuleux; chez un autre, on a trouvé la prostate infiltrée de pus ou de matière pultacée que la pression faisait sortir sous forme de grains; à une époque plus avancée encore, en comprimant légèrement la prostate, on faisait sortir du pus de tous ses conduits excréteurs; et elle contenait en outre de petits abcès du volume d'une lentille ou d'un pois. Enfin chez l'un des sujets, elle était en partie détruite, et vidait dans le canal de l'urètre une matière purulente par une multitude de trous qui n'étaient autre chose que les orifices des follicules muqueux dont les parois avaient été détruites par la suppuration.

L'altération présentée par les *canaux éjaculateurs* suffirait presque à elle seule pour expliquer la production des pollutions diurnes; leur orifice est ordinairement très-élargi; dans un cas même il aurait pu admettre une plume d'oie. Les conduits eux-mêmes sont ordinairement dilatés, et en outre ils sont ou entourés de pus et comme disséqués, ou épaissis et cartilagineux. Ces canaux ayant perdu leur ressort et même la possibilité de se contracter, ne peuvent plus forcer le sperme à refluer dans les vésicules séminales, ou du moins ils sont incapables de le retenir, pour peu que ces réservoirs se contractent ou qu'ils soient comprimés.

Les *vésicules séminales* sont ou pleines de pus, ou raccornies, déformées, cartilagineuses et même osseuses, ou remplies de matière tuberculeuse que l'auteur regarde comme du pus privé de la partie fluide.

Les altérations trouvées dans les *canaux déférens* et dans les *testicules*, n'ont évidemment aucun rapport avec les pollutions diurnes; elles sont les résultats de l'inflammation de ces organes; et comme M. Lallemand a cherché à rattacher les pertes séminales à l'inflammation des organes spermatiques, il a pu vouloir compléter le tableau de ces inflammations.

Il est impossible de méconnaître que toutes les surfaces muqueuses des organes génito-urinaires ont entre elles la plus grande analogie et les communications les plus intimes; c'est par elles que l'inflammation se propage de proche en proche jusqu'aux organes sécréteurs du sperme et de l'urine. Le parallèle établi ici par M. Lallemand entre les affections des organes urinaires et celles des organes spermatiques, le démontre suffisamment. En effet, sous l'empire des mêmes causes, les reins et les testicules, la vessie et les vésicules séminales, se comportent de la même manière et produisent des effets analogues; mais ce qui ne contribue pas peu à obscurcir le diagnostic de ces affections, c'est qu'il est très-rare qu'elles existent isolément. Ainsi les pertes séminales ont été si souvent observées par l'auteur à la suite des rétrécissemens, qu'il les regarde comme la cause réelle de l'hypocondrie, de l'ischurie, de la débilité, etc., qu'on attribue à l'affection des voies urinaires. Il n'est pas rare aussi que les pollutions diurnes soient compliquées de catarrhe chronique ou d'irritation de la vessie. Enfin il est digne de remarque que les enfans sujets à l'incontinence diurne sont particulièrement exposés aux pollutions nocturnes à l'époque de la puberté, et plus tard aux pollutions diurnes, et que les malades affectés de ces dernières éprouvent en général de très-fâcheux effets des diurétiques.

La blennorrhagie est regardée par M. Lallemand comme la cause la plus énergique et la plus directe des pertes séminales. Aussi a-t-il consacré le troisième chapitre tout entier à l'étude des faits dont les sujets avaient éprouvé, avant d'être atteints de pertes séminales, une ou plusieurs attaques de blennorrhagie. Les faits qu'il rapporte ici sont au nombre de dix-huit. Cependant, quand on compare le nombre immense des individus qui chaque jour contractent des blennorrhagies, aux cas comparativement très-rares de pertes séminales, on est naturellement porté à chercher quelque autre cause, et c'est ce que l'auteur, malgré la préoccupation avec laquelle il s'efforce de retrouver partout l'influence de l'inflammation et de la blennorrhagie, reconnaît lui-même. «Cependant, dit-il, quand on examine séparément et avec quelque attention ces observations, on remarque bientôt que l'écoulement a été précédé, accompagné ou suivi de circonstances graves capables à elles seules de provoquer des pertes séminales.» Voici les plus remarquables.

Dans un cas il a cru trouver une disposition héréditaire; quelques sujets avaient des dartres, des hémorrhoïdes ou des varicocèles; la plupart s'étaient livrés avec excès au coït, à la masturbation ou bien aux boissons alcooliques; beaucoup enfin étaient nés faibles, délicats, nerveux; leur santé avait été détériorée dès l'enfance par un mauvais régime, une vie trop sédentaire, etc., ou, à une époque rapprochée, par l'emploi de traitemens inutiles ou trop énergiques, ou trop longtemps prolongés, tels que les médications toniques, anti-phlogistiques, anti-vénériennes, etc.

Cependant, chez tous ces malades, l'influence de la blennorrhagie ne peut être mise hors de doute, car, chez tous, l'urètre avait conservé une excessive sensibilité, surtout dans la région prostatique; ils y ressentaient habituellement de la douleur, de la pesanteur, de la chaleur ou des élancemens, des chatouillemens pénibles; ces sensations étaient exaspérées par le passage des urines. Chez tous, les organes urinaires offraient un certain degré d'irritation; les urines étaient plus abondantes et contenaient moins d'urée et d'acide urique que dans l'état de santé, et elles étaient conservées moins long-temps dans la vessie.

Jusqu'à présent on n'avait vu dans les pollutions diurnes qu'un relâchement des conduits éjaculateurs, et cette idée exclusive avait fait tomber dans une exagération aussi erronée et aussi funeste que d'attribuer toutes les pertes séminales à la seule irritation des organes spermatiques; et il est très-rare que les malades aient été guéris par l'emploi des toniques ou des anti-phlogistiques seuls. Il existe presque toujours en même temps dans les organes spermatiques comme au reste dans les affections chroniques de toutes les membranes muqueuses, de l'irritation et de la faiblesse, une excessive sensibilité et peu de ton; mais ce qui déconcerte le plus les praticiens, c'est que ces deux états s'observent simultanément et dans des proportions variées. Les anti-phlogistiques et les toniques, les émolliens et les excitans, le repos et la fatigue, produisent de bons et de mauvais effets chez le même individu, suivant que l'irritation ou la faiblesse prédomine momentanément.

La cautérisation par le nitrate d'argent de la portion prostatique de l'urètre qui, il y a quelques années, inspirait tant d'effroi par la crainte qu'une petite quantité de nitrate d'argent n'arrivât dans la vessie, a été employée avec le plus grand succès par M. Lallemand dans le traitement des cas de perte séminale; bien qu'il ait partagé lui-même ces terreurs pendant plusieurs années; il en est tellement affranchi aujourd'hui, que, quant à l'irritation de la portion prostatique se joint celle du col ou même d'une partie de la vessie, il commence la cautérisation par cette cavité elle-même, ayant le soin de la vider auparavant pour que l'action du nitrate d'argent soit plus énergique.

«La cautérisation, dit cet habile médecin, a l'avantage de combattre à la fois la faiblesse et la surexcitation; en détruisant les surfaces des tissus engorgés, elle en change la susceptibilité morbide; la résolution y produit ensuite un resserrement entier qui leur donne une énergie nouvelle; c'est pourquoi la cautérisation suffit le plus souvent pour amener une guérison définitive.

Mais lorsque la maladie existe depuis longtemps, les organes génitaux participent à la débilité générale de l'économie; après que l'inflammation a disparu, il est nécessaire d'aider les tissus relâchés à reprendre leur ancienne énergie: rien alors ne s'oppose à l'administration des toniques de toute espèce; ils achèvent la guérison commencée par la cautérisation.» Aussi nous voyons dans les nombreuses observations que contient ce chapitre, les bains froids, les bains sulfureux, la glace et autres moyens toniques réussir chez des individus auxquels ils avaient été nuisibles dans le principe.

Le quatrième chapitre contient, sous le titre *affections cutanées*, dix observations de pertes séminales chez des sujets qui étaient atteints en même temps d'affections cutanées chroniques, auxquelles M. Lallemand attribue dans ces cas les mêmes effets qu'il avait attribués dans le chapitre précédent au virus blénorrhagique. Ces observations démontrent qu'il existe une étroite connexion entre les membranes muqueuses génito-urinaires et la peau, et surtout celle du scrotum et du périnée; le retour de l'éruption cutanée ayant, dans plusieurs occasions, fait disparaître les accidens du côté des voies génito-urinaires, qui eux-mêmes n'avaient apparu qu'au moment où l'éruption cutanée semblait avoir été dissipée. Les seuls moyens qui ont été employés avec succès dans les cas de cette nature, sont la cautérisation et les eaux sulfureuses.

Jusqu'ici nous avons suivi l'auteur dans l'examen des causes qui peuvent influer sur les organes spermatiques, par l'intermédiaire de la membrane muqueuse de l'urètre; dans le cinquième et dernier chapitre, il s'occupe exclusivement de celles qui peuvent agir sur les vésicules

séminales par la voie du rectum. Ici, le nombre des espèces est presque aussi considérable que celui des observations, qui est de douze. Ainsi, dans un cas, nous voyons les pertes séminales provoquées et entretenues par la présence dans le rectum, à deux pouces de l'orifice de l'anus, d'une cloison, ou d'une espèce de diaphragme qui mettait obstacle à l'issue des matières; dans un autre cas, le même effet est produit par une tumeur squirrheuse, placée sur la circonférence de l'anus. Chez d'autres sujets des hémorrhoïdes, la fissure à l'anus, une constipation opiniâtre, une diarrhée continuelle, la paralysie incomplète du rectum, une grande quantité d'ascarides déterminaient des pertes séminales qui ont disparu en même temps que les causes qui les produisaient. Ces causes agissent de deux manières différentes : 1° en déterminant la compression des vésicules séminales, ou 2° en provoquant leur irritation.

Toutes les causes qui mettent obstacle à la sortie des matières fécales, qui favorisent la constipation agissent de la première manière. Dans tous les cas de cette nature, l'influence du rectum sur les vésicules séminales est due à sa distention par les matières fécales; c'est une action purement mécanique.

L'autre phénomène est essentiellement *vital*. La diarrhée, les ascarides, les dartres à l'anus, ne peuvent agir que de cette manière. Mais dans quelques cas, la distention et l'irritation de l'intestin agissent simultanément sur les vésicules séminales. Les hémorrhoïdes, les fissures à l'anus produisent à la fois ces deux effets différens, et M. Lallemand insiste avec raison sur l'étude de cette influence réciproque dont il démontre la réalité en rapportant des cas simples et saillans dans lesquels chaque mode d'action est isolé et incontestable.

Ici se termine l'analyse que nous avons entreprise de l'ouvrage de M. Lallemand, sur les pertes séminales et que nous mettrions sans balancer à côté de celui du docteur Deslandes, *sur l'onanisme et les abus vénériens*, s'il était complet. L'auteur promet de publier la suite de son travail aussitôt que ses occupations le lui permettront; nous désirons ardemment qu'il ne fasse point attendre long-temps l'exécution de cette promesse, et qu'il continue avec autant de succès, que dans cette première partie, ses recherches sur un point de pathologie si important et cependant jusqu'ici si négligé.

CONCOURS

POUR LA CHAIRE D'ANATOMIE.

PREMIÈRE ET DEUXIÈME ÉPREUVES. — COMPOSITION ÉCRITE ET PREMIÈRE LEÇON PRÉPARÉE.

Le désir que nous avions de réunir des notes exactes sur les titres antérieurs de chaque candidat, nous a fait retarder le publication du compte-rendu des premières épreuves. Munis de ces renseignemens, nous indiquerons en analysant les épreuves, les travaux antérieurs des candidats qui n'ont pas figuré dans notre premier article.

PREMIÈRE ÉPREUVE. — COMPOSITION ÉCRITE.

Le sort a désigné pour question, à traiter par écrit, *le tissu fibreux en général*, question vaste, immense, qu'il était impossible de traiter complétement dans l'espace de cinq heures.

A M. Chassaignac a échu l'honneur d'ouvrir un des concours les plus remarquables qui aient eu lieu à la Faculté de Paris; et nous pouvons ajouter que le jeune athlète s'en est tiré avec le plus grand succès, et on peut dire même qu'il a dépassé l'attente universelle. Si sa composition n'est pas très-riche en faits nouveaux, on ne peut au moins lui contester beaucoup d'ordre, de méthode, de clarté; une diction pure, élégante, sans prétention, ne faisant pas, comme quelques compétiteurs, du pathétique à propos d'aponévroses. L'ordre, la méthode et la clarté dans l'exposition des faits, même les plus simples, sont des qualités fort importantes et fort rares. C'est surtout dans les concours, en présence d'un public nombreux et de juges plus ou moins bien disposés, qu'il devient indispensable de se faire écouter. M. Chassaignac a été assez heureux pour captiver l'attention; et d'unanimes applaudissemens ont couronné la lecture de sa composition.

Cette première épreuve profitera beaucoup à M. Chassaignac. Voici d'ailleurs un aperçu très-succinct sur les précédens scientifiques de ce jeune candidat.

Comme plusieurs de ses compétiteurs, M. Chassaignac a obtenu les grands prix de l'école pratique avec réception gratuite. Il a été nommé au concours successivement aux places d'aide d'anatomie, de prosecteur et d'agrégé. Il enseigne l'anatomie et la médecine opératoire depuis plus de neuf ans avec succès

Ses travaux publics sont encore peu nombreux, mais ils attestent un bon esprit et des connaissances solides. Les principaux sont :

1° Un mémoire sur la distribution des nerfs dans le système musculaire; 2° un mémoire sur la fracture du col du fémur; 3° un ouvrage sur la circulation veineuse qui vient d'être publié et qui nous a paru renfermer des aperçus nouveaux; 4° un mémoire sur les ruptures de l'utérus, couronné par la Société médicale d'émulation.

M. Blandin a fait une dissertation très-développée et très-riche en faits importans et nouveaux. L'auteur a des connaissances solides en anatomie; il n'a pas oublié les leçons de Béclard, son ancien maître.

M. Blandin a commencé par l'histoire du tissu fibreux, dont il fait remonter les premières notions jusqu'à Erasistrate et à Galien. Il l'a divisé, comme presque tous les auteurs, en *lamineux* et *funiculaire*; il a examiné ensuite chacune de ces deux modifications dans les différentes parties du corps, et dit un mot en passant du tissu jaune élastique. Il est entré ensuite dans quelques détails sur le développement du tissu fibreux accidentel, et s'est étendu très-longuement sur les applications pathologiques.

La composition de M. Lebaudy est beaucoup moins longue que la précédente. Ce candidat ne paraît pas avoir bien saisi le sens de sa question. Il devait faire l'anatomie générale du tissu fibreux, et il s'est imposé la tâche un peu difficile et fastidieuse de décrire, en particulier, chacun des principaux organes fibreux.

La composition de M. Bérard se ressent un peu de la précipitation avec laquelle elle a été rédigée. Elle renferme moins de faits que celle de M. Blandin; malgré ces avantages on l'a écoutée avec plus d'attention, parce qu'elle était plus claire et mieux lue. Cette composition a prouvé cependant que M. Bérard connaît très-bien l'anatomie descriptive. Peut-être a-t-il été moins heureux dans ses excursions dans le champ de l'anatomie de texture. Toutefois M. Bérard a prouvé de nouveau qu'il a un esprit clair, positif, méthodique, comme il en faut pour faire de bons professeurs. La marche qu'il a suivie est à peu près la même que celle de M. Blandin.

Les titres anciens de M. Bérard sont très-connus. Moins riche en productions scientifiques originales que distingué par les nombreux concours où il a toujours paru avec succès, M. Bérard s'est placé en outre au premier rang parmi les professeurs libres de l'époque. Doué d'un esprit souple, facile, et de connaissances très-variées, il a enseigné tour à tour l'anatomie, la clinique chirurgicale, la médecine opératoire, etc. Nous avons déjà mentionné en d'autres circonstances avec plus de détails les mémoires qu'il a publiés, et qui semblent plutôt l'appeler un jour à l'enseignement et à la pratique de la chirurgie qu'à l'enseignement des sciences théoriques. Ses publications en anatomie proprement dite se bornent à un mémoire qu'il a communiqué à l'Académie des sciences sur les artères nourricière des os.

M. Laurent commence par l'histoire de l'évolution de tous les tissus fibreux de l'organisme; il donne au tissu fibreux le nom de *tissu scléreux*, qu'il divise en *scléreux proprement dit*, ou véritable tissu fibreux funiculaire ou membraneux des auteurs, et en *sous-scléreux* ou *hypo-scléreux*, ou *proto* et *deuto-scléreux*, correspondant aux tissus osseux et cartilagineux. Cette composition, d'une longueur considérable, abonde en classifications qui ont été difficilement comprises. Cependant M. Laurent avait été singulièrement favorisé par le sort; il avait publié un ouvrage sur cette question; il est tombé dans l'excès des personnes qui veulent trop bien faire, qui sont trop riches et ne savent pas coordonner leurs richesses.

M. Laurent est connu depuis long-temps dans la science anatomique par les idées et les recherches originales dont il l'a enrichie, et par les services qu'il a rendus à l'enseignement. Ce savant distingué est surtout remarquable par des vues élevées, un esprit vaste et généralisateur; on sait d'ailleurs qu'il a sacrifié une position sociale très-avantageuse, la place de chirurgien en chef de la marine, et de professeur à l'école de Toulon, afin de pouvoir se livrer avec plus de fruit aux recherches scientifiques. La nature du mérite de M. Laurent n'est pas de celles qui brillent dans les concours.

M. Breschet est peut-être, de tous les candidats celui qui a le mieux compris sa question, qui l'a traitée avec le plus d'ordre, de méthode et de clarté. Il a su se renfermer dans ses limites, et il l'a envisagée sous tous ses points de vue. Il a fait preuve des connaissances les plus variées et les plus étendues. La marche qu'il a suivie est à peu près la même que celle de M. Blandin; mais il s'est plus longuement étendu sur l'anatomie générale du tissu fibreux, sur les différences qui existent entre le tissu fibreux proprement dit et le tissu jaune élastique; l'analogie de celui-ci avec le tissu musculaire, tant sous le rapport du développement que de la composition chimique, tandis que le tissu blanc se rapproche plutôt du tissu cellulaire. Ses considérations sur le névrilemme viennent surtout à l'appui de cette dernière manière de voir. A l'extrémité périphérique des nerfs, dit M. Breschet, on voit les gaines névrilemmatiques abandonner la pulpe nerveuse, s'entrecroiser et se confondre avec les systèmes capillaire et lymphatique, de manière à former le tissu cellulaire.

M. Breschet a consacré un chapitre particulier aux lésions pathologiques du tissu fibreux et au rôle que joue ce tissu dans une foule de maladies chirurgicales.

M. Michon a été moins abondant que ses compétiteurs. Malgré sa brièveté, sa composition est bien faite, bien ordonnée et bien écrite; elle fait voir que son auteur a des connaissances très-étendues en anatomie.

Le début de M. Broc a été pompeux et solennel : sa composition, d'une longueur excessive, parsemée çà et là de fleurs de rhétorique et de comparaisons plus ou moins poétiques, a excité plus d'une fois l'hilarité de l'auditoire. A part ce manque de goût, l'auteur a donné une histoire assez complète du tissu fibreux; il a divisé ce sujet comme ses compétiteurs; il l'a examiné organe par organe. Il avait fait une assez grave omission en ne disant rien du tissu jaune; il a cru, à la fin de sa lecture, devoir expliquer les motifs qui l'avaient déterminé à ne pas s'occuper de ce tissu. Les raisons de M. Broc ont trouvé faveur devant le public, et trois salves d'applaudissemens ont accueilli ce doyen du concours.

DEUXIÈME ÉPREUVE. — PREMIÈRE LEÇON APRÈS VINGT-QUATRE HEURES DE PRÉPARATION.

M. Lebaudy s'est laissé intimider : il avait à traiter de l'*appareil génital*, question qui ne l'aurait pas embarrassé dans toute autre circonstance. Outre le défaut de méthode, nous lui reprocherons des omissions assez graves et même quelques erreurs. En parlant de l'évolution des organes génitaux, il n'a pas cité ces corps glanduleux si remarquables signalés par Wolf et par Oken, puis décrits par MM. Rathke, Jacobson, et en dernier lieu par M. Muller de Berlin, et qui sont connus dans la science sous les noms de *corps de Wolff*, ou *corps d'Oken*, ou de *reins primordiaux*. L'importance de ces organes est aujourd'hui assez généralement connue pour qu'il ne soit pas permis de les oublier en pareille circonstance : on sait qu'ils forment la base sur laquelle se développeront plus tard les organes intérieurs de la génération et sécréteurs de l'urine.

M. Lebaudy a dit qu'il était impossible de distinguer le sexe du fœtus avant trois mois; MM. Muller et Rathke ne sont pas du même avis, et prétendent reconnaître le sexe même avant la fin du deuxième mois.

M. Laurent a montré dans ces deux épreuves qu'il avait fait des études spéciales d'anatomie de texture et d'anatomie comparée; il ne paraît pas donner la même importance à l'anatomie humaine proprement dite, à cette anatomie qu'un professeur doit enseigner dans la chaire mise au concours, et avec laquelle on fait d'habiles chirurgiens et des médecins éclairés. M. Laurent, qui avait à traiter *des organes de l'olfaction en général*, a perdu une grande partie de son temps en considérations générales sur les organes des sens, et en considérations plus ou moins philosophiques sur sa manière d'envisager l'anatomie. Il n'est arrivé au fait que fort tard; aussi n'a-t-il pu traiter que la moitié de sa question. Après une description très minutieuse de la pyramide nasale et des différens élémens qui entrent dans sa composition, il a fait l'histoire de la membrane de Schneider; et est arrivé à celle des nerfs olfactifs, qu'il a eu à peine le temps d'achever. Cependant la partie scientifique de cette question a été fort bien traitée : si ce candidat avait eu une demi-heure de plus, il aurait pu faire une leçon fort remarquable.

M. Broc a eu à traiter *de l'organe de la vision* : il en a successivement décrit les différentes parties. Ce candidat faisant depuis nombre d'années des cours d'anatomie à l'école pratique, ne devait pas être embarrassé de son sujet; aussi l'a-t-il débité avec toute la verve et l'entraînement qu'on lui connaît; il n'a rien ou presque rien appris sur la structure intime des différentes parties constituantes de l'œil, telles que la choroïde et ses dépendances, l'iris, l'uvée, le corps ciliaire, etc.; il s'est étendu avec un peu trop de complaisance sur le passage des rayons lumineux à travers les milieux de l'œil, et sur la forme du cône lumineux qu'il a comparée à un sabot, tandis qu'il n'a rien dit des mouvemens de l'iris et surtout des modifications qu'impriment à la pupille les objets plus ou moins éclairés, plus ou moins éloignés. On peut lui reprocher en outre d'avoir débité les faits les plus communs avec emphase.

M. Chassaignac a eu à traiter du *système nerveux ganglionnaire*, question belle, intéressante, et dont ce candidat a su tirer un excellent parti. Il comprend sous la dénomination de système ganglionnaire non-seulement le système du grand sympathique, mais encore les ganglions intervertébraux et même différentes parties de l'encéphale, telles que les corps striés, les couches optiques, etc. Le temps ne lui permettant pas de faire une description complète de toutes ces parties, il se contente d'indiquer seulement les ganglions encéphaliques et rachidiens, et passe immédiatement à l'histoire du grand sympathique.

Il commence par les ganglions de la tête, passe ensuite à ceux du cou, puis à ceux de l'abdomen, en indiquant à mesure leur forme, leur situation et les filets qui en partent. Dans la description des ganglions de la tête, M. Chassaignac s'est montré constamment à la hauteur de la science; cependant il n'a pas cité le ganglion de M. Hip. Cloquet (ganglion que j'ai vu représenté dans les planches de Loder, imprimées vers 1800). Quoique l'existence de ce ganglion ne soit pas généralement admise, peut-être eût-il fallu en parler. Après cette description assez complète du grand sympathique; M. Chassaignac est passé à l'anatomie descriptive, puis à la composition chimique. Arrivé enfin à l'histoire des fonctions de ce nerf, il a fini par celle de son développement aux différens âges et chez les différens animaux.

M. Bérard avait à traiter des *organes des sens comparés entre eux*. Il appelle organe de sens *tout organe riche en nerfs et placé à la périphérie du corps*. Il examine ensuite chacun des organes et discute la question de savoir s'il n'existerait pas de sixième sens, soit chez l'homme, soit chez les animaux. Il ne trouve dans la série animale que ces canaux muqueux qui sillonnent de toutes parts la peau des poissons, et que cependant la plupart des naturalistes considèrent comme de simples organes excréteurs. Après cette introduction, M. Bérard essaie de comparer entre eux les organes des sens qu'il divise en généraux et en spéciaux; il insiste fortement sur la position qu'affecte chacun de ces organes. M. Bérard passe ensuite à l'examen particulier de chacun d'eux, tant chez l'homme que chez les animaux, et s'étend longuement sur la partie physiologique de sa question. Le manque d'espace ne nous permet pas de suivre ce candidat dans toutes ces descriptions qui, d'ailleurs, ne renfermaient rien de nouveau. Nous nous permettrons seulement de relever deux légères erreurs qui lui ont échappé. En parlant des cétacés, M. Bérard dit que ces animaux ne possèdent aucun vestige de nerfs olfactifs, tandis que MM. Magendie et Breschet ont découvert de très-petits filamens, lesquels, à cause de la singulière conformation du crâne, perforent cette boite osseuse de bas en haut, et partent conséquemment de la face supérieure du cerveau. Il dit ailleurs que les travaux de Müller avaient *mis au néant* les découvertes d'Arnold sur le ganglion otique, tandis que M. Müller a très-bien retrouvé le ganglion d'Arnold; seulement dit M. Müller, « le filet qui se rend au muscle tenseur du tympan ne fait que *traverser* ce ganglion. » Or, on conçoit difficilement qu'un filet nerveux traverse un ganglion de part en part, sans avoir avec lui la moindre communication, sans en être au moins influencé.

M. Breschet avait à traiter des *appareils des sécrétions en général*. Suivant ce candidat, toutes les sécrétions se font par les glandes, espèce de poches simples ou compliquées, pourvues de canaux excréteurs qui s'ouvrent à la surface de l'un ou l'autre des appareils tégumentaires. Ainsi la déposition de la graisse dans le tissu cellulaire, et la présence de liquides dans les cavités des membranes séreuses ne sont pas des produits de sécrétions; les élémens de ces fluides se retrouvent dans le sang, tandis que les produits des sécrétions glandulaires contiennent presque toujours, sinon toujours, des principes étrangers à ceux contenus dans ce liquide. M. Breschet divise les produits des sécrétions suivant leur état, en impondérables, gazeux et liquides.

Les deux premières classes de sécrétions ne se rencontrent que chez des animaux inférieurs. Ainsi la phosphorescence des mers est due à la présence d'une matière particulière sécrétée par une multitude de petits animalcules. Tout le monde connaît le ver luisant et d'autres insectes dont la phosphorescence est due également à une matière glutineuse sécrétée par des glandules; mais faudrait-il considérer comme produit de sécrétion le fluide électrique développé par des organes de nature glanduleuse qu'on trouve chez certains poissons? M. Breschet avait pour lui l'opinion de Cuvier et de plusieurs autres naturalistes; il n'a fait que rapporter ces opinions.

La sécrétion gazeuse se retrouve dans la vessie natatoire de beaucoup de poissons. Les naturalistes ont décrit et représenté les glandes qui sécréteraient ce fluide élastique lequel n'est ordinairement que de l'azote. Arrivant enfin aux organes glanduleux proprement dits, M. Breschet les divise en huit types principaux :

1° Simple dépression, crypte, follicule;

2° La glande est encore unique, mais elle est formée d'un canal enroulé et comme pelotonné sur lui-même; le canal excréteur est contourné en spirale. A ce type se rapportent les glandes sudorifères et les glandes blennogènes de la peau;

3° A ce troisième type se rapportent les glandes salivaires et le pancréas. Un nombre plus ou moins grand de poches se versent dans un conduit excréteur. La glande n'est pas limitée par une gaine fibreuse;

4° Les glandes mammaires se distinguent des précédentes en ce que leurs conduits excréteurs présentent déjà des renflemens, vestiges des réservoirs que nous trouverons pour les autres glandes;

5° Le foie. La forme de cet organe est déjà déterminée par une enveloppe, qui, cependant, n'est pas encore fibreuse; il y a un réservoir qui ne reçoit pas toute la quantité de fluide sécrété;

6° Les reins. Ils diffèrent des glandes examinées jusqu'à présent en ce qu'ils sont enveloppés d'une tunique fibreuse très-résistante, et que l'appareil excréteur ne pénètre pas profondément dans leur substance. L'appareil sécréteur n'est plus formé de petites poches, ce sont des canaux longs et grêles;

7° Les testicules. Tunique fibreuse très-résistante recouverte d'une membrane séreuse. L'appareil excréteur ne pénètre pas du tout dans le corps de la glande; l'appareil sécréteur est formé de canaux d'une longueur et d'une ténuité extrêmes.

8° L'ovaire. Tunique fibreuse; appareil excréteur séparé entièrement du corps de la glande, formé par la trompe utérine; appareil sécréteur formé de vésicules isolées les unes des autres, et sans aucune communication avec l'extérieur; le produit de la sécrétion ne pouvant s'échapper que par une véritable déhiscence ou rupture de la vésicule.

Après l'exposé de cette classification, M. Breschet dit en passant quelques mots sur le nombre, le volume et la situation des glandes, sur les appareils d'excrétion; arrive à la structure intime de ces organes, et termine par l'histoire du développement du système glandulaire. Cette leçon remarquable, prononcée d'une voix ferme, quoique sans emphase, a été écoutée avec un intérêt soutenu et suivie d'applaudissemens réitérés.

M. Michon a eu à traiter du *crâne et de la colonne vertébrale en général*. Envisageant sa question sous un point de vue général et philosophique, il a désigné ces parties sous le nom collectif *d'axe cérébro-spinal osseux*, les considérant comme formant les parois osseuses d'une cavité irrégulière, offrant des renflemens d'espace en espace, fermée en haut par une cloison osseuse (la voûte crânienne), et en bas par une membrane aponévrotique, tendue sur l'orifice inférieur du canal sacré. Il considère le coccyx comme représentant du corps de vertèbres privé des arcs postérieurs, et le crâne comme un renflement de la colonne vertébrale. Après avoir discuté les opinions des différens auteurs sur le nombre et la délimitation des vertèbres crâniennes, M. Michon finit par en admettre trois, savoir : une occipitale, une sphénoïdale postérieure et une sphénoïdale antérieure. Il décrit ensuite successivement les différentes parties de l'axe cérébro-spinal, arrive à l'histoire de ses fonctions, de son développement, et termine sa leçon par quelques considérations pathologiques, se rapportant toutes aux lésions que peut éprouver la colonne vertébrale. A l'occasion du développement de la colonne, M. Michon a omis de parler des découvertes de M. Serres et de quelques anatomistes allemands, relatives au développement concentrique des deux moitiés de cette tige. Cette théorie, qui repose sur des faits évidens, est admise aujourd'hui par les hommes les plus spéciaux.

M. Blandin n'a pas été favorisé par le sort; il a eu à traiter *des parois de l'abdomen considérées d'une manière générale*. Après avoir défini l'abdomen et déterminé ses limites chez l'homme et les mammifères, il a examiné cette cavité chez les animaux inférieurs, chez lesquels, comme on sait, les limites ne sont pas aussi tranchées. Il fait aussi la description des différentes parties de l'abdomen, examine cette cavité sous les points de vue anatomique et physiologique, comparativement chez les animaux, et arrive à l'histoire du développement de ses parois, lesquelles, dit M. Blandin, sont les premières à se développer, et peuvent être en quelque sorte considérées comme la *racine* de l'embryon. Mais si ces parties sont les premières à se développer, elles sont les dernières à se compléter. On sait qu'elles se réunissent assez tard au niveau de la ligne blanche, et souvent des vices de conformation congénitaux sont occasionés par le défaut de soudure des deux moitiés latérales. M. Blandin ne pense pas, comme quelques physiologistes, qu'il y ait *bifidité* complète de la paroi postérieure dans les premiers temps de la vie intra-utérine; il se fonde sur ce que les corps des vertèbres ne présentent qu'un seul noyau d'ossification qui occupe la ligne médiane. Mais on pourrait objecter à M. Blandin les cas de spina-bifida avec division des corps des vertèbres; ces cas sont rares à la vérité; mais il y en a; et, comme on sait, jamais en bonne philosophie un fait négatif ne détruit un fait affirmatif. M. Cruveilhier possède un fort bel exemplaire de division congéniale des corps des vertèbres.

M. Blandin arrive enfin au chapitre des fonctions des parois abdominales, qu'il examine successivement l'une après l'autre, et insiste particulièrement sur la flexion du tronc sur le bassin, moyennant laquelle l'axe de la cavité abdominale proprement dite se porte dans la même direction que celui de l'excavation pelvienne, ce qui facilite l'expulsion des matières stercorales et même du produit de la conception. Alors le diaphragme agit perpendiculairement à la surface des corps à expulser.

Cette leçon, l'une des plus difficiles du concours, a fait honneur à la science et au talent d'exposition du candidat.

A. K.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

PARIS. — IMPRIMERIE ÉVERAT ET COMPAGNIE, RUE DU CADRAN, N° 16.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La Gazette médicale de Paris (*Gazette de santé* et *Clinique des hôpitaux* réunies) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et équivaut à 6 feuilles in-8°. Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois. Pour l'Étranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Poissonnière*, n° 5, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

PATHOLOGIE INTERNE.

OBSERVATIONS DE FIÈVRES INTERMITTENTES PERNICIEUSES, suivies de réflexions; par P. Voisin, ancien interne des hôpitaux de Paris, chirurgien de la maison centrale de détention de Limoges.

FIÈVRE INTERMITTENTE QUOTIDIENNE.

Obs. I. — M. G..., âgé de 32 ans, d'une constitution sèche, nerveuse; d'un tempérament bilieux, cholérique; employé pendant tout le jour à un bureau d'octroi situé sur la Vienne, éprouvait depuis quelque temps du malaise, une lassitude extrême dans les membres, de l'inappétence, et des réveils en sursant pendant les nuits. Il fut pris le 20 juin 1834, à quatre heures du soir, d'un frisson d'une heure, suivi de chaleur. La sueur dura toute la nuit et tout le lendemain. Cuisson le long du canal quand le malade urine.

Le 21, assoupissement pendant la nuit, interrompu par des rêves pénibles et des transes, avec sentiment de fatigue au réveil; inappétence; céphalalgie sus-orbitaire.

Le 22, accès à midi; le premier stade a duré trois heures, pendant lesquelles le malade a rendu en deux fois des urines bilieuses qui lui brûlaient le canal; pendant le second stade, céphalalgie sus-orbitaire intense; pouls large et mou; peau brûlante et sèche; respiration courte et fréquente: toux gastrique; douleur à l'épigastre et à l'hypocondre gauche; faciès injecté contrastant avec la teinte presque ictérique qui suit l'accès; yeux brillans; la sueur a fini vers dix heures du soir. La nuit a été moins mauvaise que les précédentes. (Sulfate de quinine pour boisson; diète.)

Le 23, *herpes labialis* ce matin; urines claires; tête lourde: appétit. A deux heures, un peu de bouillon qui n'a pas passé; à six du soir, accès. Premier stade d'une heure; deuxième stade de trois heures; troisième de six heures. Pendant les accès délire violent; céphalalgie intense; soif vive.

Nuit mauvaise; rêvasseries pénibles; réveils en sursaut au moindre bruit. (Même prescription.)

Le 24 au matin, pouls mou; faciès maigre, jaunâtre; langue couverte d'un enduit épais et blanchâtre; tête lourde; point de selles; urines sédimenteuses. (Même prescription.)

La sueur seule est venue le soir à six heures et a duré toute la nuit.

Le 25, sommeil meilleur: appétit; urines rouges, sédimenteuses et très-fétides; herpes presque disparu. (Vermicelle; solution *ut suprà*.)

Vers le soir, accès, consistant en une légère céphalalgie et une sueur qui a duré une partie de la nuit et n'a pas empêché le malade de dormir assez tranquillement.

Le 27, urines toujours sédimenteuses et fétides; pouls encore mou. (Poudre de quinquina et de cannelle, de chaque, 4 grains; à prendre par prises.)

Le 28, guéri.

On a dû remarquer qu'avant de se régler suivant le type quotidien, la maladie avait débuté sous le type tierce: c'est, en effet, le type (avec celui de rémittente-tierce) qu'affectionnent les maladies bilieuses et celle-là l'était un peu, s'il en faut juger par la céphalalgie sus-orbitaire. La toux gastrique, la teinte du faciès, la coloration des urines etc. Cette cuisson que nous avons notée sur leur trajet, s'observe aussi fort souvent à l'anus, lorsqu'il donne passage à des matières bilieuses, matières éminemment irritantes qu'il faut évacuer aussi promptement que possible,

Feuilleton.

MISCELLANÉES.

N° VIII.

LES SCEPTIQUES.

La médecine considérée comme profession, présente un singulier spectacle; elle est une nécessité sociale, un besoin de l'humanité; les hommes n'ont jamais pu s'en passer, et pourtant ils l'ont souvent injuriée et bafouée. Mais on a beau faire, si les progrès de la civilisation diminuent et font disparaître certaines maladies, il en est d'autres que l'excès même de cette civilisation engendre et reproduit inévitablement; il faut donc que le médecin vienne pour les combattre et en signaler les causes. Ainsi notre profession tiendra toujours un rang dans la société, quelque inférieur ou quelque élevé qu'on le lui fasse. Le malheur est que la plupart des hommes ne jugent pas la médecine par le bien qu'elle opère, mais toujours par celui qu'elle ne peut pas faire. De là les erreurs, les injustices, les moqueries, les préjugés, les imputations ridicules de ceux qui portent un jugement sur cette science. Étudiez et pesez les sarcasmes lancés contre la médecine par Pline, Varron, et dans les temps modernes, par Pétrarque, Montaigne, Bernard Palissy, Molière, Rousseau, et vous trouverez que leur point d'attaque est toujours l'impuissance de l'art dans certains cas, impuissance malheureusement trop réelle, mais qu'il faudrait compenser par l'intervention évidemment salutaire de cet art dans beaucoup d'autres cas. Si le malade succombe, c'est le médecin qui l'a tué, car la mort n'a jamais tort; si la guérison a lieu, on en fait honneur à la nature, manière de philosopher, *crasso modo*, si l'on veut, mais qui n'en est pas moins celle de beaucoup de gens. voilà l'absurde dilemme dans les serres duquel on nous place toujours; voilà l'origine de cette grave assertion que la médecine est un roman dont chaque médecin est l'auteur. Aussi La Bruyère dit-il, fort mal à propos, que les médecins sont des hommes payés pour débiter des fariboles au chevet du lit d'un malade, jusqu'à ce que la nature l'ait guéri, ou que leurs remèdes l'aient tué. Oh! s'il en était ainsi, croyez le bien, il y a long-temps que notre profession n'existerait plus; qu'elle ne serait aux yeux des gens instruits qu'une superstition de nos aïeux; mais loin de là, plus on s'éclaire et plus on juge l'art de guérir sous son véritable point de vue (1).

(1) Feu M. le duc de Levis, m'assura en 1828, au retour de son voyage d'Écosse, que le célèbre Walter Scott lui avait dit entr'autres choses: « Si Molière revenait au monde, il pourrait encore se moquer des médecins, ou plutôt de certains médecins, mais certainement, il n'oserait plus se moquer de la médecine. »

parceque leur présence produit ou entretient des phlegmasies viscérales.

Nous avons cru un instant et à tort que cet herpes servirait à juger la maladie. Chaque classe d'affections a ses crises spéciales. Aux inflammations franches, les crises par les sueurs, les hemorrhagies, etc.; aux affectinos bilieuses, les crises par le vomissement, la diarrhée, le flux d'urines, etc.; c'est par cette dernière voie que la crise a semblé s'opérer. Bien entendu qu'elle eût été insuffisante sans l'assistance du royal fébrifuge. On sait combien peu il faut compter sur les mouvemens critiques dans cette espèce de maladie. Méthode expectante, méthode meurtrière.

FIÈVRE INTERMITTENTE PERNICIEUSE RHUMATISMALE. (FIÈVRE LARVÉE.)

Obs. II. — M L..., âgé de 26 ans, d'une constitution sèche, nerveuse; d'un tempérament bilieux, habitant un village situé au fond d'un vallon et entouré d'eau, se mouilla beaucoup le 2 mai 1834 pendant une longue marche. Depuis cette époque, inappétence, refroidissement dans tous les membres et lassitude, qui allèrent en augmentant jusqu'au 6, jour de ma première visite. Je le trouvai dans l'état suivant : membre inférieur droit demi-fléchi avec impossibilité de l'étendre, et tellement douloureux au-dessus, au-dessous du genou, le long de la face externe de la cuisse, et enfin vis à vis tous les tissus fibreux, que l'on n'y pouvait appliquer le bout du doigt sans faire grimacer le malade. D'ailleurs ventre météorisé, douloureux à l'épigastre; inappetence; lassitude générale extrême; insomnie; anorexie; peau un peu halitueuse : pouls mou et irrégulier.

Prenant la maladie pour un rhumatisme articulaire aigu, je proposai la saignée, *qui fort heureusement répugna au malade*. On lui appliqua trente sangsues *loco dolenti*, et il prit un bain qui le fatigua beaucoup. (Diète; infusion sudorifique.)

Le 7, le prétendu rhumatisme envahit le membre gauche. exacerbation vers le soir; nuit agitée; soubresauts des tendons. (25 sangsues *loco dolenti*; diète; même tisane.)

Le 8, le rhumatisme passe à l'articulation tarso-métatarsienne et de celle-là à d'autres. Le malade n'ayant point rendu de selles depuis long-temps, on lui administra un peu de sulfate de magnésie, qui lui fit faire quelques selles bilieuses et augmenta le mal. (Cataplasmes sur les articulations malades; infusion sudorifique; diète.)

Son état ne fit qu'empirer jusqu'au 13 mai, jour où la maladie se dessina nettement par un accès bien caractérisé avec frisson, chaleur, sueur et rhumatisme articulaire, qui disparaissait dans l'apyrexie. Je n'ai point remarqué s'il y avait rougeur et tuméfaction des articulations envahies. (Sulfate de quinine. diète.)

Le 15, autre accès qui dura dix-huit heures suivi de sudamina au creux épigastrique; urines briquetées, fétides. (Même prescription.)

Le 17, autre accès marqué par un simple changement de couleur et une décomposition éphemère de la figure. Quelques soubresauts dans les tendons; sommeil encore troublé par des rêves sinistres (Potage matin et soir; solut. fébrif.)

Le 19, guéri, pour mourir l'année suivante d'une fièvre typhoïde.

Quoique nous ayons fait quelques omissions importantes, dues au peu de temps dont nous avions à disposer, on ne peut néanmoins taxer d'erreur notre diagnostic. C'est bien un rhumatisme articulaire, avec sa mobilité caractéristique et servant à masquer une fièvre pernicieuse reconnaissable aux sudamina, à la mollesse du pouls, et nous trouvons encore ici la complication que nous avons notée dans l'observation précédente. Et qu'on n'aille point croire que notre esprit prévenu voit toutes les maladies au travers d'un prisme bilieux. Nous voyons ce que la nature et une observation consciencieuse nous font voir, rien au delà, autant que faire se peut. Ajoutons même qu'il nous serait difficile, toutes les fois que nous parlerons médecine, de ne point dire quelques mots de ces affections bilieuses qui, dans notre pays, envahissent au moins la moitié du cadre nosologique. Il est aussi rare d'y trouver une maladie franchement inflammatoire, qu'il est rare d'observer à Paris une maladie franchement bilieuse.

FIÈVRE INTERMITTENTE HÉPATIQUE PERNICIEUSE. (Fièvre larvée).

Obs. III. — Madame veuve F., âgée de 29 ans, belle femme, bien réglée, eut le 23 mars 1834, jour de ses menstrues, une indigestion qui lui laissa dans l'hypocondre droit des douleurs avec insomnie, inappetence et constipation. Ces douleurs, qui l'empêchaient de se coucher sur ce côté, augmentèrent jusqu'au 29, jour où elles furent amendées par l'application de 15 sangsues.

Le 30, journée tranquille.

Les 31, et 1[er] avril, ces douleurs reparurent à 4 heures du matin. Le médecin qui la voyait employa l'éther, des frictions camphrées *loco dolenti*, des calmans, des bains, etc., tous remèdes qui ne la soulagèrent que momentanément; les accès étaient déjà très-violens. La malade était prise de frissons, de céphalalgie, et vomissait beaucoup de bile jaune, verte et quelquefois noire. Elle ne pouvait se coucher, ni à droite : elle sentait un poids qui retombait sur ce côté, il était même tellement douloureux que le seul poids de la couverture était insupportable; ni sur le côté gauche, parceque celle du côté droit augmentait. Elle se tenait sur le dos. Cet état dura jusqu'au 6 avril, époque d'un accès encore plus violent que les précédens, pendant lequel elle fut prise d'ictère, diarrhée, urines et sueurs ictériques; coliques dans l'hypocondre droit. La teinte ictérique diminua avec les douleurs au bout du quatrième jour. Les règles vinrent le 19 avril, et ne suspendirent point ces accidens qui allaient tantôt augmentant, tantôt diminuant. Alternatives de diarrhée bilieuse et de constipation, insomnies; sueurs; vomissemens de toute espèce de nourriture (25 sangsues à la région hépatique).

Le 25 avril, coliques plus violentes qu'à l'ordinaire. Je la vis pour la première fois le 27. Teint jaune, figure maigre, yeux enfoncés; hypocondre droit, epigastre douloureux; cet état persista, à quelques variations près, jusqu'au 23 mai, jour où, frappé de plusieurs signes de pléthore bilieuse, je lui administrai du sulfate de magnésie qui évacua par en bas une grande quantité de bile d'un vert porracé. J'avais cru d'abord à l'existence d'un embarras bilieux; le retour des mêmes accidens, quoiqu'isolés de toute espèce de tumeur appréciable au côté droit, me fit songer à une hépatie chronique : c'est même dans la persuasion que j'avais affaire à ce genre d'affection, que j'entrepris cette observation le 28 mai. Depuis ce jour jusqu'à l'époque de la guérison, à chaque visite j'ai pris sur l'état de la malade des notes minutieuses dont je puis garantir l'exactitude.

Le 28 mai, décubitus à droite par extraordinaire, douleur, tension à la base du thorax, surtout au niveau de l'épigastre et de l'hypocondre droit, respiration un peu précipitée, un peu d'égophonie à la base du poumon droit, décubitus à gauche impossible : elle sent un poids qui retombe de ce côté; picotemens d'estomac, toux gastrique; figure maigre d'un jaune livide. (Hier, 27, les règles vinrent et coulèrent peu). Pendant cette nuit, frissons violens suivis de chaleur et de sueurs, insomnie, rêvasseries pénibles; vers le matin, épistaxis par la narine droite; précédée d'une violente céphalalgie du même côté : fortes douleurs de reins; borborygmes, éructations, goût salé, pouls petit, serré, peu fréquent. (20 sangsues au haut des cuisses qui rappelèrent sur-le champ les règles et dissipèrent les douleurs de reins).

Le 30 mai, nouveaux signes de pléthore bilieuse. Emétique qui fit rendre deux livres au moins de bile porracée; soulagement. La malade prit aussi de la manne; elle se trouvait mieux, lorsqu'arrivèrent les journées des 5, 6, 7 juin. journées orageuses, brûlantes. Vives douleurs à l'épigastre et dans l'hypocondre droit.

Le 7 juin. C'est de ce jour que date l'apparition de la douleur sympathique de l'épaule droite. A 4 heures du matin, frisson violent suivi d'un sentiment d'étouffement insupportable à l'épigastre et dans le trajet du diaphragme; coliques très-violentes dans la région du foie, à la fin desquelles le malade sentait la douleur remonter vers l'épaule et la face latérale droite du cou, d'où elle se répandait çà et là (et elle marquait en même temps de la main le trajet du nerf phrénique et les divisions du plexus cervical superficiel). Ensuite ictère, sueurs abondantes le jour et la nuit, constipation, éructations.

Je commençai, dès ce jour seulement, à soupçonner l'existence d'une fièvre intermittente pernicieuse quarte. Dans le cas de doute, et pour obvier à toute espèce d'accident, je prescrivis une potion de 15 grains de sulfate de quinine avec laudanum de Sydenham, à prendre par cuillerées d'heure en heure et dans le cou-

---

Toutefois on peut pardonner à Pline de ne croire ni à Dieu, ni à la médecine; à Montaigne ses plaisanteries, parce qu'aucun remède ne put le délivrer de la gravelle; à Rousseau ses boutades, parce que bien qu'il eût abandonné sa *carcasse*, comme il dit, aux médecins, ceux-ci ne parvinrent point à le guérir du catarrhe vésical chronique qui fit son supplice pendant si long-temps. Tous ces grands homme, quel que fût leur génie, ne pouvaient se faire de notre art une idée précise, bien moins encore, ce vulgaire savant et sot qui n'approfondit rien. Mais que penser des médecins qui disent ne pas croire à la médecine? En existe-il réellement? Peut-on admettre une telle assertion, ou plutôt une semblable accusation sans preuves réelles? Quant à moi, j'ai peine à le croire, et on en conçoit facilement la raison. La violation d'un dépôt sacré, l'infidelité chez une femme mariée, l'incrédulité chez le prêtre, c'est le dernier terme des forfaitures humaines; certes, on peut le dire également d'un médecin qui exerce cette profession sans y avoir la moindre confiance; une aussi absurde et radicale inconséquence est peut être le dernier degré d'avilissement du cœur humain. On cite pourtant dans certaines biographies, des médecins célèbres qui, dit-on, ne croyaient point à leur art; on entend même dire dans le monde, que tel docteur, plus ou moins en réputation, ne croit pas à la médecine. Il est difficile de concevoir la légèreté avec laquelle on lance ou on accueille une aussi odieuse imputation. Eh bien! s'il ne croit pas à la médecine, pourquoi l'exerce-t-il? pourquoi usurpe-t-il un titre qui ne lui appartient plus, et qu'il dégrade autant qu'il est en lui? pourquoi consent-il à tromper le public, à capter la confiance, à s'introduire dans les familles pour en surprendre les secrets? etc. On voit où conduit une accusation qui ne semble d'abord qu'une plaisanterie. Un philosophe de l'antiquité soutient qu'il est impossible d'être un grand poète sans une rigoureuse probité; à plus forte raison, on pourrait le dire du vrai médecin; car où donc trouver la garantie de cette probité dès qu'elle pèche par sa base essentielle, la croyance dans la réalité et l'utilité de sa profession.

Cependant ne confondons pas : il y a un sage et judicieux scepticisme qu'il faut accepter dans l'intérêt même de la science. Ce sceptisme est applicable à la vérité morale, et même à la vérité mathématique; on comprend qu'il le soit également à la vérité médicale, bien autrement mobile et contestable que les deux premières. Mais de ce doute rationnel et mesuré, à une négation absolue, la distance est infinie, et malheur à qui la franchit. Le premier aide au progrès, parce qu'il juge et constate par l'expérience, parce que la raison, ce sens supérieur, qui nous fait distinguer le faux du vrai, le guide et l'éclaire; mais l'autre est cet affligeant scepticisme qui, remettant tout en question, couvre la science de honte et d'incertitude. Aussi la philosophie du doute, bonne en soi sur certains points en médecine, devient absurde si on le pousse à l'extrême. En définitive, on n'a rien élevé sur le sol mouvant du sceptisme, pas plus en philosophie qu'en médecine. Car, si on veut toujours analyser, discuter, disséquer et distinguer, tout passer au tamis d'une démonstration subtile et pédantesque, que reste-t-il? le doute. Mais, comme je l'ai dit, le doute en médecine doit avoir ses limites, sous peine d'anéantir la science, de briser ses vérités fondamentales. Or, quel est celui qui se sent capable d'une pareille outrecuidance? De deux choses l'une, ou il ignore ces vérités, alors son jugement est complètement nul, ou s'il les connaît, il sera forcé d'avouer que beaucoup d'entre elles sont inattaquables.

Ainsi être médecin et dire qu'on ne croit pas à la médecine, c'est non-seulement mettre enseigne de malhonnête homme, mais c'est accuser un intolérable orgueil; c'est révéler une profonde ignorance, un cruel *minimum* de sphéricité

rant du même jour. (Diète.) Pendant la nuit, rêvasseries, transes, réveils en sursaut ; la malade croyait sentir sur son ventre des charbons ardens.

Le 8. Moins de douleurs à l'épigastre ; facies ictérique ; deux selles abondantes, fétides, en diarrhée bilieuse ; urines très-rouges. (Potion fébrifuge d'heure en heure ; bouillon d'herbes ; diète.) Sueurs abondantes pendant la nuit ; mêmes rêvasseries ; transes au moindre bruit. Le bouillon d'herbes a excité des nausées.

Le 9. Ventre moins douloureux ; facies moins ictérique, moins décomposé ; quelques douleurs dans la région hépatique et l'épaule droite ; éructations ; diminution de la mémoire ; en somme, mieux prononcé. (Même potion fébrifuge, diète.)

Le 10. Point d'accès.

Le 11. Diarrhée bilieuse ; la toux retentit douloureusement dans le côté droit ; quelques efforts de vomissement ; picotemens dans les jambes. (Bouillon d'herbes ; diète.)

Le 12. Sueurs nocturnes ; sommeil toujours mauvais ; peu de douleurs épigastrique et scapulaire ; moins de faiblesse générale, teint moins jaune ; langue rouge et douloureuse ; appétit. (Meringue et pomme cuite, qui ont été péniblement digérées.)

Le 13. Point d'accès ; un peu de fièvre ce matin ; sueurs et rêvasseries pendant la nuit ; diarrhée bilieuse ; absence de douleur à l'épigastre, à l'hypocondre droit et dans l'épaule ; ventre souple ; teinte ictérique moins prononcée ; appétit. (Bouillon de poulet ; vermicelle.)

Le 14. La diarrhée semble cesser le jour pour paraître la nuit, et surtout vers le matin ; elle est revenue aujourd'hui. Même état d'ailleurs qu'hier. (Demi-bouteille de vin de quinquina à prendre par petit verre chaque matin.)

Je croyais la malade convalescente, et j'avoue que c'eût été pour moi un grand embarras d'avoir à spécifier sa maladie.

Le 17. Plus de diarrhée ; le vin de quinquina semble donner des forces à la malade, qui mange un peu plus de jour en jour et commence à se lever. Douleurs fugitives dans le trajet du diaphragme ; froid aux pieds pendant la nuit.

Le 18, au matin. Vents, chatouillemens dans le côté droit ; bâillemens ; pandiculations. (11 heures.) Nausées ; vomissemens bilieux ; céphalalgie sus-orbitaire intense ; gargouillemens ; apparition de coliques hépatiques, pendant lesquelles il semblait à la patiente *que son côté était ouvert et que quelque chose y sautait*. Ensuite sentiment d'étouffement et de constriction au creux de l'estomac, qu'elle compare à l'action d'un cercle de fer placé en cet endroit, et dont on serre la vis. Après ces horribles douleurs est venue une attaque de nerfs qui a duré une demi-heure, et pendant laquelle quatre personnes étaient insuffisantes pour maîtriser ses mouvemens. Revenue à elle, elle a senti la douleur monter au cou (plexus cervical superficiel), et de là s'irradier en tous sens. « Mon bras droit est alors endormi, dit-elle, et il faut que je me couche sur le dos. Si je me couche sur le côté malade, la douleur est si vive, qu'elle me coupe la respiration et menace de m'étouffer ; si je me tourne de l'autre côté, je sens quelque chose qui me tire dans le côté droit et qui retombe à gauche. Après l'accès, il me reste une douleur morte dans le côté droit. » Viennent ensuite la chaleur et des sueurs abondantes, suivies de brisure dans les membres, telle qu'elle ne peut pas se tenir. Pendant l'accès les urines sont troubles, claires après ; l'ictère vient fermer cette scène de souffrances.

N'allons pas plus loin sans noter que les accès n'étaient pas encore bien réglés ; le dernier n'aurait dû venir que le 19 à 4 heures du matin.

Le 19, 20, ictère, inappétence, selles bilieuses, prostration des forces, diète.

Le 22 à 3 heures du matin, nouvel accès commençant par un frisson d'un quart d'heure ; vents, vomissemens bilieux, coliques, etc., *ut suprà* ; à 8 heures, douleur scapulaire. La chaleur a duré jusqu'à 7 heures du matin, les sueurs et les coliques ont duré tout le jour, les nuits sont toujours mauvaises.

Sudamina au creux épigastrique, se prolongeant seulement vers l'hypocondre droit ; il est vraisemblable qu'ils existaient depuis longtemps.

Cet accès répond, à une heure près, à celui du 7 juin, suivant le type quaternaire. (Solution opiacée de sulfate de quinine par tasses à café, peu de nourriture). Les deux ou trois premières tasses ont été difficilement supportées.

Le 23, sueurs abondantes, région hépatique douloureuse, tête lourde, ictère un peu diminué, sentiment de constriction dans le trajet du diaphragme, épaule indolore. (Même solution).

Le 24, mauvais sommeil, douleurs de reins, ictère diminué. (Même solution).

Le soir la malade prend un peu de chocolat et se lève pour faire son lit ; à 7 heures, petit frisson : elle se couche, autre frisson qui devient si fort qu'elle *croyait sentir la rivière lui passer dans le dos*. Ce stade a duré une heure et demie avec céphalalgie, sans coliques hépatiques, ni douleur scapulaire. Le deuxième et le troisième stades confondus ont duré toute la nuit et n'étaient point terminés.

Le 25, à 9 heures, mêmes rêvasseries qu'à l'ordinaire, soubresauts des tendons, pouls d'une mollesse remarquable, région hépatique douloureuse à la pression, la malade peut se coucher sur le côté gauche ; les sudamina disparaissent dans l'apyrexie ; prostration extrême, quelques lipothymies, urines claires, teint ictérique. Lavement qui a fait rendre beaucoup de bile. (Biscuit, chocolat, même solution).

Le 26, elle peut se coucher un peu sur le côté droit ; quelques douleurs scapulaires, un peu de diarrhée ; elle s'est levée. (Même prescription).

Le 27 ; bon sommeil, peut se coucher des deux côtés ; vers le matin quelques rêvasseries et quelques transes, moins d'ictère, langue rouge. (Chocolat, bouillon pour la matinée, et pour la soirée potion fébrifuge. Elle a pris son chocolat avec plaisir, à peine l'avait-elle achevé que, se sentant la tête lourde, elle s'est mise au lit. A une heure après-midi deux frissons dans la moitié gauche du dos. Il paraît, au rapport de la malade, que les frissons se faisaient toujours sentir dans la moitié gauche du corps. Ils ont duré cinq quarts-d'heure avec céphalalgie dans la moitié droite du front, qui était son siége habituel. Après ce frisson, sentiment de constriction dans le trajet du diaphragme, suivi de douleur dans l'épaule droite. A 4 heures et demie, chaleur ; à 8 heures du soir, sueurs. Une heure après l'accès, les doigts étaient jaunes et effilés.

Le 28, sommeil mauvais, facies ictérique verdâtre, décomposé ; langue plus rouge que la veille, sudamina. Un lavement qui a fait beaucoup aller la malade. (Chocolat, bouillon gras).

On doit remarquer que les accès anticipent de six heures.

Le 29, nuit assez bonne, pouls petit et très-mou, urines claires, etc. (Bouillon, chocolat, côtelette, qui n'ont causé que de légères douleurs dans l'épigastre. (Solution fébrif.)

Le 30, rêvasseries abondantes pendant la nuit, transes ; l'accès est venu à 6 heures et demie du matin avec un peu moins d'intensité, constipation. (Un peu de nourriture qui a été assez bien digérée ; la malade s'est levée).

Le 1er juillet, sommeil meilleur, troublé cependant vers le matin par des rêves et des transes ; teint ictérique, mollesse du pouls : sudamina ; appétit. (Solution fébrifuge ; poudres à parties égales de cannelle et de quinquina, que l'estomac n'a pas pu supporter ; nourriture.) S'est levée dans l'après-midi.

Le 2, céphalalgie, chaleur, sueur pendant la nuit ; pouls dur, fréquent, dépendant d'un retard de sept jours dans l'apparition des règles. Quelques douleurs dans la région du diaphragme ; sudamina ; appétit ; digestions plus faciles. Se lève tous les jours.

Le 3. Hier soir, à huit heures, légères coliques hépatiques sans frissons préliminaires ; s'est endormie à dix heures et demie ; sueur pendant la nuit ; pouls dur et fréquent ; bourdonnemens d'oreilles ; langue encore rouge ; se couche des deux côtés, mais ne peut pas rester long-temps sur le droit ; face jaune et maigrie ; a pris un peu de poudre de quinquina dans de l'eau sucrée ; indigestions, coliques ; envies de vomir après avoir mangé un poisson. (Limonade citrique avec addition d'un peu d'eau-de-vie ; nourriture.)

Le 5, même état. (Potion fébrifuge.) Point d'accès.

Le 6, sommeil bon, sauf quelques transes vers le matin ; pouls presque normal ; teint encore jaune, figure engraissée ; cependant la digestion cause encore des coliques à l'épigastre ; sudamina ; une selle très-bilieuse ; se lève. (Solution fébrifuge ; nourriture.)

Le 7, journée bonne. (Solution fébrifuge ; côtelette et bouillon.)

Le 8, sommeil passable précédé d'une agitation semblable à celle que produit le café ; dort difficilement sur le côté droit ; l'accès est venu, consistant en céphalalgie, chaleur et sueur ; douleurs dans l'hypocondre et l'épaule du côté droit, et ictère.

Le 9, diarrhée bilieuse ; appétit ; sueurs nocturnes.

Le 10, même état. (Poudre de quinquina pure.)

Le 11, sommeil meilleur ; selles naturelles ; appétit. (Veau rôti, bouillon, chocolat.)

Le 12, côté droit encore sensible au moindre mouvement, à la moindre con-

---

cérébrale. Remarquons, en effet, que les médecins accusés d'incrédulité dans leur art ou l'ont été faussement, ou bien que leur peu de savoir ne donne aucune portée à leur opinion. Dans l'antiquité, Sextus-Empiricus, médecin célèbre, adopta le pyrrhonisme, et donna même à cette doctrine un éclat extraordinaire. Il est difficile de pousser plus loin que lui la logique inflexible, le raisonnement subtil, l'argumentation captieuse. Avec son terrible *diallèle*, ou cercle vicieux, il renverse toute espèce de philosophie dogmatique (1). Cependant il parle peu de la médecine ; il dit même, que la dogmatique existe et qu'elle consiste à étudier et suivre les impulsions de la nature. Bien plus, Sextus-Empiricus rapporte un bon mot d'Hérophile contre le sceptique Diodore, qui avait avancé plusieurs argumens sophistiques surtout contre le mouvement. Diodore, dit-il, ayant l'épaule démise, était allé trouver Hérophile pour le guérir ; ce médecin le railla avec finesse : « Ou votre épaule, lui dit-il, s'est démise dans le lieu où elle était, ou elle s'est démise dans le lieu où elle n'était pas : mais ce n'est ni où elle était, ni où elle n'était pas : donc elle ne s'est pas démise. » De manière que le sophiste le pria de laisser là ces subtilités, et de lui appliquer quelque remède convenable suivant son art. (P. 262) Dans le moyen âge, plusieurs médecins ont passé pour sceptiques. Parmi eux, on compte surtout Jérome Cardan ; mais quelle peut être l'autorité de Cardan en médecine? espèce de mystique, toujours livré à la fougue de son imagination, ardent sectateur de l'astrologie, il mit en relief le vrai et le faux, le sublime et l'absurde. Ses nombreux et obscurs ouvrages prouvent qu'il a manqué plus d'une fois à sa fameuse divise : « *Tempus mea possessio ; tempus ager meus.* » Dans nos temps modernes, il est aussi plus d'un médecin accusé de la même félonie, tels furent Lieutaud, Arbuthenot, Bouvart, etc., mais rien de moins démontré. Corvisart surtout a laissé planer sur lui cette accusation accréditée depuis par Cuvier ; eh bien ! je puis assurer qu'elle est entièrement dénuée de fondement. A la vérité cet illustre praticien n'avait pas la foi superstitieuse, c'est-à-dire l'affirmation non précédée de l'examen ; il se moquait des systématiques et des nosologistes, mais il admettait une médecine positive, réelle, qu'il démontrait chaque jour dans sa brillante clinique. On a cité comme preuve de son incrédulité médicale, la terrible épigraphe de son traité des maladies du cœur, *hæret lateri lethalis arundo*, mais cette épigraphe manque-t-elle donc de justesse, et nos grands hommes du jour ont-ils trouvé le secret de la rendre menteuse ? Quand on parlait à Corvisart des merveilleux effets de certains remèdes pour guérir les fièvres, il répondait : Vous avez beau faire, les fièvres *continues*, n'en *continuent* pas moins jusqu'à leur terminaison naturelle, heureuse ou fatale. Qui ne voit dans ces paroles, l'opinion d'un médecin qui a profondément réfléchi sur la marche de ces maladies. Je suis persuadé que si l'on voulait examiner ainsi la conduite médicale des médecins célèbres qui ont passé pour sceptiques dans leur profession, on trouverait toujours que l'accusation lancée contre eux est sans fondement.

Mais il est une autre classe de médecins se faisant gloire de leur scepticisme, qui pensent donner une plus grande idée de la force de leur esprit en foulant aux pieds le dieu même de leur temple. Néanmoins examinez-les bien, et vous trouverez que leurs connaissances sont très-superficielles, quel que soit le vernis dont ils couvrent leur ignorance ; scrutez leurs capacités, pressez-les de raisons et de logique, vous serez étonné de leur peu de savoir réel. En sorte qu'on peut assurer

(1) Voyez son curieux ouvrage, *des hypotiposes*, ou institutions pyrrhoniennes, traduites du grec par le sieur Huart. Amsterdam, 1725.

trariété. Toutes les fois qu'il s'y développe une douleur, elle est suivie de celle de l'épaule et de l'engourdissement du bras du même côté. Urines limpides; teint ictérique; se lève tous les jours, quoiqu'elle ait les jambes encore faibles.

Le 13. Point d'accès.

Le 14. Sommeil bon. Il paraît que depuis quelques jours l'accès revient chaque soir. Plus de sudamina; région hépatique toujours douloureuse; sommeil meilleur; selles faciles; urines chargées; grand appétit; la figure reprend ses couleurs et son embonpoint.

Le 18. La transformation de la fièvre quarte est rémittente, quotidienne et confirmée. L'accès vient chaque jour avec céphalalgie, coliques hépatiques, douleur scapulaire, chaleur, abattement, puis ictère, sans sueurs ni frissons; il dure quatre ou cinq heures et laisse après lui un petit état fébrile. Jambes faibles, transes nocturnes. (Quinquina et nourriture.)

Le 22. Sommeil mauvais; le moindre bruit agite la malade; facies ictérique et maigre; urines claires; pouls dur et fréquent; appétit (Solution fébrifuge; nourriture.)

Le 23. L'accès a commencé par des frissons, bornés à la moitié gauche de la tête, et a duré cinq heures (Même prescription.)

Le 24. Sommeil assez paisible; sudamina à l'épigastre; même accès; l'ictère commence avec lui. (Même prescription.)

Le 25. Elle n'a eu qu'une légère douleur dans la région du foie, avec ictère; urines chargées; sommeil troublé par des transes et des rêvasseries. (Même prescription.)

Le 26. Urines claires; sudamina; les digestions s'accompagnent d'un léger mouvement fébrile; à 3 heures, céphalalgie et ictère; jambes faibles. (Même prescription.)

Le 27. L'ictère disparaît pendant la nuit; céphalalgie et ictère à 3 heures, sans douleur scapulaire; digestions faciles; appétit. Elle se lève, boit et mange. (Même solution.)

Le 28. Même état.

Le 29. A 1 heure de l'accès, bâillemens, céphalalgie, coliques légères et ictère; diarrhée bilieuse.

Le 4 août. L'accès revient tous les jours, à la même heure et avec les mêmes symptômes. (Potion de sulfate de fer.)

La potion a coloré en noir les matières fécales et, semble avoir augmenté la fièvre.

Le 8, même état. (2 onces de miel, 1 once de quinquina pulvérisé, 2 gros d'alcool, à prendre par cuillerée deux ou trois fois par jour avant l'exacerbation quotidienne).

Le 9, 10, point d'exacerbation.

Le 12, indigestion après avoir mangé du canard; frissons, douleur diaphragmatique, vomissemens à 11 heures du soir, sueurs nocturnes.

Le 13, ventre dur, douloureux, coliques, facies plus jaune qu'à l'ordinaire.

Cette indigestion a coïncidé avec le développement d'une foule d'affections bilieuses à la ville et à la campagne. (Limonade froide, diète).

Le 14, urines et facies ictériques, colique hépatique, sueurs abondantes, rêvasseries, transes pendant la nuit; peut se coucher des deux côtés. (Lait, chocolat, limonade, bains entiers de 2 en 2 jours).

Les exacerbations viennent chaque jour, anticipent à l'imitation des accès quaternaires et sont constamment suivies d'ictère. Le moindre bruit cause encore des transes à la malade; les digestions commencent par de légères coliques et des *tortillemens* d'intestins, et s'accompagnent de gaz dont l'émission la soulage beaucoup. (Infusion de centaurée avec poudre de quinquina).

Le 20. Les exacerbations continuent, et durent une heure à peu près, consistant en pesanteur des paupières, frissons, chaleur, constriction diaphragmatique, coliques hépatiques et ictère. Puis jambes faibles; digestions un peu difficiles; sommeil mauvais.

Le 25. Même état.

Le 30. Elle n'a plus de redoublement depuis plusieurs jours; il ne lui reste que quelques douleurs scapulaires. Digestions faciles; appétit bon; figure grasse et fraîche. La malade a repris ses occupations habituelles.

Résumons en peu de mots les points les plus importans de cette longue et cruelle maladie, qui a duré plus de 6 mois.

1° Grande difficulté de diagnostic. Nous l'avons prise de prime-abord pour un de ces embarras bilieux que nous avons à traiter chaque jour, et qui cèdent avec une facilité merveilleuse à la méthode évacuante; mais l'embarras bilieux n'a point d'accès réglé suivi d'une douleur sympathique à l'épaule droite. Ce dernier symptôme nous fit croire à l'existence d'une hépatite chronique. Nouvelles difficultés: outre que cette maladie est fort rare dans nos climats, elle est continue et s'accompagne presque toujours d'une hypertrophie du foie, hypertrophie dont nos investigations n'ont jamais pu saisir la moindre apparence.

Etait-ce une gastro-hépatite, comme il plaira de la qualifier à quelques apôtres aveugles d'un système erroné? Oui, sans doute, diront-ils, voyez ces douleurs violentes que le moindre contact exaspère; ces indigestions, etc.; mais pourquoi dès-lors les sangsues restent-elles sans effet, tandis qu'un léger soulagement surgit de l'administration de l'émétique? Pourquoi cet estomac enflammé, ennemi d'abord de toute espèce d'alimens, tolère-t-il sans difficulté la présence du sulfate de quinine en solution? Quelle est cette inflammation qui revient à des heures réglées, s'accompagne de douleurs atroces avec mollesse du pouls et autres signes d'une prochaine cadavérisation, disparaît ensuite pour revenir avec le même cortége d'accidens? Quelle est cette inflammation que le quinquina guérit et que la saignée tue... avec le malade?

Nous ne reculerons jamais devant l'aveu d'une erreur déplorable, quelque pénible qu'il puisse être. L'histoire de nos revers serait peut-être plus profitable à la science que celle de nos succès. Il y a trois ans que nous avons fait une saignée d'une abondance ordinaire à un homme atteint vraisemblablement de cette perfide maladie. Une demi-heure après il était mort. Voilà pourquoi nous avons souligné quelques mots dans la seconde observation à propos de la saignée.

Evidemment une maladie semblable ne peut être qu'une fièvre pernicieuse, qu'une de ces maladies que les anciens, meilleurs observateurs que nous, et moins préoccupés de vaines théories, avaient appelées du nom de fièvres larvées. C'est donc une fièvre pernicieuse hépatique à type quarte, dont tous les désordres se passent dans le système nerveux hépato-gastrique. Née dans les plexus fournis par le ganglion semi-lunaire (plexus coronaire, stomachique, hépatique et splénique), la douleur, énergiquement caractérisée par la malade, après avoir parcouru, sous différentes formes, tout le trajet du diaphragme et surtout l'épigastre et l'hypocondre droit, monte le long du nerf phrénique et va se terminer au plexus cervical superficiel d'où il émane. De là, douleur sympathique de l'épaule droite, douleur à la face latérale droite du cou, et engourdissement du bras droit dont les nerfs contribuent à former ce même plexus. Si quelque fait peut venir à l'appui de l'opinion de ceux qui regardent ces fièvres intermittentes comme des névralgies, c'est bien celui-là assurément.

2° Métamorphose de la maladie en rémittente quotidienne.

3° Les exacerbations de la rémittente avancent à l'imitation des accès de fièvre quarte. L'ictère qui suivait les accès et disparaissait dans l'apyrexie, ce même ictère ainsi que la douleur scapulaire, les coliques, etc., suit aussi les exacerbations et disparaît à peu près dans leur intervalle pour revenir à la prochaine exacerbation.

4° La maladie a résisté beaucoup au quinquina, d'abord comme fièvre quarte, ensuite comme fièvre rémittente. Si le proto-sulfate de fer n'a produit aucun effet avantageux dans ce cas, en revanche, et nous

---

pour tous ce qui fut dit de l'un d'entre eux; *Si in curandis ægris, nihil plus videt, væ miseris.* Une chose digne de remarque, c'est que les prétendus sceptiques, presque toujours crédules et mystifiables, sont continuellement à la quête des secrets, des recettes, des formules toutes faites, parce qu'il ne leur est pas donné de s'élever à de hautes considérations dans l'étude des lois de la vie et des maladies. Ils se livrent à tout vent de doctrine; incapables d'en apprécier aucune, ils finissent par nier la valeur de toutes. On disait à Barthez qu'un de ses confrères qu'on lui nomma ne croyait pas à la médecine. « Il a grandement raison, dit-il, s'il s'agit de la sienne. » Du reste, infidèles dans les faits, sophistes dans les raisonnemens, téméraires dans leurs conclusions, jamais ils ne comprendront tout ce que peut opérer de grand, de miraculeux, l'homme qui s'attache avec méthode et opiniâtreté à l'étude des maladies, qui sait en tirer des inductions sinon toujours positives, au moins probables, à un degré plus ou moins élevé. Il est donc facile de reconnaître ces prétendus médecins sceptico-fatalistes, d'abord à leur savoir superficiel; en second lieu, c'est que, n'ayant aucun principe fixe, toute doctrine présentée avec un certain art les séduit et les entraîne inévitablement. Ils ont de l'encens tout prêt pour chaque systématique adroit et subtil, eût-il égorgé la vérité avec le glaive du sophisme. Dans le temps que l'illuminisme *physiologastre* était à son apogée, un certain docteur, persuadé que cette théorie était le dernier mot de la science, l'officine créatrice de toute vérité médicale, en devint le sectateur outré. Mais ses revers furent si nombreux, son *obituaire* tellement chargé, que, forcé d'y renoncer, il déclara qu'il n'y avait plus de médecine possible au monde. Il quitta même la ville où il exerçait sa profession avec tant d'honneur, et un plaisant de l'endroit lui décocha le trait suivant:

> Le médecin *Ergaste* a quitté notre ville;
> C'est perdre un citoyen, mais c'est en sauver mille.

Que dirait ce docteur si mal récompensé de son enthousiasme, maintenant que la théorie dont il s'agit est rangée parmi les vieilleries médicales, que sa gloire est vêtue de crêpe? Au reste, dites à un de ces hommes que notre art exige de vastes connaissances, et par-dessus tout un jugement exquis; leur intelligence ne va pas jusque là. Ils ne savent pas qu'il y a en médecine une ignorance péniblement acquise par de longs et rudes travaux; c'est celle qui nous conduit jusqu'aux limites du connu; reste ensuite à jeter la sonde dans les profondeurs et les obscurités de la science, si on est doué de génie médical. Une telle prérogative n'est pas le partage de ceux dont les idées étroites et la vanité sans mesure, ont une ignorance réelle, mais systématique et raisonnée, la pire chose en médecine; qui réduisent cette science à un simple commerce de mots, de phrases et de sophismes, ou plutôt à l'art de colporter des succès, d'inhumer des bévues; qui, n'ayant pas l'habitude d'éclairer ni de surveiller leur raison et leur conscience, ne songent qu'à capter l'opinion tyran capricieux et sans discernement; toujours prosternés devant le veau d'or, s'inquiètent peu des principes, et beaucoup des profits, *crumenas plus diligunt quam camœnas*, comme dit Floyer; enfin, qui parfois s'emparent d'une idée vague, celle du scepticisme, par exemple, la font passer par les milieux de leur ignorance et de leurs préjugés, sans en calculer la futilité ni le danger. Que de pareils docteurs disent ne pas croire à la médecine, on avouera qu'ils ont raison, et le mot de Barthez fait sentir ici son énergique justesse.

nous empressons de l'affirmer pour réhabiliter la vertu de ce sel dont on a beaucoup exagéré les propriétés toxiques, en revanche il a très-bien réussi toutes les fois que nous l'avons administré dans des cas d'intermittentes simples. Il est fâcheux qu'il ait une saveur si détestable.

On nous pardonnera ces longs détails dans lesquels nous venons d'entrer, si l'on considère 1° que l'existence de ces maladies comme fièvres intermittentes pernicieuses, comme maladies spéciales, est mise en doute; 2° que leur diagnostic est quelquefois fort difficile; 3° que leur marche est rapidement mortelle et leurs désordres toujours graves. Alors même que le malade n'a essuyé que deux ou trois accès, la décomposition de ses traits, la profonde altération de tout son organisme feraient croire qu'il sort d'une longue maladie; 4° que l'on a conseillé contre ces maladies un traitement homicide dans la plupart des cas, au lieu de celui dont l'expérience journalière constate les succès.

Nous terminerons cet article par quelques mots sur une *fièvre intermittente convulsive* dont, à la rigueur, nous ne devrions point parler, attendu qu'elle n'avait point ce caractère pernicieux. C'est une intermittente *anormale*.

Obs. IV. — Anna Ch..., âgée de 19 ans, ayant deux sœurs sujettes à des attaques de nerfs, fut prise, sans cause connue, le 20 mars 1836, vers sept heures du soir et au milieu d'une parfaite santé, d'une pâleur subite, suivie de perte de connaissance; bientôt survinrent de légers mouvemens convulsifs dans tout le corps, avec rougeur à la face et chaleur générale. L'accès dura une heure et demie à peu près, avec abolition de l'ouïe et de la parole, sans frissons, ni bâillemens, ni pandiculations, ni sueur. A la fin grande lassitude; soif vive; envie d'uriner et oubli complet de tout ce qui s'est passé. Dans l'apyrexie la petite malade boit, mange, court et s'amuse comme à l'ordinaire.

Le 3 avril, accès à la même heure, avec les mêmes symptômes. Les convulsions seules devinrent tellement fortes qu'il fallait trois personnes pour la tenir; convulsions rapides avec extension et flexion alternatives de tous les membres et surtout de la colonne vertébrale, sans écume à la bouche ni trouble de la face; elles avaient évidemment le caractère de l'hystérie. Depuis cette époque les accès sont venus chaque jour, à la même heure, et avec les mêmes symptômes, mais en diminuant d'intensité jusqu'au 13 avril, jour où elle en fut débarrassée par le sulfate de quinine en solution.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ALLEMANDS.

JOURNAL DER CHIRURGIE UND AUGEN-HEILKUNDE.

Le troisième cahier du vingt-troisième volume contient : 1° *un mémoire sur les tumeurs du cerveau*, par M. le professeur Albers de Bonn; 2° *sur la mélanose*, article non achevé; 3° *sur la maladie tuberculeuse à la suite de la blennorrhagie*, par le docteur Giest. Nous rendrons compte de ce mémoire dans un article à part; 4° *remarques pratiques sur quelques nouveaux médicamens*, par le docteur Bartels; 5° *sur l'emploi des fumigations de soufre et de chlore contre la gale*, par le docteur Koch. L'auteur se loue beaucoup de ce moyen; 6° *cure oreille servant de noyau à un calcul urinaire*; par le docteur Hanke.

Sur les tumeurs du cerveau, par M. le professeur Albers de Bonn.

Nous avons déjà fait connaître un excellent travail du même auteur *sur les kystes et les tumeurs enkystées du cerveau* (Gazette médicale, p. 614, 1835); le mémoire que nous donnons aujourd'hui peut être considéré comme la suite et le développement de ce premier travail. Toutes les tumeurs encéphaliques y sont passées en revue, et considérées particulièrement sous le point de vue de leur étiologie, de leur symptomatologie et de l'anatomie pathologique.

M. Albers désigne sous le nom de tumeur du cerveau, tout dépôt limité d'une matière étrangère à la substance cérébrale, qu'elle soit infiltrée et disséminée dans le parenchyme, ou circonscrite dans une cavité avec ou sans kyste.

Tous les produits anormaux qui peuvent se développer dans le reste de l'organisme, se rencontrent dans le cerveau plus que dans tout autre organe, sous forme de dépôts circonscrits, de tumeurs, dans la composition desquelles entrent des matières liquides, demi-liquides et solides.

Le développement de produits accidentels dans le cerveau, sous forme de tumeur, dépend des trois circonstances suivantes :

1° De la facilité avec laquelle la substance cérébrale se distend et se sépare pour recevoir la matière étrangère qui y est déposée;

2° De la production d'un tissu cellulaire accidentel qui accompagne partout la formation de tissus anormaux;

3° De l'aptitude qu'a la substance cérébrale à se transformer promptement en matière hétéroplastique.

La première de ces conditions est la moins indispensable, et elle n'est même nécessaire que pour les tumeurs fermées par exsudation de sang ou de sérum dans la substance médullaire.

Le développement de tissu cellulaire accidentel est au contraire une condition sans laquelle une tumeur ne peut pas exister; elle en reçoit sa forme, sa cohésion et son degré de consistance; en effet, toute tumeur squirrheuse, fongueuse, mélanosée, cartilagineuse ou osseuse, qu'elle se développe dans un organe où il existe un tissu cellulaire primitif, ou dans un autre qui en est dépourvu, se compose d'une trame celluleuse, dans laquelle se développe la matière hétéroplastique; M. Albers, en faisant macérer une de ces tumeurs en totalité ou par morceaux, a toujours obtenu une substance floconneuse, réticulée, qui n'était autre chose que le tissu cellulaire dépourvu de la matière qui s'était déposée dans ses mailles. M. Albers s'étonne, qu'à l'exception de Hooper, qui encore n'a démontré l'existence du tissu cellulaire que dans certaines tumeurs, personne avant lui n'ait fait cette observation. C'est par la plus ou moins grande abondance du tissu cellulaire qui entre dans leur composition que ces tumeurs encéphaliques acquièrent plus ou moins de consistance; c'est encore aux dépens de ce tissu que se forme leur kyste, quand elles ont atteint un certain développement.

D'après les recherches microscopiques de M. Albers, la matière hétéroplastique qui compose les produits accidentels se dépose dans le tissu cellulaire et non pas dans le parenchyme même des organes. Cette loi paraît être générale pour toute espèce de tissu anormal, quel que soit son lieu de développement; et comme dans le cerveau le tissu aréolaire est en moins grande quantité, et que dans la substance médullaire

Il est néanmoins des médecins sceptiques qui se laissent séduire par le paradoxe; cette sorte d'ivresse factice du jugement a pour eux un charme particulier; ils l'exposent, ils le retournent de mille manières, capables d'en imposer aux esprits faciles. Parmi eux, il faut compter Gatti, mort au commencement de ce siècle. Ce médecin, très-partisan de l'inoculation, affectait de ne pas croire à la médecine, et il soutenait, dit-on, cette ridicule opinion avec beaucoup d'art et de subtilité. Aussi un littérateur célèbre de l'époque disait-il : « Gatti aurait dû être le médecin de Molière : je ne sais s'il serait devenu plus incrédule, mais peut-être Molière serait devenu plus croyant. » C'est ce même Gatti qui, rejetant la classification de Sauvages, soutenait qu'il en connaissait une infiniment plus courte et plus complète, *celle des maladies dont on ne meurt pas, et celle des maladies dont on meurt.* Eh bien! ce médecin fut cent fois convaincu tantôt d'ignorance et de sophisme, tantôt que son paradoxe n'était qu'un jeu d'esprit assez puéril.

Un des grands argumens de ces sceptiques, est l'obscurité profonde où nous sommes des lois de la nature vivante. Sans doute nous ne connaissons nullement les choses *a priori*; s'il nous était permis de pénétrer les causes premières, si, nous glissant dans la lumière complète de la science, nous pouvions l'aspirer comme par intuition, il est certain que nous ne serions pas condamnés à un tâtonnement actif et patient dans l'étude de ces lois, à ramper d'une vérité à l'autre, souvent dans l'intervalle d'un siècle à un autre. Mais qui peut nier que ces lois étant immuables, leurs effets sont toujours constans quand on les considère sur une grande échelle? Il y a trois mille ans que les types moraux de l'humanité ont été connus et frappés par Homère, Théophraste, Platon, etc. On peut dire qu'il y a autant de temps que les types morbides ont été étudiés, et ils sont aussi invariables que les premiers; ce qui n'empêche pas le génie de s'ouvrir de nouvelles routes dans les friches de la science, car il y aura toujours à moissonner dans le champ de l'investigation, tant la nature est inépuisable dans ses phénomènes et ses formes, tant elle couvre de voiles ses opérations les plus intimes.

Les sceptiques répètent que les mêmes phénomènes sont pour nous si obscurs, que, loin d'en pénétrer l'essence, nous ne pouvons en lier les rapports, en déterminer la succession. De là l'indécision forcée où reste constamment le praticien; de là aussi ce mot de Vernage, qui, s'étant retiré après trente ans d'exercice de l'art, dit *qu'il était las de deviner*. Ce mot a bien peu de sens. La médecine, comme toutes les sciences d'observation, a des choses évidentes, des choses probables et d'autres tout-à-fait inconnues. C'est à l'intelligence du médecin, à son expérience, qu'il convient d'apprécier les phénomènes pour obtenir ces clartés qu'il désire. Analyser, comparer, induire et conclure, voilà précisément en quoi consiste le génie du vrai praticien. Quoi qu'on en dise, il y a en médecine des vérités *rigoureuses*; toutefois on ne trouve ces vérités qu'à des profondeurs où il n'appartient pas à tous les yeux de pénétrer; il faut y renoncer, si on ne sait pas dégager des faits l'élément de la certitude synthétique.

Mais la grande, mais l'éternelle objection des sceptiques d'accord ici avec les gens du monde, est la différence des opinions médicales, la multiplicité des systèmes, la variété des doctrines qui changent. « selon Fernel et selon l'Escale (Montaigne.) » Cette objection n'est pas nouvelle; il y a près de vingt siècles que Celse a dit : *Cur enim potius aliquis Hippocrati credat, quam Herophillo, cur huic potius quam Asclepiadi?* Comme la vraie critique consiste à envisager les choses par leur côté vital et progressif, on a toujours répondu victorieusement à cette objection. En effet, quiconque a la pleine intelligence historique des systé-

même , il manque tout-à-fait , il faut qu'il se [produise en plus grande quantité ou se développe de toutes pièces.

La présence de vaisseaux sanguins dans les tumenrs encéphaliques et des recherches d'anatomie pathologique ne laissent plus de doute à M. Albers sur la production de tissu cellulaire accidentel dans la substance médullaire à l'état morbide, il pense donc qne les auteurs qui admettent que ces tumeurs se développent dans la substance médullaire, sans le concours de tissu arécolaire, et ceux qui croient qu'elles se sont formées dans d'antres de parties du cerveau, puis se sont enfoncés dans la pulpe nerveuse en vertu de leur propre poids, sont également dans l'erreur.

La troisième condition nécessaire à la production de matières hétéroplastiques sousforme de tumeur, est la facile transformatinn du parenchyme cérebral ; en effet, aucun autre organe ne prend plus promptement les caractères du tissu étranger qui s'y est développé ; les changemens de couleur, de consistance, de cohésinn s'y opèrent facilement ; tantôt on trouve la substance cérébrale altérée dans sa composition simplement entremêlée dans la tumeur ; tantôt ce mélange est plus intime et les deux substances ne paraissent plus n'en former qu'une seule ; le premier cas se rencontre dans les exostoses et excroissances des os du crâne, le second s'observe dans les tnmeurs scrophuleuses et les tubercules : la tumeur présente alors l'aspect d'une masse scrophuleuse ou tubercu euse infiltrée dans la pulpe cérébrale qui est endurcie et altérée de couleur ; si le parenchyme du cerveau n'avait point cette tendance à se transformer, on ne trouverait plus alors ces tumeurs circonscrites, et la matière morbide s'infiltrerait dans tout l'organe.

L'anteur conclut de ce qui précède :

1° Qu'aucune des substances corticale ou médullaire qui composent le cerveau n'est exempte de tumeurs.

2° Qu'en disant qu'il ne pouvait pas se développer de tumeur dans la substance médullaire, parce qu'il n'y existait pas de tissu cellulaire, on n'a considéré cette dernière qu'à l'état normal : un organe riche en tissu cellulaire est, il est vrai, plus propre à la production de tissus anormaux qu'un autre qui n'en a que peu nu qui en est entièrement dépourvu ; mais aucun ne deviendra le siége de tumeurs, tant qu'il restera à l'état sain : il faut qu'il subisse d'abord une transformation morbide, et ce sera ce nouvel état qui favorisera le développement du tissu cellulaire accidentel ; cependant, il faut le dire, la présence de tissu cellulaire normal sera une cause prédisposante à la production de tissus anormaux, et la substance grise, par exemple, qui en est pourvue, les verra naître plus souvent que la substance médullaire qui en manque.

3° Qu'aucune région, aucune partie du cerveau ne reste étrangère à la formation de ces tissus anormaux.

On verra par le tableau suivant, dressé d'après les observations d'Abercrombie, Andral, Lallemand, Nasse, Bellmer, Jacobi, Rodius, Cramer, Kalow, Püllen, Burdach, auxquelles M. Albers a ajouté d'autres faits tirés de sa propre expérience, quelles sont les parties qui sont le plus fréquemment le siége de tumeurs.

On en a rencontré :

Dans les enveloppes du cerveau.	52
Dans la substance grise des hemisphères cérébraux.	53
Dans la substance médullaire de ces mêmes hémisphères.	34
Dans le corps strié.	21
Dans la couche des nerfs optiques.	9
Dans les tubercules quadri-jumeaux.	11
Dans le ventricule lateral droit.	2
Dans le ventricule latéral ganche.	3
Dans la substance grise du cervelet.	22
Dans la substance blanche.	22
Dans le corps calleux.	2
Dans la moelle alongée.	4
Dans le pont de Varole.	11
Dans les pédoncules du cerveau.	10
	287

Les parties de l'encéphale qui sont le plus fréquemment le siège de tumeurs, sont donc les deux hémisphères du cerveau, puis ses enveloppes, et après eux le cervelet.

Les tumeurs encéphaliques diffèrent autant par leurs caractères que par leur nature : le plus grand nombre a pour base un tissu cellulaire dans lequel s'infiltre la matière hétérogène ; les plus grandes sont ramollies intérieurement, et leur substance liquide est renfermée dans un kyste formé par le tissu aréolaire. Ce ramollissement central ne s'observe point quand ces tumeurs sont encore petites ; c'est du moins un fait d'expérience constaté par la plupart des auteurs, à l'exception de Carswell, qui croit que les tissus anormaux sont d'abord déposés à l'état liquide dans le parenchyme des organes. Mais les seuls abcès enkystés et les suppurations partielles de l'encéphale se comportent ainsi.

On sait que la matière hétérogène se rencontre presque aussi fréquemment infiltrée dans la masse cérébrale, que sous forme de tumeurs circonscrites ; mais on ne peut bien apercevoir cette disposition qu'au moyen d'nn microscope ; on vnit alors des bandes étroites de substance cérébrale parcourir en sens direct la masse étrangère qui s'y rencontre sous forme de petits points nu glnbules, depuis la grandeur d'une tête d'épingle jusqu'à celle d'une aveline. Cette disposition se rencontre plus vers la circonférence que vers le centre d'une pareille masse, et ici encore la macération fait vnir qu'il existe du tissu cellulaire. Ces petits globules disséminés se ramollissent également en augmentant de volume ; le tissu cellulaire devient plus abondant, et forme, en s'épaississant, le kyste qui va renfermer la matière liquéfiée mêlée à de la substance solide encore. Dans des tumeurs ainsi transformées, il n'est pas possible de distinguer la pulpe cérébrale.

Dans les changemens qu'éprouve le parenchyme du cerveau antour de pareilles tumenrs, nn le trouve nrdinairement ramolli quand ces tumeurs sont grandes, quelquefois endurci quand elles sont petites ; dans tous les cas il est plus riche en sang et en vaisseaux.

Les symptômes qui accompagnent l'existence de tumeurs dans le cerveau, diffèrent selon que ces dernières donnent lieu à une simple irritation, à nne inflammation, au ramollissement, ou à la compression. Comme chaque tumeur peut, dans ses différentes périodes, donner lieu à chacun de ces accidens, les symptômes devront varier à différentes époques. Il n'existe de signes pathognomoniques que pour un petit nombre de ces tumeurs, et ils sont plutôt tirés de la cause qui les a produites que des phénomènes qui les accompagnent.

Quant aux symptômes tirés du siége de la maladie, M. Albers est arrivé, d'après un relevé de 256 observations dont la moitié seulement lui a paru concluante, aux résultats suivans.

1° Les tumeurs des corps striés, des couches optiques, des ventri-

mes, n'ignore pas que chacun d'eux laisse en passant sa portion de vérité ; en second lieu, qu'il y a dans notre art des préceptes inébranlables qui s'amalgament avec toutes les doctrines, parce que chaque fait étant toujours certain, ne peut cesser d'être principe des phénomènes dont une fois il a rendu raison. Il est tel de ces préceptes ou le sceau de la nature et de la vérité parait si fortement empreint, que chaque nouveau pas de la science ajoute à son évidence. Cette vérité est mille fois plus convenable pour ramener les consciences timorées dans l'exercice de la profession, que les sophismes et l'opium frelaté des sceptiques. Toutefois ils insistent, et demandent sur quoi les praticiens sont d accord. Triste et absurde argument, qui a valu à la profession tant d'ndieuses railleries et de déconsideration. Mais, outre que les medecins sont très-souvent d'accord, qu'y aurait-il d'étonnant quand ils cesseraient de l être sur certains points très-obscurs ? Henri IV se scandalisa outre mesure, après avoir écouté les raisons *opposées* de seize docteurs consultes sur la maladie de François d'O, surintendant des finances, atteint de catarrhe vesical. Mais ce grand roi avait-il donc toujours vu ses conseillers dans une parfaite harmonie, quand les affaires étaient difficiles et épineuses ? on ne peut le supposer. Quoi qu on fasse, la medecine restera toujours dans le cercle de la probabilité. Gui Patin a raison : nous ne sommes que les avocats du malade, la mort et la nature en sont les juges. On a cite ce trait d'un médecin qui, ayant perdu son cahier de visites, fit des prescriptions qu'on trouva tout-à-fait contraires aux premieres quand le malencontreux cahier fut retrouve. Qu'est ce que cela prouve ? que cet individu etait docteur, mais qu'il n'etait pas medecin, classe malheureusement trop nombreuse, et qui a fait dire que bien souvent *medicus ægrotanti, alter morbus.* Toujours est-il que la médecine, comme toute autre science, présente des vérités irréfragables, des questions insolubles sur lesquelles on peut différer d'opinion. Mais parcourez le vaste plan des connaissances humaines, ne trouverez-vous pas la même opposition, la même divergence d'opinions, de vues et de principes, ce qui n'entrave nullement le progrès Rassemblez les hommes, c'est bien autre chose : vous verrez alors combien peu ils sont d accord. Depuis près de cinquante ans, la sagesse *collective* de nos assemblées délibérantes n'est pas une faible preuve de cette assertion.

Au reste, Hippocrate a tranché depuis long-temps cette question, ainsi que j'en ai fait la remarque ailleurs. « Il y a, dit-il, des choses utiles et des choses nuisibles, donc il y a une médecine » Un pareil argument est sans réplique, et le sceptique placé dans l'étreinte de fer de ce dilemme, ne peut y échapper que par des subtilités. Hippocrate dit encore : « Si la medecine n'existait pas, il n'y aurait ni bons, ni mauvais medecins ; ils seraient tous également bons, ou plutôt ils seraient tous également mauvais. (*De priscâ med.*) Le bon sens exquis de cette reflexion doit frapper tout esprit juste et sans prévention. Il y aurait bien d'autres preuves à ajouter, mais ce n'est pas le lieu de les developper. On pourra d'ailleurs consulter les médecins qui ont ecrit sur ce sujet, comme Hoffmann, Bordeu, Cabanis, etc. Ce que j'ai dit suffit néanmoins pour prouver qu'il est impossible de nier la médecine, de l'accabler, comme la philosophie, de ce scepticisme invincible dans ses argumens, peremptoire dans ses dénégations, triomphant dans son ironie. J'ai fait voir aussi que les médecins celèbres taxes de scepticisme, ne meritaient pas une telle imputation, tandis que les véritables detracteurs de cet art ne sont nullement des medecins dans la haute acception de ce mot. Je soutiens même qu'ils ne pouvaient pas le devenir malgré des études superficielles. On ne peut être bon medecin sans croire à la médecine. Il y a ici des verites qui se vivifient par la conviction même. Pour connaitre et approfondir

cules latéraux et du centre semi-ovale, occasionent particulièrement de la paralysie.

2° Celles qui ont leur siége dans le pont de Varole et aux parties environnantes, à la base du cerveau, provoquent un état comateux, de la paralysie, qui alterne dans les commencemens avec des convulsions et des vomissemens.

3° Les tumeurs de la moelle allongée donnent naissance à des difficultés de la respiration, à des désordres de la motilité et à des vomissemens.

4° Les tumeurs du cervelet n'ont point de symptômes constans; tantôt il y a paralysie, tantôt des convulsions.

5° Situées à la surface du cerveau, elles donnent lieu au coma, à de la stupeur, à un état mélancolique, à l'apoplexie, aux étourdissemens, aux vertiges, aux lipothymies, à la paralysie et à des douleurs générales et locales, revenant par intervalles.

Mais, ajoute M. Alhers, le cerveau peut être le siége de petites tumeurs, sans que ces phénomènes apparaissent. Cependant, quand elles sont situées à la base du cerveau, elles produisent plus promptement des symptômes généraux et locaux qu'à la surface supérieure et sur les côtés de cet organe où elles peuvent souvent atteindre la grosseur d'une noix sans se trahir au-dehors par aucun phénomène. D'un autre côté, des symptômes ne tardent pas à se manifester, quels que soient le volume et le siége de ces tumeurs, toutes les fois qu'il surviendra de la fièvre ou des congestions vers le cerveau.

Très-souvent au siége qu'occupent intérieurement les tumeurs encéphaliques correspond une douleur locale continue, et une augmentation de chaleur de cette même région à l'extérieur. M. Alhers a eu occasion d'observer ces deux symptômes dans trois cas de tumeurs situées à la surface supérieure du cerveau.

Les symptômes communs à toute espèce de tumeurs sont dans les commencemens ceux de la *compression*. Plus tard surviennent des phénomènes *d'irritation* et de *congestion*: vertiges, assoupissement, délires passagers, insomnie, anxiété, trouble de la vue et de l'ouïe, hégaiement et tremblement de la langue, mouvemens convulsifs de la face, des yeux et des membres, rougeur de la figure, malaise général, vomissemens et douleur épigastrique. Mais ces symptômes, ordinairement rapides et passagers, disparaissent ici avec plus de lenteur: la moindre émotion, la cause la plus légère, les rappelle facilement; chez les enfans et les sujets irritables, ces phénomènes commencent à se montrer de bonne heure.

Lorsqu'il se manifeste de l'inflammation, et c'est surtout ici celle des méninges, on observe tous les phénomènes propres à cette maladie; chez les jeunes sujets ces symptômes sont habituels, reviennent fréquemment ou passent peu à peu à l'état chronique; dans ce cas il se fait le plus ordinairement un épanchement séreux; l'hydrencéphale chronique est en effet une complication très-fréquente des tumeurs du cerveau, surtout chez les enfans, comme l'a remarqué M. Albers.

Mais la complication la plus fréquente, c'est le ramollissement de la substance cérébrale autour des tumeurs. La marche des symptômes est ici bien différente : pendant un ou deux jours il se manifeste, sans fièvre, mais avec des symptômes de congestion, des vertiges et une douleur ordinairement locale, fixée le plus souvent à la région frontale; puis, tout à coup, avec perte momentanée de connaissance, une paralysie complète des membres, que M. Alhers n'a vu diminuer dans aucun cas, même d'une manière passagère. Un second ou troisième accès de perte de connaissance avec assoupissement et anéantissement complet termine ordinairement la vie des malades : il est à remarquer que la douleur épigastrique, le vomissement et le ramollissement de la muqueuse de l'estomac sont des symptômes concomitans qu'on observe souvent ici.

L'apoplexie et la lipothymie, ou pour mieux dire, les phénomènes d'une compression passagèrement augmentée peuvent se rencontrer aussi bien au commencement qu'à la fin de l'existence des tumeurs encéphaliques, et produire aussi la mort. Pour que ces symptômes se manifestent dès le commencement, il faut qu'une cause stimulante ait agi directement sur le cerveau ou ait augmenté l'activité de la circulation du sang. M. Alhers a ainsi observé un homme de la campagne chez lequel ces symptômes provoqués par la présence d'une tumeur, ne s'étaient développés qu'après un coup de soleil; le premier effet fut une attaque d'apoplexie suivie d'hémiplégie et d'un état d'hébêtement durable; un second accès entraîna la mort. Un autre malade, également de la campagne, paraissant fort et robuste, n'éprouvait également aucun symptôme de la présence d'une tumeur dans le cerveau, lorsque, s'étant endormi à la suite d'une orgie, il se réveilla hémiplégique : trois semaines plus tard il succomba à une nouvelle attaque apoplectique. On trouva dans le centre semi-ovale deux tumeurs, autour desquelles la substance cérébrale était ramollie.

L'hémorrhagie, la suppuration et l'induration se rencontrent rarement comme complications; elles doivent plutôt être considérées comme des épiphénomènes ou des produits de la maladie; ces lésions ont d'ailleurs été trop peu observées pour en dire quelque chose de positif.

Les maladies avec lesquelles on pourrait confondre les tumeurs du cerveau, sont :

1° *L'atrophie*. Dans l'atrophie il y a stupidité, pâleur de la face, amaigrissement; dans les tumeurs encéphaliques, les facultés intellectuelles ne sont que médiocrement altérées; l'hébêtement et la tristesse ne sont pas si prononcés on se rencontrent plus rarement; la figure est en général pleine, et il n'y a point d'amaigrissement. On n'aperçoit pas non plus l'aspect cachectique des individus atteints d'atrophie. A l'état chronique ces deux états morbides se rapprochent davantage; on ne peut plus alors les distinguer que par une sorte de prédisposition particulière que l'on rencontre chez les individus affectés de tumeurs du cerveau, et qui manque chez ceux atteints d'atrophie.

2° *L'apoplexie* et les *épanchemens sanguins*. Les symptômes qui caractérisent l'apoplexie et la présence d'une tumeur encéphalique, ne diffèrent que par leur durée, leur marche et leur cause.

Dans l'apoplexie, la douleur locale ne s'observe que d'une manière exceptionnelle; dans les tumeurs, elle est constante. L'apoplexie survient subitement; les symptômes apoplectiques accompagnant ces tumeurs ne se développent que peu à peu. Dans la première, c'est la faiblesse; dans les secondes, ce sont les vertiges qui prédominent. Les attaques apoplectiques sans tumeur se renouvellent à des intervalles plus ou moins longs; celles provoquées par les tumeurs sont plus rares, mais le plus souvent mortelles.

L'apoplexie survient ordinairement chez des sujets d'une constitution apoplectique, et, dans un âge avancé, chez des individus exempts de dyscrasie particulière, et le plus souvent sans lésion par

---

cette belle partie des connaissances humaines, pour mesurer ses problèmes, pour apprécier ses ressources et ses difficultés, pour en suivre la marche, comprendre le sens des idées acquises et des idées nouvelles, des principes vieillis et des principes qui germent, pour contribuer soi-même au progrès, il faut une croyance pleine et entière, la foi est la racine même de la science; sans cette même foi, sans l'ardeur et l'enthousiasme, sans le mal sacré de l'art, je vous le dis, rien ne vous sera révélé des secrets de cette science sublime. Il en est de même pour la pratique. La médecine, cet apostolat de l'humanité, ne peut faire le bien que par une sage confiance dans ses efforts : elle exige du savoir et de l'esprit, mais aussi du cœur et de l'âme. Si vous la regardez comme une chimère et une superstition; si vous ne croyez ni à ses dogmes, ni à ses préceptes, ni à ses bienfaits; si, en l'exerçant, vous n'avez pas le sentiment toujours présent d'un devoir et d'une mission, comment en comprendrez-vous les obligations, les nécessités, les scrupules; dès-lors que faut-il penser de votre masque, de vos paroles et de vos promesses? Renoncez donc à la considération due à cette noble profession, ou bien vous n'êtes qu'un histrion, et de l'espèce la plus méprisable.

R.-P.

RÉCLAMATION.

Monsieur le rédacteur,

Vous avez publié dans votre avant dernier numéro une réclamation *anonyme* sur les explications que j'ai données, en quelque sorte *publiquement*, aux médecins des hôpitaux; j'espère que vous aurez la bonté d'insérer dans votre plus prochain numéro ma courte réponse à cette réclamation, accompagnée de ma signature. Voici cette réponse.

« Lorsque dans la réunion des médecins des hôpitaux, je rendis compte de ma » conduite à mes collègues pour leur montrer que je n'avais porté aucune atteinte » à l'honneur des médecins des hôpitaux, je leur dis que j'avais été momentanément suspendu de mes fonctions *sans avoir vu mes juges, sans avoir pu même* » *apprendre de quoi j'étais accusé*; j'ai dit l'exacte vérité. Qu'on contredise » l'anonyme parle d'enquête scrupuleuse, cela ne détruit en rien mes assertions. » L'enquête eût elle été plus scrupuleuse encore, les témoins entendus eussent-» ils été appelés à vérifier leurs réponses et à les signer, cette enquête ne pour-» rait pas plus être comparée à une défense, que l'instruction qui précède un pro-» cès criminel ne pourrait l'être à un débat et à une défense contradictoires en » présence des juges appelés à prononcer sur une affaire.»

Agréez, etc.

GERDY,
Professeur à la Faculté de médecine de Paris,
chirurgien de Saint-Louis.

— On nous écrit de Dieppe que l'établissement de *Bains de mer*, créé en 1835, en concurrence avec celui connu sous le titre de *Bains Caroline*, ouvrira cette année le 1er juin, et qu'il offrira à des prix modérés tous les agrémens que les baigneurs pourront désirer.

violence extérieure; le contraire a lieu pour les tumeurs, qui se rencontrent ordinairement avant la trentième année. Une vie molle prédispose aux apoplexies; une existence pénible aux tumeurs encéphaliques.

3° *Le produit de l'apoplexie, le kyste.* On a d'abord les caractères différentiels qui distinguent les tumeurs de l'apoplexie elle-même; puis les symptômes qui accompagnent les tumeurs vont sans cesse en augmentant, tandis que ceux qui sont produits par les résultats d'une apoplexie, vont en diminuant à mesure qu'on s'éloigne de l'époque où cette dernière a eu lieu.

4° *L'hydrencéphale chronique.* Les symptômes de cette affection dénotent une lésion plus étendue du cerveau : on rencontre ordinairement un état d'idiotisme, du strabisme, un grincement des dents, des convulsions, de la paralysie, de l'amaigrissement et de la constipation. Les parties antérieures de la tête ont un développement outre mesure, et les fontanelles sont écartées; ces phénomènes ne se rencontrent jamais tous à la fois, ni en si grand nombre dans les tumeurs cérébrales; de plus, le désordre est plus local et moins étendu. Quant au développement des os du crâne et à l'écartement des sutures, il n'y a que le fongus hématode qui puisse y donner lieu. Selon Aodral, cette sorte de tumeur peut occuper un hémisphère entier.

Mais le diagnostic devient plus difficile quand, comme cela arrive très-souvent chez les enfans, les tumeurs ont entraîné un épanchement séreux. M. Albers fait observer qu'il a rencontré cette complication dans huit cas; mais dans tous l'hydrencéphale était aiguë; il ne l'a jamais remarquée à l'état chronique dans une pareille complication.

Si nous remontons maintenant à l'étiologie des tumeurs cérébrales, nous rencontrons d'abord l'âge parmi les causes prédisposantes.

Sur 88 observations empruntées en partie à d'autres auteurs, et en partie propres à M. Albers, on a rencontré ces tumeurs

14 fois de 1 à 10 ans.
14 — 10 à 20 ans.
8 — 20 à 30 ans.
19 — 30 à 40 ans.
9 — 40 à 50 ans.
13 — 50 à 60 ans.
8 — 60 à 70 ans.
4 — 70 à 80 ans.

On voit donc que l'âge moyen de la vie, celui de 30 à 40, a été le plus exposé. D'ailleurs chaque âge semble prédisposé à certaines espèces de tumeurs. Ainsi l'enfance l'est presque exclusivement aux scrophules, aux fongus médullaires; l'âge mûr, aux tubercules, aux fongus médullaires, aux abcès enkystés; l'âge avancé, aux kystes séreux, aux fongus médullaires, aux cancers, aux ossifications, et très-rarement aux tubercules.

La constitution apoplectique qui, comme on sait, favorise en général le développement des maladies de l'encéphale, contribue aussi puissamment à la production des tumeurs de cet organe. M. Albers a rencontré, chez trois individus atteints de cette maladie, cette constitution extrêmement développée. Les personnes à habitus phthisique sont en général moins sujettes aux tumeurs du cerveau. L'auteur n'a trouvé que chez deux phthisiques ce genre d'altération de l'encéphale. Les tumeurs scrophuleuses et tuberculeuses de cet organe se rencontrent quelquefois avec des poumons entièrement sains.

On observe plus fréquemment des tumeurs cérébrales chez les hommes et les individus de la classe pauvre, parce qu'en général ils sont plus exposés aux causes qui peuvent en provoquer le développement; mais une des causes les plus influentes est sans contredit une certaine cachexie correspondant à l'espèce de tumeur qui se sera développée. Les Anglais et les Français ont fourni peu d'éclaircissemens sur ce point d'étiologie; c'est aux Allemands et surtout à Nasse que nous devons ce que nous en savons.

C'est ainsi qu'on trouve des tubercules dans toutes les parties du cerveau chez les sujets scrophuleux. M. Albers a rencontré, chez des enfans morts du carreau, six fois des tumeurs soit dans le cerveau, soit dans le cervelet. L'influence des dyscrasies tuberculeuses, fongueuses, cancéreuses sur la formation des tumeurs encéphaliques, n'a pas besoin d'être prouvée; il est moins certain qu'il existe une prédisposition aux mélanoses; les diathèses syphilitique et goutteuse ne paraissent pas non plus influer d'une manière marquée sur la production des tumeurs cérébrales.

Parmi les causes occasionelles les plus fréquentes de ces tumeurs, nous nous contenterons de citer les coups ou lésions extérieures. M. Albers a rencontré cette cause six fois sur neuf; cependant il fait observer qu'il faut qu'il y ait une certaine prédisposition, sans laquelle ces altérations devraient se rencontrer bien plus souvent.

Le nombre des tumeurs qui peuvent se développer dans la tête est très-grand, car on rencontre dans cet organe presque tous les produits anormaux qui se forment dans le reste de l'organisme.

Sous le rapport du diagnostic, il importe de les distinguer en *tumeurs extérieures*, et en tumeurs qui se développent à l'intérieur du cerveau.

Les tumeurs extérieures comprennent celles des méninges, du crâne, nommément les exostoses et autres excroissances de la table interne, et les anévrismes des artères cérébrales; cette dernière espèce de tumeur touche à la substance corticale, a quelque rapport aussi avec la substance médullaire, et se trouve dans le tissu cellulaire qui unit ces deux dernières; elle appartient en quelque sorte aux tumeurs des méninges; elle a été bien décrite par Dupuytren, Lepestre et Cruveilhier.

Les exostoses de la table interne des os du crâne sont très-rares; on prend ordinairement pour telles des végétations osseuses qui peuvent revêtir des formes variées.

Ces excroissances se développent particulièrement à la voûte du crâne, quoiqu'on les rencontre aussi sur d'autres points; peut-être que les apophyses crista-galli, que l'on trouve si souvent hypertrophiées sur les cadavres, appartiennent à ce genre d'altération. Les symptômes produits par ces végétations osseuses doivent varier suivant le siége de ces dernières; jusqu'à présent on a remarqué qu'elles donnaient lieu à l'épilepsie, à la manie, à l'apoplexie, aux vertiges, à de la céphalalgie, etc.

Il est une espèce de tumeur cérébrale qui présente un aspect brillant, nacré, et se développe sous forme de grappe. Ces tumeurs observées par Dupuytren, Lepestre, Chomel et Cruveilhier, se composent d'après Barruel, de cholestérine et de graisse; elles naissent dans le tissu cellulaire qui unit les méninges à la substance cérébrale, dans laquelle elles s'enfonçent ordinairement pour pénétrer jusque dans ses cavités. On les a rencontrées jusqu'à présent entre la couche des nerfs optiques et les pédoncules du cerveau. Peut-être, dit M. Albers, que ces tumeurs sont de nature cancéreuse ou adipeuse, puisqu'on rencontre dans ces derniers tissus une certaine quantité de cholestérine qui leur donne leur aspect brillant.

Les tumeurs qui se développent dans l'intérieur du cerveau sont :

1° *La suppuration de la pulpe cérébrale et les abcès enkystés.*

Les abcès circonscrits et l'infiltration purulente du cerveau sont, d'après M. Albers, tous deux le produit d'un travail inflammatoire; l'infiltration purulente vient le plus souvent à la suite d'une inflammation simple, franche, aiguë; les abcès sont plutôt le résultat d'une inflammation latente ou chronique.

L'état comparatif suivant démontrera la vérité de cette dernière assertion.

Dans les cas où la marche de l'inflammation a été prompte et où la mort est survenue au bout de deux, six ou sept jours, on n'a trouvé que de la suppuration ou une infiltration purulente. (MM. Rochoux, Lallemand.)

M. Lallemand a trouvé un commencement de kyste au bout de six jours, Morgagni et Ducray au bout de quatorze, et Quesnay au bout de vingt-huit jours.

Dans les circonstances où le kyste était entièrement formé, la maladie avait duré, d'après M. Broussais, vingt-huit jours; d'après Abercrombie, trente-quatre et soixante-trois; d'après M. Lallemand, soixante-un jours. M. Albert a trouvé un kyste entièrement développé au bout de trois semaines.

Il résulte de ces faits que la formation du kyste dépend de la durée de la maladie. Le terme moyen du temps nécessaire à son développement est de quinze jours, trois semaines; dans l'infiltration ou la dissémination de globules purulens dans le parenchyme cérébral, on trouve ordinairement la pulpe nerveuse environnante ramollie; l'induration est plus rare et ne s'observe que lorsque la suppuration est circonscrite et de peu d'étendue; elle peut être considérée aussi comme le commencement de la formation d'un kyste. Il n'est pas rare, quand le pus est très-répandu de trouver dans telle partie un commencement de kyste, tandis que dans telle autre il n'y en a pas encore de trace. Le kyste tient toujours par un de ses côtés aux séreuses, soit de la surface, soit de l'un des ventricules du cerveau. Aucun fait n'est venu démontrer si le kyste, comme les poches séreuses, subissait la même série de transformations jusqu'à se changer en cicatrice. La substance cérébrale environnant le kyste est ordinairement ramollie, rarement indurée; tout le cerveau et nommément ses circonvolutions sont injectées, et l'arachnoïde est d'un rouge foncé.

Lorsque le pus s'est vidé dans les ventricules, ou à la surface du cerveau, ou à l'extérieur, par l'oreille ou quelque autre point du crâne qui se

sera carié, il se forme une cavité analogue aux vomiques des poumons.

Les hémisphères du cerveau sont le siége principal des abcès. M. Albers ne connaît que cinq observations de collections purulentes dans le cervelet; les autres tumeurs s'y rencontrent plus fréquemment.

Le mode de formation du pus nous est encore inconnu; ce genre d'altération se rencontre dans tous les âges, mais plus rarement dans l'enfance.

Sur 17 cas, on l'a observé

1 fois de 4 à 10 ans.
3 — 10 à 20 ans.
5 — 20 à 30 ans.
1 — 30 à 40 ans.
3 — 40 à 50 ans.
1 — 50 à 60 ans.
1 — 60 à 70 ans.
2 — 70 à 80 ans.

Les individus d'une constitution forte et de taille courte semblent prédisposés à cette maladie. Un malade observé par M. Albers présentait une constitution apoplectique; chez beaucoup il y avait en même tems habitus scrophuleux. La présence de tumeurs, une inflammation des méninges, des fractures, la carie ou la nécrose des os du crâne, du conduit auditif et des orbites, enfin, tout ce qui peut produire une inflammation du cerveau, sont encore autant de causes prédisposantes à la formation d'abcès ou d'une infiltration purulente de cet organe.

Outre les symptômes d'une inflammation aiguë ou lente qui accompagnent toujours, surtout au début, les abcès du cerveau, il en est d'autres qui leur appartiennent plus particulièrement, et parmi les plus constans on remarque :

1° La céphalalgie : elle ne manque presque jamais, tantôt générale, diffuse, tantôt locale et siégeant ordinairement à la région frontale; gravative, tensive, continue, elle se montre plus intense au commencement, et diminue lorsque la paralysie survient.

2° Comme phénomènes concomitans de la céphalalgie, une sensation de pulsation dans la tête, des vertiges, des douleurs par tout le corps qui se fixent assez fréquemment aux articulations; les parties douloureuses sont plus faibles, énervées, et souvent le siége de convulsions.

3° Etat de stupeur et propension au sommeil sans pouvoir dormir.

4° Rougeur et gonflement de la face, particulièrement des yeux; deux caractères constans; diminution de la chaleur du corps; pouls tantôt lent, tantôt plein et fréquent.

5° Bourdonnement et tintement des oreilles; scintillement, éblouissement et faiblesse de la vue.

6° Perte subite de connaissance et paralysie, suivie aussitôt de mort; ou bien la connaissance revient; la paralysie, qui occupe ordinairement un côté, persiste ou ne diminue que très-rarement. A ces symptômes se joint par intervalles une forte fièvre.

7° Ecoulement du pus par le nez, les oreilles, les yeux, ou par un autre point du crâne qui aura été carié ou nécrosé. Mais cet écoulement a le plus souvent lieu par l'oreille, et la raison en est que, les abcès ou collections purulentes étant situés le plus souvent dans les hémisphères, le pus fusant vers la base du cerveau rencontre le trou auditif interne qui lui donne issue. Mais le pus peut aussi s'épancher dans un des ventricules, et donner alors lieu à l'apoplexie et à la mort. M. Albers a publié un cas pareil dans les archives de Horn, 1834. La terminaison ordinaire des abcès du cerveau est la mort par apoplexie.

Si, après l'examen des symptômes énumérés ci-dessus, il reste du doute sur la nature de la maladie, on aura égard à la marche des symptômes inflammatoires, qui est alternativement ascendante et descendante; on recherchera s'il existe des signes d'abcès dans d'autres organes, comme le foie, les poumons, etc; enfin on prendra en considération les circonstances anamnestiques. Ainsi les abcès se développent de préférence dans les cas où la maladie du cerveau aura été provoquée par des lésions extérieures.

A la suite de ces considérations sur les abcès du cerveau, M. Albers rapporte l'histoire d'un individu âgé de 13 ans, à habitus scrophuleux, chez lequel on trouva, lors de l'autopsie, un abcès noir enkysté occupant tout l'hémisphère gauche du cervelet. Ses poumons contenaient quelques tubercules; le foie était gros, gorgé de sang et d'un brun foncé; quelques tumeurs lymphatiques dans le mésentère; les vaisseaux du cerveau étaient gorgés de sang; à sa base il se trouvait une once de sérosité, et six onces dans les ventricules. La maladie avait commencé par une céphalalgie sourde et sans siége déterminé, par des symptômes de gastrite; elle avait marché rapidement, et s'était terminée par des convulsions et des symptômes paralytiques.

II. *Tubercules et tumeurs scrophuleuses.*

M. Albers distingue les tubercules des tumeurs scrophuleuses; non pas que ces deux genres d'altérations diffèrent beaucoup par leurs caractères anatomiques; leur couleur, leur forme, leur volume, le siége qu'elles occupent, les phénomènes qu'elles provoquent, sont à peu près les mêmes. Ainsi en décrivant les tubercules l'auteur fait connaître en même temps l'histoire des tumeurs scrophuleuses: forme ovale ou amorphe. Dans le premier cas la tumeur est circonscrite et enkystée; dans le second la matière tuberculeuse ou scrophuleuse est mêlée à la substance cérébrale, sans limites bien tranchées. Elle est comme infiltrée; les parties du cerveau ainsi mélangées sont plus dures, plus fermes, plus pesantes; telle paraît être même l'origine ordinaire des tubercules; lorsqu'ils sont petits et naissans encore, ils sont comme entourés, englobés par le parenchyme cérébral; ce n'est que plus tard, quand ils ont acquis un certain développement, qu'ils apparaissent plus isolés et constituent des tumeurs à part. Quand les tubercules ont atteint la grosseur d'une noix, ils commencent ordinairement à peser sur le cerveau dont la substance se ramollit tout autour; les méninges s'enflamment, et la mort survient avant que ces tumeurs aient acquis un plus grand volume. C'est pour cette raison qu'on les trouve toujours petites aux régions où la compression et l'irritation se font le plus promptement sentir, comme à la base, au pont de Varole, à la moelle allongée, tandis qu'à la surface du cerveau et dans le cervelet, elles ont ordinairement un volume plus considérable.

La couleur des tubercules varie du blanc verdâtre au jaune brunâtre; d'ailleurs, la durée de leur existence et les matières qui entrent dans leur composition influent sur leur coloration. La consistance des tubercules va depuis la consistance pulpeuse jusqu'à celle de mortier; les tumeurs scrophuleuses sont en général plus molles. A mesure que ces tumeurs vieillissent, leur fermeté augmente; et à mesure qu'elles acquièrent du développement, leur enveloppe extérieure durcit et leur centre se ramollit; ce ramollissement central ne se rencontre pas dans les tumeurs récentes et d'un petit volume.

Les tumeurs tuberculeuses et scrophuleuses peuvent occuper toutes les parties de l'encéphale, mais plus rarement la substance médullaire que la corticale; chez les enfans on les trouve plutôt dans le cervelet; chez les adultes dans le cerveau.

Les différences établies par M. Albers entre les tubercules et les tumeurs scrophuleuses sont que les premières se développent plus particulièrement chez les adultes, les secondes chez les enfans; les scrophules cérébrales attaquent ordinairement les individus qui portent cette constitution, et chez lesquels on trouve le même produit anormal dans les autres organes; les tubercules, au contraire, se rencontrent rarement avec la phthisie pulmonaire ou avec une altération analogue d'autres organes; c'est ordinairement entre vingt-cinq et trente-cinq ans, et chez des individus sanguins qu'on les observe le plus fréquemment.

Les lésions extérieures ont moins d'influence sur la production des tubercules que sur d'autres affections du cerveau, tandis qu'ils se développent davantage par suite de misère, de chagrin et par l'effet des passions. Dans trois cas M. Albers les a vu provenir à la suite d'un travail forcé et d'une forte contention d'esprit; une fois seulement ils avaient été provoqués par des excès de vin et l'abus des femmes.

Les symptômes des tubercules ne sont point différens de ceux des autres tumeurs; souvent même ils peuvent exister et ils ont été rencontrés sur le cadavre, sans qu'il se soit manifesté de phénomènes morbides pendant la vie. Néanmoins quand ils se développent, c'est ordinairement à l'époque du ramollissement du centre de la tumeur, et du changement qui s'opère en même temps dans la substance cérébrale environnante. Le ramollissement complet des tubercules, qui est un phénomène très-rare, entraîne le ramollissement du cerveau; il peut arriver alors que la substance liquéfiée se fraie un passage dans le ventricule et produise la mort par apoplexie.

D'après Murdoch, qui a observé avec soin un grand nombre de tubercules, ceux-ci peuvent se convertir en une cicatrice cartilagineuse renfermant une matière analogue à de la craie; opinion, dit M. Albers, qui mérite d'être prise en sérieuse considération.

Enfin la composition chimique des tubercules du cerveau paraît être: du phosphate de chaux et du carbonate de chaux, de la graisse et de la cholestérine en proportions diverses.

Après avoir cité plusieurs exemples d'autres auteurs des tubercules développés dans diverses parties du cerveau, mais le plus souvent dans le cervelet, M. Albers rapporte trois observations qui lui sont propres.

Obs. I. — La malade était une femme de 30 ans qui, travaillant dans les champs et exposée à l'ardeur du soleil, tomba tout-à-coup à la renverse et sans connais-

sance: au bout d'un quart d'heure elle revint à elle, mais frappée d'hémiplégie; l'accès n'avait été précédé que d'une douleur très-courte: la paralysie persista et il restait constamment des vertiges et un état d'hébêtement; trois semaines plus tard un troisième accès enleva la malade. A l'autopsie, on trouva assise sur le corps calleux qu'elle comprimait, une tumeur de la grosseur d'un œuf de poule, qui avait laissé des traces de pression dans les deux hémisphères; elle était adhérente à la pie-mère au moyen de tissu cellulaire. A part un peu de sérosité trouble dans les deux ventricules qui étaient rétrecis, tout était à l'état normal.

Obs. II. — Le sujet de la seconde observation est un jeune homme de 16 ans, tisserand, soupçonné de se livrer à l'onanisme: il accusait un sentiment de tension au bas-ventre et de la douleur à l'épigastre; région hépatique gonflée et dure, diarrhée, rétention d'urine, vapeurs, vomissemens. Appétit intact, mais amaigrissement considérable. Il contracte la gale; plus tard, les douleurs du bas-ventre cessèrent; à leur place survinrent des douleurs de tête violentes avec strabisme, délires fréquens, perte de l'appétit et mort au bout d'un mois.

A l'autopsie cadavérique faite trois jours après la mort, on trouva au milieu de la substance du cervelet trois tumeurs dures, blanchâtres, de forme ovale que l'on reconnut pour être des tumeurs scrophuleuses qui contenaient dans leur intérieur une matière visqueuse, caseeuse, jaune-blanchâtre, analogue à celle que l'on trouve dans les tubercules pulmonaires non encore ramollis. Les veines et tissus du cerveau, principalement le tissu longitudinal étaient gorgées de sang: sérum épanché dans les cavités du cerveau; la substance un peu plus dure que de coutume; dans les cavités thoraciques et abdominales, adhérences très-nombreuses et très-compliquées: poumons, rate, foie, pancréas, mésentère farcis d'une quantité de matières scrophuleuses. Des traces d'inflammation dans les intestins.

Obs. III. — L. J., 5 ans, constitution scrophuleuse, est depuis deux mois d'une humeur chagrine; marche vacillante, vertiges, sommeil lourd et fréquent pendant la journée, contraction spasmodique des mains; yeux enfoncés, pupilles dilatées: de l'oreille droite s'écoule une humeur jaunâtre, épaisse, nauséabonde; l'enfant se plaint parfois de douleurs dans le bas-ventre, principalement au creux de l'estomac, augmentant par la pression; selles fréquentes, 3 à 4 par jour, fétides, pultacées; pouls à 95; réponses parfois confuses, plus tard céphalalgie intense, générale; changement brusque de la couleur de la face, commissure droite des lèvres un peu tirée en haut; l'écoulement de l'oreille est tari; expression de souffrance et de stupeur, begayement, langue tirée à droite, parfois douleur à l'épigastre et vomissemens; vers la fin urines et selles involontaires; état comateux presque continuel, convulsions, mouvemens de déglutition douloureux, pouls fréquent et faible, enfin mort avec des symptômes de suffocation.

Autopsie cadavérique. Surface du cerveau richement injectée, ventricules latéraux distendus, contenant 10 onces de sérosité; septum lucidum ramolli, ainsi que la surface des couches optiques et du plancher du troisième ventricule; le ramollissement conduisait ici jusqu'à une tumeur de consistance solide, et de couleur jaune, entourée d'un kyste, et qui était située sur le pont de Varole et sur la région du cerveau qui suit le troisième ventricule, de manière à toucher en-dehors et un peu de côté à la périphérie de cet organe; l'abdomen et les poumons contenaient çà et là des tubercules et des glandes engorgées.

On voit par ces observations que les tubercules et tumeurs scrophuleuses, peu différents entre eux par leurs symptômes, ne se distinguent même des tumeurs cérébrales d'une autre nature que par des signes tirés le plus souvent de la constitution générale des malades, de la dyscrasie particulière dont ils sont affectés, de leur prédisposition, de l'état de tous ces organes, de la couleur de la peau, enfin de l'âge et de la manière de vivre. C'est donc plutôt aux signes commémoratifs qu'aux phénomènes morbides eux mêmes qu'il faudra s'adresser pour tâcher d'établir un diagnostic.

III. *Cancer. Mélanose.*

Ce que M. Albers dit de l'existence du squirre ou cancer dur du cerveau, de la rareté des cas où il passe à l'état de ramollissement, parce qu'il cause toujours la mort auparavant, de son siége qui se trouve le plus souvent placé dans les hémisphères cérébraux, de ses symptômes qui sont encore ici les mêmes que ceux des autres tumeurs, enfin l'observation même qui termine ce paragraphe, tout est emprunté à la clinique médicale de M. le professeur Andral. Quant aux mélanoses, l'auteur fait remarquer qu'on a encore trop peu d'observations de ce genre d'altération pour pouvoir en dire autre chose, si non qu'on en a rencontré dans les substances médullaire et corticale, et que leurs symptômes sont ceux de la compression.

IV. *Fongus médullaire et hématode.*

Les fongus *médullaire et hématode*, qui diffèrent par leurs caractères anatomiques, présentent absolument les mêmes symptômes, et il n'existe aucune observation où ces deux genres d'altération se soient trahis par des phénomènes morbides de nature diverse. Le fongus hématode peut aller depuis la grosseur d'une noix jusqu'à celle d'une tête d'enfant. On en trouve des exemples déjà dans Acrel et plus tard dans Ebermayer. Le symptôme principal était de la céphalalgie, la mort survint à la suite de phthisie. Otto en a rencontré dans les lobes moyens et postérieurs, et dans le prolongement du cerveau. On en trouve des exemples dans John Hunter (dans les couches optiques), dans le magasin de Rust, vol. XIX, par Wedemeyer; dans Wepfer, etc. M. Albers lui-même a observé deux petits fongus hématodes dans le lobe postérieur de l'hémisphère gauche d'un homme qui mourut avec les symptômes du tétanos, et auquel on avait extirpé, 18 mois auparavant, un fongus hématode du bras gauche.

Le fongus médullaire n'est pas solidement assis sur la masse cérébrale, souvent il s'y perd insensiblement; le cerveau se détruit toujours de plus en plus, souvent on trouve des hémisphères entiers désorganisés. En augmentant de volume, ils perforent la substance osseuse comme les fongus de la dure-mère, et il se manifeste au dehors une tumeur pulsative.

Il existe deux séries de symptômes pour ces deux espèces de tumeurs: les unes d'une durée plus longue et d'une plus grande intensité, ont lieu tant que la tumeur reste renfermée dans l'intérieur du crâne; les autres se manifestent quand la tumeur s'est fait jour au dehors.

Aux premiers symptômes appartiennent: la céphalalgie, se montrant ordinairement au début sans siége determiné, s'étendant à toute la tête; pongitive dans les cas observés par Otto et Remer et par l'auteur lui-même; d'autrefois gravative, augmentant à la moindre excitation; puis une douleur répandue par tout le corps, dilacérante et mobile, apparaissant dans des cas rares, il est vrai, seulement d'un seul côté. Otto et Remer rapportent que ces douleurs s'exaspéraient considérablement par le toucher, phénomène qui, d'ordinaire, n'apparaît que dans l'inflammation de la dure-mère rachidienne. Il existe un troisième symptôme que Remer, Otto, Ebermayer, Wedemeyer, S. Cooper et l'auteur disent avoir observé, c'est la cécité ou l'obscurissement passager, mais rarement durable de la vue. Remer a également remarqué un trouble de l'audition. Ce symptôme est d'autant plus remarquable, que les tumeurs occupaient les lobes moyen et postérieur d'un hémisphère cérébral, et que les nerfs qui vont à l'œil et à l'oreille, n'étaient point directement intéressés. Les convulsions et plus tard la paralysie des parties qui avaient été douloureuses constituent le quatrième symptôme de cette période, pendant laquelle on observe encore, quoique moins constamment, des vertiges, des vomissemens avec un appétit intact, souvent une faim canine, pâleur de la face, diarrhée, sueurs nocturnes, amaigrissement. Cette première période dure 1 à 3 mois et se termine, si le fongus ne se frais pas un passage à travers les trous du crâne, par la mort qui arrive au milieu des accidens tétaniques ou apoplectiques, ou dans un état de colliquation générale.

Le passage de la première période à la seconde se fait peu à peu; cependant, d'après les observations d'Ebermayer, il s'accompagne de douleurs térébrantes excessives; la tumeur elle-même n'est point douloureuse, et on peut exercer sur elle une compression assez forte sans provoquer les phénomènes de la compression du cerveau. L'état général du malade est dans le principe peu troublé; plus tard, il survient des vertiges très-facilement, de la céphalalgie, de l'amaigrissement, de la faiblesse, des convulsions et la paralysie d'un côté. Il est très-remarquable que, dans tous les cas connus jusqu'à présent, les malades ont conservé toute leur connaissance jusque peu d'instans avant la mort.

V. *Tumeurs graisseuses.*

Il n'est dit dans aucun traité d'anatomie pathologique qu'une semblable tumeur cérébrale ait déjà été observée. M. Albers n'a jamais trouvé de vrais lipômes, des tumeurs composées uniquement de tissu cellulaire et de graisse. Plusieurs observations lui font croire que les tubercules contiennent une certaine quantité de graisse; on conçoit, du reste, qu'il peut se produire et se déposer de la graisse dans un cerveau malade. Kramer rapporte, dans sa dissertation, l'exemple d'une tumeur stéatomateuse développée à la surface du cerveau dans l'hémisphère gauche, immédiatement au-dessus du ventricule; elle avait fait une impression profonde à la face interne du crâne. Elle ressemblait, quant à sa substance, au stéatôme d'un ovaire. Les principaux symptômes pendant la vie avaient été des convulsions épileptiformes. La mort survint par apoplexie.

VI. *Concrétions osseuses; tissus osseux, cartilagineux, pierreux.*

Tous ces tissus sont formés par de la chaux déposée en quantité plus ou moins grande. Il n'est point démontré que les produits osseux se forment aux dépens de la masse cérébrale; et même l'ossification de tout un hémisphère ne le prouve pas; car, dans les grandes collections depus ou d'eau dans cet organe, on trouve également de grandes portions entièrement détruites, sans qu'on puisse dire qu'elles se soient transformées en pus ou en sérosité. Les observations que nous possédons jusqu'aujourd'hui, font voir que les concrétions osseuses du cerveau se forment par la séparation des sels qui entrent dans la composition des

os, et qui viennent se déposer dans le parenchyme ou entre les couches de la substance cérébrale. Toutes les parties du cerveau peuvent être également le siége de ces produits osseux; mais on ignore si cette matière est sécrétée aux dépens des tuniques artérielles, du tissu cellulaire, des méninges, etc.

Il est à remarquer que les tubercules et les poches séreuses se transforment facilement en tumeurs osseuses. La consistance et le volume de ces produits diffèrent selon la quantité et le degré de cohésion des sels calcaires. En effet, on les trouve sous forme de sable, de petits grumeaux calcaires, de cartilages, d'os, de pierres. On rencontre très-rarement des esquilles osseuses; cependant Neumann en a observé une dans le cervelet.

On reconnaît pour causes des produits osseux une irritation long-temps prolongée ou une inflammation chronique du cerveau, les principes goutteux et syphilitiques; leurs symptômes sont des convulsions, l'apoplexie, l'idiotisme, la somnolence, l'épilepsie, des vertiges et des douleurs, et en général tous les autres phénomènes provoqués par les autres tumeurs; fréquemment aussi ces dépôts n'ont donné lieu à aucun phénomène morbide pendant la vie.

VII. *Hydatides.*

Leur siége est ordinairement dans le tissu cellulaire, à la surface ou à la base du cerveau, ou bien dans les ventricules, dans le plexus choroïde; on les rencontre plus rarement dans la substance même, comme Hooper a eu occasion de l'observer. La substance cérébrale environnante est souvent atrophiée, et plus souvent encore ramollie; leur étiologie est très-obscure; leurs symptômes indiquent tantôt une irritation, tantôt une compression du cerveau, et souvent l'une et l'autre à la fois.

Headington a vu survenir subitement des phénomènes apoplectiques; d'autres fois il existe pendant long-temps, une douleur locale qui dans deux cas seulement a correspondu au siége même des hydatides; les vertiges accompagnent souvent cette douleur et augmentent jusqu'à dégénérer en apoplexie. Yelloly et Headington ont observé deux fois des convulsions qui ressemblaient tantôt à la chorée, tantôt à l'épilepsie; après ces convulsions il survient assez souvent un état comateux, la perte de la parole et de la paralysie. Les facultés intellectuelles ne sont ici encore que peu troublées. Dans deux cas on a remarqué de la cécité, ou une faiblesse de la vue passagère et une surdité durable; dans un cas la cécité et la surdité se compliquaient; dans l'observation d'Yelloly, la vue, l'ouïe, l'odorat, la parole et la déglutition étaient notablement lésées. L'issue ordinaire de cette maladie est une mort apoplectique produite par la compression de ces tumeurs, ou par leur rupture et l'épanchement du liquide qu'ils contiennent dans les ventricules ou à la surface du cerveau. Dans un cas observé par M. Albers et dont il donne l'histoire, la malade, âgée de 35 ans, après avoir éprouvé des symptômes apoplectiques et la plupart des accidens résultant de la compression et de l'irritation du cerveau, mourut subitement en voulant prendre des alimens. A l'autopsie on trouva au côté droit du pont de Varole une hydatide de la grosseur d'un œuf de poule, qui avait percé la dure-mère près du ganglion de Gasser, et se trouvait en contact avec le côté gauche de la selle turcique dont le bord supérieur était aminci et membraniforme; le côté gauche du pont de Varole se trouvait aplati et mou; la glande pituitaire contenait une sérosité jaune-rougeâtre; un peu de sérosité était épanchée à la base du crâne; toutes les cavités étaient distendues et contenaient cinq onces de liquide.

VIII. *Sarcôme.*

Les sarcômes vrais sont très-rares, et on rencontre plus souvent des sarcômes médullaires.

IX. *Kystes, tumeurs enkystées, poches séreuses.*

Toutes les tumeurs que nous venons d'examiner peuvent s'entourer de kystes et former des tumeurs enkystées; chez la plupart les kystes ne se forment que dans la dernière période de leur existence; d'autres fois ils se développent plus tôt, en sorte qu'on peut déjà les observer avec la première manifestation de la tumeur. Ces dernières tumeurs méritent de préférence le nom de tumeurs enkystées : telles sont les tumeurs graisseuses, les hydatides, et les kystes qui renferment des matières pulpeuses, ressemblant à du gruau d'avoine, des cheveux et même des os; cette dernière espèce est extrêmement rare. L'épaisseur du kyste varie; il ressemble ordinairement à une membrane séreuse ou muqueuse; dans quelques cas rares, il est cartilagineux; mais cette dégénérescence paraît plutôt être l'effet de l'âge et d'un commencement de résorption de la tumeur que tenir de la nature même du mal. Ces tumeurs enkystées se rencontrent plus fréquemment sur les méninges que dans la substance même du cerveau; il est probable qu'elles naissent toutes sur les méninges, et de là s'enfoncent, en se développant, dans le parenchyme cérébral. Les symptômes de ces tumeurs enkystées sont en général ceux de tous les produits anormaux du cerveau, dont nous avons donné la description. Les poches séreuses qui sont tantôt vides, tantôt remplies de sang caillé ou à moitié résorbé, ou de sérosité, appartiennent plus particulièrement à l'histoire de l'apoplexie, qui fournit la matière épanchée contenue dans leur cavité.

REMARQUES PRATIQUES SUR QUELQUES NOUVEAUX MÉDICAMENS, par le docteur BARTELS.

1° *Des pédiluves nitro-muriatiques.*

Ce médicament recommandé par des médecins anglais et italiens, Scott, Cheyne, Wallace, Johnson, Tantini, Bell, Danlop, Lavagna, etc. a été de nouveau expérimenté par le docteur Bartels; nous avons eu déjà occasion de constater les bons effets de ces pédiluves, principalement dans les maladies du foie. (GAZETTE MÉDICALE, pag. 246, 1835). M. Bartels cite trois cas d'hépatite extrêmement graves où ce moyen a réussi, mais nous avons remarqué que dans ces trois observations, lors des premiers bains de pieds, les malades ont eu de l'oppression de poitrine, un pouls très-fréquent, du malaise, des vertiges et de l'anxiété. L'auteur rapporte encore plusieurs autres observations, comme des ophthalmies rhumatismales, etc., où ces bains ont été employés avec un succès plus ou moins marqué; il en résulte que les symptômes les plus constans qui succèdent à l'emploi des pédiluves nitro-hydrochloriques sont des sueurs, souvent aussi une secrétion plus abondante de l'urine avec un sédiment glaireux, et plus rarement des selles bilieuses. Ils peuvent donc être employés avec quelque succès dans les hépatites chroniques sans inflammation et suppuration, dans les obstructions de la veine-porte, dans la jaunisse, l'hypocondrie et la mélancolie; dans toutes les affections chroniques rhumatismales et arthritiques, surtout de la tête; dans les ophthalmies chroniques et ophthalmo-blennorrhagiques; dans les anomalies de la menstruation, quand elle est difficile, parcimonieuse ou supprimée; dans la chlorose, enfin contre des exanthèmes chroniques de la peau et peut-être aussi joints aux hydragogues dans les hydropisies. Ils sont contr'indiqués dans toutes les maladies inflammatoires, chez les personnes pléthoriques, dans les maladies de poitrine, excepté l'asthme goutteux. L'auteur dit avoir remarqué que les personnes âgées les supportent mieux que les jeunes. Ils sont surtout efficaces chez les femmes qui ont déjà perdu leurs règles, et principalement quand ils produisent, lors des premiers bains, du malaise, qui doit ainsi engager à les continuer; au reste ils ne sont jamais suivis de suites fâcheuses. Quelquefois ces pédiluves produisent un fort prurit sur tout le corps, ou une éruption de forme miliaire, même des pustules douloureuses aux pieds; dans ces cas, on peut les remplacer par des lotions nitro-muriatiques des bras, des cuisses et du dos, ou par des bains généraux en y ajoutant des acides. L'auteur n'a jamais vu survenir de ptyalisme ou de tumeurs par leur emploi, mais un goût métallique, des douleurs dans la bouche et une sensibilité des gencives et des dents; et tous les accidents disparurent aussitôt qu'on cessa les bains. L'auteur les emploie de la manière suivante : quelques momens avant de les faire prendre, il y ajoute : acide muriatique, acide nitrique de chaque une demi-once jusqu'à une once et demie. Le lendemain on reutréchauffer le même bain en y versant de nouveau une demi-once de ces acides; lorsqu'on renouvelle le bain entièrement, on augmente la dose de ces derniers. L'acide nitrique fumant, recommandé par plusieurs médecins, est plus énergique, mais aussi plus cher; quand on l'emploie, on étend de l'acide muriatique pur trois onces, de l'acide nitrique fumant, une once, dans quatre onces d'eau pour deux ou trois pédiluves, auxquels on ajoute encore de l'eau. Pour les lotions, on prend tout au plus un gros de chaque acide sur 16 onces d'eau simple ou d'eau de fleurs d'oranger, pour un bain général une once de chaque acide. Pour les pédiluves, il faut que l'eau aille jusqu'au genou, et soit aussi chaude que le malade peut le supporter, ainsi à peu près 30° Réaumur. Les malades doivent rester une demi-heure et plus dans le bain, et se mettre immédiatement au lit, surtout si on désire une transpiration. Si les malades se plaignent de soif, de vertiges, de malaise, etc., on leur donnera de l'eau sucrée ou une tasse de thé. En général, les bains doivent être pris le soir avant de se coucher. M. Bartels administre en même temps de légers purgatifs.

2° L'huile de *croton tiglium*, expérimentée par l'auteur comme purgatif, ne lui paraît pas supérieure aux autres purgatifs ni pouvoir les remplacer. C'est un moyen très-actif et très-sûr, mais qui irrite forte-

ment l'estomac et y provoque facilement des douleurs, des vomissemens, une brûlure très-forte au gosier, une éruption à la bouche; il a vu même une fois une éruption semblable à la scarlatine sur tout le corps. La forme pilulaire lui paraît la meilleure. Prenez huile de croton tiglium, 2 gouttes, mucilage de gomme, un scrupule, extrait de reglisse, quantité suffisante pour huit pilules; à prendre tous les quarts d'heure ou demies-heures une pilule jusqu'à purgation.

3° *L'acupuncture*, autre moyen prôné dans notre temps, a rendu à M. Bartels de faibles services. Il se loue davantage du *cubèbe* dans la gonorrhée et du *sublimé* dans la syphilis, surtout d'après la méthode de Dzondi.

CURE-OREILLE SERVANT DE NOYAU A UN CALCUL URINAIRE CHEZ UN HOMME; par le docteur HANKE, de BRESLAU.

L'introduction de corps étrangers dans la vessie n'est point un fait isolé dans la science; mais dans aucun des cas observés jusqu'à ce jour on n'en avait trouvé d'une longueur telle, que la présence du corps qui nous occupe; et cette observation nous paraîtrait une fable, si elle n'était attestée par des hommes dignes de foi. Voici le fait.

OBS. — Charles Lœffler, âgé de 55 ans, d'une constitotion autrefois robuste, mais ruinée par les nombreux excès d'une vie aventureuse et débauchée, entra à l'hôpital de Breslau pour une dysurie accompagnée de violentes douleurs vésicales qui augmentaient chaque fois après l'émission des urines; celles-ci étaient troubles, caillebotées à sédiment blanc, muqueux; il y avait en même temps constipation avec ténesme. Le cathétérisme qui se fit assez facilement ne fit découvrir aucun retrécissement, ni autre lésion de l'urètre; l'écoulement des urines par la sonde soulagea un peu le malade, mais il se plaignit surtout d'un sentiment de resserrement de la vessie. Après avoir sondé cet individu pendant plusieurs jours, on parvint à rencontrer un calcul âpre, raboteux, paraissant avoir une certaine dimension qu'on resolut d'extraire. Les forces du malade furent d'abord relevées, puis l'opération fut entreprise et faite d'après la methode de Budtorffer, par M. Alter, chirurgien en chef, avec le cystotome de Langenbeck.

Après avoir incisé la peau et les muscles du périnée et lié l'artère honteuse, l'opérateur essaya d'extraire la pierre, mais en voulant la saisir, elle se brisa en petits morceaux dont une partie resta dans la pince; c'étaient des petits graviers qui se laissaient facilement écraser; on parvint à en faire sortir une grande quantité en introduisant plusieurs fois l'instrument. Mais comme on craignait de trop fatiguer ainsi le malade et d'irriter la vessie, on abandonna le soin d'expulser le reste des graviers à la nature : à cet effet, on interposa de la charpie molle entre les lèvres de la plaie, après avoir préalablement fait des injections d'une décoction mucilagineuse de graine de lin dans la vessie. Les symptômes inflammatoires généraux et locaux furent traités par les antiphlogistiques convenables et ne tardèrent point à diminuer; mais du 9e au 11e jour après l'opération, le malade se plaignit de nouveau de douleurs dans la plaie, d'un ténesme vésical, et de picotemens près du rectum; la plaie était gonflée, rouge, le mal avait diminué; tous les symptômes semblaient indiquer une inflammation de la vessie ou des vésicules séminales, d'autant plus que le testicule gauche était retracté vers l'anneau et son canal déférent tuméfié. Cependant en examinant le lendemain la plaie on trouva engagé entre ses bords un corps étranger qu'on retira avec une pince ordinaire. Ce corps incrusté de petites concrétions pierreuses, n'était autre chose que la plus petite moitié d'un cure-oreille grossièrement travaillé. Après son extraction, tous les accidens disparurent, la santé du malade se rétablit et la plaie était cicatrisée jusqu'à une petite ouverture, quand des douleurs et une tuméfaction nouvelles s'y manifestèrent; on crut à l'existence d'une infiltration et d'abcès urinaires; lorsque le gonflement et l'inflammation furent diminués, il s'écoula par la petite ouverture fistuleuse de l'urine et du pus, ce qui nécessita l'introduction d'un petit bourdonnet de charpie.

En explorant le lendemain, avec la sonde, on sentit un corps dur qui ne paraissait adhérer en aucune façon aux parties environnantes. On introduisit dans la petite plaie une petite pince très-mince avec laquelle on parvint à extraire le corps étranger, sans grande difficulté ni incommodité. En l'examinant on vit que c'était la seconde moitié du cure-oreille qui s'était brisé dans le tiers de sa longueur, où il était percé d'un trou. On put d'ailleurs s'en convaincre en réunissant les deux fragmens qui s'ajustaient parfaitement ensemble. Après la sortie de ce dernier morceau, la cicatrisation de la plaie marcha rapidement et fut bientôt complète. Depuis cette époque, la santé de Lœffler n'a plus été troublée.

Maintenant, comment ce cure-oreille s'était-il introduit dans la vessie? le malade l'ignorait lui-même. Cependant, en cherchant à se rappeler tous les souvenirs de sa vie errante et très-orageuse, il nous apprit, dit M. Hanke, qu'étant en 1806 au cap de Bonne-Espérance, au service de l'Angleterre, il y vécut maritalement avec une négresse qui lui donna deux enfans. Après un séjour de quelques années, son régiment reçut l'ordre de rentrer en Angleterre, et en même temps défense fut faite d'emmener des négresses. Sincèrement attaché à ma femme et à mes enfans, continue Lœffler, et prévoyant les peines qui les attendaient après notre départ, j'en conçus un profond chagrin. Pour tromper ma douleur et rendre le moment de la séparation moins pénible, je m'enivrai de telle sorte que je ne recouvrai la raison qu'après que notre vaisseau avait déjà mis à la voile depuis quelques heures. Ma femme était aussi jalouse que passionnée : peut-être que, pendant mon état d'ivresse, elle m'introduisit dans la vessie ce cure-oreille, que tous les nègres portent suspendu au cou. Je crois me rappeler en effet que je ressentis bientôt après, à bord du bâtiment, des douleurs dans l'urètre et la vessie, auxquelles je ne fis pas particulièrement attention, les attribuant à l'excès que je venais de commettre, à un refroidissement ou à toute autre cause. Mais ces douleurs continuèrent et augmentèrent au point que je fus obligé de prendre mon congé et de revenir en Allemagne.

Tel est le récit de cet homme: est-il véritable? on l'ignore. Toujours est-il que le cure-oreille a été trouvé dans sa vessie, et que la pièce est conservée au musée anatomique de Breslau.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 16 MAI 1836.

CAUSES DU PHÉNOMÈNE DE LA CRÉPITATION.

M. Baudrimont adresse une note à ce sujet. On a souvent attribué pour cause, à ce phénomène, l'expansion de l'eau qu'on supposait contenue dans les corps décrépitans, ou la vaporisation d'une partie de leur substance; cependant cette cause ne pouvait être la seule ni même la plus commune, puisque, comme le remarque M. Baudrimont, la plupart des corps qui décrépitent sont réellement anhydres et fixes.

En cherchant ce qu'il y a de commun dans les différens corps qui présentent ce phénomène, M. Baudrimont dit avoir reconnu qu'ils présentent tous des clivages nets et faciles, et il trouve dans cette disposition à se diviser nettement sur de grandes surfaces, la cause de la crépitation. En effet, dit-il, les substances qui décrépitent étant de celles que l'on considère comme de mauvais conducteurs de la chaleur, il arrive que leurs parties externes sont les premières échauffées, et que la dilatation qu'elles éprouvent les force de se séparer des parties voisines qui n'ont pas encore atteint la même température, ce qui est facilité par la propriété qu'elles ont de se cliver. Dans les corps qui peuvent se décomposer par l'action de la chaleur en donnant des produits volatils, on peut attribuer à l'action repulsive de ces gaz une partie de l'effet produit; cependant, comme ces substances en général présentent un clivage facile et sont de mauvais conducteurs de la chaleur. M. Baudrimont pense que c'est encore à l'inégalité de dilatation de leurs parties qu'il faut attribuer leur propriété de décrépiter.

PHYSIOLOGIE VÉGÉTALE.

Sur un nouvel organe situé entre les vésicules du tissu cellulaire des feuilles de certaines aroïdées.

M. Turpin lit un mémoire sur cet organe, qu'il a découvert d'abord dans les feuilles du chou caraïbe (*caladium esculentum.* Venten. — *Arum esculentum.* Linn.), et qu'il a désigné sous le nom de *biforine.*

Si l'on racle, avec une lame de canif, la face inférieure d'une feuille de caladium, que l'on étende ensuite dans une gouttelette d'eau, sur le porte-objet du microscope, la partie pulpeuse qu'on a ainsi obtenue, on voit avec un grossissement d'environ trois cents fois un assez grand nombre de biforines mêlées à du tissu cellulaire.

Chacune de ces biforines, presque double en grandeur des vésicules du tissu cellulaire, et dont la forme rappelle celle d'un grain d'avoine, se compose d'une partie organisée végétale et d'une partie inorganisée cristalline. La partie organisée consiste dans une vésicule extérieure assez résistante, incolore, transparente, et munie à chaque extrémité d'une bouche à bords un peu épaissis. Dans l'intérieur de cette vésicule, il s'en trouve une autre fusiforme, composée d'une membrane très-mince, aboutissant aux deux bouches de la première, et n'occupant d'ailleurs qu'environ un tiers de sa capacité intérieure. Ce boyau, qui se distingue dans l'intérieur de sa vésicule extérieure par sa couleur jaunâtre, contient plusieurs centaines de longues aiguilles cristallines, d'une ténuité extrême, de la longueur du boyau, incolores, et transparentes comme des fils de verre blanc quand elles sont isolées, mais produisant la couleur jaune d'ambre par leur rapprochement et leur disposition en faisceau serré.

Les biforines paraissent être dirigées en tous sens dans le tissu de la feuille du caladium, comme si elles avaient profité, pour leur développement, de tous les espaces que leur abandonnaient les vésicules du tissu cellulaire.

Lorsque, sur le porte-objet du microscope, les biforines plongées dans la goutte d'eau ont assez d'espace, et que la température est élevée de 20 à 25 degrés cent., on les voit bientôt lancer par l'une ou l'autre de leurs bouches les nombreuses aiguilles cristallines qu'elles renferment.

A chaque décharge qui fait sortir d'une à six aiguilles, la biforine tout entière fait un petit mouvement de recul comme la pièce de canon en lançant le boulet. Au bout de quelque temps on voit toutes les biforines entièrement vides de leurs aiguilles cristallines, par conséquent décolorées, et dont le boyau intestinal s'est affaissé sur lui-même, de manière à ne plus paraître qu'une sorte de cordon tortillé; les vésicules extérieures, quoique plus épaisses, finissent aussi par se déformer. Les aiguilles sorties couvrent en multitude innombrable le porte-objet, tantôt éparses et tantôt réunies en une sorte d'aigrette, parce que leur extrémité postérieure est restée engagée dans le boyau qui les contenait.

M. Turpin pense que l'expulsion de ces aiguilles est causée par un rétrécissement de la cavité intérieure qui les renfermait. La vésicule extérieure, en effet, étant plongée dans l'eau, se gonfle par un effet d'endosmose, et sa capacité intérieure diminuant, elle tend à expulser par l'une ou l'autre de ses ouvertures quelques-uns des cristaux contre lesquels elle exerce une pression. Après cette sortie, la pression est diminuée; mais le gonflement augmentant, elle est bientôt

reproduite et finit par amener une nouvelle décharge. Le même effet se reproduit d'une manière intermittente, jusqu'à la complète expulsion des aiguilles.

Nous avons dit que le gonflement de la vésicule extérieure est un effet d'endosmose ; cela suppose que le liquide au milieu duquel elle est plongée est moins dense et moins visqueux que celui qui remplit ses mailles. Si donc on plaçait les biforines, non plus dans l'eau, mais dans une solution assez chargée de gomme, il n'y aura plus de raison pour que cette solution pénètre dans la substance de la vésicule, pour que celle-ci se gonfle et se presse contre les cristaux, et ceux-ci, par conséquent, ne seront plus expulsés. C'est une expérience que M. Turpin n'a pas songé à faire au moment où il avait des feuilles fraîches de caladium, mais qui lui a réussi pour des biforines prises sur des feuilles sèches, lesquelles ont resté en repos quand on les a placées dans une solution gommeuse, et ont au contraire lancé leurs aiguilles quand on les a placées dans l'eau pure.

Les diverses espèces du genre caladium que M. Turpin a pu examiner, lui ont toutes, hors une seule, offert des biforines dans le tissu de leurs feuilles ; ces espèces sont les *caladium esculentum*, *seguinum*, *colocasioïdes*, *bicolor*, *lacerum*, *pedatifolium*, *rugosum*, *tripartitum*, *trifoliatum*, *auritum*, *crassipes*, et enfin le *caladium odoratum*, qui forme l'exception dont nous avons parlé. Il était intéressant de savoir si les mêmes corps existaient dans d'autres aroïdées et dans les arum proprement dits ; dans les espèces que M. Turpin a eu occasion d'observer, il n'a pu y trouver une seule biforine, et l'absence de cet organe vient encore confirmer la justesse des vues qui dirigeaient Ventenat quand il a formé, aux dépens des arum, son genre caladium.

L'analyse du tissu cellulaire des feuilles du *calla æthiopica*, des *oruntium japonicum* et *aquaticum*, des *pothos fœtida* et *violacea*, a démontré que toutes ces aroïdes étaient aussi dépourvues de biforines.

Dans une note additionnelle à son mémoire, M. Turpin parle d'expériences postérieures faites sur les biforines provenant des feuilles sèches prises dans un herbier. En employant de l'eau chaude, on accélérait notablement la décharge des aiguilles, et à tel point que quelquefois le faisceau entier des aiguilles était émis d'un seul jet.

MÉMOIRE SUR LA GÉLATINE ALIMENTAIRE.

M. Gannal lit une deuxième partie d'un mémoire sur ce sujet. L'auteur, comme nous l'avons dit en rendant compte de la première partie de son travail, soutient que c'est à tort qu'on a confondu et considéré comme chimiquement identiques : 1° une certaine substance constituante des tissus organiques des animaux ; 2° un des produits qui résultent de leur décomposition par l'action de la chaleur de l'eau ; 3° ce produit pris en gelée après le refroidissement ; 4° la gelée elle-même desséchée par l'action de l'air et du calorique.

M. Gannal nomme *géline* la première substance, la seconde et la troisième sont la *gelée*, la quatrième est ce qu'on nomme la *gélatine* ou la colle-forte.

La géline est suivant M. Gannal la partie organique qui se constitue la première dans la formation animale, et les fœtus, à une certaine époque, en sont presque exclusivement composés. La géline est complétement insoluble dans l'eau froide, décomposable par l'ébullition ; le produit ainsi dissous ne change pas la densité du liquide qui lui sert de véhicule. La géline ne se trouve jamais pure dans la nature, la partie animale qui la présente dans l'état le plus approchant de la pureté est la colle de poisson.

Dans ses recherches sur la colle de poison, M. Gannal avait observé que lorsqu'on fait macérer cette substance dans de l'eau non distillée, elle en absorbe en vingt-quatre heures assez pour doubler de poids, tandis qu'en employant l'eau distillée, l'absorption est de huit à neuf fois plus considérable. Il a plus tard reconnu que la colle de poisson du commerce, celle que les négocians blanchissent au moyen du gaz sulfureux, est seule dans ce cas. Cependant l'acide sulfurique que cette substance peut contenir, et auquel on serait tenté d'attribuer cet effet, est eu si faible proportion, que les réactifs n'en indiquent pas la présence.

Des expériences postérieures faites par l'auteur du mémoire, il résulte : 1° que l'eau ordinaire agit sur la colle de poisson, la fait gonfler et double son poids en quarante-huit heures ; 2° que l'eau distillée produit les mêmes résultats sur la colle qui n'a subi aucune altération dans sa fabrication, tandis que celle qui a été blanchie au gaz sulfureux, absorbe d'autant plus d'eau distillée que l'altération a été plus forte ; 3° que les mélanges d'eau et d'acide agissent fortement sur cette substance et sur la géline en général, la gonflent considérablement, et lui donnent des qualités particulières ; une partie d'acide sulfurique et 50 parties d'eau agissent énergiquement sur cette substance. L'action est plus marquée pour un mélange d'une partie d'acide sur 1000 parties d'eau. 1 partie d'acide et 3000 parties d'eau forment un mélange aussi actif que 1 partie d'acide et 500 parties d'eau. Celui qui a présenté les résultats les plus prononcés contenait 1/1500 d'acide.

Dans un mélange à 1/3000, la colle de poisson s'est gonflée au point de ne plus présenter qu'un réseau léger, peu consistant, transparent, et se délayant au moindre attouchement. Gonflée par l'eau distillée, la colle de poisson reste d'un blanc laiteux, et conserve dans son intérieur des traces de matière organique insoluble. Gonflée par l'eau acidulée, elle devient transparente.

SUCRE EXTRAIT DE LA TIGE DE MAÏS.

M. Robiquet fait, en son nom et celui de MM. Biot et Deyeux, un rapport sur deux mémoires présentés par M. Pallas, et relatifs aux moyens d'obtenir de la tige du maïs un sucre cristallisable, sans que cela nuise à la récolte du grain. Suivant M. Pallas, la tige du maïs, avant la floraison, ne contient point de sucre : à l'époque de la floraison on peut déjà en extraire des traces de sucre cristallisé ; vingt-cinq jours plus tard, lorsque le grain est déjà lactescent, cette même tige renferme près d'un pour cent de sucre cristallisable ; enfin, lorsque la graine est complétement mûre, et qu'elle n'a plus besoin que de sécher pour être récoltée, la tige, qui est encore verdâtre, fournit deux pour cent de sucre brut, et quatre pour cent de mélasse riche et d'un très-bon goût.

Le résidu parenchymateux dont, on a extrait la matière sucrée, peut être employé à la nourriture des bestiaux ou servir à la fabrication d'un papier d'emballage qu'on peut évaluer à 5 fr. les 40 kil.

La présence du sucre cristallisable dans le suc de la tige de maïs a été démontrée par plusieurs auteurs, et M. Pallas même est loin de le contester ; mais il pense être parvenu à cette extraction plus facile, et surtout plus avantageuse, en montrant que l'époque où le sucre est le plus abondant est celle où le fruit est arrivé à complète maturité.

Sur ce premier point, l'opinion de M. Pallas diffère de celle du professeur Burger, qui soutient que c'est au moment de la floraison que le suc de la tige est en même temps plus sucré et plus abondant, et qu'à mesure que le grain se forme, la plus grande partie de la matière sucrée disparaît ; elle n'est pas non plus d'accord avec ce qui a été observé pour le cas du froment ; M. Biot ayant démontré, par les expériences délicates de la polarisation circulaire, qu'à dater du moment de la floraison le sucre passe de la tige dans l'épi pour servir d'aliment au fruit.

Cette divergence d'opinions doit faire désirer que les observations de M. Pallas soient répétées en d'autres lieux que ceux où il a opéré ; car il ne serait pas impossible que la saccharification marchât plus rapidement dans une localité que dans une autre.

Deux échantillons de sucre obtenus de la tige du maïs ont été soumis par M. Biot aux diverses épreuves de la polarisation circulaire : ils se sont conduits très-sensiblement comme le sucre de canne. Cependant, ces mêmes expériences y ont décelé la présence d'une petite proportion de matière d'une nature différente.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 17 mai. — Présidence de M. Louyer-Willermay.

FIN DE LA DISCUSSION SUR LA PHRÉNOLOGIE.

M. MAINGAULT commence la lecture d'un long discours écrit, circonstance qui soulève de nombreuses réclamations. M. le président ayant rétabli le silence, nous entendons que l'orateur annonce des préliminaires sur l'axe cérébro-spinal ; le bruit et les murmures recommencent de telle sorte, qu'il nous est impossible de suivre les idées de M. Maingault ; tout ce que nous avons saisi, c'est qu'il est partisan de la phrénologie.

M. ROCHOUX demande à répondre, ce qui suscite également une foule de réclamations. M. Adelon démontre que M. Rochoux, parlant en son propre nom, et point comme rapporteur d'une commission, n'a pas le droit d'absorber la moitié de la discussion, en répondant à chacun des partisans de la phrénologie. La parole est donnée à M. Capuron.

M. CAPURON. Je ne fais pas de longs discours. Il faut se reporter au point de départ de la discussion. Le mémoire de M. Rochoux avait deux parties ; dans la première, traitant de l'apoplexie, il avait avancé que toute hémorrhagie cérébrale affecte de la même manière l'intelligence, et de là il conclut que le *sensorium commune* résidait également dans toutes les parties du cerveau ; donc il n'y avait pas de départemens spéciaux pour les facultés spéciales, donc pas de phrénologie.

Eh bien, c'est contre ce raisonnement que je m'élève ; je soutiens qu'il ne prouve rien du tout, et qu'on pourrait tout aussi bien en induire la pluralité des organes que l'unité. Car, supposez qu'il y en ait plusieurs et qu'ils aient entre eux des sympathies si étroites que l'un ne puisse être affecté sans réagir sur les autres, les résultats avancés par M. Rochoux s'expliquent à merveille. Et n'en est-il pas ainsi dans d'autres organes plus visiblement composés que le cerveau ? Le crystallin altéré suffit pour anéantir la vision, est-il donc l'organe unique de la vision ; n'y a-t-il pas la cornée, les paupières, la rétine ? (Oh ! oh !) Eh oui, messieurs, la comparaison est juste, et ce que je dis de l'œil, je pourrais le dire de presque tous les organes. Je n'ai pas autre chose à dire. Et cependant, messieurs, je veux ajouter ceci. (On rit.) En n'admettant qu'un organe unique dans le cerveau, le même organe servirait donc à la raison qui modère les passions, et aux passions qui détruisent la raison ? Cela est impossible à croire. Je n'ai pas autre chose à dire.

M. BOUILLAUD se plaint d'abord que M. Rochoux ait annulé de sa pleine autorité tout le commencement de la discussion, en déclarant qu'elle n'avait commencé qu'à M. Adelon ; il relève aussi quelques plaisanteries de M. Rochoux ; il faut traiter sérieusement les questions scientifiques. M. Rochoux ne paraît pas avoir de notions bien exactes sur la doctrine de Gall, quand il la réduit à la localisation des organes. Sur six volumes dont se compose l'ouvrage de Gall, les trois premiers sont consacrés à la philosophie de sa doctrine, et forment incontestablement l'œuvre la plus magnifique de la philosophie humaine.

M. Rochoux a résumé son attaque en sept objections, juste le nombre des sept péchés capitaux. (Oh ! rires et murmures.) Il a appuyé principalement sur l'unité du moi. Mais cette unité, personne ne la conteste ; les physiologistes l'adoptent pleinement ; et si cette unité détruisait la phrénologie, nous qui admettons l'une et l'autre, il faudrait donc nous regarder comme des imbéciles. Mais vous-mêmes, partisans de cette unité, n'admettez vous pas en même temps plusieurs facultés dans l'homme ? Et des facultés diverses ne demandent elles pas des instrumens divers ? Et cette pluralité des organes, mais elle existe, sensible aux yeux ; le cervelet est bien distinct du cerveau, je pense ; il y a donc à la fois dans l'encéphale pluralité d'organes et unité du moi ; et l'un ne saurait détruire l'autre.

Mais ces facultés sont-elles bien distinctes ? Mais je le demande à tous les pathologistes, n'y a-t-il pas des cas où, toutes les facultés persistant, une seule est détruite ; et quelle plus grande preuve peut-il y avoir de leur distinction ?

J'ai entendu dire que les expériences ne prouvent rien ; voilà ce que je ne saurais admettre. Toute expérience est un fait, et prouve ; et si elles n'ont pas éclairé complétement la question, c'est qu'on n'en a pas assez fait encore. J'en ai fait un assez grand nombre pour ma part, et j'affirme qu'il ne saurait rester aucun doute sur ce résultat ; que les fonctions détruites par l'ablation des lobes antérieurs ne sont pas les mêmes que les fonctions détruites par l'ablation du cervelet et même des lobes cérébraux postérieurs.

La pluralité des fonctions et des organes est donc par là même démontrée ; et d'ailleurs cela n'a jamais fait doute ; longtemps avant Gall c'était chose bien connue ; mais Gall a été plus loin, et il a cherché à spécifier et la nature des facultés, et le siége précis des organes. A-t-il toujours réussi ? Non, sans doute, et pour le cervelet, par exemple, je suis fâché d'avoir à répéter une chose qui peut contrarier les phrénologistes, mais ils s'obstinent à tort dans l'idée de Gall, sans tenir compte des faits ni des objections ; cela n'est pas raisonnable. Toutes les fois qu'on expérimente sur le cervelet, on produit des désordres dans les mouve-

mens musculaires. J'ai fait voir dans le concours ouvert pour la chaire de physiologie trois animaux sur lesquels j'avais enlevé les lobes antérieurs, les lobes postérieurs et le cervelet ; tous trois offraient des phénomènes extrêmement différens, et M. Adelon aurait pu s'en souvenir.

On objecte aussi qu'il est impossible de localiser les organes avant d'avoir précisé les facultés Belle objection ! Il y a des facultés qui sont évidentes pour tous, la musique par exemple ; et en définitive quand on ne les connaîtrait pas toutes, cela n'empêche pas de constater leur pluralité. Si l'on me demandait le nombre des personnes ici présentes, je serais fort en peine de le dire ; et néanmoins je puis affirmer qu'il y en a un grand nombre.

M. Rochoux a avancé que toutes les fonctions étaient également lésées dans l'apoplexie. M. Rochoux a oublié que la lecture de son propre ouvrage fournissait des preuves du contraire. N'a-t-on pas vu souvent la faculté de la parole seule anéantie ? Et il ne faut pas, comme a fait M Adelon, confondre cette perte du langage avec la paralysie des muscles de la langue ; ce sont deux affections fort diverses ; dans la première la langue est libre et a garde toute sa mobilité, mais l'individu ne sait plus la mouvoir de manière à articuler les sons. J'ai fait voir que cette faculté siégeait dans les lobes antérieurs ; M. Adelon rapporte cette découverte, cette opinion si l'on veut, à M Recamier ; c'est une erreur, M. Recamier avait placé cette faculté dans le centre ovale.

Après toutes ses objections, M. Rochoux s'est applaudi de ce que j'avais fait des concessions. Je ferai toujours très-volontiers des concessions quand on m'aura démontré ce dont je doute M Rochoux, lui, est très-entêté (murmures) ; mais, messieurs, je ne le dis pas sous forme de reproche, M. Rochoux en fait gloire. Je sais cependant quelque chose de plus entêté que lui, ce sont les faits. Je ne lui ai rien concédé que je sache ; je suis prêt à le faire quand, entrant franchement dans la discussion, il prendra chaque organe l'un après l'autre, et me prouvera par des faits que la phrénologie s'est trompée. Je ne lui ai point concédé surtout que Gall fût un homme ordinaire ; Gall est un des hommes qui honorent le plus notre siècle et notre science ; et s'il y avait quelque orgueil de sa part à s'appliquer la strophe célèbre de Lefranc de Pompignan, nous pouvons, nous, dire qu'elle était justement appliquée ; et dans quelques années peut-être, la phrénologie continuant ses progrès, M. Rochoux pourrait bien se trouver au nombre des barbares auxquels il est fait allusion (Rires et murmures.)

M. Itard ne veut que citer quelques observations recueillies à l'établissement des Sourds-Muets.

En 1834, on soumit à l'examen de M. Dumoutier, phrénologiste, 34 sourds-muets de l'âge de 8 à 10 ans ; il examina leurs têtes, dicta ses observations ; puis on confronta les résultats auxquels il était arrivé, avec les notes recueillies par les chefs de l'établissement sur le moral et l'intelligence de ces enfans. Or aucune des notes fournies par M. Dumoutier n'était ni entièrement vraie ni entièrement fausse ; mais il faut dire, à l'avantage de la phrénologie, que 24 étaient à peu près vraies, et quatre autres se rapprochaient beaucoup de la vérité ; le reste s'en écartait bien davantage. Mais à la rigueur M. Dumoutier ne s'était donc trompé que 6 fois sur 34 ; et qui oserait dire que le hasard seul l'a conduit à ce résultat ? Il avait surtout rencontré des penchans assez rares à cet âge ; il diagnostiqua sur un enfant un penchant prononcé pour la chasse, et l'on sut que cet enfant avait un livre qu'on avait voulu lui ôter, et qu'il avait demandé en retour un fusil de chasse. Je le répète, il est impossible d'attribuer tout ceci au hasard.

M. Guéneau de Mussy. Depuis que cette discussion est commencée, je l'ai écoutée avec la plus grande attention, dans le désir de m'éclairer et de m'instruire ; et je demande à l'Académie la permission de lui communiquer les réflexions qu'elle m'a fait naître et les conséquences que j'en ai déduites.

J'ai entendu qu'il fallait comprendre sous le titre de *phrénologie*, non la science de l'entendement humain, ce qui serait plus conforme à l'étymologie du mot, mais cette science qui a pour objet d'assigner dans le cerveau la place des divers organes qui président, dit-on, à nos diverses facultés, qui déterminent nos divers penchans. Je ne parlerai donc que de cette dernière science. Or, messieurs, je déclare qu'il est démontré pour moi, par ce que j'ai entendu pendant trois ou quatre séances, que s'il est dans les destinées de la phrénologie d'être un jour une science, cette science est encore toute à faire ; que les principes qu'elle a posés jusqu'ici n'offrent qu'incertitude et instabilité ; que les résultats qu'elle a donnés comme acquis, ont été souvent démentis, souvent modifiés. Je ne puiserai mes preuves que dans la discussion même.

Et d'abord, un des plus puissans défenseurs de la phrénologie, qui lui a donné l'appui d'une autorité devant laquelle je m'inclinerais, si la logique n'avait pas encore pour moi une autorité plus grande, a posé un principe que j'ai bien recueilli et qui d'un seul coup sappe le fondement de la phrénologie. Il s'agissait du cervelet des oiseaux qui est très-petit, et pour rendre compte de l'énergie des fonctions auxquelles il serait chargé de présider, on a dit *qu'il ne faut pas seulement avoir égard au volume des organes, mais encore à leur activité*. C'est l'application d'un principe reçu en mécanique, et incontestable quand il s'agit de forces matérielles. On l'énonce en disant que l'expression d'une force est donnée par le rapport composé de la masse et de la vitesse. Ainsi une masse comme quatre animée d'une vitesse comme un, n'est qu'une force absolument égale à une masse comme un qui aurait une vitesse comme quatre. Or, comment un défenseur de la phrénologie peut-il invoquer un pareil principe ? La phrénologie ne considère que le développement matériel de ce qu'elle appelle des organes, et cependant ce n'est là qu'un des élémens de leur puissance, qui seul ne signifie rien ; il faudrait pour apprécier cette puissance, pouvoir mesurer aussi l'activité qui les anime, et qui, on nous l'a dit, ne suit pas toujours le même rapport que le volume.

Le même membre a parlé de certaines protubérances situées dans les parties latérales du cerveau, et où l'on avait placé l'organe du meurtre ou de la destructivité. Comme depuis on a retrouvé ces mêmes organes dans les animaux herbivores, il a fallu en changer la destination, et on nous a dit : ce ne sont pas seulement des organes de destruction, mais bien des organes qui président aux mouvemens nécessaires à la conservation de l'individu ; et d'ailleurs, a-t-on ajouté, *les moutons ne détruisent-ils pas des végétaux ?* en sorte, Messieurs, que ce qui fait que le loup mange le mouton, fait également que le mouton mange l'herbe ! Avec des explications aussi élastiques, on conçoit qu'il y ait toujours réponse à toute difficulté ; mais je doute que ces réponses paraissent suffisantes, même à celui qui les propose.

Un autre défenseur de la phrénologie nous a fait voir sur des plâtres que ces mêmes protubérances n'existaient pas sur la tête de Fieschi, et qu'elles se trouvaient sur celle du général Foy. J'étais trop loin des pièces qu'il a montrées pour m'assurer du fait par moi-même ; mais je l'admets sur la parole de notre confrère, et je ne vois pas ce qu'on peut en conclure en faveur de la phrénologie. Mais à cette occasion, j'ai entendu avancer une proposition dont je reste encore étonné ; on a dit que *Fieschi avait été tout ce que son organisation avait voulu qu'il fût.* Je présume que notre honorable collègue a voulu dire que Fieschi avait été tout ce que lui-même avait voulu être sous l'influence de son organisation ; et ce qui me le persuade, c'est qu'il a appelé Fieschi *un grand criminel*. Or, si Fieschi n'a été que l'instrument aveugle d'une organisation malheureuse, il n'a point été criminel ; je n'appelle pas criminelle la pierre qui tombe et qui me blesse en tombant. Ce sont ceux qui l'ont jugé et condamné qui ont commis un acte de cruauté coupable, à moins qu'eux aussi n'aient été sous la domination d'une organisation homicide. Sans doute telle n'a pas été la pensée de notre confrère ; il n'a certainement pas voulu établir une doctrine qui tue toute liberté, toute moralité, toute espérance, pour ne laisser que la fatalité de la pierre qui tombe ! (Vif mouvement d'approbation.)

Le même membre a dit que les fonctions du cervelet sont ce qu'il y a de mieux démontré en phrénologie. L'évidence de la démonstration n'a pas frappé du moins tous les bons esprits ; car vous venez d'entendre l'un de nos honorables collègues vous signaler dans le cervelet, comme prouvées par des expériences positives de tout autres fonctions que celles qu'y avait placées Gall. Mais ce que je ne puis assez admirer, c'est la singularité de la preuve sur laquelle on se fonde pour mettre les fonctions reproductives sous la direction du cervelet. Dans les apoplexies cérébelleuses, a-t-on dit, il y a érection du pénis. Quoi donc, messieurs, quand une hémorrhagie se fait dans le cerveau, organe bien reconnu des mouvemens musculaires, il y a paralysie de ces mouvemens ; et quand l'hémorrhagie se fait dans le cervelet, loin de paralyser la fonction à laquelle il préside, elle lui donnerait une subite activité ? Pour concilier des résultats si divers, il faut en vérité admettre des explications bien complaisantes. Et quant à l'opinion particulière de M Bouillaud sur les fonctions du cervelet, je lui opposerai un fait observé dans mon service à l'Hôtel-Dieu, il y a quelques mois. Un homme entra à l'hôpital, ne présentant d'autre symptôme qu'une certaine diminution des facultés intellectuelles, et jouissant de l'intégrité de ses mouvemens Après quelque temps passé dans le service, il mourut subitement. A l'autopsie on ne trouva rien dans le cerveau ; dans le cervelet existaient des indices manifestes d'une double hémorrhagie, l'une déjà ancienne qui l'avait laissé vivre, l'autre toute récente, qui comprimait l'origine de la moelle spinale, et qui l'avait tué. Je laisse ce fait à expliquer et à ceux qui attribuent au cervelet des facultés érotiques, et à ceux qui pensent qu'il préside à la coordination des mouvemens musculaires.

Je pourrais multiplier ces observations, examiner en particulier si la phrénologie a été plus heureuse en répondant aux objections qui lui ont été adressées, qu'en établissant les principes sur lesquels elle se fonde ; mais je ne veux pas abuser de la patience de l'Académie ; et je me bornerai à une objection capitale, celle de l'unité du moi. Sa gravité a été bien sentie ; pour l'éluder, on a comparé le cerveau à plusieurs instrumens mis en jeu dans un concert ; chacun de ces instrumens rend un son distinct, et l'oreille est en outre frappée d'un accord général qui constitue l'harmonie d'ensemble. Je ne vois pas quelle lumière cette comparaison jette sur le sujet. Elle prouve que nous avons à la fois la perception de plusieurs sensations extérieures ; ce qui est en effet nécessaire pour que nous puissions comparer et juger ; mais ce fait n'a rien de commun avec celui de l'unité du moi, de l'identité personnelle. Ce qui constitue cette unité, cette identité, c'est un sentiment intime qui s'associe à chacun des actes de mon esprit, depuis le premier instant de ma vie intellectuelle jusqu'au dernier, de manière que je ne puis avoir une sensation, une pensée, une impression quelconque, sans avoir en même temps la conscience que c'est *moi* qui ai cette sensation, cette pensée, cette impression ; le même *moi* qui hier et dans tous les momens antécédens de ma vie, me suis reconnu dans des circonstances semblables. Ce sentiment du moi s'associe nécessairement à tous mes actes ; celui auquel il ne se joindrait pas ne serait pas mien ; je ne pourrais me l'attribuer. Il veille pendant mon sommeil ; il s'associe à mes rêves, et c'est par lui que je les reconnais pour miens. Bien plus, il reste uni aux pensées mêmes qui sont sorties de mon esprit et qui sont déjà loin de moi, et, lorsque par un travail que je ne puis assez admirer, je me suis remis sur la trace de ce que j'avais perdu, que j'ai ressaisi la pensée qui m'avait fui, je retrouve avec elle ce même sentiment du moi qui m'atteste que c'est moi qui l'avais eue, qui l'avais perdue, qui l'ai retrouvée. Ce phénomène si constant, si universel, qui se reproduit nécessairement chez tous les hommes et dans tous les instans de la vie de chaque homme, s'il dépend de l'action du cerveau, n'y suppose-t-il pas plutôt une action d'ensemble, qu'une action isolée de ses différentes parties ? S'il a son organe spécial, quel volume, quelle activité doit avoir cet organe dont l'exercice accompagne nécessairement celui de tous les autres ? Si je demande à la phrénologie ce qu'elle propose pour expliquer ce phénomène, elle reste muette à cette question comme à beaucoup d'autres qu'on pourrait lui adresser.

Et je n'en suis pas surpris, quand je réfléchis à quelles conditions elle doit satisfaire, et quelles données elle a pour les remplir ; quand je considère que la structure du cerveau, objet de tant de recherches, n'est que très imparfaitement connue, et que son mode d'action est complètement inconnu. Si je me demande ce qui se passe dans mon cerveau lorsqu'un rayon lumineux, frappant mon œil, me donne une sensation, lorsqu'il en part une influence qui fait mouvoir mon bras, je ne puis répondre Comment la science ne serait-elle pas plus impuissante encore pour dire quelle est la part du cerveau dans la production de nos pensées ou de nos déterminations ? Dans le premier cas les deux termes à rapprocher sont de même nature, ce sont des organes susceptibles d'être étudiés dans leur forme, dans leur structure, capables de recevoir et de transmettre des mouvemens. Dans le second cas, la difficulté est tout autre ; les termes ne sont plus homogènes, car la pensée n'a point de forme ; elle ne tombe sous aucun sens, elle n'obéit à aucune force naturelle. Aussi ceux qui ont exploré ces questions difficiles, ont-ils été réduits à hasarder des hypothèses qui ont pu d'abord satisfaire à quelques faits, et qui bientôt ont été démenties par des faits nouveaux ; travail semblable à celui d'un homme qui entreprendrait de déchiffrer une écriture tracée en caractères dont il ne connaîtrait pas la valeur, et dans une langue qui lui serait aussi entièrement inconnue !

Je m'arrête ici, messieurs J'adopte en partie les conclusions de l'un de nos collègues. Je reconuais avec lui que le ridicule n'est pas un instrument scientifique, et je regrette qu'il n'ait pas toujours ete banni de cette discussion. Je suis loin de vouloir l'appeler sur la phrénologie; je veux qu'on étudie, qu on observe, qu'on recueille beaucoup de faits avant de systematiser; je veux qu'on se garde bien de decourager ceux qui ne craignent pas de s'engager dans ce champ d'observations difficiles; s'ils n'arrivent pas au but qu'ils se proposent, leurs travaux auront toujours quelques résultats utiles; toutefois comme voilà deja quatre seances que nous discutons sur cet objet sans avoir encore rien établi, comme c'est ici surtout qu'il convient de faire l'application de cette parole du maître; *ars longa, experimentum fallax, judicium difficile*; je propose à l'Academie d'ajourner la discussion, jusqu'à l'époque où des faits plus precis, plus nombreux, plus généralement reconnus, pourront lui fournir des bases plus solides. (De toutes parts : Appuyé !)

Peu d'improvisations ont fait une sensation aussi profonde dans l'Académie; et le dernier mot de l'orateur a été suivi de nombreux applaudissemens

M. le president met aux voix la clôture de la discussion. Quelques voix réclament pour M Broussais le droit de répondre; mais la clôture est vôtée à une très-grande majorité.

— M. Dupuy a la parole pour la lecture d'un rapport : nous en rendrons compte dans notre prochain numero.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

LETTRE SUR LA LIGATURE DE L'ARTÈRE FÉMORALE DANS UN CAS D'HÉMORRHAGIE VEINEUSE DE LA VEINE FÉMORALE; par M. GENSOUL, de Lyon.

Monsieur et très-honoré confrère,

J'ai lu, dans un des derniers numéros de la GAZETTE MÉDICALE, que M. Blandin m'avait fait l'honneur de me citer relativement à la proposition que j'ai faite de lier l'artère lorsque de grosses veines avaient été ouvertes. Je vous prie de rappeler, dans l'intérêt de la science, que j'ai pratiqué cette opération en 1831, et que la ligature de l'artère fémorale a suspendu sur-le-champ l'hémorrhagie de la veine fémorale. La malade a succombé quelques jours plus tard des suites d'une plaie d'arme à feu qui avait brisé le col du fémur; mais la circulation était rétablie dans le membre opéré, qui n'a pas présenté de symptômes de gangrène.

Agréez, etc.

J. GENSOUL.

Lyon, le 22 mars 1836.

HISTOIRE D'UNE TÊTE PHRÉNOLOGIQUE.

Ab uno...

Sous le numéro 279 du catalogue de la collection de Gall, il est écrit :

Crâne de la baronne Franck. Cette dame était tourmentée d'une mélancolie avec penchant au suicide. Elle paraissait jouir de toute sa raison et prenait intérêt aux choses de la vie; mais tous les mois, au retour de son epoque menstruelle, elle eprouvait le plus vif désir de se detruire, et plusieurs fois elle a tente de le faire. Gall, qui fut consulté, determina la famille de cette jeune femme à la mettre dans une maison d'aliénés, où elle pût recevoir tous les soins que réclamait sa position. Pendant tout le temps de sa reclusion, on remarqua qu'elle était calme Sa manière de vivre parut si naturelle que ses parens jugèrent la précaution desormais inutile; elle affirmait elle-même qu'elle ne ressentait plus rien de ce qu'elle eprouvait autrefois. Mais Gall à qui elle fut montree, en jugea differemment à cause d'une vivacité insolite qu'elle conservait dans le regard; néanmoins les conseils qu'il donna cette fois ne furent pas accueillis. Elle rentra dès lors dans sa famille, et le surlendemain de son retour, une heure après qu'elle venait de causer fort gaiement avec son mari et plusieurs de ses parens, elle monta rapidement à l'étage le plus eleve de sa maison et se precipita par une fenêtre. La forme generale de ce crâne est celle de la tête de la plupart des individus qui ont une prédisposition à la mélancolie avec penchant au suicide. La pesanteur des os indique un état de maladie qu'a souffert le cerveau pendant long-temps. Gall faisait remarquer, sur cette tête, le grand developpement des organes de la circonspection et de l'épaississement des os du crâne. On n'a trouvé aucun renseignement sur les qualites particulières qu a manifestees cette dame pendant sa vie. »

Sous le n° 261 : « C'est le reste du crâne d'un musicien mort d un anévrisme du cœur. Gall montrait cette pièce pour prouver, contre ceux qui soutiennent l'opinion contraire, que les circonvolutions du cerveau s'impriment sur les os du crâne. Les impressions digitales sont, en effet, très-bien exprimées sur le plancher des orbites. »

Et sous le n° 253 : « Marchand que Gall a connu à Vienne et dont il était le médecin. Cet homme n'était remarquable que par un penchant extraordinaire pour les femmes; il s'y livrait avec excès. Il est devenu aliéné et le caractère de son aliénation était une monomanie érotique. »

La pièce anatomique numerotée 279, consiste en une calotte de crâne sur laquelle il est écrit : *Crâne de la baronne Franck*, et quelques details sur la maladie. Cette calotte a été enlevée avec la scie; elle est éburnée dans toute son étendue, et les bosses pariétales en sont très-saillantes, ainsi que l'indique le catalogue. Les sutures en sont bien visibles, celle qui unit les parietaux commence seule à se souder dans un point. Au-dessus de la section qui forme les bords de la calotte, est un trait de scie donné par maladresse, sur l'os occipital. Le diamètre antéro-postérieur de cette calotte est de 175 millimètres; son diamètre transverse de 148 A sa forme generale, à la saillie des bosses pariétales, à l elargissement des tempes, on reconnait sans peine que la calotte du crâne de la baronne Franck, ne peut convenir qu à une tête d homme.

Le reste du crâne d'un musicien numerote 261, est la partie antérieure d'une base de crâne dont la calotte a été sciée; sa partie postérieure est formée par les ailes des sphenoïdes désarticulées et le corps du même os cassé irregulièrement au niveau de la selle turcique. Il s'adapte si parfaitement à la calotte 279, qu'on ne peut se refuser à croire qu'il ait fait partie constituante de la même tête; et comme la section a été faite à un travers de doigt au-dessus des orbites, nul doute que l'organe du temps et l organe des tons du musicien ne se trouve, si non en totalite, au moins en grande partie sur le crâne de la baronne Franck.

Le crâne du marchand erotique que Gall a connu à Vienne et numéroté 253, consiste en une partie posterieure de la base du crâne, formée par l'occipital dont l'angle supérieur est scie, et par les deux temporaux dont la portion squammeuse est egalement sciée. A l apophyse basilaire de l'occipital, est soudée une portion du corps sphenoïde qui s'adapte admirablement à la cassure observée sur le corps du sphenoïde, au niveau de la selle turcique du musicien.

Ces deux portions de base du crâne sont éburnées comme la calotte; et près de l'angle inferieur du pariétal droit, appartenant au marchand érotique, se trouve la continuation du trait de scie donné par maladresse sur l'occipital de la baronne Franck. Aussi, conformation, sutures osseuses, cassure du sphènoïde, trait de scie, altération éburnée, tout démontre que la baronne Franck, un musicien mort d'anevrisme, et un marchand érotique, avaient chacun une portion de la même tête.

On ne voit de ces choses-là qu'en phrénologie.

Paris, 5 mai 1836.

LEURET.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

CONSIDÉRATIONS SUR LA FIÈVRE TYPHOÏDE; par le docteur A. BONNET, membre et ex-président de la Société royale de médecine de Bordeaux. 16 pages in-8°. Bordeaux, 1836.

La question agitée par l'auteur de cette brochure n'est point une question nouvelle; il y a long-temps déjà qu'elle a partagé en deux camps les médecins qui prennent quelque intérêt aux progrès de leur art. Cependant les vives discussions qu'elle a entraînées semblent sur le point de se terminer; à Paris au moins, où il parait assez géneralement admis que ce n'est point par des inductions que l'on éclairera la question des fièvres, mais bien par l'observation des faits, leur comparaison et leur interprétation limitée. Aussi pouvons-nous dire que, depuis quelques années, la science a fait sous ce rapport de vrais progrès. Nous avons au moins aujourd'hui quelques jalons qui peuvent nous servir de point de départ; et certes, parmi ces derniers, l'étude de la fièvre typhoïde est sur le premier plan; car aujourd'hui il est peu de maladies qui, à Paris et dans les environs, soient plus faciles à reconnaître que la fièvre typhoïde; il n'en est même pas dont l'anatomie pathologique ait été étudiée avec autant de soin et de succès. C'est qu'à Paris cette maladie règne continuellement surtout depuis près de trente ans, et qu'à certaines époques elle y exerce une mortalité vraiment effrayante. Mais en est-il de même partout ailleurs? c'est ce que nous ne pourrions affirmer, et c'est l'un des points sur lesquels nous appelons souvent l'attention des hommes laborieux.

Un médecin recommandable, M. Burquet, secrétaire-général de la société royale de médecine de Bordeaux, dont M. Bonnet était naguère président, a dit, dans le dernier *compte-rendu* des travaux de la société, et en parlant des maladies régnantes, que la fièvre typhoïde est extrêmement rare à Bordeaux, et qu'il se passe des années sans que les praticiens les plus occupés en observent quelques cas. Ce fait important, que nous avons signalé avec soin, nous explique en partie la défiance avec laquelle l'auteur de la brochure que nous avons en ce moment sous les yeux reçoit tout ce que les pathologistes de Paris ont écrit sur la fièvre typhoïde, et pourquoi il attaque avec vivacité l'ouvrage publié récemment par MM. Chomel et Genest sur cette maladie. Le but de cet ouvrage est, comme on le sait, de prouver, les pièces à la main, que tous les malades qui ont été reçus pendant cinq années à la clinique de l'Hôtel-Dieu de Paris, atteints de fièvres qu'on aurait appelées autrefois *fièvres essentielles*, étaient atteints de fièvre typhoïde ou dothinentérite. C'est ce que ne veut point admettre M. Bonnet, qui ne même l'existence de la fièvre typhoïde. Pour lui, cette maladie ne diffère nullement de la gastro-entérite, de la méningo-céphalite et de toutes les phlegmasies qui se compliquent de sympto-

mes ataxiques ou adynamiques; et la cause prochaine des symptômes typhoïdes est constamment une phlegmasie. L'auteur est, comme on le voit, solidiste exclusif, et il combat l'humorisme moderne avec beaucoup de talent, mais aussi avec une vivacité qui quelquefois même devient injuste, surtout lorsqu'à la fin il reproche aux principaux organes de la presse médicale de Paris l'appui qu'ils donnent à l'humorisme. « Ces réflexions, dit-il, selon toutes les apparences, ne seront pas favorablement accueillies par la presse parisienne, car le vent souffle en ce moment à l'humorisme parmi ses célébrités; et quelques-unes d'entre elles s'étonneront peut-être du bon marché que nous faisons ici de leurs opinions. Mais le temps n'est plus où la province recevait sans examen tout ce qui lui venait de la métropole; elle a aujourd'hui ses interprètes, ses organes, qui ont soin de lui signaler ce qu'elle doit admettre, ce qu'elle doit rejeter, etc. » Ce n'est point la GAZETTE MÉDICALE qui la première appela l'attention publique sur les journaux de médecine de province, et transmet à ses nombreux lecteurs les riches matériaux qu'ils offrent quelquefois, qui déplorera cet esprit d'indépendance; elle le provoque au contraire à chaque instant par les nombreux sujets de recherches qu'elle signale à chaque pas, et par la faveur avec laquelle elle reçoit tous les travaux utiles, de quelque part qu'ils lui viennent.

COMPTE-RENDU ANALYTIQUE DES OBSERVATIONS RECUEILLIES PENDANT SON EXERCICE MÉDICAL A L'HÔTEL-DIEU DE LYON; lu en séance publique du conseil d'administration le 10 février 1836, par M. LÉVROT, ancien doyen des médecins de l'Hôtel-Dieu de Lyon. Brochure in-8° de 40 pages. Lyon, 1836.

Depuis dix-huit ans que M. Lévrot est médecin de l'Hôtel-Dieu de Lyon, 18,700 malades ont été soumis à ses soins dans les différentes salles dont le service lui a été successivement confié à diverses époques. Quel vaste champ d'observation! et combien nous regrettons que les limites d'un discours de séance publique ne lui aient pas permis de s'étendre davantage sur les questions dont il s'occupe et qui ne peuvent être présentées que d'une manière tout-à-fait sommaire, et de donner plus de détails à un grand nombre de faits qui sont trop brièvement indiqués pour que nous puissions en présenter une simple analyse. Il en est cependant quelques-uns qui s'éloignent tant de ce que l'on observe le plus ordinairement, que l'auteur n'a pu se dispenser de les rapporter un peu plus au long que les autres. Ainsi l'histoire d'une fille chez laquelle un abcès considérable de l'ovaire se fit jour dans la matrice le jour même où on devait l'attaquer par la potasse caustique; une observation remarquable de glossite idiopathique; une observation de paralysie, déjà ancienne, guérie subitement par quatre grains de strychnine qui avaient été prescrits pour l'usage externe, et que, par erreur, le malade prit dans une tasse de tisane; il fut saisi immédiatement, et dans tous les membres, de convulsions qui durèrent plusieurs heures, et le lendemain il était complétement guéri. « Cet exemple, dit M. Lévrot, m'a rendu moins timide dans l'emploi de la strychnine; et c'est à l'aide de ce moyen, administré sous diverses formes, que j'ai pu guérir un bon nombre de paralysies anciennes. »

Si nous ne craignions de fatiguer par ces simples citations, nous signalerions encore l'observation d'une femme qui présentait tous les symptômes de la phthisie pulmonaire, et qui ayant pris un vomitif rendit par la bouche près d'un demi-litre de pus et sortit au bout de deux mois complétement rétablie; et d'autres encore qui n'offriraient pas moins d'intérêt. Mais celles que nous venons d'indiquer suffisent pour faire connaître par leur choix et surtout par la manière dont elles sont interprétées, ce que l'on pourrait attendre d'un travail plus complet et dans lequel l'auteur, qui est éclectique par conviction, grouperait les faits les plus importans de son observation autour des questions qu'il n'a pu que signaler dans ce *compte-rendu analytique*.

MÉDECINE LÉGALE THÉORIQUE ET PRATIQUE, par ALPH. DEVERGIE, D.-M., avec le texte et l'interprétation des lois relatives à la médecine légale revus et annotés par J.-B.-F. DEHAUSSY DE ROBÉCOURT, conseiller à la Cour de cassation; deux forts vol. in-8°. Paris, 1836.

L'ouvrage de M. Devergie n'est point encore complet; le premier volume et la moitié du second seulement ont paru jusqu'ici, mais la seconde partie du dernier volume devant paraître incessamment, nous remettrons à rendre compte de l'ouvrage tout entier à la fois, et allons nous borner ici à quelques considérations générales sur la manière dont l'auteur a embrassé son sujet, nous réservant, dans un second article, de suivre dans quelques-unes des questions les plus importantes.

La médecine légale, telle qu'elle est définie par la plupart des auteurs, offre une si vaste étendue, se rattache à tant de sciences différentes, qu'il serait difficile d'en présenter l'ensemble dans un seul ouvrage, sans dépasser les bornes que les éditeurs ou plutôt le goût du public mettent au nombre et à l'étendue des volumes. Aussi M. Devergie ne s'occupe nullement de la partie de la science qui a trait à la confection des lois et se borne à celle dont l'objet est la connaissance des faits en matière judiciaire et leur interprétation; ces deux parties sont tellement distinctes qu'elles peuvent être facilement séparées et traitées à part et il est peu de praticiens dont la position et les travaux antérieurs fussent plus favorables au travail que public en ce moment M. Devergie. Dix années d'enseignement lui ont fait connaître les points sur lesquels il est le plus utile d'appeler l'attention, en même temps que depuis huit ans qu'il est attaché aux tribunaux, il a eu l'occasion de recueillir de nombreux matériaux; mais la partie la plus importante de ses travaux, celle où il accumule le plus de faits et qu'il nous paraît avoir traitée de la manière la plus complète, c'est celle où il a pu utiliser les faits nombreux recueillis à la Morgue de Paris dont il est médecin inspecteur depuis sept ans. Aussi tout son ouvrage est rempli de faits rapportés ou comme preuve des assertions qu'il avance, ou comme exemples de ce que doit faire le médecin légiste dans des circonstances données; et, bien que quelques-uns de ces faits puissant paraître superflus, cependant ce ne peut être là un défaut bien grave dans un ouvrage essentiellement pratique.

L'ordre adopté par M. Devergie n'est point systématique; les diverses questions que comprend la médecine légale considérée sous le rapport théorique semblent si étrangères les unes aux autres, elles sont composées d'élémens si hétérogènes que la solution d'une question ne suit presque jamais celle de l'autre, aussi tout son ouvrage est disposé par chapitres dont quinze sont contenus dans la partie déjà publiée, et entièrement isolés les uns des autres. Ainsi les attentats à la pudeur, la combustion spontanée, l'avortement, la viabilité forment autant de sujets différens, et qui peuvent être traités séparément. Le texte même de quelques-uns des chapitres est tellement large qu'il comprend quelquefois des choses qui n'ont que des rapports très-éloignés entre elles. Tel est, par exemple, le titre du chapitre second: « Médecine légale relative aux décès en général » qui aurait pu lui-même fournir le sujet de plusieurs chapitres différens.

Ce défaut d'ensemble et d'union entre les diverses parties est dans la science et ne peut être reproché à l'auteur qui, au contraire, s'est acquitté de sa tâche avec autant de discernement que de conscience, ainsi que nous espérons en fournir les preuves dans un second article.

— Nous avons reçu une réponse de M. Fiard à la lettre de M. Bousquet insérée dans notre dernier numéro. M. Fiard relève vivement quelques expressions plus ou moins fâcheuses échappées à M. Bousquet dans la rédaction de sa lettre. M. Bousquet a commis une erreur en disant que M. Fiard avait annoncé à l'Académie des sciences qu'il *avait trouvé* le cow-pox; la lettre de M. Fiard, que nous avons insérée dans le compte-rendu des séances de l'Institut, dit seulement qu'il s'était mis en mesure auprès de plusieurs nourrisseurs *pour être prévenu à la première apparition du cow-pox*. Enfin répondant à ce mot de M. Bousquet: *Jusqu'ici sa carrière vaccinale semble n'avoir été qu'une suite d'illusions*, M. Fiard énumère ses divers travaux sur la vaccine: « des expériences sur le virus variolique et la matière des eaux aux jambes; des expériences sur l'inoculation de la vaccine aux vaches, des expériences sur les moyens de recueillir et de conserver le fluide vaccinal; des résultats reconnus positifs; un traité de la dégénération du virus vaccin; des recherches statistiques basées sur des chiffres officiels; » et il demande si tout cela n'est qu'illusion.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

PARIS. — IMPRIMERIE ÉVERAT ET COMPAGNIE, RUE DU CADRAN, N° 16.

Nº 22 (TOME IV. — 1836.) SAMEDI 28 MAI 1836.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La Gazette médicale de Paris (*Gazette de santé* et *Clinique des hôpitaux* réunies) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4º, 32 colonnes, et équivaut à 6 feuilles in-8º. Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois. Pour l'Étranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Poissonnière*, nº 5, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

CHIRURGIE PRATIQUE.

OBSERVATION SUR UNE LUXATION ANCIENNE DE L'HUMÉRUS RÉDUITE AU MOYEN DE MOUFLE ; SUIVIES DE RÉFLEXIONS SUR L'EMPLOI DES POULIES MOUFLÉES DANS LA RÉDUCTION DES LUXATIONS ; par M. Mat. Mayor de Lausanne.

Le 5 avril dernier, j'ai fait la réduction, à l'hôpital de Lausanne, d'une ancienne luxation humérale qui avait été méconnue, s'étant faite à l'insu même du malade, et probablement dans un état d'ivresse. Les douleurs que ressentait cet individu avaient long temps été prises pour un rhumatisme et traitées en conséquence. Quand enfin le véritable diagnostic fut établi, on fit successivement diverses tentatives de réduction. Deux chirurgiens instruits avaient déjà en vain varié leurs moyens, et, moi-même, j'échouai dans un premier essai, malgré les précautions dont je m'entourai et qu'on connaît d'ailleurs assez. En désespoir de cause, et après plusieurs jours de repos qu'on employa à faire prendre des bains tièdes et à couvrir l'épaule de cataplasmes, j'eus recours aux moufles, et après que le malade eut pris quatre grains de tartre stibié; ceux-ci, du reste, ne manifestèrent aucun effet ; mais le résultat de nos manœuvres n'en fut pas moins satisfaisant, et la réduction s'opéra assez vite. C'était la première fois que je me servais d'un pareil procédé, et il était bien fait pour exciter mon attention, d'autant que l'individu nous assura qu'il avait beaucoup moins souffert dans cette opération que dans toutes celles qui avaient précédé si inutilement. On sait cependant que le mal *présent* est toujours plus vif que les douleurs *passées*. Quoi qu'il en soit, la réduction de cette luxation avec ces poulies mouflées ne fut pas plus tôt opérée, que je m'occupai de simplifier le mode d'appliquer et d'adopter un moyen aussi énergique aux besoins divers de la chirurgie.

La première indication qui se présente, dans les solutions de contiguité, c'est de mettre la tête de l'os luxé dans des conditions qui lui permettent de rentrer dans sa position normale. Le moyen de la remplir consiste à relâcher certains appareils musculaires, en donnant des positions favorables aux membres luxés ; ou bien a vaincre l'opposition de ces mêmes muscles, en tirant fortement sur les os qui leur servent d'attaches. Mais ces tractions seraient évidemment en pure perte, si on ne leur opposait pas une résistance au moins égale de la part de l'os qui doit recevoir et loger l'autre. C'est là l'extension et la contre-extension des auteurs, lesquelles on connaît de reste, ainsi que les moyens ordinaires de les obtenir.

Feuilleton.

DE LA PHRÉNOLOGIE SELON M. LÉLUT.

Qu'est-ce que la phrénologie (1)? C'est là une question qu'on s'est faite bien des fois dans ces dernières années, et à laquelle les phrénologistes n'ont jamais pu répondre d'une manière bien claire et bien intelligible. Pour les uns, la phrénologie n'est que le système imaginé par Gall sur les rapports hypothétiques existant entre la forme du crâne et les caractères des hommes, c'est-à-dire une espèce de physiognomonie analogue à celle de Lavater. Pour d'autres, la phrénologie serait la physiologie du cerveau, c'est-à-dire la découverte des fonctions du centre nerveux cérébral. C'est la définition de M. Broussais. Quelques-uns donnent plus d'extension encore à cette science, dont ils font une sorte d'organum universel de métaphysique, de morale, de politique, de législation et d'éducation. C'est la définition des phrénologistes les plus avancés. M. Lelut aura donc rendu un véritable service aux phrénologistes, en leur expliquant le sens, la nature et la valeur de leurs propres idées. Son excellent livre ne sera pas reçu avec moins de plaisir et de reconnaissance par les amis de la science et de la vérité. Les médecins en particulier doivent se féliciter de voir enfin un de leurs confrères justifier si dignement leur compétence dans les études métaphysiques et morales, compétence qui n'a été trop souvent qu'une prétention gratuite et ridicule, dont les philosophes avaient raison de se moquer.

La phrénologie, telle qu'elle se trouve implicitement formulée dans les livres de Gall, de Spurzheim et de leurs disciples, offre deux points de vue tout-à-fait distincts, bien que confondus dans les systèmes phrénologiques du jour, savoir, 1º une théorie philosophique des phénomènes intellectuels et moraux de l'homme; 2º une théorie physiologique des usages ou fonctions des diverses parties du cerveau. La première a pour objet des faits psychologiques, la seconde des faits anatomiques. Ces deux ordres de fait sont indépendans l'un de l'autre ; on peut les étudier séparément. La théorie psychologique et la théorie organologique ne sont pas rigoureusement solidaires; celle-ci pourrait être déclarée fausse sans que celle-là le fût nécessairement; l'une serait détruite que l'autre, quoique affaiblie, resterait debout. En un mot, elles marchent ensemble sur deux lignes parallèles, se touchant, se soutenant, s'empruntant des forces, mais cependant elles peuvent subsister isolément. Il pourrait se faire, par exemple, que Gall eût parfaitement décrit et expliqué l'homme moral, et qu'il se fût complètement trompé sur la détermination des usages des circonvolutions cérébrales, et réciproquement il pourrait avoir découvert empiriquement la coexistence constante de certaines formes physiques avec certains faits moraux, et connaître très-mal les faits et les lois psychologiques. Cette indépendance de ces deux ordres de connaissances tient à la différence intrinsèque des faits et des moyens d'observation. Les uns dépourvus de toutes les qualités dites physiques ou mathématiques, ne se re-

(1) *Qu'est-ce que la phrénologie?* ou essai sur la signification et la valeur des systèmes de psychologie en général, et de celui de Gall en particulier; par M. F. Lélut, médecin surveillant de la division des aliénés de l'hospice de Bicêtre, et médecin adjoint de la prison. Chez Trinquart, libraire-éditeur, place de l'Ecole-de-Médecine, nº 9.

Leur réalisation avec les poulies et les moufles, à la manière des Anglais, et qui fait le sujet principal de cette note, exige deux points solidement fixés : l'un qui doit servir d'appui à la puissance destinée à exercer les tractions, et l'autre de base à cette force d'inertie, que j'ai désignée ailleurs sous le nom de résistance.

On sait, en effet, que l'un des moufles doit être fixe, et que l'autre est au contraire mobile; car ce dernier est destiné à entraîner, vers le premier, l'objet quelconque qu'il s'agit de faire mouvoir, et auquel il est attaché. Si donc cet objet est un de nos membres ou une partie seulement d'une extrémité, il est nécessaire que le reste du corps ou de cette extrémité ne puisse céder, et que les tractions soient exercées uniquement sur l'os qu'on a en vue. Mais cette circonstance dans l'emploi des moufles, qu'il faut avoir à sa disposition deux points solides, placés vis à vis l'un de l'autre, et à une distance convenable, peut souvent être embarrassante.

D'ailleurs, cet arrangement offre encore ce grand désavantage, de placer le membre sur lequel on opère dans la direction obligée de l'action même des poulies, sans qu'il soit facile de la changer. Cependant il serait parfois utile, nécessaire même, de pouvoir varier les rapports respectifs de l'os luxé avec le corps du blessé, et de porter le membre, successivement et à volonté, dans quelques autres directions et inclinaisons (en haut, en bas, en avant, en arrière), tout en maintenant toujours les tractions au degré jugé convenable. Ce but peut être atteint assez facilement, et avec un moyen d'ailleurs si commode, qu'il procurera, en même temps, cet autre avantage de rendre inutile le recours aux deux points fixes, établis en dehors du corps même du malade et dont nous venons de parler. En prenant le point d'appui sur ce dernier, on obtient en effet le résultat suivant : c'est qu'aussitôt qu'on opèrera les tractions sur le membre luxé, il se reproduira sur tel autre point du corps qu'on aura choisi une répulsion parfaitement égale, et qui forcera le corps de rester en place, alors même qu'on tirera vigoureusement sur l'une de ses extrémités. Le jeu des poulies, en un mot, imitera les deux mains lorsqu'elles agiraient, de la manière suivante, pour surmonter les obstacles à la réduction d'un bras luxé, chez un enfant débile, ou qui viendrait de naître. L'une des mains, en saisissant le bras au-dessus des coudyles est, en effet, très-bien placée pour faire les tractions convenables; et, si on lui suppose assez de force, le but proposé sera complètement atteint. Mais il faut que l'autre main agisse au rebours de la première, et immédiatement dans le creux de l'aisselle, afin de maintenir en position la partie supérieure du thorax, et, par elle, le speculum et la clavicule. Voici le moyen de réaliser exactement l'action combinée de ces deux mains au moyen des moufles. Une forte attelle, de trois à quatre pieds de longueur, est terminée, à l'une de ses extrémités, par une petite plaque en bois de trois pouces environ de long, sur deux ou trois de large, et qui, par ces dimensions-là, se trouve en rapport avec l'étendue du creux de laisselle. Cette plaque est destinée à formuler l'action de la main ci-dessus, et ne doit occuper que l'espace que laissent entre eux les tendons du pectoral et du grand dorsal.

A l'autre extrémité de l'attelle est un trou ou tel autre moyen propre à fixer une corde, et c'est ici qu'on attache solidement le moufle immobile, contre lequel on doit faire avancer l'autre. Or, celui-ci tient à un lien qui, en forme de brassard, entoure le *dessus du coude*, de sorte qu'il ne peut être amené vers le premier mouffle qu'en tirant sur le bras et en écartant du corps la tête de l'humérus. Mais aussi il forcera le moufle immobile à réagir sur l'attelle sur le bout de laquelle il est attaché, et à la refouler, avec une vigueur proportionnée, par son autre extrémité contre le thorax, comme s'il était question, par cette répulsion, d'éloigner l'un de l'autre l'omoplate et la tête de l'os du bras. On conçoit, du reste, les résultats avantageux de cette action combinée. La tête de l'humérus se trouve entraînée d'un côté, tandis que la cavité glenoïde est repoussée de l'autre. Or, l'action des moufles est, comme on sait, graduée, lente et soutenue à volonté, et n'exige pas le concours d'un grand nombre de bras. Mais ce procédé permet de plus au chirurgien, d'incliner et de remuer le bras dans tous les sens, tout en conservant toujours le même degré de force à la machine.

Sous le brassard et sous la plaque axillaire, une épaisse couche de coton tend à rendre les pressions beaucoup plus supportables. Celle du brassard est à peine sensible, puisqu'il ne s'y trouve aucune partie délicate dont le froissement puisse être redouté. La poitrine qui, dans le procédé de réduction ordinaire, est fortement étreinte par l'action du lien soi-disant *contre-extenseur*, est ici du moins entièrement dégagée et libre par derrière et par devant, et la répulsion, au moyen de la plaque axillaire, laisse également intacts les tendons du pectoral et du grand dorsal.

J'ai pu m'assurer par moi-même et en me soumettant à l'action de cette plaque, que sa pression était bien autrement supportable que celle qui résulte de l'application de serviettes, de draps et d'autres liens analogues; et quant à la sensation qui résulte d'un brassard au-dessus du coude, elle n'est en aucun rapport, pour la douleur, avec ce qu'on éprouve par les tractions sur le bras ou l'avant-bras. La puissance de répulsion qui existe ici peut être portée à un très-haut degré avec notre machine mouflée, et nous l'avons vue sur un cadavre fracturer deux côtes, en cherchant à la pousser très-loin. L'épaule, dans cet essai, n'a subi aucune altération non plus que les vaisseaux et les nerfs axillaires, et cependant le lien au-dessus du coude avait tracé un sillon profond et qui allait presque jusqu'à l'humérus.

Il est, à part cette force extrême, quelques autres considérations bien connues qui militent en faveur des moufles, et sur lesquelles on a glissé assez légèrement en France. On craint trop l'action des puissances mécaniques, et on exagère la valeur de celle de l'homme. Les unes, prétend on, seraient aveugles et indéterminables, tandis que les bras auraient une force connue. Mais chaque paire de bras n'a-t-elle pas un degré d'énergie particulière et singulièrement diversifiée? Les mêmes bras ne varient-ils pas suivant les circonstances, quant à leur vigueur musculaire? Peut-on exiger d'eux qu'ils tirent lentement, graduellement, qu'ils arrêtent, diminuent ou augmentent leur action à volonté? (1). Du reste, les agens mécaniques, tels que sont, par exemple, les

(1) Ayant à réduire à l'hôpital une très-ancienne luxation de l'humérus, je fixai d'abord le tronc à une traverse très-solide, et j'établis pour tirer fortement sur le bras, un lien au poignet et un autre au-dessus du coude, à chacun desquels aboutissait une corde. L'opération fut promptement terminée, mais quelle ne fut pas ma surprise, en voyant que vingt-un individus s'étaient en quelque sorte attelés à ces deux cordes! Il est vrai qu'à part quelques hommes vigoureux, les autres étaient des convalescens et des enfans qui tous s'étaient mis en devoir de prouver leur zèle et leur bonne volonté envers ce camarade. Chacun d'eux, assurément, était comparable à la *mouche du coche*; car tous ont tiré de toutes

---

vèlent, à ce titre, qu'au sens intime à qui seul il appartient de les apercevoir, de les constater, de les décrire et de les classer; les autres, d'une nature essentiellement différente, si on ne veut pas dire opposée, échappent à la conscience, et ne peuvent être reconnus que par les sens extérieurs. Ces deux ordres de faits subsistent donc isolement, mais unis en réalité dans le phénomène complexe de la vie, ils paraissent liés par des rapports de dépendance mutuelle, dont l'étude est une des plus importantes branches de la philosophie. Cette recherche est un but légitime de la raison; mais il ne faut pas oublier que le fait du rapport ne repose en définitive que sur la position préalable des deux termes. Les deux termes subsistent dans toute leur intégrité, indépendamment du rapport, car ils sont l'un et l'autre établis sur une autorité particulière et différente; le rapport, quel qu'il soit, n'y change rien et n'y peut rien changer. Ainsi, supposé qu'on eût trouvé entre le lobe antérieur du cerveau et le phénomène de la mémoire, un rapport aussi évident que celui existant entre l'œil et le phénomène de la vision, rapport qui n'aurait rien de plus extraordinaire, les caractères assignés au fait de mémoire par le sens intime resteraient les mêmes, quelque découverte qu'on pût faire dans la structure intime de cette portion de matière nerveuse, et réciproquement, aucune théorie psychologique de la mémoire ne pourra infirmer le résultat direct de l'observation sensible sur le lobe cérébral. C'est en suivant ces deux routes également solides que les philosophes anciens et modernes d'une part, soit métaphysiciens, soit moralistes, ont pu tracer des tableaux de l'intelligence et des passions humaines frappans de vérité, sans connaître l'anatomie; et les physiologistes et naturalistes, d'autre part, analyser jusque dans leurs derniers replis l'organisation animale sans connaître la philosophie de l'esprit humain. Voilà comment les philosophes ont enfanté tant de chimères physiologiques en voulant déduire les faits organiques des faits moraux, comme Descartes, par exemple, qui se fondant sur la simplicité et l'unité du *moi*, ne lui trouvait d'autre place convenable dans le cerveau que la glande pinéale, parce que cet organe n'est pas double comme la plupart des autres; tandis que Ch. Bonnet, partant du fait non moins évident de la multiplicité infinie des actes sensitifs, intellectuels et moraux, demandait une fibre nerveuse pour chaque idée; et les physiologistes n'ont pas moins commis d'erreurs psychologiques en déduisant des faits moraux des faits organiques, comme Cabanis, qui assimilant le cerveau à une glande, lui fait secréter la pensée, tandis que M. Broussais, solidiste, dit, après Hartley, après Darwin, etc., que la pensée n'est que la contraction des fibres cérébrales, attendu qu'on ne saurait imaginer aucune autre modification dans la substance nerveuse.

La phrénologie contient deux systèmes qui, par les raisons que nous venons d'énoncer, peuvent être considérés à part. C'est ainsi que nous l'avons toujours entendu; et M. Lélut, sans développer positivement cette distinction, l'adopte du moins implicitement, puisque, dans son ouvrage, entièrement psychologique, il n'est nullement question du cerveau ni en général d'anatomie ou de physiologie. Ce qui nous le fait croire mieux encore, c'est que M. Lelut, adversaire déclaré des localisations phrénologiques, parait, dans son livre, disposé à accorder une assez grande valeur à la psychologie de Gall, tout en montrant qu'elle n'est guère qu'une répétition de la philosophie écossaise. Il pense donc, comme nous, que l'organologie et la psychologie sont deux points de vue différens et indépendans de la doctrine de Gall.

La phrénologie n'est donc pour M. Lélut qu'un nouveau système de psychologie ajouté à tous ceux que la philosophie a produits dans les temps anciens et moder-

poulies mouflées, demandent à être dirigés par l'intelligence humaine ; et celle-ci manquera-t-elle, par hasard, son effet, s'il est question de mettre en jeu des machines aussi faciles à manier que les moufles ?

Il est un autre point dans la réduction des luxations, lequel sera de plus en plus difficile à défendre, c'est celui qui concerne l'endroit où l'on doit placer le lien destiné à opérer les tractions. On insiste encore pour qu'on choisisse toujours le poignet ; et l'on ne veut pas voir qu'on expose par là les articulations de la main et du coude à des violences qu'il est d'autant plus sage d'éviter, qu'elles ne sont nullement nécessaires.

En faisant agir la puissance dite *extension*, immédiatement au-dessus des condyles de l'humérus, on épargne à toutes les parties délicates situées au-dessous du coude, les souffrances qu'elles éprouvent dans les tiraillemens qui ont lieu, lorsque c'est au poignet qu'on a établi cette même puissance. Et quant à l'objection tirée du froissement des muscles, lorsque les tractions ont lieu immédiatement au-dessus de l'avant-bras, si l'on y regarde et réfléchit bien, on verra que c'est presque uniquement sur leurs tendons qu'agit le lien, et qu'en supposant que cette compression puisse avoir quelques désavantages, ceux ci ne peuvent être mis en balance avec les douleurs et les inconvéniens graves qui résultent des violences exercées sur les articulations radio-carpienne et huméro cubitale.

Afin de juger par moi-même de la différence qui peut exister entre les tractions opérées au-dessus de l'olécrâne, et celles qui ont lieu au-dessus du carpe, je me suis fait appliquer, à diverses fois, la machine que je viens de décrire, et j'ai pu me convaincre que ceux qui ont écrit en faveur du dernier mode, l'ont fait trop légérement, à coup sûr, sans l'avoir éprouvé comparativement, et, par conséquent, sans en connaître toute la portée. Il vaudrait la peine, cependant, de faire de pareils essais, ou d'autres analogues, lorsqu'on s'arroge le droit de prononcer, d'une manière absolue, sur tel ou tel moyen. On éviterait, du moins, de dicter des sentences et d'imposer des pratiques que, plus tard peut-être, on verrait frappées de nullité et taxées, à bon droit, de frivoles et de cruelles. Il est certain du moins qu'ici, lorsque le lien agissait près de ma main, j'éprouvais des tiraillemens très douloureux aux articulations du poignet et du coude, et que les tractions étaient bien autrement supportables, quand elles avaient lieu au dessus des condyles de l'humérus.

Le même appareil mouflé peut également servir pour les luxations fémorales. Seulement, au lieu d'être terminée par une plaque, l'attelle aura à son extrémité une espèce de croissant comme la béquille (et celle ci peut même suffire) afin de pouvoir l'adapter sur un épais coussin d'ouate, soit à l'aine, soit sur l'ischion, soit sur ces mêmes parties en même temps.

Du reste ce que j'ai dit touchant les articulations du poignet et du coude, devra s'entendre également de celle du pied et du genou.

Pour ménager ces dernières, on placera donc, au-dessus des condyles du fémur, le lien qui doit communiquer avec le moufle mobile, et servir aux tractions vigoureuses sur l'os de la cuisse.

Je ne puis laisser échapper cette occasion sans me prononcer encore contre deux locutions de *rigueur* en pareilles opérations. Que devient, je vous prie, *l'extension* de l'extrémité supérieure, quand on tire sur un lien placé au-dessus du coude, et qu'on laisse fléchir l'avant-bras et la main ? Quelle est la partie qui subit alors l'extension ? le bras peut-être ; mais dans quel sens ? Auriez-vous, par hasard, des extensions en haut, en bas, d'adduction, d'abduction, plutôt que des *tractions* dans ces divers sens ? Et votre *contre-extension*, comment vous en rendez-vous compte, et comment l'expliquez-vous afin d'avoir, au juste, la contre partie de l'extension ? Cessons de prendre *l'effet* pour *la cause*, car l'extension d'un membre n'est évidemment telle ici que par les tractions plus ou moins fortes qu'on exerce sur lui, lorsque le tronc est fixé et ne cède pas. Si du moins cet effet était constant ou exclusif ; mais notez bien que cette extension peut être obtenue *aussi parfaite que possible* sans aucune traction et, par conséquent, sans le moindre résultat pour l'objet qu'il vous importe, lorsque vous procédez à la réduction d'un membre déboîté. Ne vous suffit il pas, en effet, de peser sur le coude dans un sens, et de porter la main en sens contraire pour avoir une extension qui ne laisse rien à désirer, et qui est bien plus nette que si vous vous contentiez de tirer suivant l'axe du membre ?

Il est même des cas où l'extension du membre est absolument impossible, quelle que soit la violence des tractions de votre extension, comme, par exemple, dans l'ankylose du genou et du coude. Il y a plus, c'est que dans le traitement des fractures du membre inférieur, par l'hyponarthécie, « la force des tractions est en raison de la flexion qu'on fait subir au genou ! » Faites donc ressortir ici l'extension et caractérisez-la si vous le pouvez. Ne voyez-nous pas que vous seriez obligé de proclamer, « que l'extension est en raison de la flexion ? »

A coup sûr, je ne mettrais pas autant d'insistance sur ce point, s'il ne s'agissait que d'un défaut pur et simple de langage, ou de termes innocens, consacrés par l'usage, fût-ce même mal à propos. Mais cette confusion de mots scientifiques a une influence fâcheuse sur la pratique.

Les hommes de l'art et les élèves auxquels on répète sans cesse dans les livres et dans les chaires, qu'il faut maintenir les membres fracturés dans l'extension, et qu'on doit faire l'extension des extrémités fracturées et luxées, lorsqu'on veut les réduire ; ces individus, dis-je, ne sont-ils pas excusables, s'ils prennent trop à la lettre ces recommandations, et s'il en résulte, trop souvent, de fausses manœuvres ? Et qui sait, d'ailleurs, si ces expressions, auxquelles il semble qu'on n'ose plus toucher, n'ont pas contribué à enrayer la science, et à fixer trop long-temps les idées des chirurgiens sur ce point embrouillé ?

Il m'importe assez peu, et moins encore à la chirurgie, qu'on croie que j'ai puisé mes idées, sur l'emploi des poulies mouflées, dans quelque source bien connue. La vérité est que cette note était rédigée, mon moyen établi, et que les preuves étaient faites à l'hôpital, lorsque j'ai lu un mémoire de M. Pravaz, sur le *traitement des luxations congéniales*, où le même principe que j'émets ici est clairement énoncé pour la réduction du fémur. M. Alliot, de Montagny, a inséré également une note sur le même sujet, dans la GAZETTE MÉDICALE du 27 février. Ces messieurs ont donc une priorité incontestable sur moi, et que je me plais à reconnaître. Toutefois, quant à l'application du principe, j'aime à croire aussi que je l'aurai rendu plus facile et mis mieux à la portée de tous.

---

leurs forces. Eh bien ! calculez celles-ci *à priori*, et dirigez-les au besoin si vous pouvez.

---

nes. Pour juger de sa valeur relative, il fallait donc le comparer aux systèmes antérieurs, et pour apprécier la valeur absolue et de celui ci et des autres, il fallait les confronter tous avec les faits qu'ils se chargent de décrire et d'expliquer. Le plan de l'auteur impliquait donc à la fois une histoire critique de la psychologie, et une doctrine psychologique plus ou moins arrêtée. Le livre de M. Lélut contient, en effet, ces deux choses. Il expose les systèmes, les compare, les juge, et chemin faisant il formule le sien. C'est là, au reste, la condition de toute histoire véritablement philosophique, soit des faits, soit des idées. Il y a un dogmatisme caché au fond de toute critique. Pour que notre analyse de ce remarquable travail fût complet, il nous faudrait l'embrasser sous ce double rapport ; mais cette étude, indépendamment de ses difficultés propres, réclamerait un espace trop disproportionné avec les limites du feuilleton de la GAZETTE MÉDICALE. N'ayant pas, d'ailleurs, comme on le pense bien, la prétention de résumer en quelques lignes un travail si étendu et si profond, il nous suffira d'en indiquer les points de vue les plus généraux pour en faire sentir toute l'importance, et pour attirer sur l'ouvrage, autant qu'il est en nous, l'attention du public philosophique. Dans cette courte exposition, nous demanderons la permission à l'auteur de substituer quelquefois notre langue à la sienne, à condition de ne pas altérer ses idées.

L'objet de la psychologie, c'est l'étude de la vie morale et intellectuelle de l'homme ; cette vie, quel que soit son principe, se manifeste par des phénomènes d'une nature spécifique designés dans toutes les langues par les mots : pensées, idées, passions, affections, sentimens, émotions, sensations, etc., etc., mots très-généraux déjà, qui représentent des classes de phénomènes et non les phénomènes individuels. Il y a une infinité d'espèces de sentimens, d'idées, de sensations, etc. Les faits de la vie morale ne sont pas moins nombreux, en effet, que ceux de la vie organique. La considération des ressemblances et des dissemblances a de très-bonne heure introduit dans toutes les langues ces mots généraux, dont les philosophes ont singulièrement multiplié ou diminué le nombre par leurs analyses. Classer les phénomènes est donc le premier travail de la pensée en psychologie comme en physique, comme en pathologie, car classer, c'est compter, spécifier et par conséquent distinguer. Au besoin de classer les phénomènes se joint immédiatement le besoin de les expliquer, c'est-à-dire d'en trouver la cause : ces deux recherches marchent ensemble en vertu d'une loi impérieuse de l'esprit humain. La distinction des phénomènes comme effets suggère la distinction de leurs causes. Dans les êtres insensibles ou inorganiques, ces causes s'appellent des propriétés, des forces, des qualités ; dans les êtres vivans et sentans, on les nomme plus spécialement *facultés*. Ce mot de faculté n'est donc que le nom imposé à la cause inconnue qui produit l'effet : ce n'est pas un simple nom collectif comme ceux qui désignent les genres et les espèces, mais une dénomination individuelle et spécifique. C'est plus qu'un nom, comme dit M. Lélut, sans être une chose. En définitive, cette notion, réduite à son expression la plus simple, revient à dire que, pour qu'un phénomène ait lieu, il faut que l'être où il se manifeste ait le pouvoir de le produire. Par facultés, il faut donc entendre en psychologie ces pouvoirs particuliers en vertu desquels se produisent les faits intellectuels et moraux, ou sans lesquels ils ne se produiraient pas. Les facultés, à la rigueur, étant aussi différentes en nombre et en nature que les phénomènes, elles se classent de la même manière. Les langues d'abord, et les philosophes ensuite, ont fait des classifications des facultés. Or, les facultés représentant sous un certain rapport les phénomènes, puisqu'on ne peut étudier la force que dans son action, il en résulte que l'étude des facultés comprend le champ tout entier de la psychologie.

Telle est, à peu près, la manière dont M. Lélut envisage la psychologie, qui se-

P. S. Cet article était imprimé lorsque M. Mayor nous a adressé la lettre suivante :

Lausanne, ce 22 mai 1836.

Monsieur et très-honoré confrère,

Deux jours après vous avoir adressé mes observations sur la réduction de la luxation de l'humérus au moyen d'un appareil moufflé, prenant son point d'appui sur le malade lui-même, voilà que M. le docteur Recordon, interne à l'hôpital de Lausanne, jetant les yeux sur une vieille et sale estampe, que tenait un de nos petits malades, y vit, à sa très-grande surprise, l'opération figurée exactement comme je vous la décrivais. Ainsi, c'est un pauvre patient couché horizontalement sur le côté sain, ayant derrière lui un opérateur qui lui manipule l'épaule, tandis qu'un troisième individu maintient l'une des extrémités d'une large attelle vers l'aisselle, et qu'il tourne à l'autre bout une manivelle, laquelle fait saillir une vis qui opère les tractions convenables sur un lien placé au-dessus du coude. Cette manivelle et cette vis représentent donc un cric ou un treuil qui fait précisément ici l'office de la paire de moufles dont je vous parlais, et que je vous donnais pour du nouveau, en réservant toutefois les droits de M. Pravaz et d'autres.

Je regrette de ne pouvoir vous donner ni le texte ni le titre de l'ouvrage d'où cette figure est tirée; mais le livre est allemand, et semble être un recueil de tableaux les plus divers, comme vous pourrez en juger vous-même; car je joins ici la pièce (1).

J'ai eu, depuis peu, occasion d'essayer mon moyen sur une ancienne luxation scapulo-humérale. Mais en vain! Il est vrai que plusieurs tentatives infructueuses avaient déjà eu lieu, et dans toutes les directions recommandées par les auteurs. Mais il est certain aussi que le procédé dont je vous ai fait part, quoique poussé fort loin dans son action, a été, au dire du malade, de beaucoup le plus doux de tous ceux mis en usage auparavant, et qu'il n'a laissé aucune suite douloureuse de sa pression, soit au creux de l'aisselle, soit au dessus de l'olécrâne. Bien plus, c'est que malgré cet insuccès, le malade a immédiatement soulevé le bras à angle droit avec le corps, et que, avant l'opération, il se détachait à peine des côtes. J'ai dit que toute espèce de bon procédé avait déjà été essayé sur cet individu. Celui de M. Malgaigne n'avait pas été négligé, et je le tentai encore inutilement avant l'application des poulies moufflées. Au nombre de ces modes de réduction, M. le docteur Mercier de Morges, qui m'avait fait appeler pour le malade ci-dessus, m'en a indiqué un qui m'a bien surpris, et qu'il a employé, m'a-t-il dit, exclusivement et avec un plein succès, une cinquantaine de fois. M. Mercier est, comme on sait, un praticien bien connu, fort occupé, qui mérite de l'être, et digne de foi. Son procédé consiste à placer le malade debout, à saisir le coude et l'avant-bras avec les genoux, à faire avec les derniers une traction de haut en bas, pendant qu'avec les deux mains appliquées vers la tête humérale, il dirige celle-ci sous l'aisselle et dans sa place normale. Tout chemin, dit-on, mène à Rome; or, comme celui-ci est un des plus faciles, j'engage mes confrères à le pratiquer; comme je ne manquerai pas, moi-même, d'en faire usage à la première occasion.

Agréez, etc. M. MAYOR.

(1) La machine dont parle M. Mayor est une modification de l'ambi des anciens, figurée par Scultet : et on peut en voir une modification bien supérieure encore dans le Traité de chirurgie de B. Bell. La machine de J.-L. Petit, trop oubliée peut-être, l'emporte sur tous ces instrumens. Nous pensons, pour notre part, qu'il s'agit bien moins d'inventer des machines et des procédés, que de faire un choix parmi ceux que nous possédons, et d'étudier surtout les variétés de luxations auxquelles chacun d'eux doit s'appliquer de préférence. Il est d'ailleurs difficile d'innover en pareille matière; et le procédé de M. Mercier est connu depuis fort long-temps.

(*Note du rédacteur de la* GAZETTE MÉDICALE.)

PATHOLOGIE SPÉCIALE.

RECHERCHES SUR LES TUBERCULES BLENNORRHAGIQUES ; par M. le docteur GIETL, de Munich.

M. Gietl décrit sous le nom de *tubercules blennorrhagiques* ou *gonorrhéiques* une forme de maladie syphilitique passée sous silence par la plupart des auteurs qui ont écrit sur les affections vénériennes. On trouve à la vérité dans quelques ouvrages, et nommément dans Morgagni (1) des observations qui appartiennent à ce genre d'affection; mais le rapport entre la tuberculisation et la blennorrhagie n'y est point indiqué. Le premier qui parle d'une dégénérescence tuberculeuse à la suite de gonorrhée est Fabre (2). Depuis cet auteur (1795) jusqu'à Carmichaël (3), il n'en est plus question; ce dernier n'en parle encore que d'une manière très-éloignée; mais quelques années plus tard, deux auteurs allemands, Autenrieth (4) et Ritter (5) s'en sont occupés plus particulièrement, et ont attiré l'attention des médecins sur ce sujet important. En effet, depuis eux, de nombreuses observations ont été recueillies en Allemagne, et l'existence de tubercules consécutifs à la gonorrhée semble mise hors de doute.

C'est ainsi que M. Gietl a rencontré ce genre de maladie un certain nombre de fois dans les hôpitaux de Wurzbourg et de Vienne, où il a eu occasion de faire l'autopsie cadavérique de quelques-uns de ces malades.

La première observation rapportée par M. Gietl lui a été communiquée par un de ses confrères.

OBS. I. — N..., 30 ans, d'une constitution robuste, vivant dans une condition heureuse, eut une blennorrhagie qui, mal traitée, persista pendant plus de 6 mois. Bientôt après, il se manifesta les phénomènes morbides les plus singuliers, partant principalement des organes de l'abdomen : appétit entièrement aboli, ventre tuméfié, vomissemens répétés. Cet état subsista pendant 5 ans, et le malade dépérissait tous les jours. Le diagnostic fut longtemps incertain; à la fin on crut de-

(1) De sedibus et causis morborum. epist. XXXIX, XLIV et XLIV.

(2) Traité des maladies vénériennes. 4e édition. Paris, 1795, pag. 19.

(3) An essay on the venereal diseases which have been confounded with syphilis. Vol. 1. 2. Lon. 1815.

(4) Tübinger Blætter für Naturwissenchaft und Arzneikunde. V. 1. Cah. 2.

(5) Darstellung der scheinbaren Aehnlichkeit und wesentlichen Verschiedenheit, welche zwischen der Schanker- und Tripper-Seuche wahrgenommen werden. Leipzig, 1819.

rait, sous ce point de vue, l'histoire naturelle des phénomènes moraux intellectuels et sensitifs de l'homme, ou, ce qui revient au même, des facultés qui en sont la source et l'expression abrégée.

La première question à élever sur les *facultés* selon M. Lélut, c'est celle de leur origine. Sont-elles acquises ou innées? Il conviendrait peut-être mieux d'établir d'abord leur nombre et leur nature, avant de se demander d'où elles viennent, mais ce n'est là qu'une affaire d'arrangement. Demander si les facultés sont innées ou acquises, c'est demander si elles sont des causes ou des résultats? Or, poser cette question, c'est détruire la notion même qui la provoque. La faculté, c'est le pouvoir de faire; l'action produite est le résultat de la faculté agissante; la faculté est donc nécessairement antérieure à l'acte; elle précède l'effet, puisqu'elle en est la cause ou la condition. En ce sens elle est innée. Jamais personne n'a pu contester là-dessus M. Lélut montre très-bien qu'à toutes les époques, la plupart des philosophes, dont il énumère les opinions, ont reconnu implicitement ou expressément cette sorte d'innéité. Mais il importe d'observer que cette détermination d'antériorité et de préexistence est purement logique, car en fait, la faculté ne se révélant que par ses actes, comme les causes par ses effets, l'acte et la faculté sont contemporains. La grande dispute des idées innées ne se réduit pas certainement à cette vérité triviale, M. Lélut n'a pas, peut-être, éclairci complètement tous les difficultés, ni posé avec assez de rigueur le problème de cette question importante. Quoi qu'il en soit, il admet, avec l'immense majorité des philosophes, et nous admettons comme lui, dans un sens général, que la constitution morale des êtres vivans et sentans est formée d'élémens et pour ainsi dire de pièces diverses, comme leur organisation physique, et que toute la série des manifestations morales dépend de cette constitution préalable, comme les manifestations organiques dépendent de la composition matérielle. Il est évident que le poisson ne peut pas plus penser comme l'homme que l'homme respirer dans l'eau comme le poisson. Quelle que soit la cause première, comme on dit aujourd'hui, des effets spirituelle ou matérielle, il faut y admettre des différences originaires non seulement entre les espèces, mais encore entre les individus. L'âme ou le cerveau d'un crétin ne sont pas faits certainement comme l'âme ou le cerveau de Platon; car supposer l'identité dans la cause, et la diversité des effets, serait une contradiction dans les termes. On n'a jamais pu, nous le répétons, contester là-dessus, et, sauf Helvétius peut-être, il n'y a pas un philosophe qui l'ait positivement entendu autrement. Mais la difficulté n'est pas là. Ce n'est pas pour avoir démontré cette vérité fort connue que Gall a fait tant de bruit dans le monde philosophique, mais pour avoir bouleversé toute la psychologie, en détruisant les classification, distinctions et spécifications généralement admises, en changeant l'ordre et les caractères primordiaux des facultés, et surtout en les matérialisant. M. Lélut s'est peut-être un peu exagéré l'importance du système organologique sous ce rapport.

Les facultés sont donc innées dans cette acception générale, mais quelle est leur nature et leur nombre? Y en a-t-il deux, trois, dix, cent ou mille? À la rigueur, il y en aurait autant que de manifestations; car il faut proportionner les causes aux effets produits, mais il faut bien s'arrêter à quelques limites sous peine de ne plus s'entendre. Cette détermination n'est pas aisée, car la complexité et la multitude des manifestations sont telles qu'on peut assez plausiblement en varier les aspects et y créer des divisions où il entre toujours beaucoup d'arbitraire. La recherche de ce que les phrénologistes appellent les facultés fondamentales, et les philosophes écossais facultés ou principes irréductibles, est le but de la psychologie empirique, considérée comme une simple description des faits moraux distribués en classes et en espèces. Deux écueils se présentent ici.

On peut réunir toutes les facultés, opérations, états, tendances et modifica-

voir admettre une obstruction des viscères abdominaux avec ascite commençante. Le malade mourut; et à l'autopsie on trouva tout le péritoine et les viscères du bas-ventre recouverts d'une quantité innombrable de petits tubercules, fermes, jaunâtres, de la grosseur d'un pois à celle d'une fève.

On trouve dans un des rapports annuels de feu le professeur Ekl de Landshut, l'histoire d'une femme à laquelle il avait donné des soins pour une péritonite chronique. La malade était en même temps affectée d'une leucorrhée chronique de mauvais caractère; elle mourut, et, à l'autopsie, on rencontra dans la cavité abdominale un grand nombre de tubercules gros, durs, et d'une couleur jaunâtre.

L'observation suivante appartient à M. Gietl lui-même.

Obs. II. — K. Sch., savonnier, de Magdebourg, 32 ans, d'une bonne constitution, d'une taille bien développée, d'un tempérament sanguin, *ne montrant aucune trace d'un habitus scrophuleux*, avait toujours joui d'une santé florissante jusqu'à l'âge de 16 ans, où il fut affecté, pour la première fois, d'une gonorrhée qui dura trois semaines, puis disparut sans laisser de vestiges. A 20 ans, seconde blennorrhagie qui dure trois mois et cesse encore sans accidens consécutifs. A trente ans, troisième blennorrhagie qui, entièrement négligée, traîne pendant 2 ans et résiste à tous les moyens. Au mois de juillet 1832, il se montra, d'après le dire du malade, à l'orifice de l'urètre, une légère excoriation qui se cicatrisa quelque temps après. Dans le même mois le malade éprouva une légère hémorrhagie par le canal de l'urètre, pendant une marche forcée durant un temps très-chaud; l'écoulement blennorrhagique ne s'était montré que peu abondant. Au mois d'août, pendant que Sch. se livrait à un travail pénible, exposé à un courant d'air, il ressentit un mal de gorge qu'il compara à une sorte de grattement, augmentant pendant la nuit et se changeant le matin en coryza. Cette sensation devint plus forte pendant les premiers jours et il s'y joignit des douleurs de tiraillement à la nuque. Au mois de septembre le mal de gorge diminua, mais il se manifesta en même temps au côté droit du cou de petites tumeurs dures, dont l'une acquit dans l'espace de 3 jours le volume d'un œuf de poule un peu aplati; arrivée à ce point elle resta stationnaire, tandis qu'une semblable tumeur, d'un volume un peu moins étendu se développa du côté opposé. En même temps le malade ressentit des tiraillemens au genou et dans la région inguinale droite, ainsi que des points dans les lombes, revenant par intervalles indéterminés.

Le malade entra dans cet état à l'hôpital civil de Ratisbonne le 15 octobre 1832. Son aspect était bon et son état général satisfaisant. Le gros tubercule de droite était situé d'une manière immobile sur le bord interne du muscle sterno-cleido-mastoïdien; il était dur, lisse et indolore au toucher: à ses côtés existaient 2 à 3 autres petites tumeurs de la grosseur d'un pois à celle d'une aveline; le tubercule de gauche était seul et avait le volume d'une moitié d'œuf de poule coupé dans son sens longitudinal. Sch. ne se plaignait que de ces tumeurs et de douleurs rhumatismales; l'appétit était bon et le ventre mou et indolent, l'écoulement blennorrhagique existait encore et parfois le jet d'urine était bifurqué et en spirale. En entr'ouvrant l'orifice de l'urètre, on pouvait voir la muqueuse rouge et boursouflée; du reste rien d'anormal aux parties génitales.

M. Gielt ordonna un bain, une nourriture animale simple, et prescrivit la solution suivante :

Iode,	1 grain.
Hydriodate de potasse.	2 grains.
Eau distillée,	8 onces.

A prendre en 3 fois dans la journée.

Il fit faire sur le cou des frictions iodurées avec :

Iode,	6 grains.
Hydriodate de potasse,	1 gros.
Axonge,	1 demi-once.

Faire, matin et soir, pendant 10 minutes, des frictions avec la grosseur d'une aveline de cette pommade.

Quinze jours après l'emploi externe et interne de l'iode, les tubercules commencèrent à diminuer, et continuèrent ainsi jusqu'au 16 décembre, où la tumeur du côté droit avait entièrement disparu; il ne restait plus de celle située à gauche que la grosseur d'un pois, la blennorrhagie avait entièrement cessé et le jet d'urine repris sa forme naturelle. L'iode ayant occasionné de fortes congestions vers le cerveau avec vertiges et sentiment d'ardeur à l'estomac, on cessa son administration et on ordonna pendant 8 jours une forte décoction de salsepareille et tous les 2 jours un bain. Le malade se trouva parfaitement bien de ce traitement, et il sortit de l'hôpital avec la recommandation de continuer les frictions d'iode jusqu'à entière disparition de la grosseur du côté gauche du cou : cette disparition a enfin eu lieu, et 7 mois après sa sortie de l'hôpital, Sch. jouissait encore d'une parfaite santé, n'ayant plus éprouvé le moindre ressentiment de son ancienne incommodité.

Ces observations et d'autres encore que l'auteur pourrait citer, sont pour lui des preuves irrécusables de l'existence d'une affection tuberculeuse à la suite de blennorrhagies répétées ou négligées.

M. Gielt distingue le virus gonorrhéique de celui du chancre; l'un et l'autre peuvent, selon lui, donner lieu à des maladies consécutives différentes. Il admet ainsi trois groupes de maladies consécutives à la gonorrhée.

1° Des lésions des organes du système génito-urinaire, comme rétrécissemens de l'urètre, squirrhe de la prostate, hypertrophie de la vessie s'accompagnant le plus souvent de l'induration de cette dernière glande.

2° Les métastases, l'orchite, la prostate et l'ophthalmie blennorrhagique, etc.

3° Une certaine dyscrasie blennorrhagique donnant naissance à l'herpès gonorrhéique (vésicules gonorrhéiques), aux douleurs rhumatismales vagues, rhumatisme, arthritis gonorrhéique, et enfin aux tubercules ou stéatomes gonorrhéiques.

L'histoire de ces derniers est tracée par M. Gietl, d'après les observations qu'il a recueillies ou extraites des autres.

Symptômes et mode de développement. Dans le principe, les symptômes qui annoncent la formation des tubercules sont très-obscurs ou peuvent manquer totalement; ils ne deviennent manifestes que lorsque les tubercules se sont étendus ou ont acquis un certain volume, et jeté par là le trouble dans l'exercice fonctionnel des organes qui en sont le siége. Cependant, comme le démontrent plusieurs observations et le dernier exemple que nous avons rapporté, des douleurs rhumatismales vagues, pseudo-rhumatismales dans les lombes et autres régions musculaires paraissent précéder; si les tubercules se développent au cou, les malades accusent une douleur à l'entrée du gosier alternant avec un rhume de cerveau, sans qu'on remarque de rougeur ou d'ulcération à la gorge. Peu à peu il se montre des petites grosseurs comme des lentilles ou des pois, qu'on suit à travers la peau, quand elles sont situées superficiellement; ces grosseurs s'accroissent sans presque incommoder les malades, à moins qu'il n'en existe en même temps dans les organes internes.

Quand ces tumeurs ont atteint le volume d'une noisette, elles restent immobiles et fermes au milieu du tissu cellulaire ou des fibres musculaires, indolentes même à une forte pression; la peau qui les recouvre est saine et de couleur naturelle. Les tubercules qui se développent à l'intérieur suivent, comme ceux qui se développent sous la peau, une marche lente, insidieuse; leur accroissement se fait insensiblement, et ils ne manifestent leur présence que par le désordre des fonctions des organes où ils ont pris naissance.

---

tions de la vie morale sous la conception d'une *force* unique et supérieure qui en est la condition universelle, et désigner cette force par un seul mot, celui de *conscience*, par exemple, ou *âme*, ou *esprit*, mais cette conception et ce mot n'apprennent rien. Pour *connaître*, il faut distinguer, diviser et spécifier, car toute science est d'abord une énumération. La notion n'est pas fausse, car il est évident que cette faculté ou pouvoir primordial existe, et toutes les autres facultés particulières le supposent, mais elle est stérile.

2° On peut indéfiniment diviser, distinguer et spécialiser les facultés pour les faire correspondre à toutes les nuances des faits de perception, de sentiment ou d'idées. Mais la division indéfinie de l'esprit conduit aux mêmes ténèbres que la division infinie de la matière.

Il y a un milieu entre la division indéfinie qui détruit tout et la concentration absolue qui absorbe tout, et ne rend rien: ce milieu est celui de la science humaine. Toute affirmation, distinction, description, repose sur des différences et des ressemblances. Logiquement on peut effacer toutes les différences ou les multiplier à l'infini. Mais ces combinaisons logiques sont des produits de notre esprit et ne représentent pas la réalité des choses. Il faut s'en tenir aux faits constatés psychologiquement, c'est-à-dire, par l'observation directe. En physiologie, par exemple, on a admis cinq facultés sensoriales, parfaitement distinctes. Leur distinction est établie sur des différences spécifiques révélées par l'observation directe. Aucune de ces facultés ne peut remplacer une autre, ni la suppléer dans son action propre; elles peuvent subsister, fonctionner et cesser isolément. Voilà une classification *naturelle*, s'il en fut, et inébranlable. Il est pourtant facile de considérer toutes ces facultés comme une faculté unique, sous le nom de *faculté perceptive* si l'on a égard aux fonctions, ou de *tact* si on a égard à la modification organique qui les accompagne. Parmi les actes moraux et intellectuels, il en est peu qui offrent des différences spécifiques aussi tranchées, et on a presque toujours à craindre de séparer par des distinctions verbales et logiques, ce que la nature ne sépare jamais, et de réunir ce qu'elle divise. Ce sont ces difficultés qui ont amené dans les systèmes psychologiques une diversité si grande, qu'on a peine à croire souvent que les auteurs aient parlé des mêmes choses. Les médecins, les physiologistes et anatomistes qui triomphent de ces contradictions des métaphysiciens, n'en sont pas plus à l'abri dans leur propre science. Il suffit de citer les nombreux systèmes d'anatomie inventés chaque jour, surtout depuis un demi-siècle, pour la classification et distinction des tissus élémentaires des molécules primordiales de ces tissus, de leur ordre d'arrangement et de formation, pour être convaincu que les sciences naturelles offrent les mêmes mystères que la psychologie et même peut-être de plus grands.

M. Lélut, dans ses déductions, nous paraît être resté dans les limites raisonnables de l'observation, et en avoir bien compris la nature, la difficulté et les conditions. C'est sur cette base qu'il a tracé l'histoire de la psychologie, c'est-à-dire les travaux communs des métaphysiciens et des physiologistes sur la nature intellectuelle et morale de l'homme. Nous avions l'intention de le suivre dans cette revue et de l'accompagner jusqu'à la fin de son livre, dont nous n'avons encore parcouru jusqu'ici que la première partie, et nous n'y renonçons pas; mais l'espace nous manque aujourd'hui.

Nous ne terminerons pas ce premier coup d'œil sans rendre hommage au talent, à l'érudition philosophique de l'auteur, à l'abondance de ses lumières dans des matières si élevées. Nous aurons bientôt l'occasion de discuter avec M. Lélut quelques points de théorie et d'histoire sur lesquels nous ne pouvons partager son avis; mais nous le prierons d'avance de ne voir dans cette petite querelle philosophique qu'une preuve du haut intérêt que nous a inspiré son livre, et de l'application avec laquelle nous l'avons lu et médité.

M. Gietl ayant eu occasion d'ouvrir un certain nombre d'individus morts de cette affection, a trouvé que ces tubercules étaient un produit entièrement nouveau et non des glandes tuméfiées, comme le pensait entre autres Autenrieth, qui les appelait *scrophules blennorrhagiques* (Tripper scrophel'n.)

Leur mode de formation est le suivant : il commence par se déposer dans le tissu cellulaire un petit grain dur, jaune, qui, en s'accroissant, ou en se réunissant à d'autres, forme des tumeurs de grosseur variable, mais qui ne dépassent jamais celle d'un œuf. Ces tumeurs sont dépourvues de kyste propre, et sont enveloppées par du tissu graisseux souscutané ou par le parenchyme des organes; aucun vaisseau ne rampe à leur surface ni ne pénètre dans leur intérieur; ils forment une masse compacte, homogène, blanche-jaunâtre, sans cercles concentriques, ressemblant à de la graisse condensée; ce qui leur a fait donner par M. Gietl le nom de *stéatômes gonorrhéiques*; dans quelques cas leur centre offre un ramollissement de la grosseur d'un pois.

Les tubercules se développent le plus fréquemment dans l'ordre que nous allons indiquer.

1° Ils commencent ordinairement par se manifester aux testicules, et de là se propagent au bassin et à la cavité abdominale, le long du cordon spermatique, de l'artère iliaque et de l'aorte descendante. L'auteur a saisi pour ainsi dire cette dégénérescence tuberculeuse à son origine : un homme qui, à la suite de plusieurs blennorrhagies, avait eu un rétrécissement de l'urètre, ayant succombé à une apoplexie foudroyante, on trouva dans le parenchyme du testicule droit trois à quatre petites tumeurs comme des pois, de nature stéatomateuse; la tunique vaginale commune avait, dans certains endroits, subi la même dégénérescence. Sur un autre individu mpéé du sarcocèle, de pareils petits tubercules recouvraient toute la face antérieure de la colonne vertébrale. Ce dépôt de matière tuberculeuse le long de l'aorte ventrale s'observe encore plus fréquemment chez la femme, probablement en raison du plus grand rapprochement des organes sexuels des autres viscères contenus dans le bassin.

2° Les tubercules cervicaux se forment autour des carotides, descendent avec elles jusqu'à la crosse de l'aorte, et de là s'étendent aux viscères renfermés dans le thorax.

3° Ces tumeurs peuvent se développer aussi sur les séreuses; on les rencontre surtout au péritoine. L'auteur a vu cet organe entièrement parsemé de ces tubercules, qui dépassent rarement, en cet endroit, le volume d'une fève; ils recouvrent ordinairement la surface externe de cette enveloppe séreuse, et s'étendent avec elle aux différens viscères abdominaux, comme le foie, la rate, etc., dans le parenchyme desquels on les voit s'enfoncer. On en a trouvé aussi sur les plèvres, le péricarde, l'arachnoïde; mais l'auteur ne les y a jamais rencontrés.

4° Cette dégénérescence tuberculeuse se borne ordinairement à certains organes, et plus spécialement aux organes de l'appareil génito-urinaire. M. Gietl a rencontré sur deux cadavres ces tubercules également développés aux testicules, à la prostate, à la vessie, aux urètres, aux reins, de sorte qu'il faut admettre qu'ils s'étaient formés en même temps dans ces différens viscères, et ne s'étaient point propagés des uns aux autres.

Etiologie. La cause prochaine de cette dégénérescence tuberculeuse réside, comme ce travail tend à le prouver, dans une succession de blennorrhagies négligées, devenues chroniques et surtout souvent répétées. De l'absorption insensible mais continue du virus blennorrhagique, paraît naître une dyscrasie particulière qui se trahit par le développement de ces tumeurs stéatomateuses ou tubercules gonorrhéiques. Mais quelle est la cause qui favorise une pareille dégénérescence? pourquoi celle-ci se montre-t-elle dans certains cas, et pas dans d'autres en apparence identiques? Serait-il nécessaire, pour que le virus gonorrhéique produisît la dyscrasie particulière dont il est question, que l'organisme fût soumis en même temps à l'influence d'autres causes morbifiques? Parmi ces causes prédisposantes faut-il ranger la diathèse scrophuleuse, la disposition à l'arthritis, au rhumatisme, ou une constitution détériorée par la débauche? M. Gietl s'abstient de prononcer, et attend que l'expérience ait décidé à cet égard.

Diagnostic. Les maladies qui ont avec celle qui nous occupe le plus de ressemblance, sont les scrophules, une certaine affection tuberculeuse des séreuses, dépendant d'une disposition rhumatismale ou arthritique. Ainsi l'auteur a vu, dans un hôpital de Vienne, un homme de 30 ans, qui souffrait de tiraillemens dans les membres et de coliques, auxquels ne tardèrent point à se joindre des symptômes indiquant une méningite. Le malade mourut; et à son autopsie cadavérique on trouva sur toutes les séreuses, arachnoïde, plèvre, etc., un peu de lymphe et de sérosité épanchée, en même temps qu'une grande quantité de petits tubercules. Feu le professeur Wagner fit observer à cette occasion que ce genre d'affection est presque toujours méconnu pendant la vie et confondu avec la méningite franche, tandis qu'elle reconnaît pour cause une disposition particulière, rhumatismale, contractée le plus souvent au milieu d'une vie déréglée, d'une atmosphère mal saine, et par l'effet d'une mauvaise alimentation. L'infection mercurielle, produite ou par l'abus de ce remède, ou par l'inhalation d'une atmosphère chargée des vapeurs de ce métal, fait naître volontiers aussi dans les poumons des tubercules lardacés, assez semblables à ceux de la blennorrhagie, et qui se convertissent par la macération en une pulpe grasse et caséeuse. Il résulte de ce que nous venons de dire que toute dyscrasie, quelle que soit son origine, donne plus ou moins lieu à la production de tubercules. Ainsi des blennorrhagies négligées, prolongées ou souvent répétées peuvent les provoquer, de même que des catarrhes pulmonaires fréquens ou de longue durée déterminent souvent la formation de ces tumeurs parasites dans le parenchyme des poumons.

Pronostic. D'après Autenrieth et Ritter, cette affection est incurable même à son début; si nous parcourons les différens ouvrages où cette matière est traitée, nous voyons que la plupart des méthodes de traitement ont échoué. En effet, si les tubercules se sont propagés au loin et ont atteint plusieurs organes dont les fonctions se trouvent lésées, le pronostic devient extrêmement fâcheux, et il n'y a guère de salut à attendre. Mais si ces tumeurs ne sont encore que peu développées et bornées à une petite étendue, ou si elles n'occupent que des organes peu nécessaires à l'entretien de la vie, on pourra, en les soumettant à un traitement rationnel, espérer encore leur guérison, ainsi que le démontre l'observation de M. Gietl.

Thérapeutique. L'auteur passe en revue les différentes méthodes de traitement; la méthode par les diurétiques d'Autenrieth, l'emploi des mercuriaux, du précipité rouge, du sublimé, de l'arsenic, de l'or, des bois sudorifiques, l'administration des bains de vapeur de Montpellier, le traitement de Louvrier, etc.; il trouve que tous ces moyens ont été infructueux. Il rapporte ensuite que le professeur Schœnlein essaya, d'après les conseils d'Autbenrieth, de faire inoculer de nouveau la blennorrhagie; l'essai dans ce cas fut suivi de quelques succès; après vingt-sept jours de la nouvelle infection, les tubercules qui étaient situés au cou avaient notablement diminué. Mais Autenrieth lui-même reconnait le danger de ce moyen, la nouvelle infection pouvant produire les mêmes effets nuisibles que la première ou renforcer même les effets déjà produits, et qu'elle est appelé à combattre; en outre, dans beaucoup de cas, les tubercules se développent pendant que la blennorrhagie qui y a donné naissance persiste encore; il est alors impossible de recourir à ce moyen de guérison d'ailleurs très-douteux. Désespéré de tous ces insuccès, M. Gietl s'est adressé dans ces derniers temps à la méthode suivie avec tant d'avantages par M. Lugol contre les scrophules; il a employé l'iode en frictions et à l'intérieur; la dernière observation que nous avons donnée prouve toute l'efficacité de ce remède; le médecin allemand pense qu'on retirerait également de bons effets de l'administration des eaux minérales iodurées; il engage ses confrères à recueillir de nouvelles observations sur la maladie qu'il a décrite, et à essayer encore l'emploi d'un moyen qui lui a si bien réussi.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX FRANÇAIS DES DÉPARTEMENS.

I. JOURNAL DE LA SECTION DE MÉDECINE DE LA SOCIÉTÉ ACADÉMIQUE DE LA LOIRE-INFÉRIEURE.

ACHROME VITILIGUE; par M. MARCHAND, D.-Ch.

L'auteur de cette notice commence avant d'entrer dans les détails de l'observation curieuse que nous allons rapporter par donner un exposé critique de l'état actuel de la science sur cette dermatose qui est assez rare pour que nous reproduisions les principaux traits qu'elle a offerts dans ce cas.

Obs. — Buchot, boulanger, âgé de vingt ans, est fort et bien constitué; ses cheveux, ses cils et ses sourcils sont châtains; ses yeux sont bleus, sa vue est excellente, sa physionomie spirituelle et agréable. Tout son corps est couvert de taches blanches qui ressortent d'autant mieux que le fond de sa peau est d'une teinte brune assez prononcée

On dirait que des gouttes de pluie auraient emporté la couleur, comme cela se voit sur les étoffes qui n'ont reçu qu'une mauvaise teinture. Ces taches affectent une forme ovale que l'on retrouve facilement dans celles qui sont formées par la réunion de plusieurs. On ne peut y distinguer la moindre dépression, la moindre proéminence. Si on passe le doigt de la peau colorée à la peau albifiée, on trouve

partont le même poli. la même souplesse, la même chaleur; la sensibilité parait aussi être la même partout.

C'est vers l'âge de douze ans qu'il aperçut pour la première fois quelques gouttes blanches qui allèrent toujours en augmentant de nombre et d'étendue. Leur apparition ne fut accompagnée d'aucun accident. Il n'y eut ni gonflement, ni cuisson, pas même de demangeaison. La santé n'a pas été troublée un seul instant. Ces taches sont surtout remarquables au dos, par leur étendne et par leur symétrie.

Chaque scapulum est couvert par une large tache particulière; celle de droite se reunit à la vitiligue centrale. Celle-ci reconvre la ligne mediane depuis la partie inferieure du col jusqu'au bas de la région dorsale; elle s'elargit entre les epaules, se retrecit ensuite et se termine en bas par un dessin régulier qui représente un trèfle.

Au-dessous on trouve une autre vitiligue qui a la forme d'un grand papillon dont les ailes, étendues à droite et à gauche, recouvrent les lombes.

Plus bas, et toujours sur la ligne mediane, existe encore une macule blanche qui n'a rien de particulier; les flancs sont marquetes de gouttes ovales qui toutes se dirigent de haut en bas et de dedans en dehors, en suivant la direction des côtes.

Les membres thoraciques et abdominaux offrent un assez grand nombre de points d'albification; mais la région épicrânienne, la face et les organes génitaux en sont tout-à-faits exempts.

Quelles sont les cause qui produiseot ces changemens? c'est ce qu'on ignore complétement; on les a attribués aux chagrins violens, aux passions tristes, mais on ne peut admettre l'action de ces causes dans la plupart des faits recueillis jusqu'ici. Nous sommes dans la même ignorance sur les moyeos qu'e reclame cet état. Toutes les tentatives faites jusqu'ici l'ont été sans résultat, et il paraît que dans quelques cas rares, il est vrai, ces taches ont disparu par les seuls efforts de la nature. Nous devons encore faire remarquer, avant de terminer, deux circonstances par lesquelles ce cas diffère de la plupart de ceux rapportés par les auteurs: la première, c'est l'absence de taches sur les organes génitaux, tandis que presque toujours c'est sur ces organes que l'on voit les premières traces de la maladie; la seconde, c'est que presque toujours les cheveux et les poils implantés sur les surfaces abifiées participent à cette décoloration, tandis que dans le cas que nous venons de parcourir ils avaient conservé partout leur couleur primitive.

II. JOURNAL DE MÉDECINE PRATIQUE, OU RECUEIL DES TRAVAUX DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX.

MÉMOIRE SUR CETTE QUESTION: TRACER L'HISTOIRE DE LA *PHLEGMAISA ALBA DOLENS*; insister, d'après l'observation des faits, sur la nature et le traitement de cette maladie. Ouvrage couronné par la Société royale de médecine de Bordeaux, par M. Cornelius SMEETS, médecin à La Haye.

La première partie de ce mémoire est tout entière historique et contient de bonnes recherches. L'auteur oppose les unes aux autres les opinions de divers auteurs qui se sont occupés de ce sujet, les combat les unes par les autres, et, après avoir analysé les autopsies rapportées dans les ouvrages les plus récens, arrive à cette conclusion: que ce ne sont jamais les mêmes parties qui ont paru affectées, ce qui explique suffisamment la variété des opinions des auteurs sur la nature de la maladie et sur les moyens de la combattre. Dans la seconde partie nous trouvons sept observations dont trois appartiennent à l'auteur et dont les autres ont été empruntées à divers ouvrages récens. Enfin dans la troisième partie l'auteur avance son opinion qu'il base sur les observations précédentes et d'après laquelle il considère la *phlegmatia alba dolens* comme une inflammation du tissu cellulaire. Mais comme dans cette maladie il n'y a ni rougeur à la peau, ni suppuration, ni enfin cet aspect qu'offrent toutes les phlegmasies franches, l'auteur est obligé d'adopter une espèce d'inflammation spécifique qu'il rappproche de la maladie, désignée par les auteurs sous le nom d'inflammation diffus du tissu cellulaire dont en effet quelques symptômes ressemblent bien à ceux de la *phlegmatia alba dolens*. Cependant M. Smeets ne croit pas que ces deux maladies aient exactement la même nature intime et paraît convaincu que celle dont il s'occupe n'est autre chose que l'inflammation des vaisseaux capillaires exhalans, qu'il regarde comme abondamment répandus dans le tissu cellulaire, et d'où le stimulus inflammatoire peut se transmettre à toutes les parties circonvoisines et déterminer l'inflammation du virus, des vaisseaux lymphatiques, des artères, des nerfs, etc., qui, bien que secondaires, constituent souvent la gravité de la maladie et la rendent fréquemment mortelle.

Nous ne suivrons pas l'auteur dans l'explication qu'il se croit obligé de donner des phénomènes qui caractérisent la maladie. Le point de départ de son raisonnement, c'est-à-dire l'inflammation des vaisseaux exhalans est trop hypothétique pour que les inductions qu'il en tire ne le soient pas également. Nous nous bornerons à dire que parmi les moyens qu'il indique comme devant être utiles dans le traitement de la *phlegmatia alba dolens*, il en est deux qui ont surtout frappé notre attention. Le premier, c'est l'émétique à haute dose qui, dans l'une des observations recueillies par l'auteur, a eu les plus heureux effets, et paraît devoir être employé spécialement pendant la période d'acuité; le second, c'est la compression méthodique exercée sur la partie malade, et qui convient surtout à l'époque où tous les phénomènes aigus ont disparu.

NOUVELLES OBSERVATIONS SUR LA NATURE ET LE SIÉGE DE L'ANGINE DE POITRINE; par M. GINTRAC, D.-M. P.

Cette communication est le complément du mémoire publié par l'auteur l'an dernier dans le même recueil et sur le même sujet, et contient la fin de l'une des observations citées dans ce mémoire et dont le sujet est mort depuis peu de temps, après avoir éprouvé, à une époque déjà très-éloignée, de nombreux accès d'angine de poitrine. Le fait anatomique le plus marquable, révélé par l'autopsie de ce sujet, est l'existence sur la courbure sous-sternale de l'aorte de quatre dilatations ou anévrismes vrais, partiels, formés dans un espace très-peu étendu et indépendans les uns des autres. Il ressort évidemment de ce fait, qui est très-important, puisque depuis dix ans les accès d'angine de poitrine avaient cessé de se reproduire, qu'il faut d'autres conditions qu'une altération de l'aorte pour déterminer cette douloureuse maladie. Nous admettons avec l'auteur que, dans cette affection, les nerfs du plexus cardiaque sont probablement affectés et qu'ils sont les agens de cette douleur si violente que les malades accusent; mais si, dans un grand nombre de cas ils ne sont qu'agens secondaires lorsqu'il existe des lésions organiques très-graves, M. Gintrac pense, avec raison, qu'il est des cas où il sont réellement agens primitifs, et que de même que l'asthme, l'épilepsie, la népbralgie, etc., l'angine de poitrine peut quelquefois se montrer comme une véritable névrose.

IV. BULLETIN MÉDICAL DE BORDEAUX.

DE L'EMPHYSÈME TRAUMATIQUE, par Henry Martin de Bazas.

J'ai eu occasion d'observer plusieurs fois, dit l'auteur, mais notamment dans les trois cas que je vais rapporter, des emphysèmes très-considérables, indépendans de toute lésion des organes respiratoires et de la poitrine. Ces emphysèmes avaient leur siége dans le tissu cellulaire sous-cutané des membres thoraciques ou pelviens, et ils survinrent presque instantanément à la suite de plaies par armes à feu, ou de plaies contuses avec écrasement des os et des parties molles; ce qui constituerait une espèce nouvelle et fort remarquable d'emphysème, dont, autant qu'il m'en souvienne, il n'aurait jamais encore été fait mention.

OBS. I. — Un mineur du 3[e] régiment du génie, faisant l'exercice à feu, e placé au premier rang, prenait une cartouche dans sa giberne; un soldat du troisième rang, dont l'arme etait mal dirigée, lâcha par inadvertance son coup de fusil presque a bout portant; et la charge faisant balle, penétra en totalité dans la face interne de l'avant-bras droit, en suivant une direction oblique de bas en haut On transporte le malade à l'hôpital une demi-heure après l'accident, et nous trouvons un emphysème bien caracterisé, occupant l avant-bras, le bras, le creux de l'aisselle et les parties laterales de la poitrine. Cette plaie, traitée methodiquement, necessita plusieurs contre-ouvertures L'emphysème se dissipa peu à peu, et après un séjour de plus de deux mois dans l'hôpital, ce militaire sortit entièment guéri.

Lorsqu'une plaie par arme à feu est compliquée d'emphysème, cet accident reconnaît-il pour cause l'introduction d'une certaine quantité d'air atmosphérique dans les parties dilacérées? On conçoit, en effet, qu'une charge volumineuse et qui fait une large ouverture d'entrée, puisse précipiter dans la plaie la colonne d'air qu'elle chassait devant elle. Ou bien est-il dû à un dégagement spontané de gaz qui se formeraient au sein de ces tissus frappés de mortification, d'une sorte d'asphyxie locale? Cette dernière supposition paraîtra l'auteur la plus vraisemblable; car un coup de feu, surtout lorsque le projectile est lancé avec force et à peu de distance, détermine une stupéfaction de la partie contuse, dont le tissu cellulaire, comme sidéré, est presque instantanément privé de la vie, dans une étendue proportionnelle au retentissement de la commotion. Et ne serait-il pas possible alors que les lames de ce même tissu cellulaire se laissassent passivement distendre par des gaz engendrés au milieu d'elles? Mais cette hypothèse seraitelle admise, qu'il resterait encore à expliquer pourquoi l'emphysème spontané n'est pas une complication plus fréquente des plaies par arme à feu.

OBS. II. — Un jeune homme, âgé de vingt ans, d'une forte constitution, a la main droite engagée entre un mur et l extremité d une barrique qu'il etait occupé à rouler. Il en resulte une attrition des parties molles des doigts indicateur et me-

dius, avec fracture des deux premières phalanges. Quelques heures après l'accident, je trouve une tumeur emphysémateuse s'étendant jusqu'à l'articulation huméro-cubitale. Les anti-phlogistiques et les émolliens ne purent prévenir le développement d'une inflammation dermo-cellulaire, comme érysipelato-phlegmoneuse, qui, de l'endroit de la plaie, gagna peu à peu tout le bras, le creux de l'aisselle et un peu de la région thoracique antérieure. La douleur est vive, la fièvre intense. la peau est chaude et offre, d'espace en espace, des plaques de couleur rosée. Le tissu cellulaire sous-cutané est gonflé, œdémateux et rénitent; on n'y sent point la crépitation propre à l'emphysème; il y a engorgement d'un ganglion lymphatique sous-axillaire, qui n'est nullement douloureux. Les choses persistent dans ce même état pendant six jours, sans que l'œdème douloureux paraisse avoir du tout diminué, sans que le travail de la suppuration ait même l'air de vouloir s'établir. Le septième jour, quelques accidens tétaniques se manifestent; ils augmentent rapidement, et le malade succombe dans la nuit du dixième au onzième jour.

Ouverture du cadavre. Aucune lésion viscérale à laquelle on puisse attribuer l'apparition du tétanos; attrition des parties molles des doigts; dilacération des vaisseaux et des nerfs; fracture transversale de la première phalange de l'index et du médius; gonflement considérable de toute l'extrémité thoracique droite, dont le tissu dermo-cellulaire est parsemé de taches livides, comme ecchymosées, formées par du sang extravasé. Le tissu cellulaire, dans lequel on ne rencontre point d'air, est mollasse et distendu par une sérosité un peu rougeâtre, assez consistante, mais qui ne peut être comparée à de la matière purulente. Les veines sont pleines d'un sang noir et épais; il y a injection très-marquée des vaisseaux capillaires aboutissant aux ecchymoses sus-mentionnées de la peau. On ne rencontre point de pus dans le ganglion sous-axillaire engorgé; son tissu est abreuvé d'une sérosité rosée. Les nerfs du plexus brachial et leur névrilemme sont sans altération apparente, ainsi que les muscles et les autres tissus profonds du membre.

L'emphysème, à la suite d'une plaie par arme à feu, est difficile à expliquer; il sera bien plus difficile encore d'assigner la cause probable de son apparition, après une plaie contuse avec écrasement des parties molles. Aussi l'auteur ne hasarde aucune explication.

Obs. III. — Un maçon, occupé à la démolition d'un pan de muraille, eut le pied droit entièrement écrasé, le tibia et le péroné fracturés, avec dilacération des parties molles et hernie des muscles gastro-cnémiens. Il y eut d'abord une hémorrhagie assez considérable, dont on se rendit maître à l'aide de la compression exercée par une bande roulée autour du membre. Le malade fut transporté à l'hôpital cinq à six heures après l'accident, et l'hémorrhagie ne se renouvela point lorsqu'on enleva le bandage compresseur. Au milieu de cette désorganisation épouvantable du membre, on remarqua un phénomène assez extraordinaire, quelque chose d'insolite dans le volume de la cuisse; c'était un emphysème; il commençait immédiatement au-dessus du genou, s'étendait à toute la cuisse, et se perdait dans le tissu cellulaire lombo-abdominal. En présence d'un si grand désordre, le chirurgien-major voulait pratiquer l'amputation sur-le-champ; mais le malade s'y refusa, et douze ou quinze heures après l'événement il avait cessé de vivre. On ne fit point l'ouverture du cadavre.

Est-ce à la commotion nerveuse, est-ce à l'emphysème et à l'introduction de l'air dans les veines béantes, que l'on doit attribuer cette instantanéité de la mort? Quelle fut encore, dans ce cas, la cause qui donna lieu à cet emphysème? Ce sont là tout autant de questions ardues auxquelles M. Martin ne trouve point de solution.

— A ces faits de M. Martin, M. Lanelongue en a joint un autre, publié dans l'un des numéros suivans du *Bulletin médical*.

Obs. — Il s'agit d'un laboureur âgé de 62 ans, qui, étant tombé de huit pieds de haut, ne put se relever, et ayant été transporté dans son lit, se plaignit d'une forte douleur au côté gauche de la poitrine, au niveau des 5e, 6e et 7e vraies côtes. M. Lanelongue examina cette région avec soin, et ne trouva ni rougeur ni ecchymose; mais il observa un emphysème très-considérable s'étendant à tout ce côté de la poitrine, à toute la partie postérieure du thorax et au cou. Une crépitation des plus marquées se faisait sentir dans le tissu cellulaire de toutes ces parties, qui étaient fort tuméfiées. Par la pression on faisait refluer l'air au-devant de la main, de manière à pouvoir distinguer le passage de ce fluide d'une cellule dans l'autre. Le médecin crut d'abord à une fracture des côtes, dont quelques fragmens auraient déchiré le poumon et occasioné l'issue de l'air. Mais l'examen le plus attentif ne fit rien reconnaître de semblable. Le malade fut saigné et soumis à une diète sévère.

Le lendemain l'emphysème s'était étendu aux deux côtés de la poitrine et au cou, qui était énorme. La respiration était toujours très-libre, et rien n'annonçait une lésion du poumon. (Nouvelle saignée.)

Le troisième jour, l'emphysème diminue à la poitrine et envahit toute la face. (Troisième saignée.)

Le quatrième jour, diminution sensible de l'emphysème; le 5e, il n'en reste que sur la face; le 7e, le malade est entièrement guéri; il se promène sans éprouver de douleur et mange avec appétit; l'emphysème a totalement disparu.

M. Lanelongue ne trouve pas plus d'explication à ce fait que M. Martin. L'explication ne saurait cependant demeurer douteuse; évidemment lorsque l'air n'a pas été introduit du dehors par artifice, ou ne s'est pas échappé par une rupture des poumons, il faut admettre une sécrétion gazeuse dans les tissus vivans, qui remplace la sécrétion de sérosité ou de matière coagulable. Le premier phénomène est plus rare que le second; mais il ne faut pas dire cependant qu'il n'a point été mentionné. La gangrène s'accompagne fréquemment d'emphysème; nous savons que plusieurs chirurgiens recommandables pensent que les gaz proviennent ici de la décomposition de l'escarre; mais rien n'est moins prouvé que cette assertion. Louis a rapporté le cas d'un emphysème au cou chez une jeune fille qui avait un corps étranger dans la trachée, et il l'a expliqué par une rupture du tissu pulmonaire; mais c'est encore une vue de pure théorie. Nous avons vu plus d'une fois un emphysème partiel survenir après des opérations faites sur le scrotum; Allan Burns a vu un emphysème général succéder à l'incision d'une tumeur du cou sans communication avec la poitrine; on connaît même deux ou trois cas de tumeurs développées dans les os et ne contenant que de l'air. Le fait le plus connu d'emphysème succédant à une violence extérieure est celui de Desault, qui le vit survenir après la réduction d'une luxation scapulo-humérale; et il n'est pas besoin de recourir à une lésion du poumon pour l'expliquer; car quelquefois on produit un développement de bulles d'air dans le tissu cellulaire de l'épaule, sur le cadavre même, en essayant de produire une luxation. Le mécanisme en est différent sans doute; mais la violence extérieure qui peut produire un petit emphysème sur des tissus privés de vie, peut y disposer les tissus vivans; et les emphysèmes assez communs dans les fièvres typhoïdes montrent que le tissu cellulaire est aussi propre à sécréter des gaz que des liquides, dans certaines circontances qu'à la vérité nous ne saurions préciser.

BRUIT DE CUIR NEUF OBSERVÉ DANS LES MUSCLES FLÉCHISSEURS SUPERFICIELS DES DOIGTS PENDANT LEUR CONTRACTION; par A. LALESQUE fils, D.-M. à la Teste.

Obs. — Dubernet Mazoye, âgé de 35 ans environ, d'un tempérament bilieux, employé dans les douanes, vint me consulter, dit l'auteur, vers la fin du mois de décembre dernier, pour une légère douleur qu'il avait au poignet de la main droite. Deux ou trois jours avant cette époque, il avait long-temps ramé pour traverser dans une nacelle un espace de deux lieues à travers le bassin d'Arcachon. Il ne s'est nullement senti fatigué de cet exercice inaccoutumé pour lui immédiatement après l'avoir fait. Cependant, le surlendemain de cet exercice, le poignet de la main droite devint un peu douloureux dans les mouvemens de flexion et d'extension, d'abduction et d'adduction. A cela se joignait, quand il étendait et fléchissait les doigts, une sensation de frottement à la partie antérieure du bras. Il n'y avait point de gonflement autour de l'articulation ni au bras; il n'existait pas non plus de douleur à la pression des muscles ni à celle de l'articulation; mais quand le malade appuyait ou le bout des doigts ou la paume de la main de manière à déterminer une pression à la surface articulaire, par la résistance de la main d'une part, et par le poids du corps de l'autre. l'articulation radio-cubito-carpienne devenait un peu douloureuse. Si, empoignant le bras du malade dans l'une de mes mains, je faisais ouvrir et fermer le poing, j'éprouvais moi-même un sentiment de frottement très-marqué. Dans la flexion et l'extension du poignet, les phénomènes indiqués se reproduisaient encore. En appliquant l'oreille sur le bras du malade pendant les mouvemens et les contractions que je lui faisais exécuter, j'entendais un bruit de cuir neuf extraordinairement prononcé. A distance et sans appliquer l'oreille sur le bras, les assistans et moi nous l'entendions distinctement pour peu que nous y fissions attention. Ces dernières manœuvres répétées un grand nombre de fois me donnèrent toujours les mêmes résultats; ils disparurent en même temps que les accidens du poignet s'amoindrirent et se dissipèrent. Enfin, après la cessation de la douleur articulaire que j'ai signalée, le bruit de cuir neuf et la sensation du frottement avaient totalement disparu. Les applications résolutives furent la seule médication que j'employai.

Tel est le fait; voyons quelle est l'explication que l'auteur en donne.

Les expériences d'Ehrman, de Grimaldi, de Wollaston et de Laënnec, ont prouvé depuis longtemps déjà que les muscles involontaires, le cœur et les gros vaisseaux fournissent à l'auscultation, pendant qu'ils se contractent, divers bruits qu'on appelle bruit de soufflet, de râpe et de scie, à cause de leur analogie avec les bruits de ces divers instrumens. Le cœur seul et les gros vaisseaux ont été signalés pour avoir offert le bruit de cuir neuf.

Or, si l'on se souvient que chaque muscle est enveloppé d'une gaîne cellulaire ou fibreuse qui l'isole des autres muscles et facilite ses mouvemens, il sera facile de conclure, selon M. Lalesque, à l'identité de cette gaîne celluleuse avec le péritoine, la plèvre, le péricarde, etc. Et comme le bruit de cuir neuf atteste l'inflammation de la séreuse contre laquelle frotte le cœur, ce même bruit entendu dans la contraction des muscles serait l'indice de l'inflammation de leur gaîne.

Nous ne saurions rejeter *à priori* cette induction d'un observateur qui a vu le fait; mais nous regrettons que dans le récit de ce fait il ait omis quelques particularités propres à lever toutes les objections. Ainsi, le lieu précis où s'entendait le bruit de cuir neuf n'est pas suffisamment indiqué. Non que nous veuillons insister sur cette expression *le bras*, qui, évidemment, est mise à la place de cette autre *l'avant-bras*; mais pour pouvoir affirmer que le bruit siégeait dans la gaîne des muscles, il eût fallu constater qu'il n'existait pas dans la gaîne vraiment séreuse des tendons. D'après l'observation même, il se pourrait que le bruit n'ait été causé que par le frottement des tendons; car si on l'entendait à

distance du bras, à plus forte raison devait-on le percevoir en appliquant l'oreille sur les muscles dont dépendaient les tendons affectés. Pour dire toute notre pensée, il nous paraît très-probable que cette affection légère était en effet une inflammation des gaînes tendineuses, pareille à celle sur laquelle MM. Rognetta, Velpeau et Maingault ont appelé l'attention des observateurs, et qui produit une crépitation sensible à l'oreille et sous le doigt.

V. BULLETIN DU CERCLE MÉDICAL DE MONTPELLIER.

Nous recevons un premier bulletin de cette société daté d'avril 1836; aucune note n'indique quel sera le mode de publicité suivi; toutefois on annonce un bulletin prochain qui devra contenir la fin d'un mémoire commencé dans celui-ci.

DOUBLE SARCOCÈLE AVEC ABCÈS DANS LE TISSU DES BOURSES; LIGATURE DE L'ARTÈRE ET DES DEUX VEINES SPERMATIQUES DU CÔTÉ GAUCHE; RÉSOLUTION. — Observation recueillie par M. Ch. LEVIEUX, élève à l'hôpital Saint-André de Bordeaux.

Ire Obs. — Rondeau, vigneron, âgé de 52 ans, fut atteint il y a sept mois d'une douleur dans le testicule gauche, avec une petite tumeur du volume d'une fève à l'extrémité inférieure de cet organe. Les sangsues, les cataplasmes émolliens, les fumigations aromatiques, furent employés; mais le malade continuant ses courses à pied et à cheval, la tumeur s'accrut. Plus tard le testicule droit devint douloureux et se gonfla à son tour; le repos diminua cette tuméfaction, mais il resta de l'induration dans les testicules, et un petit abcès se forma à la partie inférieure des bourses. Le malade entra à l'hôpital St-André; on ponctionna l'abcès qui versa une grande quantité de pus et se transforma en un petit pertuis fistuleux.

Le malade affirmait n'avoir jamais eu la vérole. Depuis que ses testicules étaient dans cet état, il paraît qu'ils n'avaient plus sécrété de sperme.

On prescrivit des frictions avec l'onguent napolitain deux fois par jour; mais la maladie restait stationnaire, et Rondeau insistant pour en être débarrassé, M. Moulinié se décida à lier l'artère spermatique.

Le cordon testiculaire gauche fut mis à découvert, et ses vaisseaux isolés. Mais ici une difficulté se présenta; l'artère ne donnait point de battemens et ne pouvait être distinguée des veines; une piqûre faite aux trois vaisseaux fit sortir de chacun du sang également noir. On se décida donc à les lier tous trois.

L'opération n'eut par elle-même aucune suite fâcheuse. Le malade sortit de l'hôpital avant sa guérison complète; mais ses testicules étaient moins gros et moins indurés; la douleur était disparue, et il était très-satisfait.

M. Levieux pense que cette triple ligature a plutôt agi comme moyen perturbateur, qu'en opposant un obstacle à la nutrition du testicule. En effet, le testicule droit, sur lequel on n'agissait nullement, a cependant diminué autant que l'autre. Nous laissons de côté cette discussion; nous n'insisterons pas non plus sur la valeur de l'opération, soit comme elle avait été conçue, soit comme elle a été pratiquée; ce n'est pas un premier essai; et l'on sait que l'on a ainsi assez peu de chances de réussite. Mais la difficulté rencontrée par M. Moulinié n'avait pas encore été signalée. Cela tient-il à ce qu'on ne l'avait point observée, ou bien avait-elle été plus facilement vaincue? Il nous semble au moins que l'habile chirurgien bordelais a oublié de mettre en usage le moyen de diagnostic le plus facile et le plus sûr; en comprimant les vaisseaux lésés tantôt au-dessus, tantôt au-dessous de leur division, la sortie du sang par le bout inférieur des veines, par le bout supérieur de l'artère, aurait dissipé tous les doutes.

VI. JOURNAL DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE D'INDRE-ET-LOIRE.

OBSERVATION DE CATARRHE PULMONAIRE TRAITÉ PAR LE BAUME COPAHU EMPLOYÉ A DOSE PURGATIVE; par M. A. ARCHAMBAULT REVERDY.

Le copahu est depuis longtemps déjà l'occasion de discussions entre les partisans de la spécificité et ceux qui veulent expliquer son action par la révulsion qu'il exerce sur les muqueuses digestives. Nous ne pensons pas que le travail de M. Reverdy mette quelqu'accord entre ces deux opinions qui semblent s'exclure mutuellement, bien que cependant il les admette toutes les deux à la fois. Il admet l'action spécifique du copahu sur les affections catarrhales chroniques, mais n'en pense pas moins que la révulsion qu'il développe d'abord sur l'intestin a beaucoup plus de part au succès que les changemens que son action secondaire peut opérer dans le tissu même où siége la maladie. Cette manière d'expliquer l'efficacité du copahu suppose que les doses doivent toujours être données assez fortes pour qu'elles produisent l'effet purgatif. C'est, en effet, ce que nous observons dans les nombreuses observations que l'auteur rapporte à l'appui de son explication, et qui ne permettent aucun doute sur l'efficacité du copahu dans le traitement du catarrhe pulmonaire. Nous allons analyser rapidement quelques-unes de ces observations.

La première avait pour sujet un ouvrier âgé de 48 ans, atteint depuis plus de 20 jours d'un catarrhe pulmonaire qui avait résisté aux moyens ordinairement employés et qui avait déterminé de la fièvre et un amaigrissement notable.

Le premier jour trois grains de copahu déterminent six selles, pas de soulagement. Le second une demi-once prise dans les 24 heures produit huit selles et l'amélioration commence à se manifester. Le sixième jour, sous l'influence de la même prescription, il n'y avait plus de diarrhée, de toux, d'exacerbation le soir. Le huitième, le calme était parfait, on cesse l'emploi du copahu, et dix jours après le malade reprenait ses travaux ordinaires.

Dans la seconde observation, l'amélioration se manifeste dès le second jour, et le neuvième la convalescence étant assurée, on suspend l'usage du copahu, et l'on prescrit à sa place la décoction de lichen édulcoré avec le sirop de quinquina. Le vingtième jour la femme qui en était le sujet reprenait ses occupations habituelles.

Dans ces deux observations et dans les deux qui suivent, l'amélioration ne se manifeste qu'avec une certaine lenteur, et le copahu est continué pendant huit ou dix jours; dans la cinquième, la dose fut donnée plus forte (une demi-once) et l'amélioration fut instantatée et tellement complète qu'on n'eut pas besoin de continuer l'administration du copahu, quoique le catarrhe pulmonaire datât déjà de deux mois, qu'il eût résisté à tous les moyens par lesquels on le traite habituellement et que le sujet fût dans des circonstances défavorables.

Ces faits ne permettent aucun doute sur l'efficacité du baume de copahu dans le traitement du catarrhe pulmonaire chronique. Mais comment a-t il guéri? est-ce en modifiant seulement, par une propriété spécifique, la vitalité des membranes muqueuses affectées, ou bien estce en portant son action stimulante sur l'intestin? c'est ce que l'auteur cherche à déterminer; et d'abord il rapporte une observation de catarrhe pulmonaire chronique où le copahu administré à des doses de quatre à vingt gouttes, ne produisit aucun effet; la maladie ne s'aggravait pas sous l'influence de cette médication, mais elle restait stationnaire; enfin la dose du médicament ayant été portée à deux ou trois gros, les effets purgatifs eurent lieu immédiatement; dans les deux cas un mieux sensible ne tarda pas à se déclarer et au bout de onze jours de traitement dans l'un et de dix jours dans l'autre les malades étaient complètement rétablis d'un catarrhe qu'ils avaient auparavant combattu par les méthodes thérapeutiques qui passent généralement pour les plus rationnelles.

M. Reverdy regarde ces deux faits comme suffisans pour réduire à leur juste valeur les prétentions fort exagérées à ses yeux des partisans de la spécificité de ce médicament, et répond ensuite à ceux qui considèrent la révulsion comme l'unique cause de l'amélioration qui succède à l'emploi de ce médicament, et c'est encore par deux faits qu'il combat cette opinion. Des purgatifs assez énergiques avaient été administrés à plusieurs reprises aux deux malades dont il rapporte l'histoire et qui étaient affectés de catarrhe pulmonaire chronique, mais il n'en était résulté aucun bien, et aussitôt qu'il employa le copahu à dose purgative, l'amélioration devint manifeste.

Le copahu agit donc, d'après l'auteur, dans le traitement du catarrhe pulmonaire chronique et comme spécifique et comme révulsif, et ce n'est que quand il est administré de manière à ce que ces deux propriétés distinctes agissent simultanément que l'on peut en attendre un effet prompt et sûr.

Il est cependant important de tenir compte dans l'appréciation de l'efficacité de ce moyen d'un avertissement que nous donne l'auteur de ce mémoire, avec une bonne foi que l'on ne rencontre pas toujours chez ceux qui vantent un moyen nouveau, c'est que pour les observations qu'il a citées, il a fait choix de celles où la médication obtenue a été le plus prononcée et a laissé de côté toutes celles où la lenteur de l'action aurait pu prêter à la controverse. C'est dire que l'on ne doit pas s'attendre à voir dans tous les cas un résultat aussi énergique, aussi rapide et aussi précisé que nous venons de le voir dans les observations citées par l'auteur.

— Nous joignons ici des extraits de deux publications périodiques qui paraissent à Paris, mais qui ne sont pas comptés dans nos revues ordinaires des journaux de médecine.

VII. BULLETIN DE LA SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

CANCER DE L'ESTOMAC AVEC PERFORATION.

Dans l'un des derniers cahiers de ce Bulletin, sur lequel nous reviendrons, nous trouvons le fait intéressant cancer de l'estomac avec perfora-

tion, péritonite et obstruction de la veine porte par de la matière encéphaloïde, recueillie par M. Pressat. Parmi les faits importans que présente cette observation, nous signalerons surtout les suivans. Le cancer de l'estomac était arrivé à la dernière période de désorganisation sans avoir pu être diagnostiqué. Le météorisme qui avait été considérable pendant les derniers temps de l'existence du malade, avait masqué la tumeur qui existait dans l'ypochondre droit, et il n'y avait point eu de vomissemens des matières alimentaires; mais le plus important c'est l'obstruction de la veine porte qui était si complète que la circulation était entièrement interrompue. La science possède déjà un assez bon nombre de faits analogues et connus presque constamment, on ne rencontre ces masses encéphaloïdes dans de grosses veines, que quand il existe quelque cancer dégénéré dans une partie voisine, leur formation offre un sujet de recherches plein d'intérêt, et qui se rattache d'une manière toute spéciale à l'une des questions dont on s'occupe le plus aujourd'hui, savoir à l'altération du sang. Voici comment l'auteur de l'observation décrit cette masse.

« La veine porte est considérablement dilatée; il existe dans son intérieur une masse blanchâtre, violacée et quelques points, gruneleux, gélatiniformes, de matière encéphaloïde, colloïde, semblable à celle contenue dans l'estomac. Cette matière occupe toute la longueur de la veine porte et la remplit exactement. Il ne m'a pas été possible de bien découvrir les moyens d'union qui existaient entre cette matière et la membrane interne de la veine. Dans quelques endroits, la matière encéphaloïde soulevée semblait emporter avec elle la tunique externe. Cette matière, parfaitement circonscrite, commence à la naissance de la veine porte, sans aucune irradiation dans les veines spléniques et mésaraïques : elle se présente sous une forme arrondie, recouverte d'une pellicule jaunâtre, en quelques points rouge lie de vin, à l'intérieur gélatiniforme, caséeuse, se continuant sans interruption jusqu'aux divisions de la veine porte dans le foie, dans lequel elle pénètre à la profondeur d'un pouce environ et cesse brusquement comme elle avait commencé. Les tuniques de la veine porte sont légèrement épaissies; elles crient sous le scalpel; au-dessous de la matière encéphaloïde la membrane interne paraît lisse, sans rougeur ni ramollissement. Il n'existe dans le foie aucun foyer purulent. » Le seul regret que nous éprouvions ici, c'est de ne pas trouver quelques mots sur l'état des veines qui dans les cas d'obstruction ancienne de la veine porte, reportent le sang dans la circulation générale.

VIII. BULLETIN DES TRAVAUX DE LA SOCIÉTÉ MÉDICO-PRATIQUE DE PARIS.

CONSIDÉRATIONS SUR L'OEDÈME DU CERVEAU PRODUISANT LA STUPIDITÉ CHEZ LES ALIÉNÉS; par le docteur BELHOMME.

L'auteur, après avoir rappelé les travaux publiés sur ce sujet, rapporte une observation terminée par la guérison dont il attribue les accidens à l'œdème cérébral. La seule conclusion importante qu'il tire de ce fait isolé, dans lequel les purgatifs paraissent avoir été la cause de l'amélioration, c'est que pour la résorption du liquide séreux qui constitue la maladie, les purgatifs et les diurétiques sont les moyens dont on doit attendre le plus d'efficacité.

NOTICE SUR UNE PHLEGMASIE ERRATIQUE, MÉTRORRHAGIE, DÉPÔT PHLEGMONEUX, GASTRO-ENTÉRITE, ENTÉRITE, CARDITE, PERTE SUBITE DE LA VUE, DE L'OEIL DROIT, MARASME, MORT; par le docteur VASSOT.

Il nous suffit de donner le texte de l'observation rapportée ici par le docteur Vassot, pour en faire comprendre l'importance. Il n'est pas de praticien qui n'ait observé un grand nombre de ces maladies dans lesquelles on voit cinq ou six affections locales se succéder sans interruption, sans qu'il soit possible de saisir le lien qui les unit. Les phlegmasies métastatiques ne doivent point être confondues avec les autres phlegmasies; elles semblent former une classe à part dans la pathologie, et réclamer une médication différente de celle qu'on leur oppose journellement, car malgré la diète, le repos et les émissions sanguines, dit M. Vassot, nous avons toujours échoué.

— *Maladies de la peau.* — M. Gibert, agrégé de la Faculté et médecin de l'hôpital de l'Oursine (vénériens-femmes), commencera son cours le mardi 7 juin, à quatre heures, dans l'amphithéâtre Quesneville, rue du colombier, 23.

— *Maladies vénériennes.* Manuel du même auteur, sous presse, pour paraître le mois prochain, chez Deville-Cavellin, libraire, rue de l'Ecole-de-Médecine, n° 10.

TRAVAUX ACADEMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Fin de la séance du 16 mai.

STRUCTURE DES POUMONS.

M. Bourgery communique les principaux résultats des recherches qu'il a faites sur ce sujet, et qu'il se propose de soumettre prochainement à l'Académie. Nous ne parlons ici que de ce qui se rapporte à l'appareil capillaire des poumons.

Les canaux aériens capillaires, dont l'agglomération forme les lobules, sont entrelacés en divers sens et anastomosés de manière à donner l'idée d'un labyrinthe. M. Bourgery les nomme, pour cette raison, canaux labyrinthiques. Ils naissent des plus petits canaux bronchiques qui se terminent en s'abouchant avec l'un d'eux. Les canaux labyrintiques augmentent de diamètre jusqu'au parfait développement de l'homme; plus tard ils semblent croître, mais cela résulte seulement de ce que les canaux contigus se déchirent de manière à ce que plusieurs ne forment plus qu'une cavité. Le même effet est quelquefois produit chez de jeunes sujets par des maladies. Quant aux capillaires sanguins, chaque artériole pulmonaire représente une tige dont les rameaux principaux se distribuent en cône ou en arbre. Chacune des branches principales ayant atteint les cloisons, c'est-à-dire les espaces inter-canaliculaires, enveloppe les canaux les plus voisins par autant d'anneaux vasculaires formés par un seul vaisseau. La même disposition se répète de proche en proche. Tous les canaux se trouvent ainsi environnés de vaisseaux annulaires interposés entre leur cloison, et qui s'abouchent les uns avec les autres dans les points tangens ou aux nœuds d'intersection, en sorte que sur une coupe entre deux rameaux nés de l'artériole d'origine ou de deux artérioles voisines, la surface est formée par un canevas de ces deux anneaux vasculaires communiquant entre eux et diminuant graduellement de diamètre.

Les veinules naissent du canevas annulaire en sens inverse des artérioles; ainsi c'est ce canevas lui-même qui constitue le système capillaire sanguin pulmonaire.

SÉANCE DU 23 MAI.

TEMPÉRATURE DES ÉPOQUES GÉOLOGIQUES DES TERRAINS TERTIAIRES, DÉTERMINÉE AU MOYEN DES MOLLUSQUES QUI ONT LAISSÉ LEURS DÉBRIS DANS CES DIVERSES FORMATIONS.

M. Deshayes adresse une note à ce sujet. L'auteur, considérant sous le rapport de leur zoologie les terrains tertiaires, les représente comme devant se diviser en trois groupes ou étages.

Les derniers terrains tertiaires, les plus superficiels ont été, dit M. Deshayes, déposés lorsque la température de l'Europe était à très-peu près celle qu'elle est aujourd'hui. Et en effet, les terrains tertiaires de cet âge, de la Norwège, de la Suède, du Dannemarck, de Saint-Hospice près Nice, d'une partie de la Sicile, contiennent à l'état fossile toutes les espèces vivant aujourd'hui dans les mers correspondantes. Il faut remarquer cependant, pour les terrains tertiaires du pourtour de la Méditerranée, qu'on y rencontre des espèces fossiles dont quelques-unes ne se trouvent plus à l'état vivant dans les mêmes parages, et qu'il faut aller chercher dans des mers plus chaudes; d'où l'on est induit à croire que, depuis la déposition de ces terrains, la Méditerranée a éprouvé un faible abaissement de température.

La seconde période tertiaire se compose d'un grand nombre de petits bassins répandus surtout vers le centre de l'Europe. Pendant cette époque, dit M. Deshayes, la température était fort différente de ce qu'elle est aujourd'hui; en effet, les coquilles vivantes qu'on peut regarder comme représentant les espèces perdues dont les débris existent dans ces terrains, se trouvent, non plus dans les mers des zones tempérées, mais dans les mers tropicales et principalement au Sénégal et en Guinée.

Si la température, à l'époque de la troisième formation tertiaire, a été encore plus élevée qu'à celle de la seconde, on sent bien que ce n'est plus par le même moyen qu'on pourra s'en assurer, et que les mollusques qui avaient besoin de plus de chaleur qu'on n'en trouve dans les mers équatoriales, ont dû entièrement disparaître de la face du globe. Une autre considération cependant peut fournir sur ce point une indication à peu près de même valeur.

Quand on observe le nombre des espèces de mollusques dans les différentes mers, on voit qu'à mesure qu'on s'avance des régions polaires vers l'équateur, ce nombre va toujours en augmentant; de sorte que tandis qu'on n'observe que 8 à 10 espèces vers le 80e degré, on n'en a pas moins de 900 quand on est arrivé dans les mers tropicales du Sénégal et de la Guinée.

Maintenant, comme dans la troisième formation tertiaire le nombre des mollusques s'élève à plus de 1,400 (le seul bassin de Paris en offre jusqu'à 1,200 dans un espace de 40 lieues sur 55), on est fondé à croire que la température correspondante, à l'époque où vivaient ces 1,200 espèces dans un espace aussi circonscrit, était supérieure à la température actuelle du Sénégal et de la Guinée, dont les mers nourrissent seulement 900 espèces.

En empruntant à d'autres parties de la paléontologie parisienne des documens comparables à ceux que fournit la conchyliologie, je trouverai, dit M. Deshayes, dans le grand nombre des pachydermes, une preuve de plus de la haute température du bassin de Paris à l'époque que nous considérons; enfin la présence de certains végétaux fossiles, et particulièrement des palmiers, conduit encore aux mêmes conclusions.

STRUCTURE DES POUMONS.

M. Bazin, qui avait adressé précédemment à l'Académie des préparations et des dessins montrant le mode de terminaison des canaux aériens, discute dans une nouvelle lettre les assertions récemment émises sur le même sujet par M. Bourgery. Les deux observateurs ne s'accordent que sur le fait proclamé pour la pre-

mière fois, en 1808, par Reisseissen, qu'il n'y a ni cellules ni vésicules pulmonaires. Mais, tandis que M. Bourgery fait terminer chaque ramuscule bronchial par un réseau de canaux labyrinthiques, suivant M. Bazin les derniers ramuscules se terminent en petits cœcums, dont la longueur varie d'un quart de millimètre à un millimètre, ou un peu davantage.

LITHOTRITIE.

M. Leroy d'Étiolles présente un nouvel instrument destiné à écraser la pierre, et qui diffère de celui qu'il avait d'abord proposé, en ce qu'au lieu de faire marcher la branche mobile de la pince uniquement au moyen d'une vis de rappel; ce qui rendait la manœuvre assez longue, on peut faire glisser librement la branche jusqu'à ce qu'il y ait besoin d'exercer la pression pour l'écrasement. Alors, l'écrou qui doit saisir la vis, et qui se compose de deux moitiés jusque là écartées de manière à permettre le glissement, embrasse cette vis, et désormais la branche se meut comme dans le premier instrument proposé.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 24 mai. — Présidence de M. Louyer-Willermay.

A l'occasion du procès-verbal, M. Rochoux dit qu'on lui a prêté une opinion sur l'apoplexie qui tend à le rendre ridicule; on lui a fait dire que dans l'apoplexie il y a abolition constante de toutes les fonctions cérébrales; il n'a pas dit cela, mais bien qu'en quelques cas d'apoplexie chronique avec guérison, on observait un même genre d'aliénation mentale. Il n'a pas dit non plus que l'apoplexie produisait toujours le même genre d'affection musculaire; il a soutenu qu'il n'y avait aucun moyen de reconnaître par les lésions le siége précis de l'épanchement.

— M. Bouley lit une note sur des observations faites en Allemagne relativement au cow-pox, et extraites d'une lettre écrite à M. Imelin par M. Hering de Stuttgard, et dont la traduction sera faite, pour la prochaine séance, par M. Marc.

M. Bousquet voudrait que l'on écrivît à M. Imelin, pour qu'il envoyât le produit de l'inoculation du cow-pox, dont la découverte, que l'on dit fréquente, a fait peu de bruit dans le nord; car on est venu ces jours derniers chercher du cow-pox pour Amsterdam, et le chargé d'affaires de Belgique en a fait aussi demander.

M. Emery. Dans le mémoire il y a un fait important: les secondes vaccines qui auraient réussi par moitié, résultat bien plus avantageux qu'on ne l'a vu en France.

La note lue et la lettre de M. Hering sont renvoyées à la commission de vaccine, et il est décidé qu'on écrira à M. Hering.

MÉMOIRE SUR LA RÉSECTION DE FÉMUR POUR UN CAL VICIEUX; REDRESSEMENT DE LA CUISSE; par M. Clémot, chirurgien en chef de la marine à Rochefort.

Ce mémoire contient deux observations. Dans la première, c'est un enfant de 40 jours, dont la cuisse gauche, tout-à-fait difforme, avait l'apparence d'une masse charnue, arrondie et couchée sur le ventre; la jambe seule jouissait de ses mouvemens et était bien conformée; les articulations paraissaient libres. L'enfant était bien portant, et était venu par le siége; la jambe gauche avait été dégagée la première, pour opérer un premier accouchement long et difficile. M. Clémot pensa donc que la difformité était le résultat d'une fracture au moment de la naissance.

Un bandage extensif fut appliqué, mais ce moyen orthopédique, employé pendant plusieurs mois, échoua. Au mois de décembre 1834, l'enfant fut ramené à M. Clémot, qui eut alors recours à la résection. Une incision de deux pouces fut faite sur le cal et dans la direction longitudinale de la cuisse; l'aponévrose ouverte, l'angle osseux parut, mais recouvert par des parties musculaires qui y adhéraient. Celles-ci furent détachées dans les trois quarts extérieurs de l'os, et ménagées à leur insertion interne, afin qu'elles pussent maintenir les fragmens en rapport, ou diminuer la tendance au déplacement.

Le fémur étant à nu, on reconnut un angle de 112 degrés environ; l'os était arrêté dans son développement et atrophié. A l'aide de deux spatules portées sous l'os en sens opposé, on refoula les parties molles et en fit saillir le sommet de l'angle; et avec une scie à phalange, une section perpendiculaire fut faite à l'axe du fragment supérieur, en ne comprenant que les deux tiers de son épaisseur. Une égale section fut faite ensuite au fragment inférieur; la perte de substance fut peu considérable et aux dépens du cal; on procéda à la coaptation; mais l'atrophie ne put faire espérer que, malgré le redressement, le membre reprît sa longueur normale. Les moyens consécutifs suffirent pour maintenir en rapport les fragmens et obtenir le redressement du membre. Soixante-dix jours après la résection, l'enfant fut ramené à Bordeaux, ayant la cuisse redressée et allongée, mais plus courte que celle du côté opposé. Le membre jouissait de ses mouvemens et de ses usages.

Deuxième observation. — Le 3 décembre 1834, un cultivateur âgé de 27 ans tomba d'une charrette et se fractura la cuisse gauche un peu au-dessus de sa partie moyenne. Après la guérison, le fémur resta déformé et coudé à angle de 130 degrés, dont le sommet faisait saillie à la partie externe et un peu antérieure. Le membre était raccourci de 3 pouces, la jambe et le pied portés en dedans, et le malade dans l'impuissance de marcher. Quand M. Clémot le vit, le cal ne pouvait plus céder, l'extension devenant inutile.

La résection fut faite le 21 février 1835, le membre placé sur l'appareil à double plan incliné, soixante-dix jours après le malade fut enlevé de dessus le plan incliné et placé dans un lit, le jarret portant sur des coussins, de manière à maintenir encore la jambe et la cuisse dans la demi-flexion, en lui permettant quelques légers mouvemens. Il arriva plus tard à pouvoir s'appuyer sur son membre; il n'a plus qu'une claudication à peine sensible.

—Voici maintenant la description de cet appareil à double plan incliné, dont M. Clémot a montré le modèle à l'Académie.

Il consiste en deux planchettes de 40 centimètres de hauteur, de 50 de largeur et de 2 d'épaisseur, mobiles l'une sur l'autre au moyen de charnières placées à leur point de contact, et présentant sur cette ligne de jonction deux trous. La planchette correspondant à la région anale est échancrée, et toutes deux sont taillées à la partie inférieure de leurs bords latéraux, de manière à offrir des arrêtes ou des dents destinées à entrer dans des crans de crémaillère que portent les deux traverses sur lesquelles repose le double plan incliné. Ces traverses, longues de 1 mètre 85 centimètres, larges de 9 centimètres, épaisses de 3, sont arrondies à leurs extrémités, que l'on peut nommer supérieures ou inférieures, selon qu'elles correspondent à la tête du malade ou à ses pieds, bien que la position de l'appareil dans le lit soit horizontale. Des crans de crémaillère de 1 centimètre de profondeur, et n'entamant que la moitié de l'épaisseur de ces traverses, s'étendent, de leur partie moyenne à peu près, jusqu'à 35 centimètres de leur extrémité inférieure. Des trous à chaque extrémité donnent passage à des cordes de la grosseur du petit doigt, et cinq ou six trous placés au niveau des crans sont traversés par des tiges de fer qui, se vissant dans des écrous à oreilles, rapprochent les pièces de l'appareil. Des sangles fortes et larges remplissent l'intervalle qui existe entre les traverses, et seulement aux extrémités qui doivent correspondre à la partie supérieure du corps du malade. L'appareil ainsi établi pourrait suffire, mais j'ajoute une sorte de chevalet mobile destiné à faciliter encore l'augmentation ou la diminution de la flexion, et surtout à permettre d'augmenter la flexion de la cuisse sans changer celle de la jambe, *et vice versâ*.

Ce chevalet est formé par la réunion de petites pièces de bois de 25 cent. de longueur et 2 cent. d'épaisseur, taillées en prismes, et fixées par leur base au moyen de la colle forte et sans se toucher, sur un morceau de toile écrue assez long pour s'appliquer sur les deux faces du double plan incliné. La rangée de ces petites pièces de bois est interrompue au milieu par une autre pièce de bois de 10 cent. de longueur et 5 de largeur, arrondie à ses extrémités et à sa face supérieure, et collée ainsi à la toile par sa face inférieure qui est plane. Aux deux bouts sont des trous ayant 2 cent. de diamètre, et par où descendent perpendiculairement deux bâtons cylindriques de 50 cent. de longueur, qui vont s'appuyer sur une planchette à mortaise fixée sur les deux traverses principales. Les bâtons cylindriques sont percés, dans leur moitié supérieure, de rangées de petits trous destinés à recevoir des pistons en fer de la grosseur d'une plume à écrire.

Toutes ces pièces d'appareil, construites en bois de chêne ou de noyer, s'assemblent avec la plus grande facilité; on les maintient en rapport au moyen de tiges de fer garnies de leurs écrous, et l'on fait tomber dans les crans de crémaillère les dents du double plan incliné, selon l'angle que l'on veut donner à la demi-flexion. L'on serre les écrous, et le double plan incliné se trouve saisi d'une manière fixe comme dans un étau. On place le chevalet que l'on garnit d'un coussin plat, mais suffisamment garni de laine ou de coton.

On passe les sangles, et l'on porte l'appareil ainsi monté sur le lit qui doit recevoir le blessé, et l'on y pose ce dernier avec les précautions convenables; des oreillers placés sur les sangles soulèvent le haut du corps et mettent dans le relâchement les muscles abdominaux, les psoas et iliaques. Les deux ischions appuient sur la planchette échancrée, et la contr'extension se trouve établie par le poids du corps et du bassin. Le jarret porte sur la partie supérieure du chevalet; la jambe et le pied sont garnis d'une semelle, ou tout simplement d'une bande dont on fixe les deux chefs à une des tiges en fer qui réunissent les traverses. Si l'on veut augmenter ou diminuer la flexion, on desserre les écrous et l'on change de quelques crans les planchettes, ou bien élevant le chevalet mobile le long des deux bâtons cylindriques, on le fixe à la hauteur voulue au moyen de deux pitons engagés au-dessous, dans les trous destinés à les recevoir. Si l'on veut élever un peu la cuisse sans changer l'angle de flexion de la jambe, on glisse des coins en bois ou des coussins sous la toile mobile garnie de petites pièces de bois. La même manœuvre se fait avec une égale facilité pour relever la jambe et diminuer sa flexion. Les cordes placées aux extrémités des traverses sont passées dans des poulies ou traverses fixées au montant du lit, ou à la partie supérieure de l'appartement ou des vaisseaux. Des aides ou des infirmiers soulèvent le malade et l'appareil en totalité, lorsqu'on a besoin de faire le lit, de panser ou de poser un bassin.

M. Cornac demande le renvoi de ce mémoire au comité de publication. (Adopté.)

— M. Villeneuve, au nom de la commission de topographie et de statistique, fait un rapport sur une lettre de M. Leuret, dans laquelle il cherche à expliquer quelques assertions qui, lors du premier rapport sur la topographie médicale de Chartres, adressée par ce médecin, avaient paru dénuées des preuves nécessaires. Ces assertions étaient surtout relatives au charbon et à la pustule maligne, dont sont fréquemment atteints les ouvriers de cette ville qui travaillent des matières plus ou moins altérées.

A Chartres, dit M. Leuret, 20 maîtres et 80 ouvriers s'occupent presque indistinctement des différentes préparations des peaux d'animaux (tanneurs, corroyeurs, mégissiers.) La pustule maligne les atteint beaucoup plus souvent que le charbon. On ne saurait connaître le nombre des malades, qui sont souvent traités secrètement par les charlatans. Le traitement général adopté par les médecins consiste à faire une incision cruciale au centre de la tumeur, quelquefois l'extirpation, puis la cautérisation avec la potasse caustique, le deuto-chlorure de mercure, le beurre d'antimoine ou le nitrate d'argent. Souvent on est obligé de réitérer l'application du caustique. (Remercîmens.)

—M. Villeneuve fait un second rapport sur une lettre de M. Chatard, de Baltimore, remise par M. Chervin, sur l'emploi du seigle ergoté dans l'accouchement. M. Chatard avait avancé, dans un mémoire publié en 1818 à New-Yorck, que dans douze cas où le seigle ergoté avait été donné, six enfans seraient venus au monde asphyxiés, et sur ce nombre trois auraient succombé. M. Villeneuve combattit cette opinion dans son mémoire, et M. Chatard, dès 1828, ne se montra plus aussi antagoniste de cette substance, bien qu'il lui attribuât encore certains accidens (vertiges, engourdissemens, asphyxie de l'enfant) dus à des doses trop élevées (1 gros); doses auxquelles il est porté fréquemment sans inconvénient dans nos climats. M. Chatard cite à ce sujet deux de ses compatriotes, MM. Halcombe et S. Jackson, qui ne le donnent qu'à la dose de 2 ou 3 grains, de quart d'heure en quart d'heure.

Depuis 1828, les nouveaux résultats obtenus par M. Chatard sont tels et en si grand nombre qu'il est maintenant un des plus zélés partisans de ce moyen.

M. Villeneuve se félicite beaucoup de cette conversion. Quand je le prescris, dit M. Chatard, pour activer la matrice, la dose est de 15 à 20 grains en poudre, dans du café chaud ou du vin chaud trempé. Je ne répète jamais la dose, ayant observé que quand l'estomac peut en être impressionné, la plus petite dose suffit pour produire l'effet désiré. Depuis que j'ai adopté ce mode, j'ai parfaitement réussi, et n'ai jamais eu lieu de m'en repentir.

M. Capuron fait observer qu'il est impossible de savoir si c'est le vin, le café ou le seigle ergoté qui agit.

— M. Voisin lit un mémoire sur quelques points relatifs à la phrénologie.

FIN DE LA DERNIÈRE SÉANCE.

— M. Dupuy, au nom de M. Bouley et au sien, fait un rapport sur un mémoire de M. Galy, pharmacien à Pomponne, intitulé : *Du traitement de l'affection catarrhale, vulgairement nommée morve des chevaux*. Le rapporteur examine cette question sous le rapport de l'économie politique ou sociale, de la pathologie comparée, de la thérapeutique vétérinaire. Le traitement consiste à faire des injections continues avec l'acide hydrochlorique étendu d'eau tiède, et poussées au moyen d'un appareil ingénieux et assez compliqué, qui permet de les faire arriver dans toutes les parties des voies nasales et de les débarrasser des corps étrangers. L'un des commissaires a été témoin de l'amélioration sensible, de la guérison de deux chevaux. Il serait, dit-il en terminant, à souhaiter qu'on procurât à M. Galy les moyens d'appliquer son traitement sur une plus grande échelle ; que les chevaux n'offrissent aucune complication à la morve véritable, qui affecte principalement la membrane muqueuse des cavités nasales. On devrait choisir une température moins contraire à l'efficacité des moyens que M. Galy met en usage contre la morve des chevaux. (Adopté.)

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

OBSERVATIONS DE TUMEURS ENKYSTÉES AVEC QUELQUES RÉFLEXIONS SUR LA NATURE ET LE TRAITEMENT DE CES PRODUCTIONS ANORMALES, par M. MAGISTEL.

Obs. I. — Mademoiselle C..., âgée de trois ans, est d'une constitution lymphatique ; sa tête présente encore des traces d'un *impetigo granulata*. En novembre dernier, la mère de cette petite fille remarqua qu'elle portait, au-devant du larynx, une tumeur mobile, du volume d'une noisette. On eut recours à l'emploi de cataplasmes, d'abord émolliens, puis résolutifs. Un mois après son apparition, cette tumeur devenue un kyste gros comme un œuf, fut ouverte d'un coup de lancette par un chirurgien célèbre, et vidée complètement. Elle contenait une sérosité limpide et peu de sang. Huit jours après cette première incision le kyste déjà reformé fut ouvert de nouveau. A la suite de cette ponction, il survint, sous l'influence d'une autre cause sans doute, un érysipèle de la face. Pendant une quinzaine de jours l'ouverture du kyste suinta ; mais dès que l'érysipèle eut cédé entièrement à un traitement convenable, une poche volumineuse tendit à envahir tout le tissu cellulaire lâche qui se trouve au-devant du cou. Il fut conseillé alors de donner issue au liquide par des ponctions faites à l'aide d'une aiguille. Plusieurs fois ces ponctions avaient été pratiquées, et deux jours après avoir été vidée, la poche contenait encore plus de liquide qu'auparavant. Elle était grosse comme un œuf d'autruche, et occupait toute la partie antérieure du cou lorsque je vis la petite malade pour la première fois, le 22 mars 1836.

Le 27, le kyste fut ouvert par une incision verticale de huit à dix lignes, qui donna lieu à l'écoulement de deux verres environ d'un liquide séreux, mêlé de stries sanguines et de flocons albumineux.

Les 28 et 29, un liquide semblable mouilla les compresses qui étaient placées au-devant du cou. Les bords de la plaie étaient écartés par une mèche de linge ; la santé générale de la petite malade était bonne ; un régime sévère, les soins attentifs de ses parens, favorisaient le traitement chirurgical.

Le 30 mars, je fis des injections avec du vin aromatique miellé, chaud ; un bandage légèrement compressif maintenait sur la place que la tumeur avait occupée, des compresses qui en étaient imbibées ; le lendemain, la région antérieure du cou était gonflée ; la peau flasque et pendante auparavant, était tendue ; en un mot, la poche du kyste était enflammée. Il y avait eu de la fièvre pendant la nuit, et je ne crus pas encore prudent de renouveler les injections. Elle furent reprises le 1er avril, et renouvelées chaque matin, jusqu'au 6. Déjà, quoique les parois de la poche ne fussent pas complètement rapprochées, cette cavité eût à peine contenu une noix. Je remplaçai le vin aromatique par de l'eau végéto-minérale.

Le 14, les bords de l'incision qui avaient toujours été tenus écartés par une mèche de linge ou de charpie, tendaient à s'agglutiner. J'introduisis aussi avant que possible un crayon de nitrate d'argent. Cette cautérisation a été renouvelée quatre fois, et aujourd'hui, 25 avril, la guérison est complète.

La poche membraneuse qui constituait le kyste dont je viens de citer l'observation, était, sans aucun doute, le résultat d'une transformation séreuse. La nature du liquide qu'elle contenait nous l'a démontré. Mais était-ce une transformation du tissu cellulaire sous-cutané, ou la maladie était-elle due au développement anormal de quelques granulations du corps thyroïde ? Ces granulations se transforment quelquefois en vésicules à parois membraneuses dont la nature se modifie ensuite diversement (Andral, *anatomie path.* tom. 1, pag. 242). C'est aux kystes volumineux qu'elles peuvent former, que M. Maunoir a donné le nom d'hydrocèles du corps thyroïde. La maladie a débuté par une petite tumeur située au-devant du cou, mobile, sous-cutanée, éloignée du corps thyroïde qui n'est point hypertrophié. J'ai dû penser alors que j'avais à traiter un kyste séreux développé dans le tissu cellulaire. En effet, la grande analogie qui règne entre ce tissu et le tissu séreux, sous le rapport de leur conformation, de leur structure, de leurs propriétés vitales, de leurs fonctions, rend la transformation de l'un de ces tissus en l'autre, et facile et fréquente. Une autre question se présente à résoudre : le kyste était-il préexistant dans son origine, au liquide qu'il renfermait, ou bien les parois enkystées s'étaient-elles développées autour de la petite tumeur ? il n'a existé aucune altération à la peau ; le petit corps que l'on sentait dans le tissu cellulaire n'occasionnait aucune douleur ; rien n'a annoncé un travail inflammatoire, et je n'ai plus trouvé aucune trace de cette tumeur primitive. Il est plus que probable que la formation du tissu sécréteur a précédé la sécrétion du liquide. Je n'examinerai point si cette transformation du tissu était due à un état hypérémique ou asthénique, ou à une perversion de fonctions ; le mode de formation des kystes n'est point encore connu assez positivement.

Comme les kystes séreux peuvent eux-mêmes éprouver diverses transformations, lorsqu'on ne s'oppose pas à leur développement, et que, dans ce dernier cas, leur poche membraneuse s'épaissit encore par la réunion d'un plus grand nombre de feuillets, il était urgent de débarrasser la petite malade d'une tumeur qui pouvait acquérir une dimension énorme, et qui gênait déjà la respiration.

Plusieurs méthodes de traitement m'étaient offertes. Il ne fallait songer ni à l'excision, ni à l'extirpation ; mais j'avais encore à choisir entre la ponction et les injections irritantes, le séton, l'incision et la cautérisation. J'ai rejeté la ponction simple, parce que le séjour de l'injection dans la poche pouvait amener une inflammation trop vive. M'étant rappelé que M. Gama, chirurgien en chef du Val-de-Grâce, guérit, par l'incision, tous les hydrocèles qui se présentent dans son service, j'ai préféré cette méthode, qui donne toute la latitude possible pour exciter autant qu'on le désire les parois enkystées. J'ai pu, en effet, faire des injections irritantes lorsqu'elles m'ont paru nécessaires, et recourir ensuite à la cautérisation. La compression que l'on a aussi conseillée, était légèrement exercée par un bandage placé au-dessous du menton et au-devant du cou.

Ces diverses méthodes que l'on semble avoir abandonnées pour adopter l'extirpation comme méthode générale, ont souvent réussi. Ne serait-il pas possible de guérir par le traitement que je viens d'indiquer, des kystes dont les parois sont épaisses, muqueuses, fibreuses même ? Les observations suivantes vont en donner la preuve.

Obs. II — M. T..., âgé d'environ 60 ans, d'une constitution humorale, portait au-devant du cou, depuis une vingtaine d'années, une tumeur d'apparence graisseuse, grosse comme un petit œuf de poule. Depuis six mois elle était ramollie, et la peau correspondante s'amincissait et devenait violacée. M. T... voulait être débarrassé de cette tumeur qui l'inquiétait et le gênait beaucoup, mais il redoutait l'extirpation qui lui avait été conseillée ; je pensai que nous pouvions l'éviter, et le 23 août 1834, j'ouvris largement la tumeur par une incision verticale.

Il s'écoula un pus grumeleux, infect, de la consistance du fromage frais ; je fus obligé de lier une artériole. Les parois du kyste qu'il était facile d'apercevoir en écartant les lèvres de la plaie, étaient rougeâtres, offraient de petites saillies semblables aux follicules muqueux, d'où suintait un liquide analogue à celui qui venait d'être évacué. Des injections furent faites dans la poche avec une décoction de quinquina ; les lèvres de la plaie furent maintenues écartées par une mèche de charpie ; quelques compresses imbibées de la même décoction furent placées au-devant du cou et soutenues par un bandage convenable. Les injections et le même pansement furent continués pendant une quinzaine de jours. A la fin de septembre, la maladie avait entièrement disparu, et la seule trace qui en restât était la cicatrice de l'incision.

Dans ce cas la poche enkystée m'a paru de nature muqueuse. Il est difficile, à la vérité, d'affirmer que les tissus accidentels soient parfaitement identiques à ceux auxquels on peut les comparer ; mais on ne saurait nier qu'il existe entre eux la plus grande analogie. Comment s'était opéré le ramollissement de la tumeur primitive ? n'était-il pas dû à un défaut de vitalité du tissu tuméfié, plutôt qu'à un état inflammatoire ? La matière contenue dans le kyste devait être préexistante à la formation de ses parois. L'incision et les injections stimulantes ont suffi pour amener une inflammation adhésive, quoique la poche fût constituée depuis bien long-temps. Dans le cas où le traitement ne suffirait pas, ne devrait-on pas encore préférer l'excision d'une partie de la peau qui couvre la tumeur et de sa paroi antérieure, d'après Chopart, à l'extirpation ? (V. Percy et Laurent, *Dict. des sciences médic.*, t. 27, p. 45.) Lorsque le kyste est volumineux, lorsque ses parois sont amincies, lorsqu'il est situé sur le trajet d'une artère ou au voisinage de quelque organe important, peut-on se flatter, en effet, de l'enlever entièrement ou de l'enlever sans danger ? Ce sont des dissections imparfaites, pénibles pour l'opérateur, cruelles pour le malade, qui souvent sont insuffisantes pour la guérison, et peuvent avoir les suites les plus

fâcheuses. Lorsque le kyste est de petite dimension, pourquoi faire une opération qui peut entraîner des accidens et qui est fort douloureuse, tandis qu'on peut guérir en ayant recours à l'incision, aux injections, à la compression, à la cautérisation? Voici une observation dont l'heureux résultat démontre que les chirurgiens doivent se modérer un peu dans l'ardeur qui souvent les anime.

Obs. III. — L'un de nos confrères les plus distingués, M. A..., portait depuis long-temps à la tempe gauche une petite loupe. Dans ces derniers temps elle prit l'accroissement d'un œuf de pigeon et se ramollit. La peau qui la recouvrait était mince et violacée. Le malade, qui a des rapports avec les chirurgiens les plus célèbres de la capitale, reçut d'un grand nombre le conseil de faire extirper cette tumeur; ils pensaient que tout autre traitement entraînerait ou des accidens ou la récidive. J'avais vu enlever dans un hôpital, il n'y avait que peu de temps, un petit kyste de la paupière supérieure, et cette opération, si simple en apparence, avait été suivie d'un érysipèle des plus graves. La constitution médicale donnait beaucoup de ces affections.

M. A... lui-même se défiait de l'extirpation : je lui conseillai de suivre le traitement qui m'avait réussi chez M. T...; il y consentit, et j'incisai largement la tumeur : elle contenait du pus mélicérique. Je fis d'abord des injections avec de l'eau miellée, plus tard avec une décoction de quinquina. Le quatrième jour, à l'aide d'une pince, je retirai de l'intérieur de la poche une membrane de consistance fibreuse, blanchâtre, résistant à une assez forte distension. Je ne doutai pas que ce ne fût une portion des parois enkystées qui s'était détachée du tissu cellulaire voisin. Après une dixaine de jours, un crayon de nitrate d'argent fut promené dans la cavité qui était beaucoup rétrécie. Ces cautérisations ont été renouvelées et les bords de la plaie ont été tenus séparés jusqu'à ce que la cicatrisation qui s'opérait de la circonférence au centre et du dedans au dehors, fût complète. Au bout de vingt jours environ j'ai eu la satisfaction de voir le malade parfaitement guéri, et rien n'anonce que jamais une récidive soit possible.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

HISTOIRE ANATOMIQUE ET PHYSIOLOGIQUE D'UN ORGANE DE NATURE VASCULAIRE DÉCOUVERT DANS LES CÉTACÉS; suivie de quelques considérations sur la respiration de ces animaux et des amphibies, par M. Gilb. Breschet, membre de l'Institut, etc. — Paris, 1836, chez Béchet, jeune.

Les conditions dans lesquelles se trouvent les animaux, soit à la surface ou dans les entrailles de la terre, soit à la surface ou dans la profondeur des mers, soit enfin à différentes hauteurs de l'atmosphère; la nature du milieu dans lequel ils vivent, la faculté de passer de ce milieu dans un autre, doivent être liées avec certaines dispositions organiques. Ces différences dans la disposition des organes influent sur le mode d'exercice de leurs fonctions, de telle sorte que la vie n'en continue pas moins, et sans trouble, quoique l'animal soit alternativement dans des circonstances très-diverses suivant le milieu aérien ou liquide dans lequel il est plongé.

C'est une de ces dispositions, considérée dans l'appareil circulatoire, que M. Breschet vient de découvrir dans les cétacés; voici le fait.

Il existe dans différentes parties du corps de ces animaux, mais principalement au fond des gouttières pulmonaires, derrière les plèvres, de vastes plexus formés par un entrelacement de vaisseaux artériels. Ces artères ont dans toutes les parties de leur étendue le même calibre, celui d'une plume de corbeau. Elles sont, dans le thorax, fournies par les intercostales, dont les ramifications, plus ou moins déliées, se dilatent de nouveau pour constituer les artères de nos plexus. Ceux-ci recouvrent toute la face postérieure de la cavité thoracique. Leur épaisseur est de plus d'un pouce. Les vaisseaux qui les forment jouissent, soit à cause de leur mode d'entrelacement, soit à cause de leur structure intime, d'une élasticité assez grande pour pouvoir se vider sans l'intervention d'aucune puissance étrangère. Cette élasticité joue un très-grand rôle dans l'accomplissement des fonctions de ces organes.

D'autres plexus artériels, moins considérables, se trouvent le long du dos, dans les cavités abdominale, crânienne et rachidienne. Leur structure est la même.

La nature artérielle de ces plexus est incontestable : une injection grossière poussée dans l'aorte les remplit avec une grande facilité, tandis que l'injection des veines, quelque fine qu'elle soit, n'y pénètre pas.

Le système veineux offre d'ailleurs des plexus analogues, même beaucoup plus considérables et plus universellement répandus. M. Baer, de Kœnigsberg, vient de publier, sur le système veineux de ces animaux, un travail dans lequel les plexus veineux sont représentés et décrits avec beaucoup de soin. Les vaisseaux des plexus veineux sont beaucoup plus gros que ceux des plexus artériels; ce sont des espèces de plexus très-courts, s'abouchant tous les uns dans les autres, de manière à former d'énormes réseaux répandus dans toutes les parties du corps. Le système veineux des cétacés offre d'ailleurs encore cela de particulier, qu'il est entièrement dépourvu de valvules, et qu'il n'y a point, à proprement parler, de veine-cave abdominale. Toutes les veines des parties sous-diaphragmatiques, ainsi que les veines intercostales, se rendent dans un grand sinus logé dans le canal rachidien. Arrivé à la hauteur du cœur, ce sinus abandonne le canal vertébral, perfore à droite la paroi thoracique, et se décharge par deux ou trois branches dans l'oreillette droite.

Quels peuvent être les usages de ces énormes plexus vasculaires? Les naturalistes, qui jusqu'à ce jour ont traité ce sujet, ont très-bien signalé l'excessif développement du système veineux; ils ont considéré les plexus comme réservoirs du sang veineux. M. Baer lui-même n'a guère dit plus que ses devanciers, en faisant de tous ces plexus vasculaires des réservoirs destinés, pendant la submersion de l'animal, à soustraire ses organes à l'action du sang veineux. Mais il ne suffisait pas de les préserver de l'influence de cet agent délétère; il fallait encore qu'ils fussent continuellement excités par du sang artériel tenu en réserve. Lorsque l'animal vient respirer à la surface de l'eau, il fait une certaine provision de sang artériel qui passe dans les réservoirs; lorsqu'il replonge sous l'eau, l'action du cœur faiblissant, les plexus artériels, en vertu de leur élasticité, se vident; le sang qu'ils contenaient reflue dans le système artériel, et entretient ainsi le jeu des organes.

TRAITÉ ÉLÉMENTAIRE DE PHARMACOLOGIE, par M. Cottereau, D.-M., agrégé en exercice à la Faculté de médecine de Paris. — Un vol. in-8° de 800 pages. Paris, 1836.

La pharmacologie, comme les autres sciences qui traitent spécialement des agens thérapeutique, fut complétement négligée parmi nous, du moment où l'étude de l'anatomie pathologique occupa exclusivement l'attention, et où l'on crut que toutes les recherches devaient avoir pour but la découverte du siége des maladies. Aujourd'hui, ces idées exclusives sont généralement abandonnées, et la pharmacologie reprend dans les études médicales le rang qu'elle aurait toujours dû y conserver. Ce n'est pas, cependant, que la pharmacologie représente une science à part, ayant ses principes, une méthode et des faits spéciaux. Si on enlevait à la pharmacologie ce qu'elle a emprunté à la matière médicale, à la pharmacie et à la thérapeutique, nous ne savons pas trop ce qui lui resterait; mais ces trois sciences sont trop compliquées et trop vastes pour que le médecin, qui a tant d'autres études encore à faire, soit tenu de les posséder dans toute leur étendue; il suffit, par exemple, qu'il connaisse de la pharmacie ce qui lui est indispensable pour l'art de formuler, et il n'a nullement besoin de connaître toute une foule de détails pratiques qui sont remplacés avec avantage par la connaissance des applications thérapeutiques. Ainsi, l'étude de la pharmacologie non-seulement n'est pas inutile comme on l'a prétendu, mais elle est indispensable dans les écoles de médecine; parce qu'en ne fixant l'attention des élèves que sur les points vraiment utiles pour eux des trois sciences qu'elle comprend, elle leur laisse le temps de se livrer à des études d'une plus haute importance pour eux. Un bon traité élémentaire de pharmacologie doit donc être un ouvrage éminemment utile à l'étudiant dont il économise le temps, et même au praticien qui est souvent embarrassé dans l'application des agens thérapeutiques. Sous ce point de vue, le travail de M. Cottereau nous semble remplir un vide qui existait dans notre littérature médicale.

Le traité élémentaire de pharmacologie est divisé en trois parties distinctes, dont chacune répond à l'une des trois sciences que nous avons déjà indiquées, comme faisant essentiellement la base de la pharmacologie. L'auteur les désigne sous les noms suivans : 1° la pharmacomathie ou l'étude des substances simples; 2° la pharmacotechnie, ou l'art de préparer les médicamens; 3° la pharmacodynamie, ou l'appréciation des propriétés des unes et des autres. Nous ne suivrons pas l'auteur dans l'exécution de cet ouvrage élémentaire, et où, par conséquent, on ne peut s'attendre à trouver des faits nouveaux ou des découvertes; mais nous dirons qu'il présente avec exactitude l'état actuel de la science, et qu'il se recommande par une exposition claire et précise, et un choix judicieux au milieu des matériaux presque sans nombre qu'il avait à sa disposition. La seconde partie surtout est traitée de manière à laisser peu à désirer; peut-être le lecteur sera-t-il étonné de trouver à chaque page, pour ainsi dire, des noms nouveaux, la plupart tirés du grec, et qu'il oubliera presque immédiatement; mais ces mots, dont quelques-

nns ne sont peut-être pas heur ux, n'étant employés que comme moyens de classification et pour éviter des périphrases, l'élève n'a pas besoin de s'en charger la mémoire, et il lui suffit de se rappeler les faits et les méthodes qui s'y rattachent. On ne doit point oublier que des moyens de classification sont indispensables dans un ouvrage de ce genre, et que la langue française se prête peu à l'emploi de nouveaux mots techniques. Peut-être aussi pourrait-on désirer que la troisième partie eût reçu plus d'extension, et que *l'art de formuler*, par exemple, n'eût pas été renfermé en quatre pages; car la circulation de cet ouvrage, nous en sommes persuadés, ne sera pas bornée aux seuls élèves de M. Cottereau auxquels il paraît l'avoir spécialement destiné; tous ceux entre les mains desquels il tombera ne pourront pas venir écouter à ses cours les détails qui manquent peut être sur quelques points. Mais nous ne devons pas oublier que le volume a déjà plus de huit cents pages, et que l'auteur n'aurait pu donner plus de détails sans augmenter son ouvrage d'un volume, ce qui eût dépassé les limites ordinaires d'un traité élémentaire.

RÉFLEXIONS INSPIRÉES A UN MÉDECIN DE PROVINCE, par la discussion qui a eu lieu, au sein de l'Académie royale de médecine, au sujet du rapport de la commission par elle nommée pour lui présenter un projet de réorganisation médicale. 18 pages in-4°.

Il y a à peine quelques mois qu'il n'était question parmi nous que de réorganisation médicale; dans les sociétés de médecine, comme dans les feuilles périodiques médicales et dans les discours académiques, partout on ne s'entretenait que de l'insuffisance des lois qui avaient régi jusqu'ici le corps médical, des abus qu'elles laissaient s'établir ou même dont elles étaient la cause directe, des intérêts moraux et matériels des médecins compromis, et surtout des moyens de porter remède à tous ces maux. On se rappelle les nombreux travaux entrepris à cette occasion, et que la GAZETTE MÉDICALE a reproduits et commentés avec tant de soins. Cette fièvre de reorganisation semblait perdre de son intensité, et les projets présentés paraissaient devoir faire place à des projets en apparence d'une utilité plus immédiate, et leur réalisation être remise à une époque plus éloignée; mais la nomination qui vient d'être faite par le ministre de l'instruction publique d'une commission chargée de présenter un projet d'organisation médicale, va, nous n'en doutons pas, appeler de nouveau l'attention sur ce sujet important, et hâter la publication de travaux qui pouvaient n'être qu'en projet, et qui seront consultés avec fruit par la commission qu'a nommée le gouvernement.

Les *réflexions inspirées à un médecin de province*, que nous avons en ce moment sous la main, nous paraissent surtout mériter une attention toute spéciale. L'auteur, dans l'examen critique du projet présenté par l'Académie royale de médecine, fait preuve à la fois d'un talent remarquable de discussion et d'une connaissance approfondie de l'organisation médicale et des abus qu'elle entraîne.

Parmi les modifications qu'il propose au projet de l'Académie, il en est plusieurs qui peuvent être résumées en peu de mots; nous allons en signaler ici quelques-unes.

L'institution des conseils médicaux paraît être considérée par l'auteur comme très-avantageuse; mais il craint que, malgré l'honneur attaché au titre de conseiller, on ait de la peine à trouver neuf médecins qui veuillent abandonner leur clientelle pour aller siéger au conseil médical de leur département; et il pense que cette innovation précieuse répondrait mieux aux besoins actuels, si, au lieu de placer les conseils médicaux au chef-lieu de chaque département, on les établissait au chef-lieu de chaque arrondissement; il désirerait qu'ils fussent élus par une association composée de tous les docteurs en médecine et en chirurgie, de tous les pharmaciens-chimistes et des vétérinaires légalement reçus de l'arrondissement, et qui prendrait le nom de collége de médecine, de chirurgie et de pharmacie.

C'est surtout aux conseils médicaux qu'il désirerait qu'appartînt le droit de désigner les médecins cantonnaux. Mais en parlant des médecins cantonnaux, il demande que l'on répare le silence qu'a gardé l'Académie sur la manière dont ils seraient rétribués; ce qui éloigne le plus les jeunes médecins des campagnes où ils pourraient rendre de grands services, c'est surtout le peu de ressources que la plupart d'entre elles leur offrent, l'obligation où ils seront après tant de dépenses déjà faites d'en faire encore et de plus considérables pendant plusieurs années, et encore après tout l'incertitude du succès. Que l'on assure une prime où un traitement fixe, honorable, à ceux qui iront se fixer dans certains endroits qui réclament en vain des médecins, et qui pourront être désignés par le préfet, et bientôt on verra une foule de jeunes médecins qui dans l'incertitude du succès ou dans l'impossibilité d'un déplacement coûteux, auraient préféré rester dans une grande ville, où, en attendant la clientelle, ils auraient trouvé plus facilement quelques moyens d'existence honorables, se répandre dans la campagne et y porter le fruit de leurs études. L'une des circonstances les plus défavorables à l'intérêt matériel des médecins, c'est sans contredit le défaut d'équilibre entre les villes et des campagnes: il y a trop de médecins dans les premières et pas assez dans les secondes; et le moyen de rétablir cet équilibre ne sera pas de créer de nouvelles places lucratives dans les villes, cette mesure n'aurait d'autre résultat que d'étendre l'aristocratie médicale là où elle existe, et de la faire naître où elle n'existe pas.

La création de trois nouvelles écoles sera-t-elle plus efficace? cela n'est pas probable. L'auteur examine dans quelles conditions elles devraient être, de quelle manière devraient être dirigées les études, et comment les examens devraient être faits pour qu'elles puissent avoir l'effet qu'on en attendrait. Il entre à cette occasion dans des détails que nous ne pouvons reproduire, mais qui portent tous l'empreinte d'une haute capacité, d'une parfaite indépendance et d'un vif désir de voir la médecine obtenir la considération à laquelle elle a tant et de si justes droits.

DE L'EFFICACITÉ ET PARTICULIÈREMENT DU MODE D'ACTION DES EAUX THERMALES DE VICHY dans les maladies désignées sous le nom d'obstructions ou d'engorgemens chroniques; par Ch. PETIT, D.-M., inspecteur-adjoint des eaux de Vichy. — Paris, 1836. 50 pages in-8°.

Si le premier devoir du médecin est de procurer du soulagement aux malades qui s'adressent à lui, et de diminuer, sinon de faire disparaître ses maux, il en a un second à remplir, qui, bien que moins urgent, n'en doit pas être moins sacré et n'en réclame pas moins d'attention et de soins, c'est de se rendre compte de l'effet des médicamens qu'il a employés; et, s'il ne peut expliquer leur mode d'action comme on le fait à l'égard des agens chimiques et mécaniques, il doit au moins étudier les conditions sous l'influence desquelles ils ont agi, et chercher à les apprécier de manière à pouvoir dans d'autres cas les reproduire ou en profiter si elles se présentaient spontanément. Le premier de ces devoirs concerne le médecin dans ses rapports avec ses cliens; le second résulte de ce qu'il doit à la société et surtout à la science. C'est ce que l'auteur de l'opuscule que nous avons sous la main a parfaitement apprécié; et nous desirerions que ce devoir fût rempli sinon avec autant de succès, au moins avec une égale bonne volonté par tous ceux qui, par leur position, sont à même de faire faire quelques progrès à l'art de guérir. La réputation des eaux thermales de Vichy contre les engorgemens chroniques et particulièrement contre ceux des organes abdominaux est si bien établie, qu'il n'est personne aujourd'hui, nous pensons, qui la mette en doute; il serait par conséquemment presqu'inutile d'apporter de nouveaux faits à l'appui. Mais comment agissent ces eaux? par quel procédé parviennent-elles à faire disparaître ces engorgemens qui souvent ont résisté à une foule de moyens employés successivement? Telle est la question non résolue jusqu'ici que s'est proposé d'éclairer M. Petit. Nous allons le suivre dans la manière dont il explique l'action des eaux de Vichy dans cette circonstance. Et d'abord nous exposerons deux faits à peu près également incontestables sur lesquels repose la solution de cette question.

1° La base de tous les engorgemens chroniques est formée par de l'albumine et de la fibrine, qui elles-mêmes sont solubles dans les alcalis.

2° Les eaux de Vichy sont surtout remarquables par la facilité avec laquelle elles font pénétrer dans l'économie une quantité considérable de matière alcaline, et déterminent cet état que l'on désigne sous le nom d'alcalisation, et dans lequel toutes les sécrétions et le sang lui-même présentent un caractère d'alcalinité non douteux.

Maintenant, dit M. Petit, ne semble-t-il pas vraisemblable qu'en soumettant les malades à l'action de ces eaux, la matière qui constitue les engorgemens étant alors pénétrée et imbibée par des liquides beaucoup plus alcalins qu'à l'ordinaire, se trouve sous l'influence d'une action chimique qui tend à la ramollir et la met dans des conditions favorables à l'absorption.

Si l'on avait des doutes, continue l'auteur, sur la possibilité d'un pareil mode d'action, il suffirait, pour les dissiper complètement, d'observer ce qui se passe chez les malades qui prennent les eaux de Vichy. En effet, quand on examine, à l'aide de papiers réactifs les change-

mens que ce traitement apporte dans la nature de leurs sécrétions, on voit que toutes, même celles qui étaient très-acides auparavant, passent promptement à un état alkalin plus ou moins prononcé, suivant la quantité d'eau qu'ils ont bue ou absorbée par la peau; il est toujours facile au médecin de savoir exactement, à l'aide de ce moyen, à quel degré en est l'alcalisation. Un fait même très-remarquable que nous ne pouvons nous dispenser de citer à cette occasion, et qui, observé d'abord par M. D'Arcet, l'a été très-récemment encore par M. Chevalier, professeur de l'école de pharmacie, c'est que l'absorption des matières alcalines se fait dans le bain avec une grande facilité et qu'il suffit souvent d'en prendre un seul sans y ajouter d'eau en boisson, pour rendre l'urine alcaline.

L'auteur ainsi qu'il est facile de le voir, borne l'effet des eaux de Vichy à leur action chimique sur les parties qui forment la base de l'engorgement, de même que dans le traitement de la gravelle, et même du calcul urinaire, elles n'agissent que par la combinaison de quelques-unes de leurs parties avec les élémens du calcul ou de la gravelle. Cette comparaison entre le calcul contenu dans la vessie et les substances organiques qui forment la matière des engorgemens bien qu'exacte jusqu'à un certain point, ne doit cependant pas être poussée trop loin. Le calcul ou la pierre est une matière tout-à fait inorganique, et qui n'est douée d'aucune force de résistance à l'action des agens chimiques. Il n'en est pas de même des secondes; elles sont douées d'une vitalité qu'on ne peut peser ni apprécier très-exactement, qui, probablement, est de beaucoup inférieure à celle que possèdent les parties constituantes primitives de l'économie, mais qui n'en doit pas moins présenter un certain degré de résistance aux agens chimiques, et que ne peuvent posséder les matières tout-à-fait étrangères a l'organisme vivant qui entrent dans la composition du calcul. Un autre motif, mais qui nous semble combattre l'explication avancée ici d'une manière générale et presqu'absolue, c'est que si les molécules alcalines ont la propriété d'enlever à l'économie la fibrine et l'albumine qui forment la plus forte proportion de nos organes, nous ne voyons pas très clairement pourquoi elles s'arrêteraient aux portions de ces substances qui n'ont été que surajoutées et n'attaqueraient pas aussi celles qui sont primitives. Nous admettons bien, il est vrai, ici un degré différent de vitalité entre elles et conséquemment de résistance; cependant cette explication ne nous satisfait pas encore complètement. Ainsi, voyons l'effet de l'iode, l'un des médicamens dont l'action se rapproche le plus de celle qu'attribue ici l'auteur aux substances alcalines; l'iode n'agit pas seulement sur les parties dont la formation est due à un état morbide, mais le tissu graisseux, la plupart des glandes et la fibre musculaire elle-même, éprouvent son action, et un amaigrissement général ne tarde pas à s'observer chez ceux qui en continuent l'usage pendant longtemps et à dose élevée.

Terminons en disant que l'explication donnée ici par M. Ch. Petit nous paraît cependant rendre compte avec une certaine facilité d'une foule de phénomènes jusqu'ici inexplicables; mais nous ne pensons pas que dans l'état actuel de la science, elle doive être admise d'une manière absolue, et nous croyons que la vitalité n'est pas aussi étrangère aux effets rapportés ici qu'on serait tenté de le croire au premier abord. L'auteur cite, à l'appui de sa manière de voir, un grand nombre de faits qui ajoutent encore à l'intérêt de la question qu'il a soulevée et qu'il discute avec autant de talent que de logique et de bonne foi.

CONCOURS

POUR LA CHAIRE D'ANATOMIE.

TROISIÈME ÉPREUVE. LEÇON ORALE APRÈS TROIS HEURES DE PRÉPARATION.

Dans le compte-rendu de la dernière épreuve, nous avions déjà signalé un défaut de parité entre les différentes questions proposées; nous sommes, à plus forte raison, autorisés à faire la même remarque aujourd'hui; cette différence est encore plus tranchée. Quiconque a fait de l'anatomie une étude spéciale, ou qui a professé cette science en public, sait fort bien apprécier la différence qu'il peut y avoir entre la description des méninges et celle de l'articulation tibio-tarsienne; celle du cœur ou des organes de la déglutition et celle du péritoine. Ces différences étaient d'autant plus sensibles que les candidats n'avaient que fort peu de temps pour se préparer, à huis-clos, et sous la surveillance d'un compétiteur quelquefois très-incommode. Parmi les questions données pour cette épreuve, il en est de toutes faites, qui laissent le champ ouvert à des considérations du plus grand intérêt; il en est d'autres qui, par leur sécheresse, ne se prêtent que difficilement à ces mêmes considérations, et tel qui aurait fait une leçon brillante sur le cœur ou sur les organes de la déglutition, a dû se renfermer dans les limites étroites de la description d'une membrane séreuse ou d'une articulation.

M. Breschet a eu à décrire le péritoine. Cette question n'était certes pas des plus favorables Elle a d'ailleurs fait sentir mieux que toute autre le vice d'une épreuve qui consiste dans la description d'un organe très-compliqué, sans avoir cet organe à montrer à ceux qui vous écoutent.

Est-il jamais arrivé à un praticien d'anatomie de faire une leçon de mémoire sur le péritoine, et de s'en rapporter à la sagacité de son auditoire pour en comprendre les dispositions variées? Cette condition ayant manqué à la leçon de M. Breschet, a fourni à quelques personnes les motifs d'une critique qui s'adresserait mieux à l'épreuve qu'au candidat.

M. Breschet commence par établir un parallèle entre les différentes membranes séreuses du corps; il signale les différences de structure ou de disposition résultant des usages divers de chacune de ces membranes. Ainsi, le péritoine, devant se prêter à des mouvemens étendus et à des ampliations plus ou moins considérables, jouit d'une sorte d'extensibilité que n'offrent point les autres séreuses; c'est celle qui résulte du dédoublement de ses replis. Une autre espèce d'extensibilité se remarque dans la descente du testicule ou des hernies, elle se distingue de la précédente en ce qu'elle n'est pas instantanée, et que le péritoine perd au bout d'un certain temps la faculté de revenir sur lui-même, surtout si l'extension est portée à un haut degré.

Après ces considérations préliminaires, M. Brechet arrive à la description proprement dite du péritoine. Il l'examine successivement dans ses différentes parties et se livre, en passant, à des considérations pratiques du plus haut intérêt sur les rapports du péritoine dans les hernies et dans les opérations pratiquées sur les organes pelviens. De cette description sommaire du péritoine, M. Breschet passe à celle de ses différens replis, tels que les épiploons, les mésentères, etc., etc. Il arrive ensuite à la structure intime du péritoine auquel il n'accorde point de vaisseaux. Il rapporte les opinions de Mascagni qui voulait que le péritoine ainsi que les autres séreuses ne fussent que des réseaux lymphatiques, et de Dœllinger qui le dit formé par la membrane interne des vaisseaux.

Passant à l'anatomie comparée du péritoine, M. Breschet le considère dans les quatre classes d'animaux vertébrés. Il signale des différences relatives :

1° A la couleur qui est variable chez certains reptiles et certains poissons.

2° A la consistance qui est très-forte chez certains mammifères, l'éléphant par exemple.

3° A la nature du fluide contenu dans son intérieur. On sait que le péritoine ainsi que d'autres séreuses des oiseaux contiennent de l'air et qu'ils communiquent largement avec l'extérieur. M. Breschet passe ensuite avec rapidité sur le développement et les lésions pathologiques du péritoine, et arrive à l'histoire de ses fonctions qu'il distingue en *communes* et en *propres*. Les premières sont celles de toutes les membranes séreuses, de favoriser les glissemens des organes par l'exhalation d'une humeur séreuse, et de leur servir en même temps d'organe de protection. Les fonctions propres, nous les avons déjà indiquées en partie; c'est de se prêter à l'ampliation des organes, souvent de les fixer ou de les maintenir dans leurs rapports, et enfin les usages du grand épiploon qui peut servir de diverticulum au sang hors les temps de la digestion. A ce sujet il signale un autre usage de ce repli, c'est de servir d'organe de dépôt de la graisse, qui s'y accumule en grande quantité chez les animaux hibernans et qui fournit à leur nutrition pendant qu'ils sont engourdis.

Dans la crainte de ne pouvoir traiter complètement sa question, M. Breschet avait passé trop rapidement sur le développement du péritoine et sur ses lésions pathologiques, et il s'est trouvé avoir fini 5 minutes avant l'expiration de son heure.

On a reproché à M. Breschet plusieurs omissions et même des erreurs; notre impartialité d'historien nous porte à rétablir la vérité que quelques personnes, par inadvertance sans doute, ont altérée, en rendant compte de l'épreuve de M. Breschet; ainsi on a écrit qu'il n'avait pas signalé la communication du péritoine avec la muqueuse utérine, tandis qu'il s'est longuement étendu sur ce sujet; qu'il n'avait pas parlé du canal de Nuck, il en a parlé; qu'il n'avait pas parlé de l'épiploon gastro-splénique, il l'a indiqué. On lui a reproché en outre d'avoir fait passer les feuillets antérieurs du grand épiploon au devant de l'arc du colon; est-ce que, par hazard, ils passeraient derrière? Enfin, on l'a blâmé de n'avoir pas cité les travaux de certains anatomistes italiens; mais on peut être bon anatomiste sans connaître tous les auteurs étrangers qui se sont occupés d'anatomie, ceux surtout qui n'ont produit que des travaux médiocres En somme, la leçon de M. Breschet, sans être aussi brillante que la dernière, n'en est pas moins fort bonne et a montré un anatomiste consommé; c'est du moins ce qu'en a jugé l'auditoire qui l'a accueilli par des applaudissemens.

MM. Broc et Chassaignac ont eu à parler sur les membranes du cerveau. Après un début un peu solennel, M. Broc entre en matière. Sa question ne lui donnait à décrire que les membranes encéphaliques; il a jugé à propos d'y ajouter les membranes de la moelle.

Avant d'entrer dans les détails de la description, ce candidat se livre à quelques considérations générales sur le centre de gravité de la tête, sur la disposition oblique et étagée de la cavité crânienne, disposition qui fait que les parties basilaires du cerveau ne souffrent point de la pression qu'exerceraient sans cela les parties supérieures de cet organe. Il fait ensuite une description minutieuse de la dure-mère encéphalo-rachidienne, de ses différens replis qu'il considère comme formés par l'adossement de deux feuillets, entre lesquels se trouvent logés les principaux sinus. Il décrit ensuite les vaisseaux de la dure-mère, parle de ses artères, des veines ou plutôt des sinus veineux qu'il divise en *torculaires* et en *atorculaires*, suivant qu'ils se rendent ou non dans le pressoir (*torcular*) d'Hérophile. Les premiers occupent la voûte ou la partie moyenne de la cavité crânienne, tandis que les sinus atorculaires sont situés à la base du crâne

La pie-mère est comparée par ce candidat à une espèce de tamis divisant infiniment les vaisseaux qui pénètrent dans la pulpe nerveuse. Il regarde les replis de cette membrane qui s'enfoncent dans les anfractuosités, comme formés par une simple lamelle, parceque, dit-il, on ne peut pas les séparer à l'aide du scalpel. Il ne dit rien de la pie-mère rachidienne, et arrive à l'histoire de l'arachnoïde. Voulant donner une idée générale de la disposition de cette membrane, il la compare à une outre dont une portion, refoulée en dedans comme un doigt de gant, forme une gaine aux centres nerveux, tandis que la portion non refoulée constitue le feuillet pariétal. Cette manière de voir qui peut fort bien s'appliquer à d'autres séreuses, ne nous paraît pas aussi bien appliquée à l'arachnoïde Ici M. Broc s'apercevant

qu'il n'avait pas encore parlé des usages de la dure-mère et de la pie-mère, retrace en peu de mots les fonctions de ces deux membranes, puis revient à l'histoire de l'arachnoïde. Il décrit cette membrane successivement dans ses diverses parties, et descend de la chaire au bruit des applaudissemens.

On pourrait reprocher à M. Broc de n'avoir rien dit de la structure intime des méninges ni de leurs vaisseaux lymphatiques, ni des nerfs de la dure-mère. Mais au total cette leçon, debitée avec chaleur et entraînement, a révele dans M. Broc un remarquable talent de professeur.

M. Chassaignac avait à traiter la même question que M Broc. Essayant de la préciser, il commence par se demander si, par *membranes du cerveau* on a voulu simplement désigner les membranes qui servent d'enveloppe immédiate aux hémisphères cérébraux, ou si l'on a voulu indiquer celles de tout l'encéphale, ou enfin si l'on a voulu désigner toutes les méninges cérébro-rachidiennes? D'après le sens littéral de la question, il pouvait s'en tenir à la partie des méninges qui enveloppe les hémisphères; mais cette portion a des connexions tellement intimes avec la portion cérébelleuse qu'il deviendrait difficile d'en établir les limites; et d'ailleurs on comprend généralement sous le nom de membrane du cerveau toutes les méninges encéphaliques. M Chassaignac adopte cette manière de voir Il se livre ensuite à quelques considérations interessantes d'anatomie générale. Le cerveau, dit-il, se trouve dans les mêmes conditions que les autres organes importans et d'une structure délicate, offrant :

1° Organes protecteurs : boîte osseuse et membrane fibreuse dense et résistante qui, par ses différens replis tendus et serrés, s'interpose entre les diverses parties du cerveau et les empêche de se comprimer réciproquement.

2° Membrane séreuse qui en favorise les mouvemens. A ce sujet il rapporte la loi émise par Bichat, qui dit que partout où les organes exercent de fréquens mouvemens de glissement les uns sur les autres, il se développe des capsules de nature séreuse; et conséquemment partout où ces capsules existent, il doit y avoir des mouvemens.

3° Une membrane qui accompagne les vaisseaux dans l'intérieur de l'organe, ou qui le divise avant d'y pénétrer Une disposition semblable se rencontre dans d'autres organes tels que le foie, la rate, les reins, etc.

Après ces considérations préliminaires, M Chassaignac aborde la description de la dure-mère qu'il fait aussi complète que possible, sans toutefois parler des vaisseaux lymphatiques qu'on dit y avoir rencontrés. Il examine cette membrane sous tous les rapports, anatomique, physiologique, pathologique, sous le rapport de son développement, et a à peine le temps de commencer l'histoire de l'arachnoïde, lorsque l'heure fatale lui coupe la parole.

La leçon de M. Chassaignac n'eût rien laissé à désirer, s'il avait moins insisté sur quelques détails minutieux qui lui ont fait perdre un temps considérable. Au reste, elle a été parfaitement goûtée et suivie d'applaudissemens répétés

M. Blandin. *Les organes de la déglutition.* Plusieurs parties concourent à l'accomplissement de cette fonction,; mais il y en a qui n'y contribuent que d'une manière accessoire, telles que la langue, les joues, l'appareil des muscles hyoïdiens, etc.; d'autres sont plus spécialement affectées à la déglutition, ce sont le voile du palais, le pharynx et l'œsophage. Ces trois parties sont déjà tellement compliquées, et offrent tant de choses à considérer, qu'elles seules fourniraient matière à plusieurs leçons. M. Blandin a donc éliminé toutes les parties accessoires, et s'est contenté de faire l'histoire du voile du palais, du pharynx et de l'œsophage La description des formes, connexions, des rapports et du développement de ces organes, celle de leurs muscles, de leurs vaisseaux, de leurs nerfs et enfin de la muqueuse qui les tapisse ont occupé M. Blandin pendant trois quarts-d'heure; le reste du temps a été consacré à signaler quelques variétés anatomiques, et quelques vices de conformation de ces organes; il s'est livré ensuite à d'interessantes considérations pratiques, et enfin il a décrit le mécanisme de la déglutition. Cette question était trop vaste pour que le candidat pût faire de longues excursions dans le champ de la haute anatomie physiologique, pathologique ou comparée; toutefois il s'en est tiré avec une grande habileté et sa leçon a été accueillie par de nombreux applaudissemens.

M. Bérard a eu la même question que M. Blandin. Comme son prédécesseur, il divise les organes de la déglutition en propres, le pharynx et l'œsophage; et en accessoires, la langue, le voile du palais, le larynx et l'os hyoïde. Il se propose aussi de ne décrire que les deux premiers, sauf à revenir sur les autres si le temps le lui permet.

Examinant ensuite ces organes dans la série animale, il dit que chez les mammifères ils n'offrent point de différence avec ceux de l'homme. Cette proposition n'est pas rigoureuse; déjà dans les singes on trouve une différence assez notable, je veux parler de cette poche ou réservoir où ils peuvent déposer des substances alimentaires. Chez les ruminans, une organisation particulière fait que le mouvement anti-péristaltique devient normal. M. Bérard signale les renflemens qu'offrent ces organes chez les oiseaux et les reptiles, et arrive à l'histoire du pharynx chez l'homme. Il en décrit la forme, l'étendue, les rapports, et se livre à ce sujet à d'intéressantes considérations pratiques sur le tissu cellulaire lâche qui sépare en arrière le pharynx de la colonne vertébrale. L'engorgement et l'induration de ce tissu peuvent gêner considérablement la déglutition en s'opposant aux mouvemens étendus du pharynx. Il rapporte aussi les expériences de M. Cruveilhier sur l'étendue de ces mouvemens, laquelle, dit-il, peut aller jusqu'à quatre pouces. Il décrit successivement les muscles, les nerfs, les vaisseaux et la muqueuse du pharynx et arrive à l'œsophage Il l'étudie, comme le pharynx, dans sa forme, sa capacité, sa longueur, sa direction, ses rapports au cou, dans la poitrine et dans l'abdomen, et traite de son organisation. En parlant des follicules muqueux, M. Bérard rapporte le fait curieux de la présence d'un grand nombre de vers qu'on y trouve chez certains animaux. Enfin il s'étend très-longuement sur la partie physiologique de sa question, et indique rapidement les fonctions propres à chacune des parties dont il vient de faire la description anatomique.

MM. Michon et Laurent. *Articulation tibio-tarsienne.* Cette question, un peu rétrécie, n'a pas pu fournir matière à des leçons bien étendues. M. Michon a su cependant se tirer de sa mauvaise position avec cette facilité, cet aplomb que tout le monde se plaît à lui reconnaître. Sa description a été très-complète. On lui a reproché de n'avoir pas examiné l'articulation tibio-tarsienne chez les animaux. Mais, en bonne conscience, quel est l'anatomiste de l'école de Paris qui ait voulu s'occuper de l'étude des articulations chez les animaux, quand nous voyons que des organes beaucoup plus importans sont à peine connus? La leçon de M. Michon a paru fort bonne; elle offre le mérite de la difficulté vaincue et de la précision. Nous ferons remarquer cependant que M. Michon a fini sa leçon dix minutes avant l'heure, ce qui prouve encore que la matière ne prêtait pas à de grands développemens.

M. Laurent a résolu la grande difficulté de parler pendant une heure sur un sujet dont la description ne lui a pas pris dix minutes. Cet esprit éminemment généralisateur, cet anatomiste transcendant qui n'a jamais plané que dans les hautes régions de la science, a dû se trouver bien mal à l'aise devant une question aussi aride. Il s'en est cependant tiré en homme d'esprit; il a fait voir qu'il savait manier la parole. On ne peut mieux ne pas traiter sa question.

M. Lebaudy *Le cœur.* C'était assurément un beau sujet de leçon que celui de l'organe central de la circulation. Il était même tellement vaste qu'il n'y avait pas moyen dans le court espace d'une heure de le traiter dans toutes ses parties. La description de M. Lebaudy a été assez complète : il a examiné le cœur dans ses rapports avec les organes voisins, et a fait ensuite l'histoire de sa structure intime, de ses nerfs, de ses vaisseaux, et est arrivé enfin à l'histoire de ses fonctions, sur lesquelles il s'est assez longuement étendu.

VARIÉTÉS.

— M. Ferrus vient de rouvrir le cours clinique sur les maladies nerveuses, qu'il avait commencé l'an dernier, avec plus de succès qu'on n'avait osé l'espérer, malgré l'habileté et le talent du professeur. En effet, soumettre les aliénés à des observations cliniques régulières, était une expérience douteuse, rarement tentée avant M. Ferrus, et qui n'avait jamais réussi complètement. Les occasions d'observer ces maladies sont si rares, que la plupart des médecins n'en connaissent guère que ce qui se trouve dans les livres; sorte d'instruction dont l'insuffisance se fait vivement sentir toutes les fois qu'ils sont appelés à répondre à l'autorité sur des faits de médecine légale. Indépendamment donc du haut intérêt philosophique de ces études, elles sont d'une utilité directe pour la pratique. Les élèves et surtout les jeunes médecins ne peuvent manquer d'accueillir avec empressement un enseignement qu'ils ne retrouveront peut-être jamais ailleurs.

Les leçons de M Ferrus ont lieu alternativement à Bicêtre et à la Ferme-Ste-Anne, qui est une sorte de succursale du premier hospice. Nous avons recueilli quelques renseignemens pleins d'intérêt sur cet établissement encore peu connu.

La ferme Sainte-Anne est située derrière l'Observatoire, près de la barrière de la Santé: elle appartient aux hospices, qui l'avaient louée. Elle consiste en un vaste bâtiment et en terres cultivables Le bail étant expiré depuis trois ans, l'administration, sur la demande de M. Ferrus, en confie la culture aux aliénés convalescens. Cet essai, habilement dirigé, réussit complètement. Les aliénés, conduits chaque matin de Bicêtre à la ferme, et ramenés le soir, commencèrent par arranger eux-mêmes le local conformément à sa nouvelle destination; et ensuite on les y logea De maçons, ils sont devenus ensuite laboureurs et jardiniers; ils ont mis tous les terrains en culture sous la direction d'un surveillant. Outre leurs occupations agricoles, ils blanchissent des toiles pour les hôpitaux. En 1835, ils ont blanchi et mis à neuf plus de 7,000 couvertures L'ensemble de leur travail annuel représente à peu près une valeur de 15,000 fr.

Les aliénés convalescens soumis à ce nouveau régime jouissent d'une santé physique excellente leur constitution s'y modifie de la manière la plus favorable, et leur convalescence est moins longue et plus sûre. Indépendamment des malades fixes à demeure à la ferme Sainte-Anne, il en vient chaque jour 50 autres de Bicêtre pour partager leurs travaux. Les idiots, les maniaques tranquilles et quelques-uns de ceux qui sont en démence se laissent facilement enrégimenter dans cette singulière association industrielle. On voit, par ces détails, que les sujets d'observation ne manqueront pas aux médecins.

Nota Les leçons de M. Ferrus ont lieu le lundi et le vendredi, à 3 heures, à la Ferme-Ste-Anne; le jeudi et le dimanche à Bicêtre, à 8 heures du matin.

— Nouveau cours de médecine opératoire. M. Malgaigne, professeur agrégé de la Faculté de Médecine de Paris, chirurgien du bureau central des hôpitaux, commencera ce Cours le samedi, 4 juin, à midi, dans l'amphithéâtre n° 1 de l'Ecole pratique, et le continuera à la même heure, les mardis, jeudis et samedis. MM. les élèves seront exercés à la pratique des opérations On s'inscrit de 4 à 5 heures, à l'amphithéâtre n° 1. Les deux premières leçons seront publiques.

— La chirurgie d'Hippocrate, extraite de ses aphorismes, examinés sous leur point de vue chirurgical avec des commentaires, par M. Guerbois, chirurgien de l'hôpital de la Charité, membre de l'Académie royale de médecine. 1 vol. in-8°. 6 francs.

A Paris, chez Germer-Baillière, libraire, rue de l'Ecole-de-Médecine, n° 13 *bis*.

— *Du cancer de la matrice*, de ses causes, de son diagnostic et de son traitement; par par P.-J.-S. Teallier, D.-M. Ouvrage qui a remporté le prix proposé par la société de médecine de Lyon. Un vol. in-8°. Prix 5 fr A Paris, chez J.-B. Baillière, libraire, rue de l'Ecole-de-Médecine, n° 13 bis.

— *Essai sur les eaux minérales de Châteauneuf* et leurs propriétés physiques, chimiques et médicinales; par H. Salneuve, docteur-médecin. Se trouve chez Just Rouvier, libraire, rue de l'Ecole-de-Médecine. Prix 2 f. Paris, 1831.

Le Rédacteur en chef, Jules Guérin.

PARIS. — IMPRIMERIE ÉVERAT ET COMPAGNIE, RUE DU CADRAN, N° 16.

N° 23. (TOME IV. — 1836.) SAMEDI 4 JUIN 1836.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La Gazette médicale de Paris (*Gazette de santé* et *Clinique des hôpitaux* réunies) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et équivaut à 6 feuilles in-8°. Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois. Pour l'Étranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Poissonnière*, n° 5, et dans les Departemens, chez tous les Directeurs des postes. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

OBSERVATIONS ET RÉFLEXIONS SUR L'EMPLOI DU PLATRE COULÉ, comme moyen contentif dans les fractures de la jambe; par le docteur J. Eug. Woillez, médecin de l'établissement des aliénés de Clermont (Oise).

Depuis que l'on a connaissance en France des résultats obtenus par M. Dieffenbach de Berlin, de l'emploi du plâtre coulé dans les fractures de la jambe (voyez Gazette médicale, 183·, n° 74), on a eu peu recours en général à ce moyen contentif. Depuis quelque temps cependant l'attention de quelques praticiens français semble avoir pris l'éveil à cet égard; les faits et les réflexions qui vont suivre ne seront donc pas sans intérêt.

Obs I. — X..., cordonnier, âgé d'environ 40 ans, d'une taille moyenne, d'une constitution médiocrement forte, plutôt maigre que gras, ayant un teint bilieux, les cheveux et la barbe noires, était dans l'établissement des aliénés depuis le 5 décembre 1834. Il avait des idées de grandeur, se disait duc de la Normandie, son pays natal, et possesseur de vastes domaines. Son intelligence était obtuse, sa conversation très-bornée, entre son idée fixe et son maintien ou ses autres expressions, il n'existait aucune harmonie; doux et poli avec tout le monde, il était plutôt humble que fier. Sa démarche était aisée et tous ses mouvemens faciles; mais sa prononciation était légèrement embarrassée. L'état général de cet aliéné était excellent

Le 24 décembre dernier, il fit une chute dans laquelle son pied droit se tourna violemment dans une forte adduction. La douleur fut vive, mais n'empêcha pas X... de se relever et de regagner seul un chauffoir éloigné d'environ deux cents pas. Lorsque je le vis, deux heures après l'accident, le gonflement était prononcé au niveau de l'articulation tibio-tarsienne et dans tous les environs; le pied n'était évidemment pas tourné dans l'abduction, et en dehors de la partie inférieure de la jambe il n'existait aucune dépression anormale, mais le palper y développait beaucoup de douleur. Je fis plonger le membre dans l'eau froide, en recommandant l'emploi prolongé de ce moyen; mais le pied fut retiré de l'eau au bout d'une heure. Le lendemain, le gonflement était bien plus considérable; il existait une vaste ecchymose, et sept à huit phlyctènes s'étaient développées tout autour du bas de la jambe; elles étaient ovalaires, distendues par une sérosité rougeâtre, et leur grand diamètre variait entre six lignes et un bon pouce. La partie inférieure et externe de la jambe était, comme la veille, sensible à la pression, sans que l'on pût produire de crépitation; le pied n'était pas dévié. Toutes ces circonstances me firent diagnostiquer avec doute une fracture simple du péroné vers sa partie inférieure. En conséquence je prescrivis le repos absolu du membre, après avoir ouvert les phlyctènes, appliqué dessus un linge fin enduit de cérat, et entouré le pied et la jambe d'une bande roulée qui fut arrosée d'eau de Goulard.

Le troisième jour, il ne survint rien de nouveau. Le quatrième, je trouvai le pied déformé; j'appris que le malade, malgré mes recommandations, était descendu seul d'un premier étage, s'était promené dans les cours, puis était remon-

Feuilleton.

MISCELLANÉES.

N° IX.

LES SPÉCIALITÉS.

L'art est long, la vie est courte,... Oh! oui, l'art est long, immense, et notre pauvre vie d'une courte durée. Cependant lorsque Hippocrate annonça cette vérité qu'il a rendue fameuse, que pouvait être l'art qui lui paraissait si vaste? il était assurément très borné si on le compare à ce qu'il est devenu dans la suite des âges. L'anatomie était à peu près nulle, ou du moins peu connue, Hippocrate lui même avoue qu'il prit une suture du crâne pour une fracture: il cite encore comme un fait inouï, comme un événement remarquable de sa vie, d'avoir vu une espèce de squelette d'airain dans le Temple de Delphes. La physiologie n'était guère plus avancée; le feu principe, l'humide radical, un certain mélange d'humeurs qu'on appelait *crâse*, en faisaient à peu de choses près les bases. C'est pourtant dès ce temps que l'oracle de Cos déclare formellement que l'*art est long, la vie est courte*, vérité qui a retenti à travers les siècles. Mais si on met en parallèle ce qu'est l'art aujourd'hui, avec ce qu'il était dans la 86e olympiade, il faut nécessairement donner à l'apophtegme d'Hippocrate une effrayante extension. En effet, les travaux, les recherches, souvent le génie, quelquefois le hasard, ont avec le temps contribué au progrès, accru nos richesses, malgré les scories qui de toutes parts encombrent les avenues de la science. A considérer maintenant l'art de guérir dans son plus vaste ensemble, c'est une mer de connaissances sans bords et sans fond, c'est un cercle qui dans son immense périmètre, enveloppe la plupart des connaissances humaines, puisque la médecine a des rapports plus ou moins étroits avec tout ce qui peut modifier notre être. Voulez-vous approfondir une seule de ses parties, vous la trouverez d'une incalculable étendue; resserrez-vous davantage la perspective, ne voulant étudier qu'un seul système d'organes; eh bien, consacrez y de grands travaux et votre vie entière, ce ne sera pas trop. La médecine est donc d'une prodigieuse universalité; plus on avance, plus les limites s'éloignent; plus on s'élève, plus l'horizon s'agrandit; plus on soulève de voiles, et plus leur nombre semble s'accroître; c'est alors que la nature se découvre à nous dans sa majesté, dans sa fécondité, dans son inconcevable variété, et malheureusement aussi dans sa fatale obscurité, *veritatem demersam in profundo*.

Dès l'origine, ou du moins à une époque très éloignée, l'art avait déjà acquis

té à son dortoir. Il n'avait rien ressenti pendant la marche qu'une douleur sourde vers l'articulation tibio-tarsienne droite. Le pied était légèrement porté dans l'abduction ; il n'y avait pas, à cause du gonflement sans doute, de dépression manifeste au niveau de la partie inférieure du péroné ; mais on rapprochait évidemment les deux malléoles l'une de l'autre, quand on les pressait en sens contraire, et l'externe revenait à sa première position aussitôt que l'on cessait la pression ; la malléole interne paraissait bien plus saillante à son niveau. On faisait plus facilement exécuter à ce pied qu'à celui du côté gauche, des mouvemens de latéralité, et quand on le portait dans l'adduction, les signes que nous venons d'énumérer disparaissaient, tandis qu'ils devenaient plus sensibles quand on le portait dans l'abduction. La réunion de ces signes étant pathognomonique, il devint évident qu'il y avait fracture de la partie inférieure du péroné, et je me disposai à appliquer l'appareil de Dupuytren. Cette application ne put s'effectuer ni ce jour-là, ni le suivant.

Le sixième jour, le gonflement était considérablement diminué, et les ulcérations qui avaient succédé aux phlyctènes se trouvaient complètement cicatrisées. Les signes de la fracture étaient prononcés. Une attelle de bois de chêne de dix-huit pouces de longueur, un coussinet de balle d'avoine et deux bandes de cinq aunes servirent à maintenir le pied dans une forte adduction. Mais la nuit suivante, le malade dérangea complètement le bandage, et, à partir de cette époque, malgré l'emploi de la camisole et de cordes tendues en travers du lit, il répéta chaque nuit la même manœuvre jusqu'au 19ᵉ jour. Lassé de réappliquer inutilement l'appareil chaque 24 heures, et remarquant d'ailleurs qu'à cette dernière époque les signes de la fracture étaient aussi prononcés qu'auparavant, je résolus d'avoir recours à l'emploi du plâtre coulé comme moyen contentif.

Je fis aussitôt construire une caisse en bois de seize pouces de longueur sur sept de largeur et autant de profondeur. La paroi d'une des extrémités fut largement échancrée en forme d'U par un trait de scie, pour recevoir la partie postérieure et supérieure de la jambe. Le membre fut enduit d'un corps gras, et tandis que je faisais délayer le plâtre dans l'eau, je réduisis la fracture en saisissant fortement de la main gauche la partie antérieure du pied que je portai autant que possible dans l'adduction, tandis que les doigts de la main droite appuyés sur la malléole interne me servaient de point d'appui. Maintenant ainsi le membre à la partie moyenne du vide de la caisse, après avoir garni de linge l'échancrure dont j'ai parlé et y avoir engagé la partie postérieure du haut de la jambe, je fis couler le plâtre dans la caisse jusqu'à quelques lignes au-dessus du niveau antérieur de la jambe. Le malade éprouva d'abord une sensation de froid très-pénible aussitôt que le plâtre liquide eut entouré son membre, et il agita celui-ci pendant quelque temps malgré mes efforts pour le contenir. Je parvins cependant à détourner l'attention de X..., par des questions pressantes, et j'obtins heureusement l'immobilité du membre au moment où le plâtre commença à se concréter. Je fis alors enlever, dans une largeur d'un bon pouce, et sur toute la hauteur de la jambe, le plâtre qui en recouvrait la région antérieure, et bientôt la solidification fut assez prononcée pour me permettre d'abandonner le membre à lui-même. Mais, le pied ne me semblant pas assez exactement maintenu, je coulai une nouvelle quantité de plâtre qui l'entoura encore (excepté à la partie antérieure), jusqu'à une certaine hauteur.

La température du plâtre s'éleva légèrement et resta un peu élevée pendant les premières heures qui suivirent, mais elle fut toujours très-douce et n'incommoda nullement le malade. Je revis celui-ci dix-huit heures après l'opération du coulage : la coloration et la chaleur du membre affecté, que l'on voyait à nu en avant, étaient comme la veille, et absolument semblables à celles du membre sain ; il existait entre le plâtre et le pied, sur les côtés, un vide d'une ligne de largeur tout au plus, mais supérieurement, vers le haut de la jambe, le vide était bien plus prononcé. L'idée me vint de couler un peu de plâtre dans cet espace vide, mais je pensai que la consolidation pourrait avoir lieu régulièrement malgré sa formation.

Pendant les huit jours qui suivirent, rien de nouveau n'apparut. Le malade se sentait si peu incommodé de l'appareil pierreux qui maintenait sa jambe et son pied droits, que, malgré la liberté de ses mouvemens dont il jouissait, il ne songea pas un seul instant à faire des tentatives pour s'en débarrasser. Pendant ce laps de temps, jamais la température du membre abdominal droit ne fut inférieure ou supérieure à celle du gauche ; aucun gonflement, aucune rougeur ne se manifestèrent.

Jusque là, l'état général de X.., avait été satisfaisant, bien que son facies se fût légèrement altéré et que ses fonctions cérébrales fussent devenues de moins en moins actives depuis qu'il gardait le lit. Ces changemens survenus étant très-légers, l'appétit excellent, le pouls calme et régulier, j'y fis peu attention. Mais le neuvième jour après le coulage du plâtre (le vingt-septième depuis l'accident), on vint m'annoncer le matin que X... venait de vomir des matières bilieuses, et qu'il était très-mal. Je me rendis en toute hâte auprès de lui. Je lui trouvai le pouls lent et peu développé, les membres, le nez et les oreilles froids ; il y avait une légère tendance à l'assoupissement, dont je retirais facilement le malade en lui faisant des questions à haute voix ; il me fixait alors aussitôt, remuait les lèvres pour répondre, mais sans articuler de sons, puis retombait peu à peu dans son assoupissement en fermant doucement les yeux. La sensibilité était également prononcée des deux côtés du corps, et des mouvemens d'impatience attestaient que le pincement de la peau causait de la douleur. Je fis frictionner les membres avec des flanelles chaudes imbibées d'eau-de-vie camphrée. Au bout de quelques heures, la chaleur ne se développant point, je brisai le plâtre qui entourait la jambe droite pour que l'on pût frictionner ce membre comme les autres ; je vis alors avec étonnement que le pied conservait la position qu'il avait dans l'appareil, et qu'au lieu de se porter dans l'abduction comme auparavant, il restait dans l'adduction où il avait été maintenu. Mais le malheureux X.. ne put profiter de l'heureuse consolidation de sa fracture ; la chaleur revint aux extrémités vers le soir, et cette réaction, s'accompagnant de mouvemens convulsifs dans les membres et à la face et de perte complète de connaissance, fut suivie de la mort qui survint dans la nuit.

NÉCROPSIE, 24 HEURES APRÈS LA MORT.

Le membre inférieur droit est plus volumineux que le gauche au niveau et aux environs de l'articulation du coude-pied, sans qu'il y ait d'œdème. Le pied serait plutôt porté dans une légère adduction que dans l'abduction ; la dépression anormale qui existait au-dessous de la malléole interne a complétement disparu : on ne peut plus rapprocher les malléoles entre elles par la pression, elles y résistent également.

La peau et le tissu cellulaire sous-cutané, épaissis au niveau de l'articulation tibio-tarsienne et du bas de la jambe, semblent confondus en un tissu lardacé adhérent aux parties sous-jacentes. Au niveau du quart inférieur du péroné et en dedans de sa partie antérieure, est accumulée environ une demi-once d'un liquide rouge-noirâtre à demi-gélatineux. Les surfaces articulaires sont intactes, ainsi que les ligamens péronéo et tibio-astragaliens ; mais les ligamens péronéo-tibiaux inférieurs ne sont pas distincts, et, à leur niveau, une substance homogène et comme cartilagineuse unit les deux os dont le périoste est épaissi à leur extrémité inférieure.

A deux pouces et demi de son extrémité malléolaire, le péroné, très-adhérent aux parties voisines, est bien plus volumineux qu'ailleurs. Cet excès de volume est produit par un cal provisoire cartilagineux. L'os détaché a sa direction normale, et la portion fracturée, sciée suivant sa longeur, offre les particularités suivantes : les extrémités correspondantes des fragmens, légèrement ramollies, sont dans un rapport parfait suivant l'épaisseur et la direction de l'os à l'endroit de la solution de continuité. Celle-ci a eu lieu de dehors en dedans, et de haut en bas ; et, à son niveau, les fragmens sont séparés par un tissu rougeâtre d'une demi-ligne d'épaisseur. Le cal qui les entoure est d'autant plus dense qu'on l'examine plus près de l'os.

Le crâne est parfaitement conformé. Le cerveau et ses annexes présentent la plupart des lésions que l'on rencontre sur les individus morts de *paralysie générale*. Le cerveau ne remplit pas à beaucoup près la cavité du crâne, et sept à huit onces de sérosité s'écoulent à l'ouverture de la cavité arachnoïdienne et des ventricules latéraux ; la substance grise est plus friable que d'ordinaire, bien que les circonvolutions restent intactes quand on en sépare la pie-mère ; la substance blanche n'est pas indurée : elle offre, ainsi que toutes les autres parties, une injection prononcée.

Les autres organes sont sains.

Chez le malade dont je viens de rapporter l'histoire, j'ai suivi la méthode de M. Dieffenbach pour l'application du plâtre, à cela près qu'au lieu de cesser de le couler lorsqu'il était près de recouvrir la face an-

---

une telle masse de faits, qu'on fut obligé de le diviser ; et malgré les révolutions multipliées que la science a subies selon les temps et les lieux où elle a fleuri, ces divisions ont été maintenues et multipliées, une impérieuse nécessité le voulait ainsi. Il y a plus, c'est que chaque jour on est forcé de détacher de la grande unité des branches qu'on étudie séparément, de là le besoin des spécialités. Celles-ci sont donc nées de l'immensité de l'art et de l'utilité des détails dans les applications, d'une synthèse immense et d'une analyse indispensable. En effet, si laissant de côté l'anatomie, la physiologie, l'hygiène par elle-même si étendues, on se renferme dans la science des maladies, on ne tarde pas à s'apercevoir que ce champ est encore si vaste que pour le cultiver, pour le féconder, on est obligé de le diviser presque indéfiniment. On distingue d'abord les maladies internes et les maladies externes, puis chacune de ces divisions principales se sépare en groupes tellement variés eux-mêmes, tellement subdivisés, qu'en définitive, on est ramené à l'individualité en face de laquelle se trouve toujours le praticien. On a beau dire que l'art est *un*, car la vie est *une*, il n'en faut pas moins l'étudier successivement, partie à partie ; quand on descend aux applications d'une utilité immédiate, bien mieux encore si l'on veut contribuer au progrès. Calculez au plus haut la statistique de nos capacités médicales les mieux reconnues, et vous les trouverez isolément, fort inférieures, je ne dis pas à la totalité synthétique de la science, mais à une de ses parties principales, pourquoi s'en étonner ? Ne savez-vous pas qu'une maladie à connaître et à traiter, est un problème très compliqué, que la multitude de ses données, exige une puissance d'attention et d'induction, une pénétration d'esprit, une sagacité d'analyse, une force de raisonnement, qu'il est impossible d'appliquer également à toutes les affections pathologiques. Or, de cette impossibilité bien démontrée, se tire la preuve la plus formelle de la nécessité de fonder et de multiplier les spécialités.

Ainsi, non-seulement le cercle des maladies est très étendu, mais les groupes qu'on établit dans ce cadre sans fin, présentent une foule de nuances, de variétés, de symptômes, de caractères, que peut seul apprécier l'homme qui en a fait une étude approfondie, qui a considéré ces maladies sous leurs formes les plus diverses, les moins communes, qui a expérimenté en nombre infini de fois, les méthodes de traitement les plus convenables, qui en a examiné, suivi, comparé les résultats, et si malgré les analogies, il y a quelques chose de spécial dans beaucoup d'affections morbides, encore une fois, il faut pour les bien connaître et les bien traiter des hommes qui se consacrent à ces spécialités, le principe est ici tellement évident qu'il se soude pour ainsi dire à la conséquence. Prenez les maladies des femmes et des enfans, tout ce qui concerne les accouchemens, les maladies mentales, les maladies des yeux, les maladies de l'oreille, les affections des voies urinaires, la médecine légale et d'une manière plus restrictive encore, les hernies, l'odontologie, le redressement des courbures de l'épine, etc. ; vous trouverez dans toutes des particularités, qu'un homme spécial peut connaître et juger. Maintenant, demanderez-vous pourquoi il y a des accoucheurs, des médecins oculistes, des médecins légistes, des lithotomistes, des lithotriteurs, des dentistes, des orthopédistes, etc ; bien plus, dans ce qu'on appelle la pratique ordinaire de la médecine, on est étonné de voir combien s'étendent les connaissances, si on concentre ses recherches et son attention sur un seul objet. Je ne fais pas le moindre doute que Solano de Lucques, Nihell et surtout Bordeu, n'aient acquis sur le pouls une supériorité de tact tout-à-fait spéciale ; ils découvraient à cet égard, des différences

térieure de la jambe, j'ai préféré en envelopper le membre en entier, et mettre ensuite la jambe à nu antérieurement dans toute sa hauteur et sur une largeur d'un pouce et demi, en faisant enlever la quantité de plâtre nécessaire au moment où la solidification était près d'avoir lieu. De cette manière l'appareil a été plus solide, et, ce qui est important pour les fractures du péroné avec luxation partielle du pied, celui-ci a été plus exactement maintenu.

Après avoir eu recours, dans le cas dont il s'agit, à ce moyen contentif dont les avantages sont palpables, j'ai été surpris de l'échafaudage de toutes les minutieuses objections qu'on a élevées contre lui (GAZETTE MÉDICALE, *loc. cit.*). Je crois inutile de discuter toutes ces objections relativement à l'observation qui vient d'être rapportée; je me contenterai d'examiner les principales (1).

Partant de ce fait que le volume et la température du plâtre augmentent pendant sa combinaison avec l'eau, on a dit : l'élévation de la température doit être nuisible; l'augmentation de volume doit opérer une constriction gênante sur le membre. J'ai été fort étonné de voir que sur mon malade cette augmentation de température était très-douce, et que le membre, loin d'être trop serré, était plutôt trop à l'aise dans l'appareil. Ici le gonflement était hors de cause pour expliquer la formation du vide entre le membre et le plâtre, puisqu'il s'est écoulé dix-neuf jours sans accidens inflammatoires depuis le début. Il est évident que l'augmentation de volume s'était faite de dedans en dehors, et qu'elle ne pouvait même pas autrement se faire; car pour que le membre, l'opération étant une fois terminée, devînt plus serré qu'au moment du coulage, il faudrait que la surface concave en contact avec la jambe diminuât d'étendue, tandis qu'elle ne peut qu'augmenter par suite de la dilatation du plâtre. C'est ce qui explique très-bien pourquoi, malgré l'immobilité parfaite du membre, il se forme toujours un léger vide entre lui et le plâtre pendant la solidification de celui-ci. La crainte que le membre ne soit trop serré est donc tout-à-fait chimérique. Il en est de même de l'action nuisible du calorique, ce dont je me suis convaincu directement par l'expérience suivante.

Expérience. J'ai plongé un thermomètre jusqu'à 0° dans le plâtre liquide remplissant un pot un peu plus étroit à son ouverture qu'à son fond, et de la capacité d'un litre environ. L'eau et le plâtre mélangés ensemble avaient, ainsi que l'atmosphère, + 6° R. de température. Le mélange a commencé à s'épaissir sensiblement, et la température a monter après deux minutes. Le thermomètre a ensuite marqué

+ 7° R.	après 10 minutes.
+ 8°	15 id.
+ 9°	20 id.
+ 10°	25 id.
+ 11°	30 id.
+ 12°	35 id.
+ 13°	46 id.
+ 13° 7/10	1 heure.

Le thermomètre est resté quelque temps stationnaire, mais alors une félure verticale simple et étroite s'est produite avec bruit dans toute la hauteur du pot qui servait à l'expérience. Ensuite la température s'est graduellement abaissée, mais très-lentement, car au bout de deux heures la diminution n'était que de 3 degrés.

De cette expérience résultent les propositions suivantes : 1° la température du plâtre qui se solidifie s'élève successivement pendant une heure; 2° cette élévation ne paraît pas dépasser + 7 à 8° R. depuis son point de départ jusqu'à son arrêt; elle est plus lente pour les degrés extrêmes que pour les intermédiaires qui se succèdent régulièrement de cinq en cinq minutes; 3° l'augmentation de température ne saurait avoir aucun effet nuisible; elle serait même plutôt avantageuse, puisqu'elle réchaufferait graduellement le membre refroidi d'abord par le contact du plâtre encore liquide.

Ces résultats sont bien d'accord, comme on le voit, avec le fait cité plus haut, dans lequel le malade ne se plaignit jamais de la chaleur de l'appareil, qui ne produisit d'ailleurs aucune rougeur ni aucun engorgement du membre.

Nous avons dit que l'augmentation de volume du plâtre, loin de resserrer la jambe, produisait nécessairement un léger vide tout autour d'elle. Ce vide n'est jamais assez considérable pour nécessiter la réapplication de l'appareil, comme celui qui résulte de la diminution du gonflement du membre. J'avais d'abord eu l'idée de remédier dans tous les cas au vide produit, en le combattant avec une petite quantité de plâtre liquide; mais l'observation que je vais rapporter tout à l'heure va démontrer que cette addition n'est pas toujours sans inconvéniens. Une remarque intéressante à faire est celle-ci : lorsque le vide n'est pas très-considérable, il n'a aucun effet fâcheux dans les cas de fracture du péroné avec luxation partielle du pied. On conçoit en effet qu'alors l'action des muscles péroniers latéraux, qui attirent continuellement le pied dans l'abduction, maintient appliquée sa partie externe contre le plâtre, et se borne, tout en le contenant, à diminuer un peu l'adduction dans laquelle on l'a placé en premier lieu.

Il est inutile de dire que l'affection cérébrale à laquelle notre malade a succombé, n'a pas eu la moindre connexion avec le moyen contentif employé : elle est survenue inopinément, comme on le voit quelquefois fréquemment l'hiver, dans les maisons d'aliénés, chez ceux qui sont affectés de paralysie générale. Or, on a vu que X... présentait, pendant sa vie, les premiers symptômes, et après sa mort la plupart des lésions anatomiques de cette terrible maladie. Peut-être le décubitus horizontal prolongé a-t-il favorisé le développement des accidens mortels; mais il eût agi de même avec tout autre appareil contentif que celui auquel j'ai eu recours pendant un espace de temps très-court du reste.

Après avoir recueilli cette première observation, je regardais le plâtre coulé comme tellement avantageux, que je résolus dès-lors de l'employer dans tous les cas de fractures d'un ou des deux os de la jambe que j'aurais à traiter. L'occasion se présenta bientôt, mais malheureusement la malade ne put supporter l'application du plâtre, ainsi qu'on va le voir.

OBS. II. — Une femme d'environ 50 ans, d'une bonne santé habituelle, peu robuste et très-impressionnable, avait éprouvé depuis quelque temps de violens chagrins par suite de la perte successive de plusieurs parens qui lui étaient chers. Le 23 février dernier, elle voyageait haut montée sur une mule, lorsque l'animal vint à s'effrayer tout à coup; voulant prévenir une chute imminente, elle se jeta à bas de sa monture, mais en touchant le sol, elle se fractura la jambe droite et n'éprouva de vive douleur que lorsqu'elle essaya de se relever. De prompts secours

(1) La réfutation de ces objections se trouve dans l'article cité de la GAZETTE MÉDICALE. (*N. du R.*

qui échappent aux autres praticiens. « Il faut en général, dit Bordeu, pour bien juger l'état du pouls, le tâter à plusieurs reprises, il est rare que la présence du médecin n'occasione d'abord quelque changement dans le pouls, qu'elle ne le rende plus *élevé* ou plus *serré*; les praticiens ne perdent jamais de vue le pouls qu'ils appellent le *pouls du médecin*. » Ces observations pleines de sagacité, ces fines remarques de pratique ne seront jamais faites, croyez-le bien, que par des hommes qui ont fait une étude très approfondie ou spéciale d'un objet quelconque de l'art. Combien parmi nous, ne voit-on pas d'honorables confrères acquérir par un long usage de sthétoscope, une habileté, une sûreté de diagnostic que n'ont pas les autres. Je sais ce qu'on peut dire sur ce genre de recherches, les imitateurs de Bordeu avaient admis jusqu'à quatre cents espèces de pouls, mais l'expérience est là pour faire la part des prétentions du systématique et des utiles réalités obtenues par le praticien consommé.

En médecine, peut-être plus que dans toute autre science, c'est par une patiente et longue observation des mêmes faits qu'on obtient des résultats positifs, parce que c'est le seul moyen de bien saisir, de bien évaluer ce qu'on voit. De cette manière une foule de petites circonstances presque toujours essentielles, n'échappent point à l'observateur. « Pour bien savoir les choses, dit Larochefoucault, il faut en savoir le détail; et comme il est presque infini, nos connaissances sont toujours superficielles et imparfaites. » C'est précisément ce qui arrive à ceux qui partant d'autres principes que les nôtres et négligeant les détails, se croient parvenus à cette apogée d'omniscience, qui fait qu'on n'hésite sur rien, qu'on envahit tout, qu'on se croit propre à tout, et puis *indè oritur maxima turba clientum*; selon l'expression du poète. Jérôme Cardan, assure (*de vitâ propr.*) qu'on ne voit un grand médecin que tous les mille ans et qu'il est le septième. Que dirait-il de notre époque où les grands médecins fourmillent de toutes parts, du moins il faut le croire, en voyant leur confiance à se prononcer sur toutes les parties de l'art? S'agit-il d'une fièvre, d'une maladie interne, n'importe laquelle, ils savent ce qui en est; voulez-vous une opération et quelque opération que ce soit? ils ont en réserve une masse de succès qu'ils ont eus ou qu'ils obtiennent tous les jours; est-ce un accouchement? les voilà prêts et déjà ils relèvent leurs manches; ainsi de même pour les maladies des femmes et des enfans, pour celle des yeux non moins difficiles et nombreuses, pour les maladies de l'esprit, etc.; ils sont propres à tout, ils connaissent tout; véritables médecins absorbans, à eux le domaine entier de l'art, c'est leur patrimoine, leur bien, leur propriété et ils l'exploitent dans sa plus grande surface, sinon dans sa profondeur. Toutefois on peut demander à ces excellences encyclopédiques, quel que soit l'énivrement de leur importance, s'ils croient réellement mesurer la science au compas de leur mérite, s'ils n'ont rien négligé pour parvenir à la connaissance de la vérité, s'ils ont constamment su examiner avec force, comparer avec attention, conclure avec justesse; s'ils n'ont jamais laissé échapper l'occasion, toujours rapide et fugace, si dans cette multitude de cas qui se présente à eux, ils ont pu distinguer nettement le caractère de la maladie et saisir l'indication qu'un médecin de l'antiquité appelle si justement *anima curationis*, l'ame du traitement, enfin si en soumettant au redoutable jury de la conscience et du bon sens, leurs faits et leurs œuvres, on les trouverait toujours conformes aux exigences d'un vrai et profond savoir. Ignorent-ils donc que malgré l'exubérance et l'étendue de leur science, qu'une seule maladie, considérée dans toutes ses formes, dans la variété de ses caractères et de son traitement, peut occuper toutes les facultés de l'intelligence d'un médecin s'il y consacre sa vie. C'est une vérité dont convenait aisément une de nos grandesses médicales, morte il y a

lui furent prodigués. Arrivé auprès d'elle environ une demi-heure après l'accident, je trouvai les deux os fracturés à 3 pouces de leur extrémité malléolaire. La jambe était déformée et légèrement coudée *en dehors* au niveau de la fracture du péroné, où existait une plaie irrégulière au centre de laquelle l'extrémité du fragment supérieur de cet os faisait saillie; en suivant la crête du tibia, on sentait une dépression subite considérable au niveau de la solution de continuité de l'os, où la crépitation était manifeste, et où existait en même temps une mobilité anormale.

Une légère extension rendit à la jambe sa direction naturelle et toute sa longueur. Pendant cette manœuvre, une abondante quantité de sang s'écoula en nappe de la plaie, dont je rapprochai les bords à l'aide d'une bandelette agglutinative, après m'être assuré qu'il n'existait à son niveau aucune esquille. J'appliquai le bandage contentif ordinaire; il était environ 2 heures de l'après midi. La blessée était dans la stupeur; mais le soir, une réaction assez vive étant survenue, je pratiquai une saignée de trois palettes; et le surlendemain, l'attelle antérieure enlevée, un appareil d'irrigation continue fut établi pour apaiser les douleurs qui étaient fort vives. Il résulta d'abord de l'emploi de ce dernier moyen un grand soulagement, mais non la disparition des douleurs. Celles-ci coïncidèrent au bout de trois semaines avec une vive rougeur inflammatoire de la peau, bornée à la partie interne de la jambe, et seulement au niveau de la fracture du tibia et aux environs; le gonflement inflammatoire était marqué, la peau tendue et luisante à son niveau. Je suspendis l'emploi de l'irrigation et malgré un régime sévère, une application locale de sangsues et celle de topiques émolliens constamment renouvelés, l'inflammation fit des progrès, une douleur gravative succéda bientôt aux *battemens* que la malade ressentait d'abord, et la tuméfaction commença à s'élever en pointe à son centre; la fluctuation était sensible. C'était le 18 mars (25e jour); je décidai la patiente à se laisser percer cet abcès commençant, en lui faisant entrevoir les désordres graves qui pourraient survenir si l'on différait davantage. La lame étroite d'une bistouri fut simplement plongée au point le plus saillant; l'ouverture donna aussitôt issue à une once environ de pus mêlé de sang. Des cataplasmes émolliens furent ensuite appliqués et souvent renouvelés.

Pendant les 25 jours qui s'étaient écoulés jusque là, et qui comprennent une période que l'on peut qualifier, dans ce cas, de période de douleur et d'inflammation, l'appareil fut toujours à peine serré, parce que la malade ne pouvait supporter la moindre compression au niveau de la plaie externe et de la fracture du tibia. C'était à tel point que les bandelettes de Scultet, soit qu'elles augmentassent la chaleur du membre soit que celui-ci se gonflât après leur application, rendirent la douleur plus vive chaque fois que leur réapplication eut lieu. Tant qu'il y eut de l'inflammation, l'appareil fut disposé de manière à laisser libre de tout contact la partie enflammée du membre.

Aussitôt après l'ouverture de l'abcès, tous les accidens cessèrent comme par enchantement. Au bout de deux jours, il n'y avait plus ni inflammation ni rougeur (27e jour); la jambe était toujours très-mobile au niveau de la fracture, mais cette mobilité, mise en jeu, n'était nullement douloureuse et ne s'accompagnait d'aucune crépitation. La plaie externe, d'un diamètre égal à celui d'une pièce de trois francs, présentait des bourgeons charnus sur toute sa surface, et, à sa partie inférieure, existait un conduit fistuleux dans lequel pénétrait obliquement, suivant un trajet de 3 à 4 lignes, un stilet qui faisait sentir à nu une petite surface osseuse immobile et très-peu étendue. La petite ouverture faite à la partie interne de la jambe était à peu près fermée, elle ne laissait suinter qu'une très-petite quantité de sérosité; le pouls, accéléré auparavant, était calme, l'appétit était revenu, le sommeil tranquille. Cet état de choses me détermina à employer le plâtre coulé pour obtenir plus promptement la consolidation. C'est le 30e jour de la fracture que l'application de ce moyen contentif eut lieu.

Je me servis d'abord d'un large sac de toile dans lequel je coulai le plâtre liquide (méthode de M. Cloquet); mais n'ayant pu, malgré tous mes efforts, obtenir par cette méthode une échancrure convenable pour la plaie de la jambe (le sac avait été cependant taillé dans ce but), j'eus immédiatement recours à une caisse semblable à celle dont je m'étais servi chez le sujet de la précédente observation, et je fis couler le plâtre comme je l'avais fait pour ce malade, tandis que je maintenais moi-même le membre dans la position convenable. L'opération terminée, m'étant aperçu au bout d'un certain temps qu'un vide s'était formé latéralement au pourtour du membre, je le comblai avec un peu de plâtre liquide qui ne tarda pas à se solidifier; dès lors le membre fut exactement maintenu. Un tampon de linge avait été préalablement placé entre la plaie et les parois de la caisse pour que le plâtre offrît en ce point une large échancrure. La malade se trouva bien les premières heures qui suivirent; mais peu à peu de la fatigue survint dans le membre, et le soir (l'application avait eu lieu le matin à 9 heures), la jambe à sa partie postérieure et le pied tout entier furent le siége de douleurs tellement vives que la malade me supplia de la débarrasser de son appareil. Je n'eus qu'à examiner le pied pour me convaincre qu'il était trop fortement étreint par le plâtre; les parties molles libres formant un bourrelet assez prononcé en dehors de celui-ci. Je le brisai à regret, et la patiente se sentit soulagée; l'appareil ordinaire fut réappliqué. Attribuant la constriction du pied au coulage secondaire opéré dans le vide qui s'était formé à son pourtour, je fis une nouvelle application du plâtre le lendemain matin, déterminé à respecter les légers vides qui pourraient survenir. L'opération se termina bien; mais le soir apparurent les mêmes douleurs que la veille, plus vives à la partie postérieure de la jambe qu'au pied. La malade, pensant qu'elles s'apaiseraient, dévora ses souffrances jusqu'au jour suivant, après avoir passé la nuit sans sommeil et dans des douleurs intolérables; il fallait donc définitivement renoncer au plâtre employé comme moyen contentif. Il fut brisé, et sa surface interne, examinée avec soin, ne présenta aucune inégalité dans la portion correspondant à la partie postérieure de la jambe. Je revins au classique appareil des fractures de la jambe et tout alla bien. A quelques jours de là, je voulus réappliquer les bandelettes de Scultet en évitant la constriction, et les douleurs reparurent. Une attelle postérieure et deux latérales, trois coussinets et une longue bande formèrent bientôt à eux seuls l'appareil contentif; la plaie diminua peu à peu d'étendue, des injections d'eau tiède dans le conduit fistuleux, répétées chaque jour, hâtèrent la sortie d'une petite esquille qui eut lieu le quarante-unième jour; le cinquantième, la jambe ne pliait plus à l'endroit de la fracture. La consolidation étant avancée, les attelles furent remplacées par du carton mouillé, les coussinets supprimés, et la malade marcha avec des béquilles.

Aujourd'hui, 2 mai, elle se sert de sa jambe. Il y a toujours un peu de suppuration, mais elle se tarit chaque jour de plus en plus, et le trajet du canal fistuleux est très-court; la consolidation est très-régulière, grâce à la patience et à la bonne volonté de la malade, qui ont suffisamment remédié au défaut de constriction convenable de l'appareil. On sent que le tibia a été fracturé très-obliquement de devant en arrière, et de bas en haut. La jambe droite a la même longueur que la gauche.

Bien que ce fait soit complétement négatif, il peut donner lieu à quelques réflexions intéressantes. D'abord il prouve qu'il y a, quelquefois au moins, de l'inconvénient à combler avec une nouvelle quantité de plâtre le vide même léger qui se forme entre le membre et l'appareil. Il arrive alors en effet que le plâtre se dilate en se concréfiant, et que cette augmentation de volume ne pouvant s'opérer que vers le membre, produit une compression sensible sur celui-ci. C'est ce qui a eu lieu lors de la première application définitive que nous avons faite. A la seconde application, la douleur, presque nulle au niveau du pied, était vive au-dessous de la jambe; la cause de cette douleur me semble résider dans la sensibilité exagérée de la malade, qui n'a pu endurer pendant toute la durée du traitement la plus légère constriction au niveau de son membre.

Il est probable que si le plâtre eût pu être supporté, la consolidation, qui n'a été parfaite que plus de vingt jours après l'opération du coulage, aurait eu lieu plus tôt. Chez le sujet de la première observation, dans laquelle il ne s'agissait, il est vrai, que d'une fracture du péroné, la consolidation était terminée au bout de neuf jours après l'application du plâtre.

Ce moyen contentif employé dans les fractures des os de la jambe, aurait des avantages que personne ne songerait à lui contester (comme dans les cas où l'on y a recours peu de temps après la production de la fracture), s'il était appliqué à une époque déjà éloignée du début, lorsque la non-consolidation existant encore, les mouvemens anormaux ne

---

peu d'années, mais ce docteur ajoutait naïvement : si j'agissais en conséquence de ce principe, je perdrais une *partie de mon pavé*. Voilà le véritable argument, le motif réel de la conduite, ou le tient plus ou moins caché, mais il ne quitte jamais le for intérieur, car on a toujours les opinions de ses intérêts. Ce motif n'est pourtant pas toujours aussi fondé qu'on le croit; avec du talent, du travail, de l'habileté, on acquiert toujours dans une spécialité la confiance publique, large et commode échelon qui conduit à la fortune. D'ailleurs, pourquoi ne rien laisser à ceux qui suivent, pourquoi regretter la goutte d'eau qui n'est pas pour votre moulin? L'art est long, la vie est courte, ni vos honneurs, ni vos richesses, ni vos flatteurs, ne sauraient l'alonger d'une heure ou d'une minute; sachez donc boire avec modération dans la coupe du succès, car il y a souvent au fond une lie pleine d'amertume.

Mais pour en revenir à la question scientifique, il me semble prouvé qu'on n'arrive à une solution positive, à un but précis d'amélioration, qu'en pénétrant jusqu'aux dernières limites de la science sur un sujet donné et circonscrit. Qu'est-ce qu'une formule en général? l'expression des rapports des phénomène entre eux. Or, comment l'obtenir, si ce n'est par la connaissance approfondie de ces mêmes rapports; de là le grand et beau principe que dans la science, comme dans l'industrie, la *division du travail* est la condition du progrès. En effet, ce progrès de notre art est en général peu marqué hors de la capitale et de quelques grandes villes, précisément parce que cette division du travail n'y est pas connue, ou n'y est pas possible. Il y a beaucoup de médecins instruits en province, peut-être même plus qu'à Paris où le temps manque à tout, mais comme on y voit peu de faits sur le même objet, le mouvement progressif y sera toujours borné. J'ai connu dans une petite ville un médecin que la nature avait doué du plus rare talent d'observation; cette faculté lui servait dans sa pratique et nullement pour le progrès, il le disséminait sur trop de cas différens; se trouvant dans l'obligation de traiter une pneumonie, une maladie vénérienne, de faire un accouchement, d'arracher une dent, de panser une fracture, et cela journellement, ou à peu près; il lui était impossible de suivre une idée, un plan de perfectionnement sur une maladie quelconque. Aussi disait en plaisantant ce docte confrère, forcé d'être un homme *spécial* pour toutes choses, je ne me distinguerai sur aucune.

Voici maintenant deux objections faites contre les spécialités. A l'aide des principes généraux positifs bien établis, on a des règles fixes pour les cas particuliers. Il est certain que tout est dans tout, et comme on l'a dit qu'on peut à la rigueur déterminer la conformation d'un aigle, par celle du colimaçon. Mais comme le tout est grand et que nous sommes petits, il nous échappe nécessairement de tous les côtés; rappelons en outre que c'est dans une multitude de petites circonstances que l'on acquiert la connaissance exacte d'une maladie, connaissance qu'on trouve toujours sur quelques points en dehors des principes généraux. Car l'hypothèse d'une identité radicale des faits médicaux est aussi absurde que dangereuse, c'est la folie de tous les systématiques, mais vingt siècles de progrès pourront à peine conduire la science à cette précieuse unité. Il en résulte que les bases générales de cette science, les *universaux* de la médecine, même en laissant de côté la friperie scolastique, nous aident en définitive fort peu dans la pratique, car la médecine, ou au moins la bonne médecine, consiste peut-être moins dans la connaissance des principes que dans la manière de les appliquer. Le bon sens cet instrument logique par excellence, nous apprend en effet, que ne considérant que les masses, c'est négliger les rapports cachés, c'est ne voir que la surface des choses et risquer par conséquent de se tromper à chaque instant; selon le proverbe, qui

produisent ni crépitation, ni la moindre douleur. Voici les raisons qui me font émettre cette assertion : 1° Le plâtre coulé n'a aucun avantage spécial sur l'appareil ordinaire pendant la première période de la formation du cal (gonflement, mouvemens anormaux douloureux, crépitation sensible); 2° dans la seconde période (disparition du gonflement, mouvemens anormaux non douloureux, absence de crépitation), il rend la consolidation plus prompte; 3° l'engorgement ayant tout-à-fait disparu pendant la deuxième période de la formation du cal, une seule application de plâtre suffit, tandis que l'on est obligé d'avoir recours à une seconde application, si une première est devenue insuffisante par suite de la disparition du gonflement pendant la première période. Dans ce cas la première application n'a eu aucun résultat avantageux; 4° l'application du plâtre offre bien moins de difficultés pendant la deuxième que pendant la première période de la consolidation; 5° enfin, si l'on emploie le plâtre coulé avant cette deuxième période, on ne peut, pendant la première, surveiller convenablement la marche de la consolidation, et remédier à ce que la réduction peut avoir eu de défectueux au moment du coulage.

L'application du plâtre à une époque éloignée du début n'a donc, selon nous, que des avantages; et aucune objection sérieuse ne nous paraît pouvoir être soulevée à l'égard de ce moyen contentif ainsi employé.

Quoi qu'il en soit, le maintien convenable, pendant l'opération du coulage, du membre fracturé, est une chose importante et difficile : importante, car la consolidation définitive maintiendra le membre dans la position où il aura été placé durant la solidification du plâtre, et il est par conséquent nécessaire que cette position soit parfaite; difficile, car il faut, pendant un temps assez long, tenir suspendu dans la situation convenable et au centre de la caisse, le membre fracturé enduit d'un corps gras. Aussi doit-on savoir gré au docteur J. Guérin d'avoir eu l'ingénieuse idée, en traitant certains pieds-bots par le plâtre coulé, de suspendre les membres sur des fils transversaux, et de les maintenir dans la position où les contiendra l'appareil, par des tractions latérales opérées en sens inverse. (V. Gazette médicale de cette année, n° 17.) Cette heureuse innovation, appliquée aux cas de fractures, faciliterait beaucoup l'opération du coulage du plâtre. La suspension du membre ainsi entendue remédierait à un inconvénient assez grave qui s'est présenté dans les trois applications faites sur les sujets des deux observations citées. Lorsque cette suspension a lieu, le mollet est presque pendant et s'affaisse, quand, à la fin de l'opération, on abandonne le membre à son propre poids. Il arrive alors que l'épaisseur de la jambe appuyée postérieurement sur le plâtre, diminue d'avant en arrière, par suite de la dépression du mollet, et qu'il se fait aussitôt en avant, dans la partie correspondante, un vide fort considérable. Or, la suspension par des lacs transversaux empêcherait certainement ce vide de se former. Les tractions latérales en sens inverses auraient les plus grands avantages dans les cas de fractures du péroné avec déviation du pied, où l'indication principale est analogue à celle fournie par certains pieds-bots.

En résumé nous pensons : 1° que les objections faites à l'emploi du plâtre coulé sont pour la plupart sans valeur; 2° que l'on n'en peut faire aucune valable lorsque ce moyen contentif est employé, dans les cas de fracture, dès l'apparition de la deuxième période de la formation du cal, c'est-à-dire lorsque la crépitation n'étant plus sensible, les mouvemens anormaux possibles au niveau de la fracture ne sont plus douloureux, et que l'engorgement du membre a complétement disparu; 3° que l'application du plâtre coulé peut n'être pas supportée par des sujets très-impressionnables.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX FRANÇAIS.

I. ARCHIVES DE MÉDECINE.

Le cahier de mars contient : 1° le commencement d'un mémoire *sur la pneumonie des vieillards*, par MM. Hourmann et Déchambre; 2° un *cas d'oblitération complète de l'artère brachio-céphalique et de la veine-cave supérieure, déterminé par le développement progressif d'un énorme anévrisme de l'aorte ascendante*, par M. Martin-Solon; 3° *de la présence du pus dans les vaisseaux lymphatiques de l'utérus à la suite de l'accouchement*, par M. Duplay; deuxième et dernier article; le premier a paru au mois de mars 1835; nous reviendrons plus tard sur cet intéressant travail; 4° *de la nécessité de recourir à la méthode de Théden dans le traitement des plaies des artères d'un moyen volume*, par M. Pigeaux.

Le cahier d'avril renferme quatre articles originaux : 1° *remarques et observations sur les hernies*, leçons cliniques de M. Gerdy; 2° *description du col de l'utérus chez la femme jeune et nullipare; influence de l'âge et des grossesses sur l'état du col examiné au spéculum*, par M. Marc d'Espine; 3° *Recherches d'anatomie pathologique sur une forme de dilatation et d'hypertrophie du cœur*, par M. Beau; 4° *observations sur quelques cas d'accouchemens l'avorieux*, par M. Besnier.

Oblitération complète de l'artère brachio-céphalique et de la veine-cave supérieure, déterminée par le développement progressif d'un énorme anévrisme de l'aorte ascendante; par M. Martin-Solon.

Ce qui ressort de plus important de cette observation, c'est que, malgré l'oblitération du tronc brachio-céphalique, les parties supérieures recevaient cependant une quantité suffisante de sang pour que leur nutrition n'éprouvât pas d'altération. Ainsi la température du bras droit était inférieure à celle des autres parties du corps, et on ne sentait pas sur ce bras le pouls de l'artère radiale; et cependant telle était la quantité de sang qu'il recevait, que, quand on saignait le bras, le sang en sortait aussi fortement que de l'autre. Il est évident que la lenteur avec laquelle l'oblitération du tronc principal s'était faite, avait laissé aux anastomoses le temps de s'établir.

Il n'était pourtant pas aussi facile de rendre compte de la continuation de la circulation veineuse. En effet, les deux troncs brachio-céphaliques et une grande partie de la veine-cave étaient oblitérés, et cependant la veine azygos n'offrait pas plus de quatre lignes de diamètre. Elle recevait par les veines intercostales supérieures le sang veineux

---

trop embrasse mal étreint. Et remarquez que le vulgaire qui raisonne si peu, qui raisonne si mal, ou qui ne raisonne pas du tout quand il s'agit de la médecine, a pourtant un instinct secret qui le pousse à réclamer les soins des hommes consacrés à telle ou telle spécialité. Dernièrement encore un très riche étranger habitant cette capitale, a fait venir de Londres, de Munich et de Vienne, trois hommes célèbres dans les maladies des yeux, pour le traiter de celle dont il est atteint, pensant qu'il y aurait dans ces trois hommes spéciaux réunis, une *somme* de talent qu'on chercherait en vain parmi ceux qui cultivent l'art dans toutes ses parties.

Quant à la seconde objection, on soutient que dans ces mêmes spécialités, les grandes découvertes, les choses importantes, ont précisément été faites par ces derniers : eh bien! cette assertion est presque toujours démentie par l'histoire de notre art. A ne prendre que l'opération de la taille, on peut dire qu'à l'exception de quelques perfectionnemens, de quelques modifications presque insignifiantes, les changemens principaux de méthodes, de procédés, ou d'instrumens, les découvertes, ont toujours été faites par des chirurgiens spécialement livrés à cette branche de l'art, à commencer par les collots et finir par les lithotriteurs de notre époque. D'ailleurs, il ne faut pas s'y tromper, on voit des médecins ou des chirurgiens exerçant la profession dans une grande partie de son étendue, mais qui s'adonnent *spécialement* à une branche particulière. C'est ainsi que des médecins ont publié des traités sur la goutte, sur l'asthme, les scrofules, la phthisie pulmonaire, les névroses, etc., ils ont long-temps et très long-temps concentré leur attention, leurs facultés, leurs travaux sur le même objet; qui a-t-il d'étonnant qu'ils aient sur ce point reculé les limites de la science? Corvisart a consacré plus de vingt ans à ses recherches sur les maladies du cœur ouvrage classique et fondamental qui a tracé la route qu'on a suivi depuis sur le même sujet. Lorsque Scarpa publia son traité des maladies des yeux, il y avait bien des années qu'il y travaillait. En effet, par l'observation et par des expériences, il s'en était fait une *spécialité*; et il y avait nécessité, car il est impossible d'avoir une connaissance exacte et positive des maladies des yeux aussi nombreuses que variées, si on ne s'en est pas long-temps et exclusivement occupé. C'est particulièrement dans ce genre d'affection qu'il est facile de voir que les principes généraux ne guident que très-imparfaitement quand il s'agit d'applications immédiates; aussi combien d'hommes de l'art, même instruits, commettent sur ce point les plus grossières, les plus fatales erreurs.

Beaucoup d'entre eux, par exemple, ne se forment aucune idée précise du *glaucome*, cette singulière et cruelle maladie que l'on confond sans cesse avec une cataracte de mauvaise nature. quant à moi, j'avoue mon ignorance à cet égard, avant d'avoir suivi la clinique oculaire du savant et habile M. Demours.

Si l'on demande ce que c'est qu'une *mydriase*, dont les symptomes sont en apparence ceux de l'amaurose, on est étonné du petit nombre de praticiens sachant en quoi ces deux affections diffèrent. Il n'est pas même rare de voir des médecins se tromper pour leur propre compte, et s'effrayer d'une maladie qui dans le fond ne présente aucun danger

L'adhérence de l'iris à la capsule du cristallin, et parconséquent son immobilité, est souvent confondue avec l'amaurose. Il faut avoir dans certains cas, un coup d'œil exercé par une longue pratique pour reconnaître cette adhérence qui d'ailleurs a un diagnostic positif.

Tous les jours on voit des praticiens prendre les filamens voltigeants (*imaginations perpétuelles* de maître Jan) maladie très-simple, peu grave, mais incurable pour les points obscurs et fixes, précurseurs de l'amaurose et de la cataracte.

des parties supérieures, et le versait ensuite dans la veine-cave inférieure.

DE LA NÉCESSITÉ DE REVENIR A LA MÉTHODE DE THÉDEN DANS LE TRAITEMENT DES PLAIES DES ARTÈRES n'UN MOYEN VOLUME; par M. PIGEAUX, D.-M.

Avant d'entrer dans l'analyse de ce court travail, nous sommes obligés de dire en quoi consistait la méthode de Théden, que M. Pigeaux ne nous paraît pas avoir bien comprise. Selon lui, Théden mettait des compresses graduées sur le trajet de l'artère blessée, *depuis l'endroit de la solution de continuité du vaisseau jusqu'à l'extrémité du membre.* Ce n'est pas ici une erreur échappée à la rédaction, un *lapsus plumæ*; M. Pigeaux, se fondant sur les théories nouvelles de la circulation, qui accordent une haute influence à la succion des capillaires, a eu en vue d'atténuer, autant que possible, l'activité de l'abord du sang dans les parties situées au-dessous de la blessure, pour mettre l'orifice de la plaie artérielle dans le plus grand repos. Nous ne savons, et M. Pigeaux n'a pas encore essayé lui-même jusqu'à quel point la compression ainsi faite, serait utile et efficace; mais, en tout cas, ce n'est point là la méthode de Théden; Théden appliquait ses compresses longuettes sur tout le trajet de l'artère. Puis, continue M. Pigeaux, *il entourait le membre de tours de bande en remontant jusqu'à quelque distance au-dessus de la blessure.* Dans le seul fait rapporté par Théden, l'artère était blessée au pli de la saignée; le bandage fut continué jusqu'autour du cou. *Il serrait assez fortement ses tours de bande pour engourdir légèrement le membre.* Théden dit au contraire que pour que le bandage soit bien appliqué, il faut que l'on puisse introduire le doigt entre les tours de bande. *Le tout était arrosé d'eau alumineuse.* Théden ne se servait que de son eau d'arquebusade, dans laquelle il n'entre pas un atome d'alun. Nous nous faisons un devoir d'insister sur ces inexactitudes; l'histoire de l'art, trop longtemps négligée parmi nous, a enfin repris une faveur méritée, et il ne doit plus être permis de citer un auteur sans le lire.

Quelle est, du reste, la valeur de cette méthode? M. Pigeaux la vante beaucoup; et il s'appuie d'une part sur la pratique des anciens, d'autre part sur quatre observations récemment recueillies. « Jusqu'au XVIe siècle, dit-il, les plaies artérielles simples et non compliquées d'anévrismes furent uniquement traitées, soit par la compression seule, soit par la section complète du vaisseau aidée d'une compression méthodique et de l'emploi de substances absorbantes et astringentes. Jamais, jusqu'à cette époque, il ne vint à l'esprit d'un praticien d'appliquer au traitement des plaies artérielles les ligatures, exclusivement réservées alors aux anévrismes. On ne voit pas que de trop nombreux insuccès les aient engagés à modifier cette pratique. » Nous savons, au contraire, que ce furent les résultats malheureux de la pratique ancienne qui déterminèrent l'adoption de la ligature par A. Paré; et depuis les Arabes jusqu'au 16e siècle, s'il ne vint dans l'esprit d'aucun praticien d'employer la ligature, c'est qu'ils ne la connaissaient pas. Ce premier ordre de preuves ne repose donc que sur des données inexactes et de nulle valeur.

Des quatre observations apportées par l'auteur, l'une, déjà publiée par la GAZETTE MÉDICALE, ne prouve pas grand'chose pour la méthode de Théden; l'artère radiale étant blessée, on lia le bout supérieur, on comprima la cubitale; l'hémorrhagie fut arrêtée. La ligature réclame évidemment la plus grande part de ce succès. Deux autres, concernant également des lésions de la radiale, sont plus importantes; la compression de tout le membre réussit parfaitement, et amena, en moins de trois semaines et dans les deux cas, une guérison complète. Le dernier fait serait, au dire de l'auteur, une plaie de l'artère crurale, à quelques pouces au-dessous de l'arcade des pubis; on fit la compression de tout le membre, et en moins d'un mois la guérison était terminée. On peut douter que ce fût réellement l'artère crurale; l'auteur ne donne pas du moins des détails suffisans pour faire passer sa conviction dans l'esprit de ses lecteurs.

De tout cela M. Pigeaux conclut que la méthode de Théden est bien préférable à la compression locale, proposition qui ne trouvera pas de contradicteurs; et que dans tous les cas de lésion des artères des membres, on lui doit accorder la priorité sur la ligature; ce qui ne saurait être admis tout au plus que pour les artères de second ordre, telles que la radiale, la cubitale, etc. Enfin, même dans les plaies des artères du cou, M. Pigeaux conseille d'aider la ligature par la compression du membre thoracique correspondant au côté de la blessure. Ceci s'écarte de la méthode de Théden, et rentre complétement dans celle de M. Pigeaux; mais pour l'admettre dans la pratique, il faut autre chose que des vues théoriques; d'autant plus que des expériences directes ont montré qu'en rétréissant par la compression des membres le cercle circulatoire, on augmentait l'activité du cours du sang dans les parties libres de toute compression.

REMARQUES ET OBSERVATIONS SUR LES HERNIES; LEÇONS DE CLINIQUE DE M. GERDY, publiées par M. BEAUGRAND, interne.

M. Gerdy commence par des considérations anatomiques sur l'abdomen et le mécanisme de la production des hernies. Il établit en fait que le tissu fibreux se laisse distendre par la pression des viscères intestinaux avec bien plus de facilité que les tissus musculaires; c'est donc, à part les ouvertures naturelles, dans les points où il existe des aponévroses que les hernies devront se rencontrer. A cette loi s'en rattache une autre; c'est qu'au niveau des aponévroses existent constamment des dépressions; ainsi, examinant la surface du ventre sous le rapport de ses formes, on pourra dire: *Là où se rencontre une dépression, là peut se produire une hernie, parceque là existe du tissu aponévrotique.* Et enfin la production des hernies en ces points est encore favorisée par cette circonstance, que partout où il existe des aponévroses, les parois du ventre sont plus minces qu'ailleurs.

Ainsi, sur la ligne blanche se rencontrent deux espèces de hernies, les ombilicales proprement dites chez les enfans; chez les adultes, les hernies voisines de l'ombilic, que M. Gerdy propose de nommer *adombilicales.*

Le sillon latéral du ventre, constitué sur le bord externe du muscle droit par l'aponévrose d'attache du grand oblique, devrait aussi, suivant M. Gerdy, présenter assez souvent des hernies; il en a vu deux pour sa part chez le même individu; et il pense que si les chirurgiens eussent décrit d'une manière plus précise la position des hernies ventrales dont ils rapportent des exemples, on pourrait probablement constater leur fréquence. Cette conjecture nous paraît assez hasardée; en effet, sur plus de mille individus affectés de hernies que nous avons exa_

Encore sur ce point, on a vu des médecins s'effrayer pour leur propre compte de cette affection.

Si vous n'avez pas une longue habitude des maladies des yeux, l'iritis, l'ophthalmie interne, les névroses les plus variées, échappent à votre observation et les accidents les plus funestes se déclarent rapidement. Il en est de même de l'ophthalmie blennhorragique, rien de plus important que d'en saisir aussitôt le caractère essentiel, car si on n'arrête les progrès de cette ophthalmie, la fonte purulente de la cornée et par conséquent la cécité, en est promptement et inévitablement la suite.

Sans même remonter à d'aussi graves maladies, ne voit-on pas tous les jours couvrir long-temps les yeux de cataplasmes émolliens, d'un bandeau épais pendant leur inflammation, appliquer des sangsues autour des paupières, pratique éminemment irrationnelle et qui prouve combien la véritable thérapeutique oculaire est encore ignorée.

Je n'entrerai pas dans de plus grands détails surtout ce qui concerne l'ophthalmiatrie, qui examinée dans tous ses points, me fournirait une multitude de preuves à l'appui de mon assertion, que serait-ce si l'on parcourait ainsi les autres parties de la science? Depuis quelque temps on a multiplié les hôpitaux à Paris, on a réuni autant que possible dans un même hôpital, des affections ayant entre elles quelque analogie. Pourquoi ne pas poursuivre et étendre ce plan sagement combiné? Pourquoi ne pas avoir un hôpital consacré aux maladies des yeux, un autre pour les maladies des voies urinaires, un autre pour les maladies de poitrine, un pour tous les cas d'anévrisme, un pour les fièvres éruptives, varioles, rougeole, scarlatine, un pour les maladies articulaires, la goutte et le rhumatisme, etc, il y a dit on seize hôpitaux dans la capitale, plût à Dieu qu'il y en eût cent et plus, quelle galerie à parcourir pour l'homme qui voudrait acquérir une instruction profonde et variée! quel vaste cadre nosologique à étudier dans son ensemble et ses parties! que de progrès pour l'art, que d'heureux fruits pour l'humanité, n'obtiendrait-on pas de cet immense Panorama de nos misères! mais en attendant que de pareilles spécialités soient établies, encourageons du moins celles qui se font par les individus. C'est le seul moyen d'obtenir des résultats importants; encore une fois la *division du travail*, est la condition du progrès, et sur ce point la théocratie industrielle de saint Simon était dans le vrai. Quel que soit le génie médical d'un homme, il ne peut jamais l'exercer que dans un cercle assez limité. Nous avons beau faire, nos forces et notre esprit sont bornés, les maladies infinies, leurs causes obscures, leur traitement difficile... *l'art est long, la vie est courte.*

R. P.

— On prépare dans plusieurs hôpitaux de Paris des changemens au profit de la classe pauvre ou mal aisée. Aux Enfans-Trouves, placés rue d'Enfer, dans une localité fort vaste et fort saine, on reunira, dit-on, les orphelins qui logent faubourg St-Antoine. De l'hospice qu'ils y occupaient, on se propose de faire une maison intermédiaire entre Mont-Rouge et Sainte-Périne, et destinée, comme ces deux établissemens, à recevoir des vieillards en état de payer 400 fr. de pension. Pour subvenir aux besoins d'une population toujours croissante dans des quartiers éloignés du centre, l'hopital Necker doit être augmenté de 120 lits, et l'hôpital Beaujon de 180. Ces augmentations compenseront la réduction des places qui existent à l'Hôtel-Dieu.

---

minés, nous n'avons pas souvenir d'en avoir rencontré une seule de ce genre.

Enfin aux régions inguinales et crurales, outre les hernies qui traversent les ouvertures naturelles, il en est qui se font jour à travers les fibres aponévrotiques mêmes; M. Gerdy propose de leur donner les noms de hernies *adinguinales* et *adfémorales*.

Les hernies se produisent principalement durant les efforts; mais les physiologistes ne sont pas d'accord sur la part qu'y prend le diaphragme, les uns pensant qu'il se relâche, les autres qu'il aide à l'effort par sa contraction. M. Gerdy discute ces opinions et conclut: que le diaphragme reste passif dans les grands efforts quand la glotte est béante, et qu'il est actif, au contraire, quand elle est fermée.

Quoi qu'il en soit, il est toujours évident que durant l'effort, les viscères abdominaux se trouvent soumis à une violente pression, et comme ils opposent une réaction énergique, ils tendent à s'échapper par les points qui leur offrent le moins de résistance. Les intestins, à cause de leur grande mobilité, de leur *fluidité*, si l'on peut ainsi dire, sont comparables à un liquide et dès-lors les lois de l'hydrodynamique leur deviennent applicables. Ainsi quand une pression sera exercée sur un seul point de la masse intestinale, cette pression sera instantanément répartie dans toute la masse, et les viscères tendront à s'échapper par tous les points des parois qui les renferment, avec une force égale à celle qui les comprime. Telle est du moins la théorie de M. Gerdy; elle renverse l'explication que Béclard avait donnée de la fréquence plus grande des hernies à droite qu'à gauche, en disant que les efforts les plus énergiques ayant lieu à droite, le tronc s'inclinait à gauche, et le diaphragme penché dans ce dernier sens poussait les viscères à droite. Mais à présent nous adresserons cette objection à M. Gerdy: comment, si les viscères tendent à s'échapper par tous les points avec une force égale, les hernies ne sont-elles pas plus fréquentes à gauche, puisque le côté gauche est presque toujours plus faible que le côté droit?

M. Gerdy examine ensuite quelques points du diagnostic des hernies, en s'appuyant sur des observations. Le premier fait est celui d'un homme atteint d'une hernie inguinale gauche, qui s'étrangla le 24 mai à 8 heures du soir. Le lendemain, à 7 heures et demie du matin, on le conduit à St-Louis; pas de nausées, ni d'envies de vomir, ni de hoquet; pas de douleur dans l'abdomen; le pouls n'est point fréquent; pour tous symptômes, oschéocèle douloureux et irréductible, constipation, quelques éructations. On essaie le taxis à diverses reprises, mais en vain; on prescrit 50 sangsues sur la tumeur, deux bains, un lavement purgatif; vers le soir le pouls s'accélère, le délire survient. Le lendemain, 26, on pratique le débridement; l'intestin est réduit, le malade meurt le 27 à sept heures du matin.

Ainsi voilà un étranglement dont on ne peut guère nier l'acuité, qui cependant n'a présenté aucun vestige de ces symptômes déclarés constans par presque tous les auteurs. Dans l'observation suivante, il s'agit d'une hernie crurale étranglée chez une femme de 70 ans; les symptômes ordinaires s'étaient manifestés, y compris les vomissemens bilieux; conduite à Saint-Louis le troisième jour, les déjections par la bouche étaient suspendues depuis la veille; et cependant la hernie, encore irréductible au moment de l'arrivée de la malade, ne put être réduite que le soir après une application de sangsues.

Un grand nombre de tumeurs de l'aîne peuvent, comme on sait, simuler une hernie. M. Gerdy cite le cas d'un homme de 25 ans, n'ayant qu'un testicule dans les bourses, et chez lequel le deuxième testicule se présenta à l'anneau avec la plupart des symptômes de l'étranglement. La réduction fut obtenue; la tumeur rentra sans faire entendre de gargouillement. Le professeur remarque que l'absence du testicule dans la bourse correspondante n'est pas un symptôme toujours certain; car on comprend qu'une hernie ordinaire puisse se produire et s'étrangler, le testicule restant dans l'abdomen. Pour s'assurer que le testicule est réellement à l'anneau, il faut comprimer comparativement la tumeur étranglée et le testicule sain; l'identité ou la différence de la douleur ressentie par le malade sous cette double compression jettera une vive lumière sur le diagnostic.

Le fait qui suit est plus intéressant encore sous le rapport de la difficulté du diagnostic.

Un homme, à la suite d'un effort violent, voit apparaître dans l'aîne une tumeur assez volumineuse, accompagnée d'une douleur très-vive; bientôt surviennent des nausées, des vomissemens bilieux; les selles se suppriment; au bout de huit jours, il se présente à l'hôpital Saint-Louis. La tumeur était assez considérable, rénitente, douloureuse, s'étendant depuis le scrotum jusque dans le canal inguinal; les selles n'étaient pas rétablies; seulement les vomissemens avaient cessé depuis quelques jours; il y avait de la fièvre. On tenta le taxis, mais inutilement. L'opération fut décidée; le chirurgien arrivé sur l'enveloppe du cordon y reconnut la présence d'un liquide; il ouvrit la tumeur, et acquit la preuve que la prétendue hernie était un abcès phlegmoneux formé dans le tissu cellulaire du cordon. La guérison ne se fit pas attendre.

Quant au traitement, M. Gerdy jette un coup d'œil critique sur les procédés employés. Parmi les règles posées pour le taxis, on trouve celle-ci d'abord: 1° *faire rentrer les premières les parties sorties les dernières.* Ce précepte, selon le professeur, est parfaitement inutile, attendu que les parties sorties les dernières se trouvant plus près de l'anneau que les autres, ne peuvent faire autrement que de rentrer les premières. Cela est vrai; mais c'est la constance de ce fait même qui nous paraît justifier la valeur du précepte. Il s'agit seulement de lui laisser le sens dans lequel l'ont donné les chirurgiens; c'est-à-dire: *ne pas tenter de faire rentrer les premières les parties sorties les premières*; parce qu'on ne réussirait pas.

Un autre précepte est celui-ci: *pousser dans la direction que les parties ont suivie pour s'échapper.* Sans juger cette indication aussi sévèrement que la première, M. Gerdy ne paraît pas en faire grand cas. D'après la comparaison qu'il a établie entre les intestins et un liquide, il suffit, suivant lui, d'une pression circonférentielle complète, exercée sur la tumeur, pour la faire rentrer par l'ouverture naturelle, quelle que soit la direction de cette ouverture. Cela est vrai dans quelques cas, faux en d'autres; il n'est pas indifférent par exemple de pousser obliquement de dedans en dehors, ou de dehors en dedans, dans la hernie inguinale ordinaire; en suivant la seconde direction, on risque d'abord de ne pas réussir, et si les efforts sont considérables, on risquerait de refouler la paroi postérieure du canal et de créer une cavité accidentelle pour y loger la hernie. D'ailleurs c'est surtout dans l'étranglement, où la tumeur est quelquefois dure comme une pierre, que l'intestin perd toute ressemblance avec un liquide; et enfin la hernie étranglée ne se compose pas seulement d'intestin; le plus souvent l'épiploon y tient sa place.

Quand la tumeur est trop volumineuse pour pouvoir être comprimée dans tous ses points, M. Gerdy conseille de la fractionner, c'est-à-dire, de saisir avec les doigts de chaque main la portion la plus voisine de l'anneau, à un pouce de cet orifice, et serrant les doigts, d'isoler ainsi cette petite masse du reste de la tumeur, et de la faire rentrer par une compression exercée seulement sur elle. Cette manœuvre lui a plusieurs fois réussi dans des cas où les manœuvres ordinaires avaient échoué.

Dans l'opération, après l'incision de la peau, M. Gerdy préfère les ciseaux au bistouri pour diviser le tissu cellulaire. Pour le débridement, il se sert d'un bistouri droit dont la lame a deux lignes de largeur, et qui est terminé par une petite languette cylindrique un peu aplatie, longue d'une ligne environ, soudée à angle droit avec l'extrémité de la lame. C'est à très-peu près l'instrument donné comme sien par M. Thomson (V. *Journal hebdom.*, décembre 1835, et Gazette médicale, 5 mars 1836.) Mais M. Gerdy fait remonter l'idée qu'il en a eue jusqu'à 1833; la question de priorité ne souffre donc aucune difficulté.

DESCRIPTION DU COL DE L'UTÉRUS CHEZ LA FEMME JEUNE ET NULLIPARE; influence de l'âge et des grossesses sur l'état du col examiné au spéculum; par M. Marc d'Espine.

Le col utérin examiné au spéculum chez une femme saine et qui n'a point été enceinte, se présente sous la forme d'un petit mamelon ayant plus de saillie que d'extension à la base, situé au fond et un peu au-dessus de l'axe du vagin. Sa couleur est rose pâle, rose ou rose violacée; son orifice, toujours très-petit, est un pertuis triangulaire ou rond, à diamètres toujours sensiblement égaux, et ne dépassant pas une à deux lignes. Le diamètre du col à sa base n'excède guère 6 à 9 lignes; sa saillie est de 8 à 10 lignes.

Telles sont les circonstances constatées sur 22 femmes nullipares; 29 ayant été observées au spéculum, 7 ou un quart offraient donc quelques différences. Dans 3 cas le col était volumineux; dans trois autres il était peu saillant ou même tout-à-fait aplati; chez deux seulement l'orifice, au lieu d'être rond ou triangulaire, était linéaire, présentant une fente de 2 lignes. L'âge ne paraît amener aucune modification visible au spéculum dans la forme et les dimensions du col.

L'influence des grossesses est au contraire très-marquée. Chez une femme qui a fait un ou plusieurs enfans à terme, le col est augmenté de volume et plus ou moins aplati, en sorte qu'il pourrait être comparé, pour la forme, à une tartelette. L'orifice est presque toujours linéaire; la longueur de la fente, dirigée transversalement, est toujours au moins de 3 lignes, quelquefois de 6 à 8 lignes; dans un cas M. Marc d'Espine l'a trouvée d'un pouce. Quelquefois cette ligne est droite, d'autres fois

sinueuse et déchiquetée; cette dernière circonstance paraît plus fréquente chez les femmes qui ont eu plusieurs enfans.

Le nombre des grossesses influe assez peu; bien qu'en général le col soit d'autant plus gros que la femme a fait plus d'enfans, plusieurs femmes primipares l'offrent aussi volumineux que celles qui sont accouchées quatre, cinq et six fois. Chez 4 femmes qui n'ont été qu'une fois enceintes et qui ont avorté, le col était bien moins gros; et l'orifice elliptique ou linéaire n'avait pas plus de 2 lignes de diamètre.

Sur 3 femmes enceintes lors de l'examen, le col était plus ou moins volumineux, mou, les lèvres genflées; chez deux d'entre elles l'orifice était tellement dilatable, qu'on pouvait y introduire un pinceau assez volumineux.

Tels sont les principaux résultats annoncés par l'auteur de cette note, qui nous paraît d'un grand intérêt pour l'étude des affections du col de la matrice. Il faut dire que les femmes qu'il a examinées au spéculum étaient toutes des clientes de l'hôpital des Vénériens, et que 4 seulement, parmi les nullipares, avaient dépassé trente ans, ce qui ne doit faire admettre qu'avec réserve cette assertion : que l'âge n'a pas d'influence marquée sur la forme du col utérin. Il y a quelques mois que M. Chassaignac a appelé l'attention de la Société anatomique sur une disposition singulière qu'il a rencontrée chez plusieurs vieilles femmes; le vagin semble revenir sur lui-même, repoussé en haut le col de l'utérus, et déplie le cul-de-sac de la muqueuse vaginale qui l'entourait auparavant. Si l'on pratique le toucher dans ces circonstances, on sent au fond du vagin un rétrécissement à l'extrémité duquel est le sommet du col utérin, qui ne fait aucunement saillie dans le canal. M. Chassaignac donne à cet état le nom de *récession du col de la matrice*.

II. REVUE MÉDICALE FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE.

Le cahier de mars contient : 1° des *recherches sur la menstruation*, par M. le professeur Mojon, de Gênes; 2° *histoire du choléra épidémique qui a régné à Beaucaire*, pendant les mois de juillet, août, septembre, octobre et novembre 1835, par M. Blaud; premier article; le second n'a pas encore paru; 3° *histoire d'une affection typhoïde épidémique observée chez de jeunes enfans*; premier article, par M. F. Hatin.

Le cahier d'avril contient trois articles originaux savoir : 1° *mémoire et observations sur l'apoplexie cutanée*, ouvrage posthume de Léveillé; 2° *observation de paralysie de la sensibilité et de la motilité du côté gauche de la face, paralysie du muscle droit externe de l'œil du même côté, produite par une lésion d'un des nerfs des cinquième, septième et sixième paires encéphaliques*, par M. Tanquerel Desplanches; 3° *histoire d'une affection typhoïde épidémique observée chez de jeunes enfans*, par M. Félix Hatin; suite et fin.

RECHERCHES SUR LA MENSTRUATION, par M. MOJON.

C'est un travail de déductions plutôt que de faits, et dont nous ne saurions mieux rendre compte qu'en reproduisant le résumé de l'auteur lui-même.

1° La menstruation ne se fait ni par les dernières extrémités des artères ou des veines, ni par leur déchirure, ni par un ordre de vaisseaux exhalans particulier, ni enfin par des cryptes ou follicules de la muqueuse utéro-vaginale;

2° La menstruation est le résultat d'une transsudation particulière par les pores du tissu des vaisseaux capillaires de la cavité utéro-vaginale;

3° L'action des forces électriques propres à notre organisation entre pour beaucoup dans le phénomène de la menstruation, soit en augmentant la perméabilité du tissu des capillaires utérins, soit en accélérant la circulation du sang qui les parcourt, soit en le rendant peut-être plus liquide;

4° L'électrisation est un des plus puissans moyens de traiter avec succès l'aménorrhée produite par un état d'inaction des parties génitales, surtout chez les femmes d'un tempérament lymphatique et d'une constitution débile;

5° La métrorrhagie, la menstruation et la leucorrhée peuvent être regardées comme le résultat immédiat du plus ou moins de perméabilité des tuniques des capillaires utéro-vaginaux;

6° Les fumigations de gaz acide carbonique dans la cavité de la matrice peuvent être employées avec succès pour combattre les douleurs utérines qui précèdent et accompagnent une menstruation difficile, notamment chez les jeunes femmes d'un tempérament athlétique et sanguin.

MÉMOIRE ET OBSERVATIONS SUR L'APOPLEXIE CUTANÉE; par M. LÉVEILLÉ.

Il n'est pas rare de voir survenir inopinément, chez certains individus, des taches d'un brun violet, semblables à des échymoses et qui présentent ensuite en disparaissant la même marche et les mêmes caractères que ces dernières; c'est de cette affection légère, en apparence au moins, qu'il est question dans ce mémoire posthume de M. Léveillé. L'auteur comprend pourtant sous la même dénomination *coup de sang à la peau* une autre maladie de la peau qui n'est pas décrite d'une manière assez claire pour que nous puissions la reconnaître, et qu'il attribue à la même cause. Dans ce second cas, la peau prend une couleur rouge purpurine, se gonfle, se couvre de boutons larges, irréguliers, qui disparaissent et reviennent alternativement, qui causent beaucoup de démangeaisons et s'effacent en peu de temps sans disquammation de l'épiderme.

L'invasion de cette maladie est brusque, le matin ou le soir, mais plus souvent au milieu de la nuit, et est ordinairement précédée de palpitations, de dyspnée, d'un serrement dans la région péricordiale, des signes d'une congestion sanguine à la tête, et aussi d'un engourdissement des membres qui ne tarde pas à gagner tout le reste du corps. Au moment où l'éruption paraît, la peau est rouge et le siége d'une chaleur vive qui ne tarde pas à se dissiper. Le contact de l'eau suffit pour la faire disparaître, et sa durée est ordinairement de quatre à six heures; elle est toujours apyrétique. L'auteur rapporte plusieurs observations de cet exanthème qui peut se terminer par la résolution, l'ecchymose, l'œdème et l'ulcération superficielle. Le seul point important de ce mémoire est celui où l'auteur examine les rapports qui existent entre cette maladie et l'apoplexie cérébrale. Il trouve entre elles une parfaite analogie et un état pléthorique du système vasculaire dans les deux. Il croit même que, dans tous les cas d'apoplexie cutanée, il y a eu en même temps quelques symptômes d'apoplexie cérébrale, et en conclut qu'il n'y a d'autres différences entre ces deux affections que le siége de l'hémorrhagie et celles qui en découlent. La question traitée dans ce mémoire demandait plus de développemens qu'elle n'en a reçus. Les observations assez nombreuses qui y sont rapportées manquent de détails importans, et aujourd'hui, pour qu'un fait soit démontré en pathologie, il ne suffit pas qu'il soit appuyé de quelques faits analogues ou de quelques inductions éloignées, mais il faut des faits observés de nos jours et suivant les méthodes généralement admises aujourd'hui.

OBSERVATION DE PARALYSIE DE LA SENSIBILITÉ ET DE LA MOTILITÉ DU CÔTÉ GAUCHE DE LA FACE, AVEC PARALYSIE DU MUSCLE DROIT EXTERNE DE L'ŒIL DU MÊME CÔTÉ, PRODUIT PAR UNE LÉSION D'UN DES NERFS DES 5ᵉ, 6ᵉ ET 7ᵉ PAIRES ENCÉPHALIQUES; par le docteur TANQUEREL DESPLANCHES.

Le titre de cette observation suffit pour faire connaître ce qu'elle offre de plus intéressant, savoir : la confirmation d'un point de physiologie d'une grande importance qui a été longtemps débattu, mais sur lequel il ne devrait plus rester de doutes aujourd'hui, tant sont nombreux les faits pathologiques recueillis à l'appui, surtout depuis quatre ou cinq ans. Dans le cas qui est rapporté ici, le premier symptôme qui se manifeste est une douleur dans la mâchoire inférieure, pour laquelle on arrache sept dents et sans avantage; puis on voit apparaître une petite tumeur dans la région temporo-parotidienne du même côté; en même temps la sensibilité de la mâchoire inférieure diminue considérablement, et le malade cesse de percevoir les sons de ce côté; les muscles que Ch. Bell a désignés sous le nom de muscles respirateurs de la face, cessent de se mouvoir, et enfin il y a paralysie complète du sentiment et du mouvement dans tout le côté gauche de la face. A l'autopsie on trouve une altération notable des branches de la cinquième paire produite par la pression qu'exerçaient sur elles plusieurs tumeurs. La tumeur qui avait apparu dès le commencement de la maladie dans la région temporo-parotidienne, comprimait fortement la portion dure de la septième paire à très-peu de distance de sa sortie du trou stylo-mastoïdien. Quant à la sixième paire, elle était fortement enlacée par la veine ophthalmique qui était hypertrophiée au point d'égaler le volume d'une plume d'oie. Ce nerf et la branche ophthalmique de la cinquième paire sortaient plus gros qu'à leur entrée de cette espèce d'enlacement. Il serait difficile de trouver une observation où les rapports des altérations anatomiques et des symptômes observés pendant la vie, fussent plus manifestes; il n'y a que la perte de l'audition qui, au milieu de tous ces désordres, n'ait pu être expliquée.

III. JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE.

Les neuf cahiers de mars et avril contiennent les articles originaux suivans : 1° *essai sur le strabisme*, par M. Cavarra; 2° *revue médi-*

co-chirurgicale, par M. Montault : ce sont cinq observations isolées concernant : un empoisonnement par le laudanum, guéri par les vomitifs et le café à haute dose ; une rupture de la vessie, suite de chute ; un vrai croup ; une affection granleuse des reins ; une tumeur ostéo-sanguine ou fongus hématode ; 3° *revue générale de la clinique de M. Bouillaud, pendant l'année* 1835, par M. Pelletan ; 4° *observation sur une maladie du nerf de la 5ᵉ paire*, par M. Montault ; 5° *du rhumatisme articulaire aigu*, par M. Grisolle ; 6° *observation d'asphyxie par les émanations de la houille en combustion*, par M. Bazin ; 7° trois articles de la *clinique de M. Velpeau*, par MM. Barthez et Estevenet, internes ; 8° *relation des épidémies de fièvre jaune qui ont régné à Gorée et à St-Louis* (Sénégal) *pendant l'hivernage de* 1830, par M. Chevé ; 9° *recherches sur la surdité*, par M. Gairal ; la fin de ce mémoire est renvoyée aux cahiers de mai.

DU RHUMATISME ARTICULAIRE ; par M. le docteur GRISOLLE.

Cet article contient huit observations de rhumatisme articulaire, recueillies dans les salles de la clinique de l'Hôtel-Dieu, et est destiné à vérifier l'exactitude des opinions nouvelles que M. Bouillaud a émises sur cette maladie. Un aussi petit nombre de faits ne permet pas d'attacher une grande importance aux conclusions que l'on pourrait en tirer, car la plupart des questions soulevées par le professeur de la Charité, ont besoin, pour être résolues, d'un nombre de faits plus considérable. Ainsi, l'influence du traitement par la saignée coup sur coup ne peut être jugée, en suivant la méthode adoptée par M. Bouillaud, d'après les résultats obtenus dans huit ou dix cas. Aussi M. Grisolle, après avoir présenté dans un tableau le nombre et la force des saignées pratiquées, et le jour où la fièvre et la douleur ont cessé, éloigne-t-il l'idée de vouloir adopter comme définitifs les résultats obtenus dans ces cas ; il se contente, avec raison, de faire remarquer que dans ces cas les résultats les plus avantageux ne sont pas en faveur des saignées faites suivant la nouvelle formule, et que, comme chez quelques individus les saignées jugulantes sont suivies de convalescences longues et pénibles, on ne devra les employer que dans quelques cas rares et exceptionnels.

Il en est de même de la coïncidence que M. Bouillaud dit être si fréquente entre la péricardite ou l'endocardite et le rhumatisme, puisqu'il dit avoir rencontré l'une de ces deux maladies et plus souvent toutes les deux ensemble dans la moitié des cas graves. M. Grisolle dit avoir percuté et osculté avec soin tous les rhumatisans soumis à son observation, une et même deux fois par jour, et n'avoir trouvé, quelque attention qu'il ait apportée à cet examen, un bruit anormal dans le cœur que deux fois seulement, et encore il conteste que le bruit de souffle que l'on entendait dans un cas, et le bruit de râpe dans l'autre, doivent être nécessairement attribués à une maladie du péricarde ou de la substance du cœur. Dans le premier cas, le sujet ayant été affaibli par des évacuations sanguines très abondantes, était dans un état chlorotique nû, comme le reconnaît M. Bouillaud lui-même, il peut survenir certaines anomalies dans les bruits du cœur sans phlegmasie de cet organe ni de ses membres. Dans le second, le bruit de râpe ne s'est manifesté que dix jours après la cessation complète de la fièvre et des douleurs.

L'auteur jette aussi en passant quelques doutes sur un autre fait affirmé par M. Bouillaud, savoir l'influence du rhumatisme sur le développement des indurations et l'épaississement des volvules du cœur. Cinq malades, dit-il, sont entrés dans les salles de la Clinique, atteints de rétrécissement des orifices du cœur. On a parlé de diagnostic vérifié dans un seul cas, par l'examen cadavérique, d'après l'inégalité, la petitesse et l'irrégularité des battemens artériels accompagnés quelquefois de bruit de souffle et de râpe. Tous ces malades interrogés un grand nombre de fois sur leurs antécédens ont toujours répondu qu'ils n'avaient jamais eu aucune affection rhumatismale aiguë ou chronique avant l'invasion de la maladie du cœur.

Enfin nous terminerons cette analyse en indiquant comme dignes d'appeler l'attention des observateurs deux cas de rhumatisme observé chez des sujets atteints de fièvre scarlatine, coïncidence qui a été rarement remarquée de nos jours, mais qui, a une époque peu éloignée encore, l'a été plusieurs fois.

RELATION DES ÉPIDÉMIES DE FIÈVRE JAUNE QUI ONT RÉGNÉ A GORÉ ET A ST-LOUIS (SÉNÉGAL), PENDANT L'HIVERNAGE DE 1830 ; par le docteur CHEVÉ.

L'auteur ne se propose point de donner ici l'histoire de la fièvre jaune, il ne veut que retracer les principales circonstances qu'il a été à même d'observer pendant une épidémie de cette maladie. Ce travail se prêterait peu à l'analyse, aussi nous n'entreprendrons pas de le reproduire ici ; cependant comme il est quelques-unes des circonstances signalées par M. Chevé qu'il nous paraît utile de faire connaître, nous allons nous y arrêter quelques instans.

A l'île de Goré, la maladie éclata subitement et sans qu'il fut possible de soupçonner même l'importation, après un mois entier d'une sécheresse extraordinaire, et dont les plus anciens habitans ne se rappelaient pas avoir encore vu d'exemple. Mais ce qui est remarquable, c'est que dans le premier jour, bien que le nombre de malades fût déjà assez considérable, les symptômes observés n'étaient point ceux de la fièvre jaune à laquelle personne ne pensait, on croyait n'avoir à combattre qu'une méningo-céphalite violente ; mais au bout de cinq à six jours, on vit bientôt de nouveaux accidens se joindre aux symptômes cérébraux, la maladie commença à se modifier, et on put observer une transition insensible entre les encéphalites franches du début et la fièvre jaune bien caractérisée qui forma la troisième période de la maladie.

Était-ce bien réellement la même affection que l'on observa pendant ces périodes successives? c'est ce que nous ne pouvons décider ; mais il est très-remarquable que la fièvre jaune ne se déclara que quand le nombre de malades était déjà considérable. Telle fut la gravité de cette épidémie que sur les 150 Européens qui habitent Goré, 144 contractèrent la maladie et 53 succombèrent. Chez les nègres qui habitent les rivages littoraux du continent, la mortalité fut bien plus terrible encore : plusieurs bourgades ont perdu tous leur habitans, hommes et bêtes, tandis que dans d'autres villages on comptait à peine un ou deux malades.

M. Chevé dit avoir observé pendant la seconde période de la maladie, celle qui a été intermédiaire entre la méningo-céphalite et la fièvre jaune, une circonstance à laquelle il a attaché, avec raison, une grande importance, et même qui l'a déterminé à désigner cette seconde période sous le nom d'intermittente pernicieuse ; en effet, chez quelques sujets il y avait un moment où les symptômes de l'encéphalite se calmaient et disparaissaient plus ou moins complètement, pour ne laisser qu'une faiblesse extrême et une lassitude très-grande de tout le corps. C'était le moment qu'il fallait saisir au vol, dit l'auteur, pour administrer le sulfate de quinine ; et c'est là surtout qu'était le point difficile du traitement : donner trop tôt le sulfate de quinine était nuisible, trop tard il devenait inutile ; mais si l'on avait bien saisi l'instant favorable, les résultats de son administration étaient certains ; la dernière période n'avait jamais lieu, quelque violente qu'eût été la première, et le malade entrait immédiatement en convalescence. Si, au contraire, on négligeait l'indication, ou si on n'était pas auprès du lit du malade pour profiter du moment de la rémission, il était perdu presque sans ressources : après deux ou trois heures d'un calme plus ou moins parfait, on voyait se développer les symptômes abdominaux, les vomissemens noirs et les autres accidens de la fièvre jaune grave.

Nous ne trouvons, du reste, rien autre chose dans l'histoire du traitement qu'il nous semble utile de noter. Ici comme dans les épidémies très-graves, nous voyons les premiers cas se terminer presque tous par la mort, puis la mortalité diminuer graduellement, ce que l'on attribue ordinairement à la connaissance que l'on a acquise de la nature de la maladie et de la meilleure médication à lui opposer, tandis que le plus souvent la diminution de l'intensité de la maladie est tout-à-fait indépendante du traitement et de toute circonstance appréciable.

IV. BULLETIN DE THÉRAPEUTIQUE.

RECHERCHES SUR UN NOUVEAU PROCÉDÉ POUR OBTENIR LA CURE RADICALE DE LA FISTULE LACRYMALE ; par M. PÉTREQUIN.

Ce nouveau procédé n'est autre chose qu'une modification apportée à la canule de Dupuytren, pour obvier aux inconvéniens qu'on lui reproche. Ainsi la canule de Dupuytre est trop longue ; M. Pétrequin veut qu'elle n'ait que 5 à 6 lignes pour les enfans, 8 à 9 pour les adultes ; cette innovation a déjà été proposée, et n'est réellement qu'un retour aux dimensions de la canule de Pellier. L'instrument de Dupuytren est trop étroit ; M. Pétrequin veut qu'on dilate d'abord le canal par le cathétérisme nasal, afin de juger quel diamètre on peut donner à la canule. Enfin elle peut tomber dans les fosses nasales ou remonter vers le grand angle oculaire ; pour prévenir ce double inconvénient, la canule nouvelle présenterait à son sommet trois fentes d'environ deux lignes de longueur, et serait ainsi divisée en trois lames tendant à s'écarter par leur propre élasticité, et qui, une fois en place, arcbouteraient contre les parois du canal et maintiendraient fixément le tuyau métallique.

Il ne s'agit plus que de l'introduire. A cet effet, il faut avoir un mandrin construit de deux pièces ; l'inférieure, longue de quatre à cinq lignes, a les deux tiers de son étendue occupés à remplir la canule ; le troisième, qui la dépasse en bas, se trouve plus gros que les deux autres

tiers, et offre là, circulairement, une rainure verticale d'environ une ligne de profondeur, dans laquelle les trois lames, taillées en biscau de dehors en dedans, s'engagent et sont maintenues réunies. Cette première pièce est en outre traversée d'un canal central dans lequel s'engage l'extrémité affilée de la deuxième pièce, qui constitue le reste du mandrin. Ces trois instrumens adaptés l'un à l'autre, on introduit le tout dans le canal nasal; puis on retire la seconde pièce du mandrin, qui sert ensuite à repousser la seconde en bas; celle-ci tombe dans les narines; les trois lames de la canule en s'écartant la retiennent par en bas comme son bourrelet la retient par en haut, et l'opération est finie.

Ce procédé n'a pas encore été essayé sur le vivant; et à part la complication des instrumens, il laisserait peut-être à craindre que la muqueuse, pénétrant à travers les fentes de la canule, ne poussât des bourgeons dans son intérieur, qui l'obstrueraient sans remède. D'ailleurs la canule de Pellier toute simple, ou avec les légères modifications proposées par M. Malgaigne, atteint aussi sûrement le but poursuivi par M. Pétrequin.

NOUVEAUX FAITS CONCERNANT L'EMPLOI DU SULFATE D'ALUMINE DANS LE TRAITEMENT DES FIÈVRES GRAVES, RECUEILLIS A L'HOPITAL MILITAIRE DU GROS-CAILLOU.

Le sulfate d'alumine a été employé, comme on le sait, dans le traitement de la fièvre typhoïde, par M. le professeur Fonquier; depuis d'autres médecins ont eu recours à la même médication. Les expériences que nous allons faire connaître ont été faites dans le service de M. Baumès, qui commença par expérimenter sur lui-même et en santé, l'effet de ce médicament, avant de l'administrer à ses malades. Voici les effets qu'il a obtenus : un demi-gros de sel pris à jeun et dans un verre d'eau distillée, ne détermina qu'un sentiment d'astriction dans l'intérieur de la bouche et dans la région de l'estomac qui cessa au bout d'un quart-d'heure; un gros produit une astriction plus forte à la suite de laquelle l'appétit fut plus vif et la digestion plus prompte; deux gros et demi déterminèrent des envies de vomir, et trois gros des vomissemens : voyons maintenant les effets éprouvés par les malades.

Quatre observations sont rapportées ici, dans l'une desquelles la maladie s'est terminée par la mort; mais chez le sujet de cette dernière, la fièvre typhoïde s'était déclarée pendant le cours d'une pneumonie qui n'en continua pas moins sa marche et accéléra certainement la mort. L'effet astringent est le premier qui se manifeste après l'administration du sulfate d'alumine; chez le sujet de la première observation, vingt grains de ce sel sont pris pendant plusieurs jours de suite sans effet évident sur la marche de la maladie, qui ne cesse pas de faire des progrès, mais le 4e jour le dévoiement et les selles diminuent, et dès le cinquième jour il n'y eut plus du tout de garderobes. La dose fut alors portée à quarante grains, le mieux devint plus sensible encore, et sous l'influence de la même médication, la convalescence fut définitivement confirmée. Dans le second cas le sulfate d'alumine ayant été administré en même temps que l'amidon et l'opium, on ne peut leur attribuer l'amélioration qui survint presque immédiatement. Chez le sujet du troisième cas, nous voyons l'alun administré sous l'influence des symptômes les plus graves, tels que soubresauts des tendons, coma, selles involontaires survenues malgré l'emploi de deux saignées, de l'émétique et du sulfate de quinine faire disparaître en quatre jours tous ces symptômes alarmans. Deux jours après, la diarrhée ayant reparu avec quelques symptômes graves, on prescrivit un gros d'alun et un bouillon de poulet, et une convalescence solide ne tarda pas à survenir.

Il semble donc ressortir de ces faits peu nombreux, il est vrai, que le sulfate d'alumine peut modérer et même supprimer le dévoiement dans la fièvre typhoïde, et qu'on peut en commencer l'administration à la dose de vingt-cinq grains, incorporés dans une potion gommeuse, et le porter successivement jusqu'à un gros et demi et même deux gros toutes les vingt-quatre heures sans avoir rien à redouter pour l'estomac ni pour le tube digestif. Quant aux autres effets que lui attribue l'auteur de cette communication, tels que la cicatrisation des ulcères et la rapidité de la convalescence, ils nous paraissent encore très-problématiques et réclament de nouvelles expériences.

DE L'ÉTAT ACTUEL DE LA THÉRAPEUTIQUE DANS LES ANÉVRISMES INTERNES.

L'auteur de cet article, après avoir rétracé en peu de mots l'état des connaissances sur ce point de pathologie aux différentes époques de la science, entre dans quelques détails sur les moyens de reconnaître cette maladie que nous possédons aujourd'hui, et signale spécialement les recherches des docteurs Stokes et Green sur le diagnostic des anévrismes commençans de l'intérieur de la poitrine. S'il est aujourd'hui assez souvent facile de reconnaître ces anévrismes sous le rapport de leur traitement, nous devons l'avouer la science a fait peu de progrès depuis quelques années. On trouve bien dans les auteurs anciens, et même dans quelques ouvrages modernes, des exemples de guérison, soit spontanée, soit provoquée, d'anévrismes internes; mais de nos jours, ces observations sont devenues presque inconnues. Cela tient, dit l'auteur, à l'oubli fâcheux dans lequel est tombé ce point de thérapeutique.

Le traitement de Valsalva suivi exactement ne peut que très rarement produire l'effet qu'on en attend. Souvent même il est plus nuisible qu'utile, parce que le sang réduit par la longue diète et les saignées à un fluide pauvre, dépourvu de fibrine, et par conséquent de plasticité vitale manque de l'élément le plus essentiel à l'oblitération du sac anévrismal; car c'est moins en diminuant énormément la masse du sang, qu'en mettant celui qui traverse la tumeur anévrismale dans les conditions convenables de cristallisation, qu'on peut obtenir la guérison de la maladie. L'auteur passe en revue à cette occasion les divers moyens qu'il convient d'employer pour arriver à ce but, et établit de bonnes règles sur l'emploi de la saignée générale, de la saignée capillaire, de l'alimentation, et qu'il est facile de saisir *à priori* d'après ce que nous venons de dire. Parmi les moyens propres à faciliter la coagulation du sang dans l'intérieur de la poche anévrismale, l'acétat de plomb doit être mis en première ligne. C'est à l'intérieur qu'on doit l'employer par petite dose progressivement et dans quelque tisanne astringente.

L'auteur repousse fortement l'application de la glace à l'extérieur sur les tumeurs anévrismales et spécialement sur celles de la poitrine, et termine par conseiller dans les cas où elles proéminent à la surface de la peau et semblent prêtes à s'ouvrir par la formation d'une escarre, d'avoir recours à un moyen compressif, à une sorte de sac artificiel pour empêcher on retarder au moins une hémorrhagie foudroyante. Il rappelle qu'une jeune femme soutenue de la sorte par A. Cooper, a pu vivre encore pendant vingt-sept jours, et n'est morte que d'une inflammation suppurative de la poche anévrismale.

NOTE SUR UNE NOUVELLE VENTOUSE A SUCCION; par M. LAFARGUE.

L'inconvénient des ventouses à feu, c'est de brûler quelquefois la peau et d'effrayer inutilement les malades; celui des ventouses à pompe, c'est leur prix élevé et la difficulté de leur conservation. La ventouse que propose ici M. Lafargue n'offre aucun de ces inconvéniens : elle consiste en un entonnoir en verre, et le moyen à l'aide duquel il obtient le vide, est la succion. Un petit ajustage ou une soupape artificielle composé d'un morceau de cuir et de parchemin fixés par quatre ou six fils le long du tube, au moyen d'un morceau de papier collé sur eux et recouvert d'un petit canevas de soie, s'oppose, après que le vide a été fait par la succion, à la rentrée de la plus petite bulle d'air; et telle est la force avec laquelle on peut agir par l'emploi de cette ventouse sur la peau, « qu'en y ayant recours, dit l'auteur, je produis constamment des ecchymoses et même une exhalation sanguine sur la partie de la peau où je les applique.»

Dans les cas où il désire obtenir une révulsion énergique, M. Lafargue fait un disque de coton cardé ou de vieux linge, le présente devant le feu, et, lorsqu'il est fortement chauffé, il l'applique sur le point de la peau où il veut opérer, pose sa ventouse par-dessus, et fait le vide. Au bout de deux minutes il recommence l'opération, qu'il répète ainsi quatre ou cinq fois de suite. C'est spécialement dans l'application des ventouses scarifiées que M. Lafargue attribue le plus d'avantage à son appareil. Il dit avoir retiré 18 onces de sang avec de ses ventouses seulement, et ne craint pas d'avancer qu'on peut obtenir de leur emploi autant de sang que des sangsues.

La succion employée comme moyen d'obtenir le vide, n'est point d'une nouvelle invention, ainsi que le dit l'auteur lui-même. Les anciens Egyptiens l'employaient déjà; mais le mécanisme à l'aide duquel le vide est maintenu, est ingénieux; et si cette méthode a pour résultat de simplifier une petite opération qu'on néglige quelquefois précisément à cause des légers inconvéniens qu'elle présente par la méthode ordinaire, l'appareil que nous venons de signaler a droit à des encouragemens.

DE L'EMPLOI DE LA GLACE ET DU LAIT DANS LE TRAITEMENT DES DILATATIONS DE L'ESTOMAC, par le docteur PÉTREQUIN.

La dilatation de l'estomac reconnaît souvent pour cause un rétrécissement organique du pylore, et alors le traitement proposé ici par M. Pétrequin ne pourrait avoir beaucoup d'efficacité. Mais il n'en est pas toujours ainsi; elle peut aussi venir soit d'un état spasmodique du

pylore ; soit d'un asthme du même organe, et c'est dans ces deux cas seulement qu'on peut espérer une guérison complète. Le moyen dont l'auteur de cette communication recommande ici l'emploi et qu'il paraît avoir employé avec succès dans deux cas, ne pourrait cependant suffire seul pour amener la guérison d'une maladie toujours opiniâtre, mais le repos et la diète complète sont deux autres conditions indispensables au succès du traitement. Chez le premier sujet des deux observations consignées ici, et chez laquelle la maladie était parfaitement caractérisée, on prescrivit d'abord la diète absolue d'alimens et de tisane, et on lui accordait seulement une chopine de lait par jour à prendre en plusieurs fois, dans laquelle elle mettait de la glace pilée au moment de boire. La dose fut bientôt portée à plus d'une pinte, et la glace pilée à environ deux livres; puis on ajouta quelques potages légers. La malade gardait le repos; les renvois cessèrent peu à peu; les vomissemens aussi; et l'amélioration devint si manifeste qu'on ne put l'astreindre plus d'un mois à ce régime et qu'elle sortit pour manger tout à son aise.

Chez le sujet de la seconde observation la maladie datait de douze ans, et ne put être guérie complétement, car il sortit au bout d'un mois du service de M. Rayer, où il était entré, et dans un état d'amélioration non douteux.

Quelle que soit la cause de l'ampliation de l'estomac, si elle n'est pas organique on peut attendre de cette médication, qui est très-rationnelle, si non une guérison complète, au moins un soulagement manifeste.

NOUVELLE MÉTHODE POUR GUÉRIR RADICALEMENT LES HERNIES; par M. A. BONNET, chirurgien en chef (désigné) de l'Hôtel-Dieu de Lyon.

Cette méthode, dont nous avons déjà dit quelques mots dans un compte-rendu des séances de l'Académie des sciences, consiste à piquer des épingles près de l'anneau, à travers les enveloppes herniaires; à les disposer de manière qu'elles maintiennent en contact les parois du sac, et à les laisser en place jusqu'à ce que l'inflammation adhésive se soit développée. Il fallait en même temps préserver de toute piqûre et de toute compression les vaisseaux spermatiques. M. Bonnet a rempli ces conditions en plaçant le cordon dans l'intervalle des épingles; la manière dont il les applique suffit du reste à remplir les autres indications.

Les objets nécessaires à l'opération sont : 1° trois ou quatre épingles ordinaires, longues d'un pouce et demi; 2° un nombre double de morceaux de liége ayant le volume et la forme de l'extrémité du petit doigt, ou pour mieux dire d'une demi-sphère; 3° une pince à chapelet. Avant de se servir des épingles, on fait traverser à chacune d'elles le milieu de l'un des morceaux de liége, la convexité tournée vers la pointe; et l'on pousse ce liége jusqu'à la tête de l'épingle, dont il augmente le volume.

La hernie réduite, on saisit la racine des bourses aussi près que possible de l'anneau, et l'on place le cordon dans le cercle formé par le pouce et l'indicateur gauche; les extrémités de ces doigts fortement rapprochées; on pique une épingle au-devant de leurs ongles, en arrière des enveloppes de la hernie et près du ligament suspenseur de la verge, et on l'enfonce jusqu'à ce que sa tête de liége appuie sur la peau, et que sa pointe fasse saillie en avant. Alors on passe celle-ci dans le centre d'un second morceau de liége, la face plate regardant cette fois vers la pointe; on le pousse assez avant pour que les parties situées entre les deux liéges soient légèrement comprimées; et pour maintenir cette compression, on replie en cercle la pointe de l'épingle à l'aide de la pince à chapelet.

La première épingle ainsi placée, on porte le cordon entre elle et les extrémités du pouce et de l'indicateur gauche rapprochées toujours autant que possible; on pique, en suivant l'extrémité de ces doigts, une seconde épingle parallèle à la première, située de 6 à 7 lignes plus en dehors et fixée ensuite avec les mêmes précautions. Le cordon se trouve ainsi placé entre la première et la deuxième épingle; mais si par la pression de la hernie, les vaisseaux et les nerfs qui le composent avaient été séparés et dispersés, et ne pouvaient pas tous être ramenés dans cet intervalle, on placerait ce qui en resterait entre la seconde épingle et la troisième, enfoncée aussi de 6 à 7 lignes en dehors de la précédente.

M. Bonnet a opéré par cette méthode quatre hommes affectés de hernies inguinales du côté droit; une seule fois il s'est contenté de trois épingles, deux fois il en a mis quatre; sur le dernier malade, s'étant aperçu que la rangée des trois épingles pouvait être éloignée d'un travers de doigt de l'anneau, il en mit trois autres plus près de celui-ci. En général l'inflammation et la douleur n'ont commencé à se développer que vers le 4e jour; M. Bonnet ne retirait les épingles que quand l'inflammation était assez vive et que leur tête postérieure commençait à ulcérer la peau, ce qui arrivait du 6e au 12e jour; on conçoit que, pour les extraire, il faut couper une de leurs extrémités avec des tenailles incisives.

Des quatre sujets opérés, deux encore dans la force de l'âge avaient des hernies peu volumineuses; trois semaines ont suffi à leur guérison. Un vieillard de 67 ans portait un entérocèle descendant jusqu'au fond des bourses, et que les bandages ne contenaient qu'imparfaitement; c'est celui qui eut six épingles. Après un mois de traitement, il pouvait, comme les autres, se lever, marcher et tousser sans que les viscères eussent de la tendance à sortir. L'autre opéré portait sa hernie depuis 30 ans; depuis six ans l'inutilité des bandages l'avait forcé à les abandonner; l'anneau inguinal permettait l'introduction des cinq doigts réunis, et la tumeur dépassait le tiers supérieur de la cuisse; en cinq semaines il fut aussi bien guéri que les autres. Chez tous, on ne pouvait reconnaître distinctement l'anneau, qui paraissait confondu avec toutes parties environnantes par ce tissu cellulaire qui succède à l'organisation de la lymphe plastique.

Telle est la description du procédé, tel est le récit des succès annoncés par M. Bonnet. Jusqu'à quel point peut-on compter sur cette nouvelle méthode? Nous ne pensons pas qu'il soit besoin de l'expérience pour le dire. M. Bonnet n'indique pas pour quelle variété de hernie inguinale il l'applique; on peut induire de cette omission qu'il les croit toutes curables par ce moyen. On ne saurait douter toutefois qu'il n'y ait quelques différences à établir. La hernie inguinale oblique est celle qui offre le plus de chances de guérison, même avec le bandage simple; mais pour que la cure s'opère, il faut que le canal inguinal soit oblitéré dans toute son étendue. Or, la méthode nouvelle peut-elle atteindre ce but? Loin de là, M. Bonnet n'agit pas même directement sur l'orifice externe de ce canal; il se contente d'oblitérer la portion du sac herniaire qui est au-dehors; et tout ce qu'il pourrait espérer serait de transformer une hernie extérieure en une hernie interstitielle, qui a presque autant besoin d'un bandage que l'autre.

Que si la hernie est directe, la difficulté de la cure radicale est bien autrement considérable; et je ne sache personne, chirurgien ou bandagiste, qui se soit flatté sérieusement de la surmonter.

Mais les succès sont-là, dira-t-on. Évidemment ils sont trop incomplets pour signifier quelque chose; M. Bonnet ne nous apprend pas s'il fait porter un bandage de précaution à ses opérés, ce qui est probable; et lors même qu'il aurait omis ce puissant auxiliaire, que prouve donc pour la cure radicale d'une hernie cette possibilité de se lever et de tousser après trois ou quatre semaines de séjour dans un hôpital? Le simple repos du lit a quelquefois produit de ces merveilles éphémères. C'est plusieurs années, ou du moins plusieurs mois après la guérison qu'il faudrait revoir les malades; et M. Bonnet n'a revu que les deux sujets dont la hernie était petite, et encore un mois seulement après leur sortie.

En résumé, on ne saurait espérer que la nouvelle méthode fermera aussi certainement le canal herniaire qu'une cicatrice formée par suppuration, comme après la herniotomie et la castration; et cependant nous savons que ces opérations même ne sont pas un sûr garant contre les récidives. L'opération de M. Bonnet est donc une idée fort ingénieuse, mais qui ne promet pas de grands résultats; tout au plus pourra-t-on l'appliquer au traitement des hernies ombilicales congéniales, pour lesquelles elle offre les mêmes chances favorables que la ligature, peut-être avec moins d'inconvéniens.

V. JOURNAL DE CHIMIE MÉDICALE.

DE LA THÉBAÏNE, NOUVEL ALCALI VÉGÉTAL TROUVÉ DANS L'OPIUM; par M. COUERBE.

Cette nouvelle substance alcaline existe dans les eaux d'où l'on a séparé, par le procédé de Grégory, les hydrochlorates de morphine et de codéine. Pour l'isoler, M. Couerbe a mis en pratique la méthode suivante. Après avoir rapproché ces eaux jusqu'à consistance de mélasse, on les étend d'eau acidulée par de l'acide hydrochlorique, et on enlève, à l'aide d'une écumoire, un dépôt noir de morphine et de thébaïne. On dessèche ce précipité; on le pulvérise, et on le brûle par l'éther houillant. La thébaïne, quoique peu soluble dans ce liquide, se dissout. En distillant ensuite l'éther dans une cornue, on voit la thébaïne se précipiter en petits cristaux roussâtres qu'on purifie par solution dans l'alcool houillant, avec le charbon animal.

Propriétés. La thébaïne est parfaitement blanche et fortement alcaline; elle est soluble dans l'alcool et l'éther, et se cristallise en petites membranes dans le premier liquide, et en prismes rhomboïdaux, apla-

tis et brillans dans le second. Exposée à la température de 130° au-dessus de zéro, elle fond et ne se fige ensuite qu'à 110°. Les acides concentrés, la résinifient et l'altèrent, tandis que, convenablement étendus, ils s'y combinent et forment des sels cristallisables. Frottée, elle s'électrise résineusement comme la plupart des matières résinoïdes. M. Couerbe l'a trouvée composée ainsi qu'il suit.

Carbone	71,976
Azote.	6,385
Hydrogène.	6,460
Oxigène.	15,279

TRAVAUX ACADEMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 30 MAI 1836.

LITHOTRITIE.

M. Ledain, aide de M. Civiale, réclame en faveur de ce chirurgien la priorité d'invention pour le brise-pierre à écron brisé. Un instrument qui ne diffère de celui que M. Leroy d'Étiolle a soumis au jugement de l'Académie dans la précédente séance, qu'en ce que les deux parties de l'écron brisé s'écartent en se mouvant autour d'une charnière au lieu de s'éloigner parallèlement, a été exécuté au mois de janvier dernier, après les indications de M. Civiale, et employé par lui, tant en ville qu'à l'hôpital Necker. M. Ledain adresse un numéro de *la Lancette* (27 février 1836), où se trouve décrit l'instrument de M. Civiale.

EAUX THERMALES DE BAGNÈRES DE LUCHON.

M. Nérée Boubée adresse une note sur les travaux qui ont été entrepris à Bagnères pour augmenter le volume de l'eau qui alimente les bains. Des faits qui ont été observés dans ces fouilles, l'auteur de la note se croit fondé à conclure que l'eau qui jaillit sur divers points de cette localité provient d'une source unique, de sorte qu'elle se montrerait identique sur tous ces points, si, dans les divers canaux qui sont les ramifications de ce tronc commun, elle ne se mêlait à des eaux communes dont la proportion varie d'un canal à l'autre.

— M. Mayor de Lausanne adresse la nouvelle édition de son Traité du cathétérisme et des maladies de la vessie, et demande que cette deuxième édition soit admise, au lieu de la première, au concours pour le prix Monthyon.

EXAMEN DE SULFURE DE CARBONE.

M. Chevreul lit en son nom et celui de MM. Dumas et Robiquet un rapport sur un travail de M. Couerbe, relatif à ce carbure.

Lampadius, en 1796, obtint par la distillation d'un mélange de charbon et de pyrite, le sulfure de carbone qu'il crut être un composé de soufre et d'hydrogène. Plus tard, MM Clément et Desormes l'ayant préparé en faisant passer de la vapeur de soufre sur du charbon incandescent, annoncèrent sa véritable nature, et les expériences de Vauquelin la mirent hors de doute. L'analyse de MM. Berzélius et Marcet fut tout-à-fait d'accord avec celle de Vauquelin, M. Berzélius observa en outre que le sulfure de carbone se combine aux bases salifiables et forme des composés qu'il appela *carbo-sulfures*.

M. Zeise, en examinant la réaction du sulfure de carbone et de la potasse dissoute dans l'alcool, obtint un sel cristallisé qui lui parut formé de potasse et d'un hydracide équivalant à de l'hydrogène, et un sulfure qu'il regardait comme étant très-probablement différent par la proportion de ses élémens du sulfure de carbone de Lampadius.

Il y avait donc, suivant M. Zeise, un sulfure de carbone qui jouait le rôle de combinant complexe, et qui venait se placer auprès du cyanogène. En conséquence de cette analogie, M. Zeise appela ce sulfure *xanthogène*, à cause de la couleur jaune de plusieurs de ses combinaisons avec les métaux.) Il nomma acide hydroxanthique son hydracide, et xanthures ses combinaisons avec les métaux.

M. Zeise considéra le liquide huileux provenant de la réaction de l'acide sulfurique, hydrochlorique ou acétique sur son sel cristallisé, comme l'acide hydroxanthique, et les sels métalliques provenant de l'hydroxanthe de potasse, comme des xanthures. Dans cette réaction, l'hydrogène de l'acide formait donc de l'eau avec l'oxigène de l'oxide métallique, tandis que le métal réduit s'unissait au xanthogène.

M. Couerbe examinant le sulfure de carbone à une époque où l'on s'est beaucoup occupé de la composition des éthers, le considère non plus comme un combinant analogue au cyanogène, mais comme un sulfo-acide représenté par deux atomes de soufre et un atome de carbone. Cet acide correspondant ainsi à l'acide carbonique, il le désigne sous le nom de sulfo-carbique.

Le sel de Zeise, suivant M. Couerbe, n'est pas représenté par du sulfure de carbone et de l'hydrogène unis à la potasse, mais par deux atomes de sulfure de carbone et un atome d'éther unis à un atome de potasse. Lorsqu'on décompose ce sel par un acide étendu d'eau, ce n'est pas, toujours suivant M. Couerbe, un hydracide que l'on obtient, mais un acide représenté par deux atomes de sulfure de carbone et un atome d'alcool, et qui est ainsi analogue à l'acide sulfo-vinique, ce dernier étant représenté par deux atomes d'acide sulfurique et un atome d'alcool.

M. Couerbe pense donc que, quand on présente le sulfure de carbone à de la potasse et à de l'alcool, un atome de potasse s'unit à deux atomes d'acide sulfo-carbique et un atome d'éther, et que les atomes élémentaires de ces deux composés constituent l'acide qu'il nomme *sulfo-carbéthérique monohydraté*. Il pense, en second lieu, que cet acide, lorsqu'il est séparé de la potasse, absorbe un atome d'eau et devient *acide bihydraté*.

Enfin, d'après l'examen qu'il a fait du xanthure de cuivre et surtout de celui de plomb, il conclut que l'*acide sulfo-carbéthérique hydraté*, en s'unissant à l'oxide de plomb, perd un atome ou deux atomes d'eau, suivant qu'il est *mono* ou *bi*-hydraté.

On voit donc :

1° Que l'acide sulfo-carbéthérique libre contient deux atomes d'eau, et est équivalent à deux atomes d'acide sulfo-carbique et un atome d'alcool ;

2° Qu'en se combinant avec un atome d'oxide de plomb, il perd toute son eau et est alors équivalent à deux atomes d'acide sulfo-carbique et un de carbure d'hydrogène représenté par quatre atomes de carbone et huit d'hydrogène.

L'auteur présume que l'acide sulfo-vinique et les autres acides viniques se comportent comme l'acide sulfo-carbo-vinique avec l'oxide de plomb, etc.

Nous ne suivrons pas les commissaires dans l'exposé qu'ils font des diverses expériences par lesquelles M. Couerbe a été conduit aux propositions que nous venons d'énoncer ; nous nous bornerons à dire qu'en terminant leur rapport, ils déclarent que ce travail leur a paru assez important pour qu'ils eussent cru devoir en proposer l'insertion dans le Recueil des savans étrangers, s'ils n'avaient su qu'il était destiné à paraître prochainement dans les Annales de physique et de chimie.

OPINIONS DE BUFFON SUR LES RAPPORTS DE PARENTÉ DES ESPÈCES ANTÉDILUVIENNES AVEC LES ESPÈCES VIVANTES.

M. Marcel de Serres, dans un mémoire récemment présenté à l'Académie, invoquait l'autorité de Buffon à l'appui de l'opinion qu'il soutient, que les êtres organisés de l'époque actuelle ne peuvent être considérés comme descendant par voie de filiation des espèces antédiluviennes. M. Geoffroy, qui s'est déclaré pour l'opinion opposée, et qui cependant regarde comme très-imposante l'autorité de Buffon, fait remarquer que le passage cité appartient à une époque où ce grand écrivain, quoique déjà intendant du Jardin-du-Roi, s'était encore très-peu occupé de l'étude des êtres organisés. Ce qu'il a écrit avant quarante ans, ne doit guère être considéré que comme œuvre littéraire, et si on veut avoir la vraie pensée du naturaliste, c'est dans ce qu'il a publié depuis qu'il faut la chercher.

MÉMOIRE SUR LES CARACTÈRES DIFFÉRENTIELS DES DIFFORMITÉS ARTIFICIELLES ET DES DIFFORMITÉS PATHOLOGIQUES DU RACHIS; par M. Jules Guérin.

M. Jules Guérin lit un mémoire sur les caractères propres à faire distinguer les difformités artificielles de l'épine des difformités pathologiques. Jusqu'ici personne ne s'était occupé de rechercher si l'on peut simuler ou obtenir artificiellement des difformités du rachis, et s'il existe des caractères propres à différencier ces difformités de celles que produit spontanément la nature. C'est cette lacune que M. Jules Guérin s'est proposé de remplir. Il ne s'occupe, dans ce premier mémoire, que des *déviations latérales par imitation*.

L'auteur cite des faits et des expériences qui prouvent la possibilité de simuler les déviations latérales de l'épine ; il expose les causes et le mécanisme de ces sortes d'imitations ; il décrit ensuite avec le plus grand détail les caractères propres à faire distinguer les difformités factices des difformités réelles. Ces caractères sont anatomiques, physiologiques et pathologiques ; ils sont fournis successivement par la considération de la *cause*, du *siége*, du *nombre* et de la *direction* des courbures ; par la *torsion* des vertèbres ; par les *reliefs* des *muscles*, des *côtes*, des *épaules* ; par l'*élévation* ou l'*abaissement* des hanches, en un mot par toutes les modifications que présente le tronc dans les deux espèces de difformités.

Il résulte du parallèle établi par M. Jules Guérin, que tous ces caractères, en général comme en particulier, sont en opposition complète dans les déviations simulées et dans les déviations réelles ; que les déviations simulées offrent des apparences qui leur sont propres et se reproduisant toujours parce qu'elles sont le résultat de mouvemens physiologiques de la colonne, et parce qu'elles tiennent à certaines conditions articulaires permanentes qui les forcent à se représenter avec un ensemble de formes toujours identiques. Les déviations pathologiques qui se ressemblent rarement sous le rapport des reliefs, revêtent des caractères anatomiques complètement différens de ceux des déviations simulées, parce qu'elles sont le résultat d'élémens anormaux et dont la nature varie le mode d'association à l'infini.

L'auteur cherche ensuite à faire connaître les causes anatomiques et physiologiques des faits qu'il a indiqués. Il signale à cette occasion quelques dispositions articulaires nouvelles qu'il a observées dans le mode d'union des vertèbres, et principalement de la 11e avec la 12e dorsale, au niveau desquelles se passent principalement les mouvemens de flexion latérale du rachis. Après cette discussion, l'auteur termine par les conclusions suivantes.

1° Il est possible et facile d'imiter les déviations latérales de l'épine ;

2° Ces imitations ont des caractères uniformes et spéciaux qui ne se retrouvent jamais dans les déviations morbides ;

3° Les caractères des déviations simulées et pathologiques sont essentiellement différens ;

4° L'inspection seule d'un plâtre, appartenant à une déviation factice, suffit pour en faire connaître l'origine.

Sont nommés commissaires MM. Breschet, Serres et Magendie.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 31 mai. — Présidence de M. Louyer-Willermay.

La correspondance comprend :

1° Un mémoire de M. J. Guérin, sur les caractères différentiels des difformités artificielles et des difformités pathologiques de l'épine. (MM. Breschet, Amussat, Velpeau, Orfila, Cruveilhier)

2° Une thèse de M. V. Stœber, pour le concours à la chaire de clinique interne à Strasbourg.

3° Une notice de M. Foissac, sur les propriétés médicales des eaux de loëche, dans les scrofules, les dartres, etc.

4° De M. Guislain, de Gand, le Traité des phrénopathies, ou doctrine nouvelle des maladies mentales, et un Mémoire sur quelques maladies observées dans les Flandres.

5° Un Mémoire sur la peste observée en Egypte en 1835; par M. le docteur Perron, médecin et professeur à Abou-Zabel.

LETTRE DU PROFESSEUR HERING SUR DIVERSES DÉCOUVERTES DU COW-POX EN ALLEMAGNE.

— M. Marc donne lecture de la traduction de la lettre du professeur Hering, de Stuttgard, communiquée par M. Bouley, sur le cow-pox, dont il a reconnu, depuis 1821 et 1822, l'existence fréquente en Angleterre et ensuite en Allemagne, où l'on a établi des primes de 12 fr. pour ceux qui le trouveraient.

Sur 23 cas déclarés en 1830 — 31 d'éruptions observées sur le pis des vaches, il n'y en eut qu'un où la lymphe fut inoculée avec succès à des enfans. Dans le plus grand nombre de ces cas, la déclaration avait été faite trop tard; les pustules étaient trop sèches; ou bien le médecin ne les avait pas prises pour du vrai cow-pox. Le gouvernement décida alors que la prime, portée à 24 francs, ne serait accordée qu'à ceux dont la déclaration serait faite à temps. Ainsi, on recueillit du vaccin primitif de 1831 à 1832 sur 6 vaches; de 1832 à 1833, sur 7 vaches; de 1833 à 1834, sur 8 vaches, de 1834 à 1835 (on n'a pu se procurer ce relevé); de 1835 à 1836, sur 4 vaches.

Il fut ordonné que les médecins de district, ainsi que les vaccinateurs locaux ne s'abstiendraient plus de vacciner avec le cow-pox lorsqu'ils croiraient reconnaître dans les irrégularités de son développement les signes qui jusqu'à présent l'avaient fait prendre pour du faux cow-pox, et qu'au besoin ils prolongeraient pendant deux ou trois jours de suite leurs essais d'inoculation; enfin qu'ils s'appliqueraient à observer avec attention le cow-pox, les phases de son développement, et qu'ils en donneraient dans leurs rapports une description exacte.

Il n'est pas rare de voir l'inoculation du cow-pox des vaches à l'homme ne pas réussir. Ma propre expérience, dit l'auteur, m'a convaincu qu'elle n'a eu du succès qu'une fois sur onze. L'éruption produite par la transmission immédiate du virus de la vache à l'enfant suit une marche de deux à trois jours plus lente que celle par inoculation de bras à bras, mais il se développe avec plus d'énergie, et détermine des symptômes généraux de réaction plus prononcés que l'autre. La transmission du virus vaccin de l'homme à la vache réussit beaucoup plus rarement encore, et même la transmission du cow-pox d'une vache à l'autre est difficile, à moins qu'on ne s'y prenne de la manière que j'ai indiquée en 1832.

L'inoculation du cow-pox en poudre qui me fut envoyé d'Angleterre, ne m'a réussi ni sur les vaches, ni sur les enfans.

La variole chez nous a reparu plus souvent dans ces derniers temps, mais sous une forme plus mitigée; dans le plus grand nombre des cas on a pu arriver à la source de son importation par des ouvriers, des militaires, etc., et dans le plus grand nombre des cas aussi, la contagion n'a entraîné aucun danger et n'a donné lieu qu'à des varioloïdes. Lorsque de véritables varioles se sont présentées, elles n'ont eu lieu que chez des adultes qui portaient à la vérité des cicatrices de vaccine, mais chez lesquels il n'a pu être établi que celle-ci s'était développée régulièrement, ou encore chez des enfans qui n'avaient pas été vaccinés. Dans ces cas, la variole a été aussi meurtrière qu'avant l'introduction de la vaccine. L'idée que l'inoculation du vaccin ne préservait que pour un certain temps, a conduit à des revaccinations, qui, bien que pratiquées sur les conscrits, dans les lieux où la petite vérole s'était déclarée, n'a cependant jamais été ordonnée par une disposition légale. Sur 11,548 soldats revaccinés (presque tous âgés de 21 à 30 ans), la revaccination a réussi complètement sur 4,052. Sur 2,738 elle n'a produit qu'une vaccine modifiée, et sur 4,758 elle a échoué. Je crois que les individus vaccinés avec du bon vaccin et chez lesquels l'éruption a suivi son cours régulier, restent préservés pour toujours de la variole, et un grand nombre d'exemples qui datent du siècle dernier, prouvent en faveur de cette opinion, bien que les occasions de contagion variolique n'aient pas manqué.

Je suis convaincu que l'apparition du cow-pox n'est pas une chose rare en France, et que dans les départements situés dans une région peu élevée, dans les départements des côtes de l'Ouest, par exemple, il se présente peut-être même souvent.

— M. Virey fait un rapport sur un mémoire de M. Dubois d'Amiens, intitulé: Recherches psychologiques sur les frères siamois, et conclut au renvoi au comité de publication.

M. Villermé propose aussi le renvoi du rapport au comité de publication.

Après quelques renseignemens nouveaux donnés par MM. Nacquart, Amussat, etc., M. Double fait observer qu'il ne faut accueillir qu'avec beaucoup de réserve ceux qui ne sont fondés que sur le dire de ces jeunes gens; ils sont d'une nation très-mercantile, et ils ont parfaitement le génie de leur nation. Ainsi, on s'est demandé pourquoi les sociétés savantes ne les avaient pas visités; c'est qu'ils n'ont pas voulu se laisser voir de trop près, de peur d'éteindre la curiosité qui attire près d'eux les visiteurs. Ainsi, on a parlé de la possibilité de les séparer; outre diverses raisons qui s'y opposent, il en est une qui suffirait à les empêcher de se soumettre à cette séparation; réunis, ils sont l'objet d'une curiosité qui leur rapporte beaucoup d'argent; séparés, ils ne vaudraient plus rien. (Rire général.)

Le renvoi du mémoire et du rapport au comité de publication est adopté.

— M. Guéneau de Mussy fait un rapport sur les pois végéto-épispastiques du sieur Cure, pharmacien à Paris, et en rejette l'usage comme n'offrant aucun avantage et mentant au titre, car la cantharide qu'ils contiennent n'est pas un produit végétal. (On rit.)

— M. Capuron donne lecture d'une lettre de M. le docteur Dugonjon, de Mezin, et d'une observation de fracture de la cinquième vertèbre cervicale suivie de mort trente heures après la chute. (M. Capuron lit par erreur la première vertèbre.)

M. Ollivier. Ce fait n'est pas unique; il en est un qui prouve la curabilité de la fracture de la première vertèbre avec enclavement d'une balle. Le malade survécut sans symptômes de compression de la moelle.

M. Capuron, sur l'observation de M. Maingault, dit qu'il s'est trompé, que c'est la cinquième vertèbre qui était fracturée.

DANS QUELLE PROPORTION LA LITHOTRIPSIE EST-ELLE APPLICABLE AUX CALCULS URINAIRES? par M. Leroy d'Etiolle.

M. Leroy croit que la lithotritie a raison de choisir les sujets, car si elle choisissait bien elle guérirait toujours. Dès 1835, l'auteur s'est promis d'opérer par le broiement tous les malades qui se présenteraient à lui. Pendant cette année, sur 26 calculeux, 23 ont guéri, deux sont morts, vieillards de 78 et 79 ans, l'un par apoplexie, l'autre par fièvre pernicieuse. Sur les 26, un seul a été refusé. Les cas n'étaient pas très-favorables. 2 malades avaient de petites pierres et la vessie saine; 7 avaient des calculs moyens (dans ce nombre M. d'Argout) et uniques; 8 des pierres uniques et volumineuses; 2 des pierres multiples, volumineuses et très-dures; 8 des pierres multiples d'un très petit volume. Ainsi, 15 étaient dans des conditions favorables quant aux pierres, mais non point également pour l'état général ou de la vessie. Sur les 26 malades, 10 avaient plus de soixante ans, 5 étaient presque octogénaires; 7 avaient des catarrhes de vessie; la rétention d'urine avait lieu sur 5, complète ou incomplète. Dans un cas, un éclat de bois ayant pénétré par le périnée, formait le centre du calcul, et la lithotritie a réussi. Le reproche de récidive paraît fondé à l'auteur par suite de la conformation de la vessie, où les fragmens peuvent s'enchatonner.

Ce qui résulte de ce groupe de faits, c'est qu'il est difficile de tracer une délimitation entre la lithotritie et la taille, et que les théories et les préceptes ne peuvent remplacer l'expérience et le bon sens du chirurgien. Quant aux fautes, elles doivent être attribuées aux applications intempestives de la méthode et non la méthode elle même. (MM. Paul Dubois, Ribes, Réveillé-Parise.)

M. Amussat a la parole pour les deux communications suivantes:

ABLATION D'UNE TUMEUR DE MAUVAISE NATURE A LA FACE; PERTE DE SUBSTANCE MASQUÉE COMPLÈTEMENT PAR UNE SIMPLE SUTURE.

Obs. — La petite B..., âgée de 12 ans, a vu se développer sur l'aile du nez du côté gauche, il y a 4 mois, une petite tumeur qui pouvait être prise pour une simple inflammation de cette partie. Bientôt elle fit des progrès rapides malgré tous les traitemens employés, fondans, émissions sanguines souvent répetées, etc. Son adhérence à la peau était complète, et on distinguait à sa surface externe une grande quantité de petits vaisseaux injectés.

Cette tumeur avait déjà, dans un temps très-court, acquis le volume d'un petit œuf; il était urgent de remédier à son développement ultérieur. M. Amussat voulut d'abord faire la ligature des artères faciales; mais la compression soutenue pendant quelque temps n'ayant point fait disparaître l'injection des petits vaisseaux de la tumeur, il pensa que ce moyen offrait trop peu de chances de succès, et que l'ablation par l'instrument tranchant était la seule ressource.

L'opération, faite en présence de MM. Garnot, Malgaigne, Delaruelle et un grand nombre de médecins étrangers, ne présenta rien d'extraordinaire. La tumeur fut cernée par une incision quadrilatère, et disséquée avec soin. Plusieurs petites artères furent tordues, la plaie, réunie par première intention et maintenue facilement rapprochée au moyen de quatre points de suture entortillée. Le quatrième jour, trois épingles furent enlevées; le cinquième, on retira la dernière.

M. Amussat fait remarquer qu'on a eu souvent recours aux opérations d'autoplastie dans des cas où l'on aurait sans doute pu tenter une réunion immédiate, et éviter ainsi des cicatrices toujours désagréables au visage.

Si le dessin de cette petite fille n'avait pas été fait avant et après l'opération, on aurait peine à croire qu'avec une perte de substance aussi considérable, on eût pu obtenir une guérison aussi complète et exempte de toute espèce de difformité.

Le dessin fait avant l'opération et la jeune fille guérie, sont mis sous les yeux de l'Académie. A quelques questions sur la nature de la tumeur, M. Amussat répond qu'elle était de nature douteuse, analogue cependant aux tumeurs squirrheuses du sein. La jeune fille est d'une constitution scrophuleuse; et depuis l'opération, quelques ganglions développés sous la mâchoire font craindre qu'elle ne jouisse pas d'une manière complète des bénéfices de cette belle opération.

TUMEUR POLYPEUSE ADHÉRENTE AUX PAROIS DU VAGIN.

M. Amussat montre à l'Académie les pièces pathologiques d'une opération qu'il a eu occasion de pratiquer la veille.

Obs. — Le sujet de cette opération est une femme âgée de 42 ans, mariée depuis trente ans, n'ayant jamais eu d'enfans. Il y a deux ans et demi qu'un écoulement glaireux s'est manifesté aux parties génitales, depuis il a toujours continué très-abondant. Depuis le mois d'octobre, époque à laquelle madame B... a eu une perte considérable, les règles se sont supprimées; il s'échappe par le vagin et le rectum, au moment de l'excrétion des matières fécales, une grande quantité de mucosités blanchâtres et glaireuses. Cette malade croyant être affectée d'un ulcère, consulta M. Canquoin, qui diagnostiqua un polype et l'adressa à M. Amussat. Après un premier examen, ayant bien constaté la présence d'une tumeur volumineuse siégeant à la paroi postérieure du vagin, M. Amussat n'osa point se prononcer sur sa nature, et fit demander en consultation M. A. Dubois qui, ne trouvant point le col de l'utérus, resta lui-même dans le doute. Une exploration nouvelle permit de constater enfin le volume du pédicule de la tumeur, qui avait à peu près deux pouces de diamètre, tandis que la tumeur elle même pouvait presque égaler en grosseur le volume d'un œuf de poule.

Le lundi, 30 mai, l'opération fut pratiquée en présence de MM. Breschet, Garnot, etc. Le chirurgien détruisit avec les doigts les brides nombreuses qui siégeaient autour du pédicule de la tumeur; il s'efforça de l'énucléer et extirpa partiellement, tant par arrachement que par torsion, la première moitié de ce polype énorme, dont le tissu était tellement mou qu'il fut de toute impossibilité de pouvoir le saisir avec des pinces ou des érignes, pour jeter une ligature sur son pédicule. A la suite de ces manœuvres longues et douloureuses, la malade perdit beaucoup de sang et tomba en syncope.

M. Amussat procéda alors à l'extirpation du reste du polype qu'il parvint à arracher complètement, et à détacher du vagin à l'aide d'une traction ménagée. La malade va aujourd'hui parfaitement bien.

M. Amussat fait remarquer combien était difficile le diagnostic de cette tumeur

qui adhérait non au col de la matrice, mais bien à la paroi postérieure du vagin. Après l'extirpation complète du polype, il fut facile de constater la position du col de l'utérus, que l'on n'avait pu découvrir auparavant malgré les recherches les plus minutieuses. La déchirure et la torsion de cette tumeur étaient les seuls moyens à employer pour en débarrasser la malade, car la ligature aurait infailliblement coupé le polype à la moindre pression.

Séance levée à 5 heures.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

LETTRE SUR UNE DÉCOUVERTE DU COW-POX DATANT DE 1812; par M. SALMADE.

Monsieur le rédacteur,

Si vous jugez ma lettre de quelque utilité pour la science et pour le triomphe de la vérité, je vous prie de lui donner place dans votre intéressant journal.

Chacun veut prendre sa part dans la découverte de Jenner, en s'attribuant le mérite d'avoir retrouvé le cow-pox; chacun, à l'égard de cette heureuse rencontre, dispute la priorité: entre autres moyens propres à éclairer cette question, et à en faire jaillir une opinion aussi juste qu'impartiale, il m'a paru convenable d'extraire de la collection des bulletins publiés par l'ancien comité de vaccine centrale, les détails suivans, qui ont pu être oubliés ou même ignorés jusqu'ici, et qui feront peut-être accorder entre elles les assertions opposées répandues aujourd'hui dans le monde médical sur la réapparition du vaccin primitif.

« Octobre 1812. Détails sur l'existence du cow-pox dans les environs de Berlin et en Hollande.

» Le comité central de vaccine établi près S. Exc. le ministre de l'intérieur, a reçu de Berlin des détails très-circonstanciés sur l'existence du cow-pox dans les environs de cette ville. Il est redevable de ces détails à M. Labouisse, membre de la Légion-d'Honneur, chirurgien-major du 4ᵉ régiment des cuirassiers, et à M. le docteur Bremer, conseiller de la Cour et médecin de l'institution de vaccination de Berlin.

» Ce fut le 14 mai 1812, seize ans jour pour jour après les premières expériences faites en Angleterre par le docteur Jenner, que M. Bremer, appelé chez un malade à Malchow, village à trois lieues de Berlin, vit, dans la ferme de M. le bailly Welle, des vaches qui avaient aux trayons des boutons dont la plupart étaient déjà convertis en croûtes. Une de ces vaches, cependant, avait encore deux boutons remplis de fluide, et dont la grandeur, la forme et la couleur avaient tous les caractères de la vaccine produite, chez l'homme, par la vaccination de bras à bras.

« M. le docteur Bremer fut assez heureux pour trouver, dans le village de Malchow, quatre enfans qui n'avaient pas encore eu la petite vérole, et qui n'avaient pas non plus été vaccinés, auxquels il inocula, le même jour 14 mai, la matière des deux pustules de la vache. Le 16, il se rendit de nouveau à Malchow pour poursuivre ses observations: il y vit une laitière qui, absente le 14, avait contracté, en trayant les vaches, trois pustules à la main droite; elles avaient de deux lignes à deux lignes un tiers de diamètre, et offraient tous les caractères essentiels de la vaccine la plus régulière. L'une de ces pustules commençait à paraître, l'autre était déjà très-avancée, et la troisième contenait, quoique déjà ouverte par curiosité, assez de vaccin très-clair pour que M. Bremer pût de suite l'inoculer à huit enfans du village. La laitière avait une fièvre très-forte, et les glandes subaxillaires étaient gonflées et douloureuses.

» M. Bremer fit peindre par M. Guimpel, habile peintre d'histoire naturelle, la main de cette laitière. Les pustules occupaient les mêmes places que celles de la laitière anglaise dont Jenner a mis le dessin dans son ouvrage, et sur laquelle il observa la vaccine pour la première fois.

» On continua chaque jour à visiter les quatre enfans vaccinés avec la matière de la vache, et les huit vaccinés avec la matière de la laitière; ces douze enfans ont eu tous la vraie vaccine. Trois autres, qui ont été vaccinés avec la matière de la deuxième et troisième génération de ce vaccin, ont été présentés par M. Bremer à la société de médecine de Berlin, qui a reconnu dans les pustules tous les caractères de la vraie vaccine.

» M. Labouisse, de concert avec M. Bremer, inocula, le 14 juin, à trois enfans, la matière provenant des croûtes qu'il était allé recueillir sur la vache de Malchow. Tous trois eurent la vraie vaccine, dont le fluide fut inoculé avec succès à vingt-cinq autres enfans.

» Il paraît donc évident que le cow-pox n'est pas une maladie particulière aux vaches de la Grande-Bretagne: des faits observés dans le Holstein, dans la Lombardie, dans la Westphalie, et en divers endroits de la France, confirment cette opinion. Les expériences de MM. Bremer et Labouisse lui donnent un nouvel appui. »

Agréez, etc.

SALMADE,
Le seul membre de la fondation du premier comité de vaccine.

Paris, 5 mai 1836.

TUMEUR ÉLÉPHANTIASIQUE DÉVELOPPÉE DEPUIS PLUSIEURS ANNÉES SUR LA VERGE D'UN JEUNE HOMME AGÉ DE 24 ANS; extirpation partielle du mal; guérison. Observation communiquée par M. TRIPIER, médecin à Bourgoin (Isère.)

Richard, des Avennières (Isère), âgé de 24 ans, d'une forte constitution, d'un tempérament nervoso-sanguin, né de parens sains, s'est bien porté jusqu'à l'âge de neuf à dix ans. A cette époque, étant à pêcher pendant la saison froide, il se laissa choir dans l'eau, et ne s'étant point soigné à la suite de cet accident, il se développa chez lui un grand nombre de furoncles. Cette première éruption furonculeuse fut suivie de plusieurs autres qui se soutinrent avec une opiniâtreté étrange, et qui se compliquèrent vers l'âge de onze à douze ans, tout d'un coup, dans une nuit, d'un gonflement énorme de la verge. Lorsque ce dernier accident fut survenu, les furoncles ne tardèrent pas à se dissiper; mais le gonflement du pénis resta. Le malade en souffrait beaucoup dans le principe lors de l'émission des urines, pendant les temps froids, et lorsqu'à certaines époques la tumeur s'enflammait. Il fut et a été depuis vainement combattu par un grand nombre de moyens.

Lorsque Richer s'est présenté à moi onze à douze ans après le développement de son affection, voici ce qu'on observait:

La verge a 9 pouces de long sur 7 de circonférence au bout, et 6 au milieu. Légèrement recourbée en ∞ dans son tiers antérieur, cet organe a un aspect monstrueux; sa surface est inégale, bosselée, cependant lisse, d'une couleur rembrunie surtout à sa face inférieure, qui est parcourue dans toute son étendue, principalement en avant, par une saillie longitudinale, volumineuse, arrondie, que l'on prendrait pour l'urètre dégénéré. Cette masse est dure, d'une consistance d'autant plus grande qu'on s'approche davantage de son extrémité libre. Celle-ci, qui regarde à droite, laisse voir dans un léger enfoncement une ouverture sinueuse, plissée, en apparence petite, et n'admettant que difficilement un stylet, et qui cependant laisse pénétrer avec facilité le doigt indicateur. Celui-ci, enfoncé dans toute sa longueur, arrive dans une cavité où il cherche vainement le gland. La verge, au premier abord, paraît envahie dans sa totalité par cette dégénérescence; cependant, en examinant de près, on reconnaît qu'elle finit insensiblement à un pouce sur le dos et à deux pouces sur la face scrotale de sa racine. Du reste, la peau de cette dernière partie, comme celle du scrotum, est plus ou moins pénétrée de la matière morbide qui constitue cette singulière altération.

Toute monstrueuse qu'elle est, la verge remplit pourtant la plupart de ses fonctions; l'émission des urines et l'éjaculation du sperme sont faciles; au moins ces liqueurs parcourent librement le canal de l'urètre; mais tombant dans la cavité dont il a été parlé, elles n'en sortent ensuite que par regorgement, et le malade est obligé de presser sur l'extrémité de la masse pour faciliter leur sortie; autrement il y en séjournerait toujours une portion. Les érections se renouvellent souvent; elles sont douloureuses, et d'autant plus douloureuses qu'elles sont plus prononcées. C'est la seule occasion où Richer souffre de son infirmité; depuis plusieurs années il n'est incommodé que du poids et du volume de la tumeur. Mais arrivé à son âge, le coït étant impossible, il a dû chercher à s'en débarrasser. Pour cela, il s'est adressé à plusieurs chirurgiens qui tous lui ont dit que la chirurgie était impuissante contre son affection; que son mal remontait trop haut, qu'on ne pouvait plus l'enlever.

Je crus un moment comme eux; mais réfléchissant que le prépuce, l'enveloppe cutanée de la verge, le tissu cellulaire sous-jacent devaient être les seules parties atteintes, puisque les principales fonctions de cet organe s'exécutaient bien; que le corps caverneux, l'urètre et le gland étant épargnés, je pensai qu'on pourrait, après les avoir débarrassés de l'espèce de fourreau dans lequel ils se trouvaient engagés, les recouvrir avec un lambeau de peau qu'on irait prendre sur le pubis.

Quoique cette opération me sourît beaucoup, n'ayant pas d'antécédent, et ne sachant pas jusqu'à quel point je pourrais remplacer

peau si mince, si souple et si extensible du pénis, je pensai qu'avant d'y recourir, il serait peut-être plus sage de commencer par l'ablation partielle du mal, de fendre la tumeur, d'aller à la recherche du gland et de faire la circoncision. En opérant ainsi, on restait au moins à deux pouces et demi en deçà des tissus altérés. Comment dès lors obtenir une cicatrisation avec de pareils tissus? fatigués d'ailleurs par l'instrument tranchant, leur altération ne ferait-elle pas de nouveaux progrès, et le mal ne gagnerait-il pas en étendue? Je sentais toute la force de ces objections qui m'étaient adressées par mon estimable confrère et ami, le docteur Badin, médecin à la Verpillière. Cependant, je lui fis remarquer que le mal étant stationnaire depuis plusieurs années, je ne voyais pas que les instrumens tranchans dussent plutôt le faire dégénérer que les frottemens réitérés auxquels la tumeur était si essentiellement exposée; que, d'un autre côté, après la circoncision, en séparant autant que possible les tissus altérés des parties essentielles de la verge, en les mutilant pour ainsi dire, on pourrait amener une suppuration abondante qui les userait en partie, et que par là on pourrait obtenir une cicatrisation plus ou moins satisfaisante; qu'enfin, si on ne réussissait pas, on ferait l'extirpation générale du mal, puis une ente animale: car il fallait opérer; le malade avait résolu de mettre un terme à ses jours si on ne l'opérait pas.

Tout étant donc prêt pour l'opération, nous y procédâmes de la manière suivante, le 23 janvier 1836.

Mon doigt indicateur, chargé de la lame d'un bistouri pointu, fut introduit dans la tumeur, et lorsque je fus arrivé aussi profondement que possible, j'en relevai le tranchant, j'en fis saillir la pointe à trois pouces de son extrémité, et coupai d'un seul coup tous les tissus qui se trouvaient devant la lame. Je pus voir alors l'extrémité du gland; je prolongeai l'incision jusqu'à la couronne de celui-ci, et, par une seconde incision circulaire, je retranchai une bonne partie de la masse à enlever. Cette première opération faite, nous ne tardâmes pas, mon confrère et moi, à voir combien elle était insuffisante; le gland était petit comme il l'est à 13 ou 14 ans; le bord de la plaie avait au moins un pouce d'épaisseur. Dans cet état de choses, comment obtenir une cicatrisation? L'acte de la copulation que nous cherchions à rendre possible, était presque aussi impossible qu'auparavant. Aussi ne balançâmes-nous pas à retrancher encore par une seconde incision circulaire, dirigée de haut en bas, et d'arrière en avant, une portion du mal, afin de faire tomber le bord de la plaie exactement derrière la couronne du gland; à détacher autant que nous le pûmes les tissus altérés du corps caverneux et de l'urètre, à les enlever ensuite de manière à former une excavation dont la base était en avant et le sommet en arrière.

Les tissus malades étaient si intimement liés aux tissus sains que je ne parvins à les séparer qu'à l'aide d'une dissection difficile et minutieuse. Un grand nombre de petits vaisseaux furent ouverts, et nous n'en eûmes pas moins de 10 à 12 à lier.

Tout étant fait comme nous venons de le dire, nous introduisîmes une sonde en gomme élastique à demeure dans la vessie, dans la crainte que l'inflammation n'amenât une rétention d'urine, et nous procédâmes au pansement qui consista à tirer autant que faire se put la peau de la verge en avant, à la maintenir avec une bande roulée, à couvrir la plaie avec une croix de malte fenêtrée et enduite de cérat, à mettre par-dessus de la charpie et à soutenir le tout avec une nouvelle croix de malte et une bande.

La masse morbide enlevée pesait une livre quatre onces. Elle était formée d'un tissu dense, d'autant plus compact qu'on s'approchait de l'extrémité antérieure de la tumeur, peu extensible, d'un blanc mat, sans trace d'organisation anormale ni de dégénération aucune. La peau et le tissu cellulaire étaient confondus dans cette transformation, et ne pouvaient plus être distingués l'un de l'autre. Cependant, le repli cutané du prépuce ou sa membrane interne n'avait pas également participé à l'altération; il était plus épais, plus fort que dans l'état naturel, et doué d'une extensibilité moins grande que la membrane externe, il avait replié celle-ci sur elle-même, qui par suite formait à elle seule l'entrée de la tumeur. Cette portion repliée avait au moins 9 à 10 lignes de hauteur, et était d'un blanc terne jaunâtre.

Quelle était la nature de l'altération que je viens de décrire? Bien évidemment ce n'était pas une production accidentelle hétérologue comme une production squirreuse ou autre. Elle ne se serait pas développée aussi brusquement, elle ne serait pas restée aussi longtemps sans dégénérer. L'aspect général de la tumeur était celui d'une affection éléphantiasique, et les tissus morbides me paraissent devoir être rangés parmi les altérations lymphatiques. Et, en effet, en incisant la masse morbide et en l'exprimant, on parvenait à en faire suinter une lymphe épaisse et plastique.

Je n'examinerai pas ici si cette lésion organique devait son développement à la cause assignée par le malade, à la métastase sur la verge de l'humeur des nombreux furoncles dont il était atteint depuis plusieurs années; je dirai seulement que je ne suis pas éloigné de le croire: car je crois encore aux humeurs et à l'acrimonie des humeurs. Mais revenons à notre opéré.

La fièvre traumatique a été légère; elle n'a été un peu vive que le troisième jour. A la levée du premier appareil, au quatrième jour, les parties ont été trouvées dans un état satisfaisant; la verge n'était pas très-enflammée, la plaie était belle, quelques points tendaient déjà à se réunir; je les ai désunis. Le pansement a été refait comme la première fois. La sonde paraissant faire souffrir le malade, je l'ai retirée dès le troisième pansement, et le cours des urines s'est bien rétabli. Voulant obtenir une suppuration abondante, j'ai réussi à la provoquer en promenant à différentes reprises dans l'intérieur de la plaie un crayon de nitrate d'argent. A l'aide de ce moyen secondé encore par la présence des ligatures, les tissus morbides se sont largement dégorgés. Plus tard, pour réduire ceux-ci autant que possible, et aussi pour faire cicatriser la plaie d'arrière en avant, lorsque la suppuration a eu bien diminué et que j'ai pu croire que les ligatures étaient tombées, après avoir ramené la peau de la verge en avant, j'ai exercé une compression méthodique, d'abord avec une bande de toile et ensuite avec des bandelettes de diachylum. Sous l'influence de ces moyens combinés et employés avec persévérance pendant près de deux mois, une résolution presque complète des tissus altérés a eu lieu; le bord de la plaie caché derrière la couronne du gland y a contracté des adhérences si solides, qu'une désunion me paraît impossible pendant l'acte du coït.

Une circonstance bien remarquable à laquelle j'étais loin de m'attendre, c'est le développement du gland. Cet organe, à peine débarrassé du fourreau qui le comprimait depuis si long-temps, a pris de l'accroissement, et s'est tellement développé que deux mois après l'opération, il était aussi gros que chez la plupart des hommes.

Délivré de son infirmité, Richard a éprouvé un contentement que je n'ai jamais remarqué à la suite d'aucune autre opération. Constamment préoccupé du bonheur d'être devenu apte à se reproduire, il n'a rêvé que mariage; et déjà l'acte de la reproduction a été consommé par lui, sans qu'il ait éprouvé le moindre désordre du côté de la cicatrisation. Aussi sa guérison me paraît-elle entière, et je ne crois pas, d'après la nature de la tumeur, qu'on doive le moins du monde craindre une récidive ou une dégénération du peu de tissu morbide qui reste. Du reste si cela arrivait, j'en informerais le public médical.

J.-H. Tripier, D.-M.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

Rapport sur le choléra-morbus asiatique qui a régné dans le midi de la France en 1835; par MM. les professeurs Dubreuil et Rech, commissaires de la Faculté de médecine de Montpellier. — Un vol. in-8°. 1836.

Nous avons tant parlé du choléra, qu'il ne faut rien moins que la valeur intrinsèque de cet ouvrage, pour vaincre notre répugnance à entretenir nos lecteurs d'une affection dont ils sont sans doute comme nous saturés jusqu'à la nausée. Toutefois nous serons brefs dans notre exposition, persuadés que nous serons entendus à demi-mot dans les remarques que nous ferons sur ce livre. Parlons d'abord de la position et de la personne des auteurs du rapport; et s'il est vrai que, suivant le sentiment d'un philosophe romain, les qualités des hommes se peignent dans leurs écrits (*litteræ sequuntur mores*), nous concevrons d'avance par cet aperçu une idée du mérite de cet ouvrage.

MM. Dubreuil et Rech sont deux membres des plus distingués de la Faculté de médecine de Montpellier. Le premier, doyen de cette école et professeur d'anatomie, avait déjà étudié, dans les Antilles, la fièvre jaune, avec laquelle le choléra conserve des affinités. Le second, professeur de pathologie interne, avait eu de fréquentes occasions de réfléchir sur le choléra, en l'observant sur plusieurs points du département de l'Hérault, et spécialement dans le bel établissement de la maison des Aliénés de Montpellier, dont le service de santé lui est confié. Tous les deux enfin, riches d'observation et d'expérience sur les maladies populaires qui règnent familièrement sous l'influence des variations de l'air dans les contrées où ils se livrent à la pratique, possèdent toutes les conditions qui promettent à la fois un talent sûr d'observation

et une grande habileté à transmettre aux autres le fruit de leurs recherches. Nous devons ajouter que ces médecins, si heureusement doués, s'étaient adjoint, comme auxiliaire de leurs travaux, un médecin moins expérimenté, il est vrai, mais déjà inscrit au premier rang parmi les sujets les plus remarquables formé par cette école. C'est dans ces dispositions que MM. Dubreuil, Rech et Jaumes ont étudié et décrit le choléra épidémique qui a rempli, en 1835, le midi de la France. Délégués par la Faculté de médecine, partis d'abord spontanément et accrédités plus tard par les ministres du commerce et de l'instruction publique, voyons en peu de mots de quelle manière ils ont rempli leur mission.

Le premier chapitre de leur rapport trace le tableau de leur itinéraire à travers les départemens méridionaux les plus affectés par l'épidémie. Rien ne manque dans ce coup d'œil rapide sur les circonstances où ils ont trouvé ces départemens, de tout ce qui peut aider à reconnaître les causes de l'invasion du choléra, les influences sous lesquelles il s'est accru, les mouvemens de recrudescence qu'il a essuyés, enfin la manière dont il s'est étendu ou propagé. Ces médecins n'ont pas puisé leurs renseignemens aux sources infidèles de la tradition populaire ou des opinions préconçues; ils ont vu par eux-mêmes, ou quand l'occasion de voir leur a échappé, ils ont rassemblé le plus souvent les capacités spéciales de chaque localité, et, de l'unanimité des opinions ou de leurs débats contradictoires, ils ont pu conclure avec certitude les vérités qu'ils n'avaient pu constater. Il est inutile d'ajouter qu'ils n'ont jamais omis, partout où ils ont passé, de compulser les registres officiels sur toutes les questions qu'ils désiraient éclairer. Telle a été la conduite assidue des commissaires de la Faculté de Montpellier; aussi on peut dire que le résumé de leurs éphémérides au sujet de l'invasion, de la marche et des ravages du choléra dans les départemens qu'ils ont visités, est un modèle de l'ordre, de la précision et de la netteté que nous avons beaucoup désirés dans ce genre d'exposés, sans les avoir encore rencontrés.

Le second chapitre donne en quelques lignes la peinture des caractères sous lesquels cette affection a coutume de se déclarer. Une trentaine de pages ont suffi, tant ils ont su mettre de précision dans leurs observations, pour faire connaître une maladie étrange qui ne ressemble à aucune autre affection épidémique. Nous avons beaucoup vu de choléras, nous avons beaucoup lu de relations des phénomènes qu'il a présentés, et nous sommes forcés d'avouer, sans crainte d'être contredits par ceux qui parcourront ce livre, que leur tableau exprime sous les couleurs les plus vraies et dans le moins de traits possible, toutes les formes par lesquelles il passe dans le cours de chaque épidémie.

Le troisième chapitre, qui traite de l'anatomie pathologique du choléra, n'est pas le moins remarquable. Après les peines qu'on s'est données pour signaler les traces matérielles qu'il a laissées, les travaux d'anatomie pathologique dont il s'agit ici ont tout le mérite de la nouveauté par le cachet de perfection qui leur est imprimé. Ce n'est rien dire d'avancer que tous les organes, tous les tissus, toutes les régions ont été successivement explorés et disséqués. A cet égard, cependant, ce travail l'emportera toujours sur la multitude des travaux anatomico-pathologiques transmis par la plupart des ouvrages publiés. A nos yeux, le titre principal de ces recherches consiste dans les discussions critiques dont l'examen des divers organes est précédé ou suivi. L'auteur s'est servi de ses travaux en ce genre pour vérifier et juger toutes les théories, toutes les méthodes thérapeutiques qu'on a essayé de populariser. Il en résulte qu'aucune de ces opinions préconçues ne mérite de survivre, puisque, grâce aux preuves péremptoires rassemblées dans ce chapitre, les bases sur lesquelles elles s'étaient appuyées sont convaincues de fausseté. La conséquence définitive, c'est que la cause du choléra ne siége dans aucun organe en particulier, qu'elle est plus générale ou qu'elle affecte l'organisme tout entier. Nous sommes bien fâchés de ne pouvoir aller plus loin dans l'analyse de ce magnifique chapitre : qu'on le parcoure seulement, et nous serons bien trompés si l'on se flatte de trouver beaucoup de pages plus complétement achevées.

Le traitement du choléra remplit le quatrième chapitre. L'auteur a passé en revue tous les procédés, toutes les méthodes, tous les moyens héroïques ou appliqués comme tels contre le choléra. Le même esprit d'analyse qui préside à la conduite des autres parties de l'ouvrage, reparaît dans celui-ci. On y fait bonne justice des prétentions de tous les genres qui aspirent à faire prévaloir telle ou telle méthode, tel ou tel ordre de moyens. Il n'y a jusqu'à présent, disent les auteurs, et nous partageons complétement cette idée, aucun traitement qui réussisse à l'exclusion des autres : tous ont eu des revers, quelques-uns ont présenté quelques succès; le plus grand nombre, ou, pour mieux dire, tous ont échoué au commencement de l'épidémie; il ne reste à la médecine d'autres ressources que celles d'un remède spécifique qu'on n'a pas encore trouvé. Trouvera-t-on jamais un tel remède? nous sommes encore, sur cet article, de l'avis de ce livre. Oui, il existe un spécifique du choléra, un anti-cholérique qu'on pourra appliquer comme on applique le quinquina dans les fièvres intermittentes et rémittentes, le mercure dans la syphilis, l'iode dans les affections scrophuleuses. Cherchons donc ce précieux remède, ou plutôt ayons les yeux ouverts pour le saisir quand il nous sera présenté. Jusque-là contentons-nous de la médecine palliative ou symptomatique, puisque nous sommes réduits à nous borner là.

Les deux derniers chapitres de cet ouvrage s'occupent des causes du choléra et des moyens de le prévenir. Il est impossible de reproduire par une analyse tout ce qu'il y a de science, d'aperçus ingénieux, d'observations élevées dans ce que les auteurs nous apprennent touchant les causes des affections populaires parmi lesquelles rentre le choléra, touchant la manière dont elles se propagent, touchant les moyens de les conjurer. Dans leur opinion, le choléra épidémique indien tiendrait à la présence de molécules inappréciées d'une nature particulière, qu'ils appellent des semina cholériques. Cette opinion, à laquelle les auteurs n'attachent pas une autre valeur que celle de toutes les hypothèses, leur rend très-bien le service pour lequel ils la font intervenir, nous voulons dire qu'elle leur sert à expliquer toutes les circonstances de l'invasion et du développement du choléra. Il est évident aussi qu'elle ne laisse aucun jour à l'application de ces moyens prophylactiques qui n'ont servi qu'à endormir la surveillance des administrations qui ont cru pouvoir s'y fier. La seule chose à faire contre les menaces de l'épidémie, c'est d'ôter à l'atmosphère et aux milieux ambians les moyens d'entretenir et d'activer les semences du choléra. Heureux si l'on parvient un jour à saisir ces germes terribles et à trouver les moyens de les neutraliser! En terminant l'esquisse si rapide des considérations développées dans le rapport des commissaires de la Faculté de médecine de Montpellier, nous nous résumerons par ce peu de mots : ce travail restera à la science et à la pratique, quand le plus grand nombre des productions écrites sous les mêmes influences iront se perdre dans la foule des ouvrages oubliés.

F.

TABLEAU SYNOPTIQUE DU RÈGNE VÉGÉTAL, d'après la méthode de M. A.-L. de Jussieu, modifiée par A. Richard; comprenant les familles naturelles, avec leur synonymie, les noms des principaux genres qu'elles renferment, et toutes les espèces employées en médecine, etc.; par M. Charles d'ORBIGNY (1).

Le besoin d'un ouvrage où l'œil put saisir à la fois toutes les espèces de plantes employées en médecine, ainsi que les familles auxquelles elles appartiennent, s'était vivement fait sentir parmi les personnes qui se livrent à l'étude de la médecine et de la botanique : le tableau synoptique, dont M. d'Orbigny a publié la deuxième édition, vient heureusement remplir cette lacune et faciliter la connaissance des médicamens végétaux qu'il était auparavant si fastidieux pour les médecins et les pharmaciens de rechercher dans des ouvrages la plupart très-volumineux. Grâce à la patience de l'auteur et à la bonne disposition de son tableau, tant de recherches seront désormais superflues. En effet, une seule feuille indique en même temps et les espèces et les genres des plantes médicinales, leurs noms latins, pharmaceutiques et vulgaires, l'indication précise des parties qui sont usitées, leur emploi thérapeutique, leur dose et leur mode d'administration; enfin la classification des médicamens d'après leur action physiologique, ainsi que divers autres tableaux utiles, complète cet utile travail. Encouragé par un premier succès, M. d'Orbigny s'est attaché à doter sa seconde édition d'une foule de faits nouveaux et de précieux détails dont la science s'enrichit tous les jours. Ce tableau synoptique ne peut donc qu'être d'un grand secours non-seulement aux élèves en médecine, mais encore aux pharmaciens et aux médecins.

— Le 6 mai, commence à l'amphithéâtre des hôpitaux un concours pour trois places de médecin au bureau central; 28 concurrens sont inscrits.

(1) Deuxième édition. Se vend chez l'auteur, rue du Vieux-Colombier, n° 26; chez Baillière, rue de l'École-de-Médecine, n° 13 *bis*; et chez Levrault, libraire, rue de La Harpe, n° 81. Prix des tableaux : 3 fr.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

PARIS. — IMPRIMERIE ÉVERAT ET COMPAGNIE, RUE DU CADRAN, N° 16.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La Gazette médicale de Paris (*Gazette de santé* et *Clinique des hôpitaux* réunies) parait tons les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et équivaut à 6 feuilles in-8°. Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois. Pour l'Étranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Poissonnière*, n° 5, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

AVIS A MM. LES SOUSCRIPTEURS.

MM. les souscripteurs dont l'abonnement expire à la fin de ce mois, sont invités à le renouveler prochainement s'ils ne veulent pas éprouver d'interruption dans l'envoi du journal. Pour ne pas décompléter les collections, aucun numéro ne sera envoyé aux personnes qui n'auraient pas donné avis de leur renouvellement avant le premier juillet. On s'abonne dans les départemens chez tous les directeurs des postes et des messageries. La quittance d'abonnement sera présentée au domicile de MM. les Souscripteurs de Paris.

SOMMAIRE.

CHIRURGIE PRATIQUE.

OBSERVATIONS DE CHIRURGIE; par P. Voisin, ancien interne des hôpitaux de Paris, chirurgien de la maison centrale de détention de Limoges, etc.

ABLATION INCOMPLÈTE D'UN CANCER DE LA FACE (*noli me tangere*); QUATRE FOIS LE MAL RÉCIDIVE, ET QUATRE FOIS IL EST GUÉRI PAR LA POMMADE DE SUIE; AUTRES ACCIDENS.

Le commencement de cette observation a été déjà publié dans ce journal (an 1834). La voici en totalité aujourd'hui, que nous espérons qu'aucune autre récidive ne viendra surprendre la malade.

Obs. — Marguerite Duchet, âgée de 48 ans, de haute stature, sans vice héréditaire, avait, quand elle entra dans la prison, un seton à la nuque qu'on lui avait mis pour une iritis de l œil droit datant déjà de quelques mois. Comme il ne suppurait plus, et que d'ailleurs l'iritis s'était terminée par la formation de fausses membranes dans l'ouverture pupillaire, je fis supprimer ce séton désormais au moins inutile. Quelque temps après (fin d'avril 1834), la malade vint se plaindre de démangeaison entre l'œil droit et le nez, sur la face externe de l'os propre du nez de ce côté, près de son bord inférieur, démangeaisons qui s'accompagnaient de douleurs très-vives dans la moitié correspondante du front Elle se presenta plusieurs fois à la visite du matin : je ne vis d'abord qu'une légère rougeur, puis vinrent la dureté des tissus, leur sensibilité à la pression. Ces symptômes, jusque-là peu significatifs, se prononcèrent davantage Je crus à l'existence de quelque polype des fosses nasales ou du sinus maxillaire. Le nez, dans sa moitié droite, était si rouge, si dur, si volumineux, qu'il semblait être en ce point soulevé par une tumeur. Cependant il n'en était rien. Enfin parut un bouton avec élancemens violens qui semblaient entourer et soulever l œil, et qui se terminaient en suivant les nombreuses ramifications nerveuses qui sortent par l'angle interne et supérieur de l'orbite. Ces élancemens empêchaient souvent la malade de dormir. Le bouton était rouge, dur, douloureux à la pression, assis sur des tégumens calleux; il resta plusieurs jours dans cet état. Enfin une petite croûte se forma à son sommet : je l'enlevai, et vis à sa place une ulcération à fond grisâtre. Une seconde

Feuilleton.

ASSOCIATION DE PRÉVOYANCE DES MÉDECINS DE PARIS.

COMPTE-RENDU DE LA GESTION DE LA COMMISSION GÉNÉRALE, PAR M. GIBERT, SECRÉTAIRE-GÉNÉRAL (1).

(*Séance annuelle du dimanche 5 juin* 1836.)

Messieurs,

Quoique réellement fondée au mois de juillet 1833, ce n'est cependant qu'au mois de février 1834, que notre association est entrée en exercice. A dater de cette époque la commission générale s'est régulièrement assemblée le premier vendredi de chaque mois, chez M. le doyen de la Faculte, notre président, pour examiner les demandes qui lui étaient soumises, distribuer des secours, prononcer les admissions de membres nouveaux, gerer les fonds de la Société, en un mot, s'acquitter des fonctions qui lui etaient devolues par les articles 6, 9, 17 et 18 des statuts.

Quatre-vingt-douze demandes de secours nous ont été adressées (dont trente-quatre depuis la dernière assemblée annuelle de juin), parmi lesquelles un assez grand nombre a été rejeté comme n'étant pas appuyé sur des titres suffisans.

Pour nous soustraire aux embûches que nous tendaient l'intrigue et la mauvaise conduite, et pour nous affranchir en même temps des obligations impossibles à remplir, d'après l'état de nos finances, que nous aurait imposées le besoin véritable, mais dénué de ces caractères spéciaux qui devaient le faire accueillir par notre société, nous avons établi des règles de conduite dont nous ne nous sommes plus écartés.

Nous avons toujours exigé en premier lieu qu'un titre valable, tel que celui de docteur, officier de santé, chirurgien reçu d une manière légale, fût apporté à l'appui de la pétition. Par ce moyen ont été écartés de prime-abord, les élèves en médecine, les sage-femmes, les pharmaciens, les descendans plus ou moins éloignés des personnes qui, *disait-on*, avaient exercé l'art de guérir..., ainsi que cette foule de solliciteurs qui savent prendre tous les masques et revêtir toutes les formes lorsqu'il s'agit de recueillir l'impôt qu'ils prélèvent, sous le titre de secours, sur la partie crédule et aumônière de la société.

Mais ce n'était point encore assez : hélas! au temps où nous vivons, plus d'un titre valable, surtout dans les professions lettrées, s'allie à la plus profonde misère!

Nous aurions encore trouvé là plus de nécessiteux que nous n'en pouvion

(1) La Société a voté à l'unanimité et par acclamation l'impression de ce compte-rendu et son envoi à tous les médecins de Paris.

croûte succéda à la première; l'ulcération s'agrandit. La nature du mal n'était plus douteuse; c'était un de ces cancers de la face auxquels on a donné le nom de *noli me tangere*.

La malade entra à l'infirmerie. On appliqua à plusieurs reprises une trentaine de sangsues sur le mal et des cataplasmes émolliens, sans en pouvoir arrêter la marche. L'on mit en usage la poudre de Rousselot : soit qu'elle fût mal faite ou mal appliquée, elle sécha sur place et ne produisit aucun effet. Voyant que le mal, déjà large comme une pièce de 50 centimes, gagnait en profondeur et en largeur, car d'une part il était devenu adhérent à l'os, et de l'autre il était sur le point d'envahir l'œil, je ne pus me décider à rester spectateur inactif de ses progrès, et me décidai à l'enlever, abandonnant un peu au hasard le résultat d'une opération dont tant d'exemples ont constaté les funestes effets. Elle fut faite le 18 juillet. Je n'en pus emporter qu'une partie : le reste était adhérent à l'os du nez, que je laissai en place pour ne point compliquer inutilement l'opération.

Il y eut une légère hémorrhagie provenant de l'anastomose de la maxillaire externe avec le rameau nasal de l'ophthalmique, hémorrhagie qu'on arrêta facilement par l'application d'un cône renversé de compresses. Je visitai la plaie le lendemain, et pus me convaincre de nouveau que j'avais laissé une partie du mal composée de tissus grisâtres, lardacés.

Plein de regret d'avoir fait une opération non-seulement incomplète, mais encore contr'indiquée par les préceptes d'une saine chirurgie, j'ordonnai, en désespoir de cause, l'application sur la plaie d'une pommade composée de parties égales de suie et d'axonge, suivant la formule de M. P. Blaud. En très-peu de jours la plaie devint vermeille; les douleurs lancinantes diminuèrent avec la rougeur et la callosité des tissus; la plaie se rétrécit, et le 16 septembre la malade était guérie.

Cette guérison, qui dura près d'un mois et demi, n'était qu'apparente; la malade éprouvait des démangeaisons, des picotemens, des élancemens dans le nez et le front du côté droit; des nuages lui passaient devant les yeux. Elle rentra à l'infirmerie le 2 novembre. (Looch avec créosote.) Il produisit quelques étourdissemens : on le supprima pour lui substituer la pommade de suie, qui enraya sur-le-champ les progrès du mal. (Deuxième récidive, deuxième guérison.) Il survint un érysipèle ambulant qui se montra d'abord à la figure, et qui fut arrêté par l'application de deux vésicatoires volans.

Le 21. Il ne restait plus que quelques élancemens dans la tête.

Le 22. Des douleurs vagues dans les membres supérieurs me firent craindre la réapparition de l'érysipèle.

Le 24. Rhumatisme articulaire aigu général. (Saignée, diète.)

Le 25. Soulagement prononcé.

Les 26, 27, 28, 29, 30. Sueurs abondantes.

Le 1er janvier 1835. Le rhumatisme est presque guéri; en revanche (troisième récidive), quelques petits boutons recommencent à paraître sur le nez. (Lotion avec une solution de créosote.)

Le 6. La malade croit sentir à son réveil du sable dans ses yeux; démangeaisons au nez. (Looch avec 4 gouttes de teinture de créosote, et lotions avec 5 onces d'eau et 1 gros de créosote.)

Le 12. Etat stationnaire; encore quelques douleurs articulaires.

Le 21. Les boutons augmentent; picotemens, démangeaisons, élancemens.

Les 23 et 25. Le mal fait des progrès continuels malgré l'emploi de la créosote à l'extérieur et à l'intérieur. On supprime ces préparations, et l'on prescrit à la malade deux des bols suivans : suie, 1 gros m. q. s. pour six bols.

Le 30. Le mal diminue sensiblement.

Les 2 et 4 février. Mieux prononcé.

Le 6. Le mal augmente de nouveau.

Le 10. On revient à la pommade de suie.

Le 23. Amélioration marquée.

Dans le courant de mars, quelques vésicules d'impétigo sparsa se montrent sur le côté gauche du nez et ne tardent pas à disparaître. Au commencement d'avril, on supprime les préparations de suie. Il ne reste que quelques rougeurs au nez. (Troisième guérison.) Sortie le 25 juin.

Rentrée le 9 septembre pour une exostose au tibia qui l'a retenue quarante jours à l'infirmerie.

Le 20 octobre. Quelques croûtes reparaissent sur la joue droite, près du nez. (Quatrième récidive.) Pommade de suie.

Le 18 janvier 1836. Erysipèle sur le nez. (Douze sangsues derrière les oreilles : diète.)

Le 20. Guérison de l'érysipèle.

Le 29. (Quatrième guérison.) La malade sort de l'infirmerie complétement guérie, après vingt-deux mois d'un traitement plusieurs fois interrompu et repris.

Cette observation multiple nous montre une affection rebelle s'il en fut jamais. Nous le voyons par ses nombreuses récidives et par ces accidens singuliers qui surgissent après chaque guérison et semblent être autant de transformations d'un mal qui a besoin de se produire à l'extérieur. L'efficacité de la pommade de suie nous a étonnés : il est superflu, nous aimons à le croire, d'après un succès aussi éclatant, d'en recommander l'usage en pareil cas, *de préférence à celui de la créosote qui a complétement échoué entre nos mains*. Nous désirons que l'avenir, en justifiant les espérances que quelques cas analogues de guérison ont déjà fait concevoir, donne à M. Blaud des droits à la reconnaissance de notre art pour la précieuse acquisition qu'il aura faite à la thérapeutique. Nous n'avons reconnu d'autre inconvénient à la pommade de suie que celui de disposer les tissus à l'érysipèle.

ABLATION DE LA LÈVRE INFÉRIEURE ET DES PARTIES MOLLES DU MENTON POUR CAUSE DE CANCER D'ORIGINE SYPHILITIQUE; RESTAURATION AVEC UN LAMBEAU PRIS AU COL (*mentoplastie*); GUÉRISON.

OBS. — M. B., âgé de 65 ans, capitaine d'infanterie retraité, né de parens sains, doué d'un tempérament sanguin, eut à 25 ans une gonorrhée qui fut traitée par des frictions et pilules mercurielles, bains, tisanes émollientes, sans copahu, ni injections, ni sangsues. Le traitement dura quarante jours.

Un an ou dix-huit mois plus tard, nouvelle chaude-pisse; même traitement. Premier mariage à 33 ans; second mariage à 53. Point d'accidens dans ce long intervalle.

L'année suivante, M. B. fut effrayé de l'apparition de quelques boutons sur la verge, qui n'étaient vraisemblablement qu'un *herpes præputialis*, car ils disparurent spontanément. Néanmoins les communications maritales furent interrompues dès cette époque. Vers la fin de juin 1834 (à 64 ans), deux végétations se montrèrent à la lèvre inférieure : on les cautérisa pendant six mois sans en pouvoir arrêter les progrès. En janvier 1835, on y appliqua du calomel incorporé à du cérat, et le malade fut mis au sirop de Cuisinier. Ce traitement dura jusqu'au 22 juin sans aucune efficacité; la salivation le fit suspendre.

Je vis M. B. le 29 juin, et le trouvai dans l'état suivant : lèvre inférieure triplée de volume, couverte, dans les deux tiers du côté droit, de végétations à surface mamillaire d'un rouge noirâtre, douloureuses à la pression seulement, et complétement dépourvues d'odeur. Le tiers libre était occupé par un ulcère fort superficiel. Point de douleurs nocturnes; d'ailleurs amaigrissement déjà sensible aux yeux des personnes qui le connaissaient. Il n'y avait alors évidemment aucun symptôme de dégénération cancéreuse. Quoique le malade eût déjà salivé, et l'état de la bouche en faisait foi, je recommençai un traitement mercuriel local et général associé aux sudorifiques.

Le 6 juillet. Mieux.

Le 9. Salivation commençante. (Suppression des mercuriaux; cautérisations avec le nitrate acide de mercure.)

Le 18. Ce jour, on cautérisa trop profondément. Douleur violente et prolongée suivie de gonflement, douleur, rougeur à toute la figure, avec irritation sympathique des glandes salivaires et sécrétion abondante de ces organes. Nous avions été déjà témoin d'un effet tout semblable sur un jeune homme à tempérament sanguin fort développé, à la suite d'une application de deux sangsues aux gencives. Sa figure était devenue énorme. Quelques minutes suffirent, comme dans le cas précédent, pour dissiper cette congestion accidentelle qui aurait pu devenir dangereuse chez un individu prédisposé aux attaques d'apoplexie. Malgré ce léger accident, nous eûmes encore recours à la cautérisation, qui, nous l'avouons, provoqua ou du moins hâta la transformation que nous redoutions avec tant de raison.

---

obliger; aussi, nous avons exigé en outre que le pétitionnaire habitât Paris et même qu'il y eût exercé. Enfin, sous peine de voir dévorer en peu de mois le fonds de secours qui devait servir aux besoins de toute l'année, nous avons dû toujours nous enquérir scrupuleusement des circonstances propres à établir, que la personne au nom de laquelle la demande était présentée, se trouvait dans les conditions de moralité, d'infirmité, de malheur imprévu prescrites par le règlement. Nos ressources ne nous permettaient pas, en effet, d'entreprendre de soutenir à nos frais ceux qui ne pouvaient, ni dans le présent, ni dans l'avenir, se suffire à eux-mêmes. C'est en conséquence de cette règle que, tout récemment encore, nous avons repoussé la demande d'un *docteur*, malheureux, il est vrai, mais pourtant dans la vigueur de l'âge et de la santé, qui, après nous avoir demandé un *emprunt* de quelques milliers de francs, avait fini par laisser à notre générosité le soin de fixer la somme dont il avait besoin pour se constituer à Paris un établissement convenable. D'autre part, nous avons témoigné de l'intérêt, et accordé un secours, trop peu considérable à la vérité, mais enfin, en proportion avec nos ressources, à un autre docteur qu'un état d'infirmité véritable mettait ainsi que sa famille aux prises avec le besoin.

Nous avons surtout accueilli les veuves que la mort prématurée ou accompagnée de revers de fortune de leur époux revêtu d'un titre légal, était venue surprendre et faire passer tout à coup d'une position sociale honorable à une gêne voisine de la misère. Vous seriez étonnés, Messieurs, s'il m'était permis de vous révéler ici les noms honorablement connus qui ont laissé après eux une femme et des enfans dans la détresse! Tristes exemples des difficultés, des incertitudes et des dangers de notre profession!

Après cela, que de vaniteux législateurs ne trouvent que des paroles de mépris pour les avocats *sans causes* et les médecins *sans malades*... nous leur répondrons qu'il n'est pas rare, de nos jours, de voir la loyauté et le mérite languir dans la misère et l'oubli, tandis que le succès ne couronne que trop souvent les efforts du charlatanisme et de l'intrigue. Messieurs, j'ai déjà eu occasion de le dire ailleurs, selon moi il n'y a qu'un moyen d'arrêter les maux qui affligent notre profession, et par suite la société tout entière : restreindre le nombre des médecins et des pharmaciens en proportion des besoins; limiter par conséquent le nombre des réceptions faites par nos écoles, et éliminer successivement, par des examens sévères et consciencieux, les élèves faibles et peu capables. De cette manière, et de cette manière seule, on arrachera le public aux séductions d'un charlatanisme trop souvent uni à l'ignorance, et les médecins et les pharmaciens aux maux qui pèsent presque toujours sur eux en proportion de leur instruction et de leur probité. Mais, direz-vous, *la liberté?* Hélas! je ne le sais que trop, *nous négligeons le corps pour courir après l'ombre!*

Mais je reviens à mon sujet, et je vous demande pardon, Messieurs, de m'en être un moment écarté.

Sans doute, malgré toute la rigueur dont nous avons dû nous armer, il est arrivé quelquefois que de légers secours aient été délivrés à des personnes placées dans des conditions telles, que ces secours ne pouvaient guère changer leur position, et par conséquent devenaient presque inutiles; mais nous avons fait ce que nous avons pu, et la misère véritable une fois bien établie, la voix de l'humanité n'a pas dû toujours être entièrement étouffée par celle d'une raison trop rigoureusement calculatrice.

La somme distribuée en secours depuis l'assemblée générale du mois de juin dernier, s'est élevée à un peu plus de 4,000 fr., comme vous allez en juger par u

Le mal devint cancéreux dans les premiers jours de septembre, ce dont nous fûmes avertis par l'apparition des douleurs lancinantes, par le développement d'un ulcère grisâtre et les fétides exhalaisons du pus ichoreux qui s'en écoulait.

Dès ce moment notre parti fut pris : ajourner l'opération dans des circonstances aussi impérieuses pour se fier aux efforts d'une nature désormais impuissante pour le bien, c'eût été compromettre l'art et la vie du malade. Les glandes cervicales pouvaient s'engorger, la fièvre s'allumer, le cancer s'étendre à la joue, toutes complications fâcheuses qui nous enlevaient une à une les chances de succès, et devenaient autant de contr'indications formelles en décélant une infection générale.

L'opération fut pratiquée le 19 septembre, en présence de mon confrère Bleynie, dont l'assistance éclairée me fut fort utile. Deux incisions partant chacune d'une extrémité de la lèvre inférieure, et se dirigeant obliquement vers le menton en forme de V, cernèrent rapidement le mal, que quelques coups de bistouri achevèrent de détacher. Les deux bouts de la coronaire labiale furent liés. La première moitié de l'opération étant faite, quoique le patient n'eût pas été instruit de la seconde, il la laissa faire, et montra depuis le commencement jusqu'à la fin un courage digne d'un vieux serviteur de Napoléon. Une incision transversale de 2 pouces et demi de longueur fut faite au-dessus du cartilage thyroïde. Sur cette même incision en furent élevées deux autres obliquement vers le menton, et de manière à laisser un pouce d'intervalle entre leur extrémité supérieure. Il est aisé de voir que ces trois incisions circonscrivaient un lambeau triangulaire à base inférieure et à sommet supérieur, c'est-à-dire disposé en sens inverse de la plaie. On le détacha lentement en ayant soin de lui conserver une épaisseur convenable. Deux artérioles furent divisées et liées. Quand il ne tint plus au corps du patient que par son pédicule, après avoir régularisé un de ses bords avec les ciseaux plats, et enlevé un peu de tissu adipeux qu'il avait en excès, on le retourna d'avant en arrière, on l'appliqua sur la plaie, où il fut assujeti au moyen de quatre aiguilles, deux à droite et deux à gauche. Il n'avait donné aucun signe de sensibilité ni quand on l'avait poli avec les ciseaux, ni quand les aiguilles l'avaient traversé. L'opération avait duré 25 minutes. (Diète ; eau sucrée.)

Les 20 et 21. Odeur gangréneuse, lambeau violacé insensible à la pression, flasque. D'ailleurs sommeil ; appétit ; fièvre modérée.

Le 22. La face antérieure du lambeau est rouge et n'annonce point qu'il doive se sphacéler. (Potages.)

Le 23. Levée de l'appareil; odeur gangréneuse très-prononcée; lambeau tuméfié, d'un rouge violet, gangréné à son bord libre et à sa face postérieure, et toujours insensible : plaie du col déjà couverte de bourgeons charnus, et rétrécie. D'ailleurs peu de fièvre ; sommeil ; appétit ; urines briquetées. (Nourriture.)

Le 25. Moins d'odeur ; la gangrène semble vouloir se limiter ; le lambeau, toujours insensible, saigne quand on l'entame ; son pédicule s'aplatit.

Le 26. Gangrène bornée à la largeur de 2 ou 3 lignes vers son bord libre. La ligne de démarcation est déjà tracée entre les parties vivantes et celles qui sont mortes. Légère transpiration.

Le 27. Chute d'un lambeau gangréné de tissu adipeux placé à la face postérieure du lambeau ; chute de deux ligatures ; la plaie du cou, quoique irritée par le pus qui découle du menton, marche rapidement vers la cicatrisation.

Le 29. Chute des deux aiguilles gauches et du fragment gangréné du bord supérieur du lambeau, qui est déjà adhérent par les deux autres. (Nourriture.)

Le 30. Il ne reste plus d'embarras ; la plaie est vermeille. On enlève les deux autres aiguilles. Le lambeau toujours insensible adhère sur tous les points.

Le 2 octobre. La barbe est moins longue sur le lambeau que sur la peau du col dont il faisait autrefois partie. Cet arrêt de développement est dû à l'asphyxie momentanée qu'a produite la torsion du pédicule.

Le 6. Plaie du cou guérie par le rapprochement de ses bords opposés. Le lambeau a pris un peu de sensibilité. M. B... boit et mange suivant son appétit et se lève tous les jours.

Le 7. Le lambeau a contracté un excès de longueur que la nature fait servir à simuler une lèvre en le renversant en arrière. Nous étions loin de prévoir cette bonne fortune.

Le 20. Guérison complète un mois après l'opération.

Peut-être le traitement par les mercuriaux n'a-t-il échoué que parce qu'il a été appliqué trop tard et d'une manière vicieuse. Nous avons vu plusieurs fois notre illustre maître Dupuytren guérir par ses pilules et l'administration locale du calomel des malades atteints de ce symptôme de syphilis constitutionnelle que des praticiens inattentifs lui adressaient comme étant affectés du cancer.

Nous nous félicitons d'avoir eu recours en dernier lieu à un procédé autoplastique trop rarement mis en usage et dont notre ami Jobert vient de faire une si utile et si ingénieuse application. Pourquoi ne l'étendrait-on pas aux cas nombreux et désespérés dont la pratique fourmille? nous ne rappellerons point les succès de M. Martinet : ils méritent toute l'attention de nos confrères de Paris, qui peuvent répéter en grand ce que nous ne pouvons qu'essayer en petit dans nos timides provinces.

Le malade n'a pas voulu nous laisser compléter l'opération par la section du pédicule ; aussi reste-t-il entre ce même pédicule et ce bout du menton un espace libre d'adhérences qui peut donner passage à un stylet, espace très-limité, couvert de poils qui irritent sa face postérieure et entretiennent une légère suppuration dont le produit s'écoule au-dehors et impose à M. B... des soins de propreté continuels.

Aujourd'hui (deux ans après l'opération), le lambeau a de la consistance et un peu de sensibilité ; les poils y sont plus rares et plus minces que sur la région du col ; son pédicule est aplati ; son bord supérieur, qui simule assez bien une lèvre inférieure, est glabre ; nous croyons avoir remarqué qu'en ce point, et suivant l'observation de Dieffenbach, la peau appelée à remplir d'autres fonctions a revêtu l'apparence d'une muqueuse. D'ailleurs point de symptômes de récidive.

M. B... qui était fort maigre à l'époque de l'opération est aujourd'hui doué de beaucoup d'embonpoint. Avant d'abandonner ce sujet nous rappelerons qu'un lambeau pour être vivant n'a pas besoin d'être sensible. Dès que la circulation s'y fait la vie lui est assurée.

Voilà deux cas de guérison de cancer bien authentiques pour nous. Pour nous, faut-il ajouter, car nous n'ignorons point qu'il se rencontrera des personnes qui nous observeront avec le sceptique Boyer que : « Ce n'était point un cancer puisque nous l'avons guéri. » Étrange pétition de principes qui en consacrant l'incurabilité de ce mal ne tendrait à rien moins qu'à paralyser toute espèce de tentatives thérapeutiques au sujet d'une maladie qui les réclame avec le plus d'urgence. Si M. Richerand a eu le bonheur de réussir une fois (j'ai vu la malade ; la cicatrice du sein datait de 12 ans), Dupuytren, désespéré par une foule d'insuccès, avait, ainsi que Boyer, vers les dernières années de sa vie lancé l'anathême contre toute opération. Qu'il nous soit permis, puisque nous en sommes sur cette matière, de rappeler en peu de mots un fait qui semblait promettre à l'illustre défunt quelque heureuse exception et qu'il fut obligé de jeter avec les autres dans la boîte des désastres. Dupuytren était malade, M. Breschet faisant la visite pour lui, vint au lit d'une fille de 20 à 22 ans (salle St-Jean), qui lui montra son sein rouge, gonflé, douloureux et légèrement inégal. En dehors du mamelon existait un point de fluctuation bien manifeste ; plusieurs élèves le constatèrent. L'habile chirurgien, trompé par de menteuses apparences, fait une ponction exploratrice. Il ne sort que du sang. Dès le lendemain des chairs fongueuses faisaient saillie d'un demi-pouce à travers les deux lèvres de l'incision et versaient de temps en temps une grande quantité de sang déjà fétide. C'était évidemment un cancer fongueux. Dupuytren de retour fit une incision cruciale sur la tumeur qui, à son grand étonnement et sans aucun effort de sa part, tomba en totalité

---

relevé rapide de nos recettes et dépenses, emprunté au règlement de comptes arrêtés par votre commission de comptabilité.

TABLEAU GÉNÉRAL DU 15 MAI 1835 AU 15 MAI 1836.

RECETTES.		DÉPENSES.		BALANCE.	
En caisse au 15 mai. . . .	4,471	*Admissions et dons.*		Recettes. .	11,560
				Dépenses. .	10,477
Admissions et dons. . . .	2,181	Pour achat de rentes. . . .	6,227	Reste en caisse.	1,083
		Cotisation.		Plus 800 fr. de rentes à 5 p. 100.	
Cotisation et rentes.		Secours. . . .	1,005		
		Impressions. . .	183	*Nota.* En tenant compte de l'emprunt fait pour achat de rentes.	2,405
Cotisation. . .	4,308	Mêmes frais. .	57		1,083
Rentes. . . .	600	Allocation au trésorier. . . .	600		3,488
Total gén.	11,560	Emprunt pour achat de rentes.	2,405	Le 6e 582 fr.	
		Total gén.	10,477		

Vous le voyez, Messieurs, nous possédons aujourd'hui 800 francs de rentes 5 p. 100, qui représentent un capital inaliénable de plus de 17,000 francs. Encore quelques années, et le revenu de ce capital suffira presque pour couvrir les dépenses de secours ordinaires de l'année.

Ces secours ont été pris jusqu'ici sur le sixième destiné à venir en aide aux personnes étrangères à la société. Ce sixième n'étant aujourd'hui que de 582 francs, vous voyez quelle économie il nous faut mettre dans la répartition de ces secours.

Un seul exemple de demande appuyé sur un titre de sociétaire s'est présenté cette année ; malgré quelques objections suscitées par les circonstances particulières à cette demande, la commission a voulu, dès la première fois, montrer ce qu'elle pourrait faire pour un des membres de l'association qu'un malheur imprévu viendrait frapper, ou dont la mort inopinée laisserait la famille dans le besoin, et elle a cru devoir voter un secours plus abondant que tous ceux distribués jusqu'ici. Ce secours, d'ailleurs, a été pris sur la somme totale, produit des cotisations des souscripteurs, comme le prescrit le règlement, et non plus seulement sur le sixième affecté uniquement aux secours étrangers.

A mesure que notre association prenait plus de consistance et de développement nous avons dû mettre aussi plus de rigueur dans l'exécution des articles relatifs à l'admission des nouveaux membres. Nous avons dû nous rappeler que notre association n'avait pas seulement un but de philantropie, de charité et de prévoyance, mais encore un but de moralité et de dignité médicales.

Nous avons donc établi une règle sévère pour les admissions : chaque membre nouveau qui se fait inscrire sur les registres de M. le trésorier est l'objet d'un rapport fait au sein de la commission et l'on vote au scrutin sur son admission.

Nous n'avons pas voulu nous départir de cette règle pour les noms les plus avantageusement connus, trop heureux jusqu'ici de n'avoir eu à délibérer que sur des noms honorables et qui semblaient ne pouvoir être sujets à délibération.

dans sa main, laissant à sa place une enveloppe séreuse, parfaitement lisse, qui la circonscrivait de toutes parts, comme si la nature avait voulu par l'interposition de cette membrane préserver les parties saines du dangereux contact des parties malades. Un examen attentif ne fit découvrir aucune trace d'engorgement, ni dans l'épaisseur du sein, ni sous l'aisselle; la jeunesse de la malade, la bonne constitution, le peu d'ancienneté du mal, son exacte circonscription par cette séreuse qui semblait lui servir de barrière, l'absence de tout signe d'infection générale furent autant de points que Dupuytren passa en revue à sa clinique avec un air de satisfaction, et qui le conduisirent à porter un heureux prognostic. Vaine illusion! une prompte récidive eut lieu. Nouvelle opération; nouvelle récidive, et la malade succomba.

Si nous avons rapporté ce fait qui émut beaucoup notre attention, c'est parce qu'il n'a pas été, que nous sachions, porté à la connaissance du public médical, parce qu'il est rare et montre combien les affections cancéreuses sont rebelles à l'action du bistouri. Il semblerait qu'il faille non-seulement enlever le mal, mais encore modifier la nature des tissus qui le supportent et qui semblent, par le seul fait du voisinage, participer déjà de sa nature. « Naturæ secreta ulteriùs rimanda. » Des essais heureux ont été déjà faits, comme nous l'avons dit plus haut. Il faut les poursuivre, en se souvenant bien que telle maladie autrefois incurable ne l'est plus aujourd'hui, grâce à quelque heureuse découverte.

ABLATION D'UNE TUMEUR SITUÉE DANS LA RÉGION THYROÏDIENNE; GUÉRISON.

OBS. — La femme Etourneau, âgée de 36 ans, portait depuis l'âge de 15 ans, à la partie antérieure et inférieure du col, une tumeur mobile, indolore, sans pulsations, dont les progrès lents avaient acquis une rapidité remarquable après l'entrée de la malade dans la prison dont je suis le chirurgien. Incommodée par son volume, elle résolut de la faire enlever.

Je fis l'opération le 19 octobre, assisté de M. Alphonse Bardinet, élève en médecine; une incision cruciale fut faite sur le centre de la tumeur. Les quatre lambeaux disséqués lentement mirent à nu le peaucier, dont les fibres divisées et écartées à droite et à gauche me permirent de reconnaître que la tumeur était enveloppée d'un réseau veineux qui exigeait de grandes précautions, autant pour épargner les embarras d'une hémorrhagie que pour prévenir les accidens mortels qui sont résultés plusieurs fois de l'introduction de l'air dans les veines. Le parti le plus prudent à prendre, sinon le plus expéditif, était de lier les vaisseaux artériels et veineux avant leur section. C'est ce qu'on fit toutes les fois que cela fut possible. La tumeur fut successivement isolée: 1° du canal aérien (larynx, cartilage cricoïde, trachée), auquel elle n'adhérait que par des prolongemens fibreux. Ce canal fut mis à nu dans une étendue de deux pouces au moins et il fut facile de se convaincre *de visu* qu'il n'y avait aucune trace de corps thyroïde sur la moitié droite du cartilage cricoïde. On lia, avant de les couper, deux artères de volume moyen qui pénétraient dans la tumeur par sa face postérieure interne et inférieure; l'une des deux était une thyroïdienne. Quant à la seconde, était-ce l'autre thyroïdienne ou bien une des branches de la cervicale ascendante; nous n'osons nous prononcer. Il est si difficile de faire de l'anatomie sur le vivant et dans le courant d'une opération qui absorbe à bon droit toute votre attention! 2° de l'artère carotide qui fut mise à nu dans toute sa longueur; 3° de la veine jugulaire interne à laquelle elle était immédiatement collée. Le sterno-cléido-mastoïdien fut écarté. L'extrémité supérieure de la tumeur présentait un faisceau veineux très-volumineux qui fut lié avant d'être coupé. Il ne restait plus qu'à la détacher par bas. Cette partie de l'opération offrait quelques difficultés, attendu que la tumeur semblait envoyer un prolongement derrière le sternum. Ce n'était qu'une masse de ganglions engorgés qui furent laissés en place près de l'extrémité inférieure de la tumeur.

Pendant l'opération (qui avait duré une demi-heure), six ou huit ligatures avaient été placées sur des veines, et trois sur des artères. Malgré nos précautions une abondante effusion de sang nous avait fort incommodés en colorant et confondant tous les tissus. Les doigts nous ont plus d'une fois servi de guides pour éviter les artères.

La plaie avait la forme d'un cul-de-sac largement ouvert dont le fond descendant derrière le sternum pendant l'inspiration et s'élevant au-dessus des clavicules pendant l'expiration, était rempli de caillots *que l'on n'enleva point*. Les fils à ligature réunis en un seul paquet furent placés à l'angle inférieur de la plaie. (Pansement à plat; diète; eau gommée.)

Dans le courant du même jour, toux convulsive qui dura quelques heures, et qui dépendait vraisemblablement de la lésion de quelques filets nerveux appartenant à la huitième paire.

Le 20. Sommeil; appétit; pouls fréquent. (Bouillon matin et soir.)

Les 21 et 22. Odeur très-prononcée.

Le 23. Levée du premier appareil; réunion par première intention, des quatre lambeaux excepté à leur extrémité, vis à vis le cul-de-sac qui contient quelques gouttes de pus. (Soupe matin et soir.)

Le 27. Presque plus de fièvre; toutes les fonctions s'accomplissent bien. M. Lordat, doyen de la Faculté de Montpellier, et M. le docteur Dupré, eurent la bonté de visiter la malade et furent surpris de sa presque guérison au huitième jour de l'opération. (Quart matin et soir.)

Le 28. Se lève.

Du 29 octobre au 9 novembre tombèrent les trois ligatures artérielles. Celles qui avaient été appliquées sur les veines tombèrent dès les premiers jours.

Le 30 novembre. Guérie. Si la malade a tant tardé à sortir de l'infirmerie, c'est parce qu'on a été un peu complaisant à son égard, et que d'ailleurs on a eu besoin de cautériser avec le nitrate d'argent quelques chairs saillantes qui se montraient entre les lambeaux.

Si nous n'avons point enlevé les caillots sanguins qui remplissaient le cul-de-sac de la plaie, contrairement aux préceptes de tous les traités de chirurgie et de tous les opérateurs, c'est parce que cette pratique ne nous semble pas jouir de tous les avantages dont on la gratifie. Le sang n'est point un liquide inerte, ainsi que l'a dit Hunter, et que le démontrent, chaque jour, les singulières élaborations qu'il subit, alors même qu'il est soustrait à l'influence des agens de la circulation comme dans le vase où on le recueille pendant la saignée. C'est un liquide éminemment plastique, doué d'une grande tendance à l'organisation et qu'on a tort, ce nous semble, de regarder comme un corps étranger nuisible par sa présence dès qu'il est hors de ses vaisseaux. Nul doute qu'épanché à la surface ou dans l'épaisseur de l'encéphale, dans la cavité des plèvres, du péricarde, etc., il ne devienne, en effet, une source féconde d'accidens, par les entraves qu'il oppose aux fonctions d'organes indispensables à l'entretien de la vie; nul doute qu'il ne soit utile dans de telles circonstances d'en prévenir l'effusion ou du moins d'en provoquer l'absorption. En est-il de même quand il se coagule à la surface d'une plaie vive? où sont les dangers, disons même plus, les inconvéniens? A-t-on peur qu'il ne provoque la formation d'abcès? nous observerons, à cet égard, qu'il s'en développe rarement dans ces concrétions abondantes qui remplissent les poches anévrismales, et dans les cas d'épanchement; 2° que les cas où l'on a rencontré du pus dans des caillots ou autour d'eux, sont peu communs, susceptibles d'explications contradictoires, et appartiennent à des états morbides (phlébite, maladies du cœur) différens de ceux que nous examinons.

Craint-on qu'il ne s'oppose à la réunion? Quel en est le principal agent si ce n'est le sang? N'est-ce pas lui qui, réduit en caillot et soumis à des élaborations successives, oblitère la cavité d'une artère à la suite de sa ligature, ou guérit une plaie pénétrante du poumon? N'est-ce pas lui qui, disposé en couches concentriques, semble se confondre avec les parois des poches anévrismales dont il tapisse l'intérieur? N'est-ce pas

---

Ces admissions nouvelles, quoiqu'assez nombreuses, n'ont pas entièrement couvert les pertes que nous ont fait éprouver la mort de plusieurs sociétaires et le refus de continuation de souscription de quelques autres.

A l'égard de ces derniers, nous avons dû nous rappeler les art. 3 et 22 du règlement qui prescrivent l'inscription du nouveau sociétaire dans les cinq premières années de son exercice à Paris, et qui regardent comme membre nouveau, celui qui aurait suspendu, sans motif valable, le paiement de la cotisation annuelle; après quelques démarches officieuses, restées vaines auprès de quelques personnes, encore en action auprès de quelques autres, il a été décidé que les noms des membres démissionnaires seraient consignés au procès-verbal des séances de la commission générale, et inscrits sur le registre de l'association.

En résumé, comme je vous le disais dans la dernière assemblée générale, le nombre des membres de l'association (380) ne s'est point accru comme il y avait lieu de l'espérer; il est toujours resté au-dessous de 400, nouvel indice d'impuissance, de découragement ou d'égoïsme qui pèse sur les professions libérales en cet âge éminemment spéculateur!

Quoi qu'il en soit, si nous devons applaudir aux efforts généreux de quelques-uns de nos confrères, et notamment au zèle infatigable de notre président, zèle sans lequel assurément notre position serait bien moins avantageuse, nous ne devons pas craindre non plus de blâmer ceux qui, nantis de belles places et de titres éminens, placés dans une évidence qui fait nécessairement rejaillir leurs torts sur la profession tout entière, cèdent, par faiblesse ou par des motifs moins excusables, à des suggestions industrielles qui ont le lucre et la spéculation pour but avoué.

. . . .

Espérons, Messieurs, que ceux qui s'étaient laissé surprendre leur adhésion par faiblesse s'empresseront de suivre l'exemple qui leur a été donné par deux de leurs collègues, et que les autres craindront désormais de participer à des actes aussi peu compatibles avec la dignité médicale, et d'ailleurs aussi évidemment contraires à l'esprit des art. 2, 4, 5 et 17 des statuts de l'Association de prévoyance des médecins de Paris (1).

— La commission annuelle du *Cercle des médecins de Paris*, rue Chabanais, n. 2, vient de se constituer: elle se compose de MM. les docteurs Bourgeoise, président; Souberbielle, vice-président; Sarlandière, secrétaire, et de MM. les docteurs Blache, Bordot, Damicourt, Delanglard, Gondret, Lambert, Lesannier, Marc-Guillemot, De Montmahou, Petigny de Rivery, Pinel-Grandchamp, et Pauget, commissaires.

— Le bruit s'était soudainement répandu cette semaine que plusieurs cas de peste s'étaient déclarés à Londres; heureusement c'était une fausse alarme. On disait que sept ouvriers étaient morts en déchargeant un navire stationné sur la Tamise. Le propriétaire d'un grand magasin de lingerie situé rue d'Oxford et six de ses commis avaient également succombé après avoir déballé plusieurs caisses de marchandises. L'effroi était si général que dès la séance de la chambre des communes du 27, M. Wakeley a demandé au président du commerce si ces bruits avaient quelque fondement. M. Poulett Thompson s'est empressé de déclarer qu'ils n'en avaient aucun.

(1) Ce vœu était déjà rempli; la société sanitaire est mort-née; dès que le caractère de cette spéculation a été reconnu, tous ceux de nos confrères dont l'adhésion avait été surprise, s'en sont séparés immédiatement. (*N. du R.*)

lui qui donne naissance à ces masses fibrineuses qui s'organisent au sein des vaisseaux et en obstruent quelquefois la cavité, à cette foule d'adhérences morbides qu'on rencontre si souvent sur les traces d'une inflammation ou d'un épanchement? Singulière inconséquence! S'agit-il de plaie pénétrante du poumon, de blessure d'artère, etc., on recommande *de respecter le caillot*, on emploie même des applications locales et générales dans le but de favoriser sa tendance organisatrice, et de lui donner plus de solidité, et dans les cas de plaie vive et régulière on prescrit de l'enlever! Pourquoi ce même liquide qui s'est organisé en cicatrice dans les premiers cas, ne le ferait-il point dans les autres? Cette différence de conduite dans des circonstances analogues (car il s'agit toujours de procurer la formation d'adhérences, de cicatrices), d'où vient-elle? De ce que l'on a été frappé des dangers de l'extraction du caillot dans le cas de plaie du poumon, d'épanchement, etc, dangers palpables et presque immédiats, tandis que dans les cas de plaie vive faite à des organes moins importants, on a méconnu les inconvéniens de cette pratique et les avantages d'une pratique opposée. Ces avantages n'en sont pas moins réels, suivant nous, et constatés par d'autres faits non moins concluans que celui qui précède. Deux fois nous avons été appelés à visiter une plaie par arrachement, produite par une presse mécanique, et siégeant à la face antérieure du bras qui avait été dénudé dans une étendue de 14 à 15 pouces de longueur sur 3 ou 4 de largeur et sur un demi-pouce de profondeur. Les interstices musculaires étaient remplis de caillots adhérens que nous n'avons point enlevés, et que nous avons vu se convrir d'une couenne d'abord mince, transparente, puis épaisse, opaque, solide et qui a servi de point d'appui, de noyau à la cicatrisation. Si pourtant, au lieu d'agir ainsi, nous avions suivi l'usage généralement adopté, qu'en serait-il résulté? Un peu plus de souffrance pour le patient et de travail pour la nature, qui aurait eu à combler les vides où ces caillots se sont organisés. Plus d'une fois nous avons pris soin de déterger ces plaies, et nous croyons avoir remarqué que mieux on les nettoie, plus elles se rapprochent de cet état de sécheresse qu'on appréhende avec tant de raisons, et plus leur cicatrisation est lente.

En résumé, si d'une part on a raison de chercher, par tous les moyens possibles, à débarrasser le cerveau (et dans des cas donnés), la cavité des plèvres ou tout autre organe de la présence d'un liquide qui en enraie les fonctions, nous croyons qu'on a tort de s'attacher à enlever si minutieusement les caillots qui se forment à la surface d'une plaie fraîche et *qui déjà semblent faire corps avec elle*, parce que ces caillots ne sont point des corps étrangers au même titre que du plomb, du papier, etc., qu'ils ne peuvent nuire ni par leurs propriétés physiques, (à moins qu'ils ne soient trop volumineux), ni par leurs propriétés physiologiques, parce qu'ils régularisent la surface de cette plaie, la mettent à l'abri du contact de l'air, et ne gênent les fonctions d'aucun organe important à la vie; parceque enfin ils finissent le plus souvent par rentrer dans l'atmosphère vitale qui, après avoir absorbé leurs parties les plus ténues, les fait servir au travail de la cicatrisation, ainsi qu'on le voit dans les cas de ligature d'artère, de plaie du poumon, etc.

Nous livrons, du reste, cette manière de voir, peut-être paradoxale, à l'appréciation de nos confrères en chirurgie. Jamais l'amour-propre ne nous fera préferer, aux sages leçons d'une longue expérience, une pratique que quelques faits ont à peine justifiée.

Nous avons envoyé la tumeur à la société anatomique, comme étant le corps thyroïde lui-même. Ses rapports, sa texture, ses vaisseaux, tout semblait l'indiquer. Nous avons examiné de nouveau l'opérée, qui est encore dans la prison, et nous affirmons qu'il n'existe à son cou aucune trace de glande thyroïde.

TAILLE SUS-PUBIENNE; EXTRACTION D'UN CALCUL VÉSICO-PROSTATIQUE; MORT.

OBS.—Pierre Commette de Beaulieu (Corrèze), âgé de 56 ans, détenu depuis 15 mois dans la prison, éprouvait depuis 25 ans de vives douleurs dans la région de la vessie. Il urinait quelquefois du sang; avait des écoulemens blancs et se tiraillait la verge après avoir uriné. Son urine jaune et sédimenteuse sortait goutte à goutte, ce qui obligeait le malade de tenir constamment entre ses cuisses un vase propre à la recevoir. La sonde fournissait ceci de particulier qu'en pénétrant dans la vessie elle semblait glisser sur la pierre et que ses mouvemens étaient difficiles. L'index introduit dans l'anus rencontrait en avant et en haut un corps dur à base large, convexe et immobile malgré les efforts qu'on faisait pour le déplacer. L'incontinence de l'urine (*stillicidium*), sa nature, la dureté, l'immobilité du corps saillant dans le rectum, les symptômes commémoratifs, le bruit de choc que transmettait la sonde, tout nous donnait la certitude de l'existence d'un calcul et d'un calcul volumineux, qui devait occuper une grande partie de la capacité vésicale.

Le malade avait en outre une cataracte et une hernie du côté droit. Sa constitution était bonne et ses dispositions morales semblaient être favorables au succès d'une opération que lui faisaient désirer deux mois de douleurs affreuses et d'insomnie.

Elle fut faite le 24 septembre 1834, en présence de MM. Buisson, Duboys, l'un médecin, l'autre pharmacien de la prison, de M. Thibaud, médecin, de M. Vial, etc. Le malade habitué depuis quelques jours à porter des sondes, avait été rasé dès la veille et avait pris deux lavemens le matin. Tout étant disposé, on constata de nouveau la présence de la pierre. Une injection fut poussée dans la vessie. Pendant qu'un des assistans comprimait au niveau de la hernie, on fit au-dessus des pubis, de droite à gauche, et presque horizontalement, une incision de cinq pouces comprenant la peau, le tissu cellulaire sous-cutané, la sous-cutanée abdominale dont la ligature fut négligée, les muscles oblique externe, droit et pyramidal gauches, leur aponévrose, la ligne blanche, les muscles pyramidal droit et une partie du muscle droit du même côté. Déjà les intestins projetaient en avant le péritoine qu'on décolla de la paroi abdominale. Après avoir isolé la vessie de la face postérieure des pubis, je plongeai, dans le petit bassin, mon index, qui sentit à peine la pierre que je présumais très-volumineuse. Pendant que mon confrère Thibaud la soulevait au moyen de deux doigts introduits dans l'anus, j'incisai dessus la paroi antérieure de la vessie près de son col. Le calcul était friable, car l'instrument y pénétrait comme dans du beurre, j'en retirai de la vessie un fragment gros comme une aveline, et quelques autres plus petits qui étaient presque réduits en poussière. En explorant la vessie ou plutôt son col, j'y sentis comme enchatonné le corps d'un calcul qui faisait saillie par une espèce de tubercule. J'en fis l'énucléation au moyen de quelques efforts de dilatation exercés sur le collet du sac. J'explorai de nouveau cette singulière cavité que je croyais être située au bas-fond de la vessie, près de son col, et la trouvant vide, je terminai là des recherches qui n'étaient faites qu'à moitié, car je laissais derrière mon doigt et le corps de la vessie, et les deux tiers du calcul vésical que le histouri avait séparé de son congénère. L'opération avait duré 4 minutes. Après avoir balayé, au moyen d'injections, le reste de graviers que contenait la vessie, on plaça une sonde à demeure dans le canal, qui livra d'abord passage à de l'urine mêlée de sang. Le malade fut pansé. (Tisanne de réglisse; diète.)

Au bout de quelques heures l'urine commença à couler par la plaie. Météorisme du ventre; langue sèche. Cet écoulement dure toute la nuit

Le 25. Gangrène commençant dans une portion de la plaie; pouls fréquent et élevé; langue rugueuse, sèche; soif vive, respiration accélérée.

Pour ramener l'urine à son cours habituel, on pratique plusieurs injections par la sonde et l'on dispose le lit de façon que le tronc et la tête reposent sur un plan incliné au bas duquel se trouve la vessie. (Bain entier; lin édulcoré; diète.)

Le 26. Péritonite intense. Les urines coulent toujours par la plaie. Progrès de la gangrène. Pouls misérable. (400 sangsues dispersées sur le ventre; bain général de deux heures et demie; cataplasme; même tisane; diète.)

Le 27. Mort après un frisson intense.

OUVERTURE.

Péritonite de trois pouces d'étendue en tous sens vis-à-vis la plaie des tégumens; pus dans la cavité péritonéale du petit bassin; pus infiltré dans les graisses qui avoisinent le rectum. La vessie avait été ouverte transversalement à un pouce en arrière de son orifice; ses parois fort épaissies étaient le siége d'une phlegmasie chronique. La prostate était réduite à une simple enveloppe de l'épaisseur de 2 ou 3 lignes, avec absence de congestion inflammatoire.

La vessie contenait le reste du calcul vésical qui devait être, en y comprenant ses débris, à très-peu près aussi volumineux que l'autre. Il était composé de couches concentriques d'une matière blanche et très-friable que j'ai prise pour du phosphate ammoniaco-magnésien. Quant au calcul prostatique, il était très-dur, très-dense, et d'une composition chimique évidemment différente.

Si j'ai oublié de prendre la mesure de son poids et de ses diamètres, cet oubli est facile à réparer, car il se trouve avec l'observation entre les mains de M. Civiale, qui fut même chargé, il y a 15 ou 18 mois, par l'Académie de médecine, d'en faire le sujet d'un rapport qui n'a pas encore paru. J'ai vu, l'an dernier, cet honorable académicien, et si je le devance aujourd'hui dans la publicité qu'il devait donner à ce fait, c'est que j'ai cru que ce fait (qu'on aurait pu mentionner fort à propos dans l'orageuse discussion soulevée au sujet de la taille et de la lithotritie), que ce fait, moins rare que je ne l'avais d'abord imaginé, puisque M. Civiale en a, dit-il, recueilli trois de la même espèce, devait être, aussitôt que possible, porté à la connaissance du public médical dans le but de faire éviter à d'autres l'erreur déplorable que j'ai commise.

Dupuytren a plusieurs fois entretenu ses nombreux auditeurs de certains calculs *qui envoient un prolongement dans l'urètre*; (ce sont ses expressions). Jamais, que nous sachions, il n'en a signalé de cette forme, c'est-à-dire composés de deux moitiés à peu près sphériques réunies par un étranglement et contenues l'une dans la vessie et l'autre dans la prostate. Les ouvrages que nous avons feuilletés n'en parlent pas.

Quelle opération fallait-il faire dans ce cas difficile? la lithotritie? elle était impraticable; l'instrument n'aurait jamais pu pénétrer dans la vessie. La taille? mais quelle espèce de taille? La taille bi-latérale? elle n'offrait aucune chance de succès, puisque l'orifice vésical était occupé par le collet des deux calculs; la taille latérale? la présence du calcul prostatique rendait fort difficile, pour ne pas dire impossible, la section du col vésical; la taille rectale? c'est, sans contredit, l'espèce qui paraissait être le mieux applicable. Si nous ne l'avons pas faite, c'est que le calcul que nous supposions dans la vessie, nous semblait si volumineux, que nous craignions d'être obligés de prolonger l'incision outre mesure, et de blesser les vésicules séminales. Supposons que cette méthode eût été adoptée, l'extraction du calcul prostatique eût été facile, sans contredit, quelques efforts auraient suffi pour rompre le collet d'union; mais alors, ou bien l'on eût méconnu l'existence du calcul vési-

cal, ou bien l'on eût été obligé de faire une seconde opération. Restait donc la taille sus-pubienne; c'est celle que nous avons pratiquée, et l'on connaît déjà nos erreurs. Nous avons divisé la paroi antérieure de la vessie près de son col avec le calcul qu'elle contenait, rompu le collet d'union des deux calculs, et retiré un fragment de celui que contenait la vessie. A la seconde recherche, préoccupés du calcul qui faisait saillie par un tubercule dans la vessie, nous avons omis de la visiter par la raison que nous avons pris pour elle ce qui ne l'était pas.

Cette grave erreur en a amené une autre. Les sondes n'ont jamais franchi l'orifice vésical; aussitôt qu'elles livraient passage à un peu de liquide sanguinolent, je les croyais arrivées dans la vessie, elles n'étaient que dans la cavité prostatique; de là, l'écoulement de l'urine par la plaie, son épanchement dans le tissu cellulo-adipeux du petit bassin, sa résorption et la mort.

J'étais tellement découragé par la funeste issue de cette opération (et c'était mon début dans la carrière chirurgicale), que je négligeai de conserver le reste du calcul et la vessie hypertrophiée, déterminé alors à ensevelir dans le plus profond oubli jusqu'à la moindre trace de mon insuccès mérité. La tardive réflexion est venue corriger les déterminations de l'amour-propre, et j'ai compris que dans toutes les sciences, les fautes servant au moins autant que les succès et instruisant mieux, ce serait se montrer peu zélé pour le progrès des uns que de négliger l'histoire des autres.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ANGLAIS.

I. THE LONDON MEDICAL GAZETTE.

OBSERVATION DE FISTULE RECTO-VAGINALE traitée avec succès; par George FIELDING.

Bien que l'auteur de cette observation se borne à raconter le fait sans le faire précéder ou suivre d'aucune réflexion, les succès de ce genre sont trop rares dans les annales de la chirurgie, pour que nous ne nous empressions pas de la reproduire.

OBS. — Mistriss D., grande et belle femme, jouissant d'une bonne santé, fut délivrée, le 22 mars 1833, d'un enfant mort, à l'aide des instrumens, après un travail qui avait duré trois jours. Le lendemain, la fièvre survint avec de vives douleurs; l'urine ne passait pas; il fallut recourir à la sonde, qu'on employa durant dix-huit jours, une médecine procura des selles avec beaucoup de douleur et de difficulté; et la garde-malade distingua comme une sorte de lambeau de chairs mortifiées qui pendait vers les parties.

Le 27, la malade prit une seconde potion laxative; elle reconnut alors, à sa grande consternation, qu'elle avait perdu tout pouvoir de retenir les matières fécales, et que celles-ci s'écoulaient spontanément dans son lit. Avec le temps la santé se rétablit, la vessie reprit ses fonctions; mais les fèces continuèrent à s'échapper involontairement, hors quand la malade était affectée d'une constipation considérable

On avait essayé plusieurs remèdes, entre autres des éponges et des pessaires, mais sans aucun succès. M. Fielding vit la malade le 4 décembre 1834. A l'examen il ne trouva aucun vestige du périnée; une cicatrice s'étendait de la commissure inférieure des grandes lèvres, le long du côté interne des deux tubérosités sciatiques, et allait se perdre dans l'anus. En dilatant largement les parties, on découvrait à la partie postérieure du vagin une ouverture semi-lunaire, de près d'un demi-pouce de profondeur, et d'une largeur à peu près égale; le doigt, introduit par cette ouverture, pénétrait dans le rectum. Les parois postérieures et latérales de cet intestin paraissaient intactes. Cette ouverture semi-lunaire embrassait une portion de la paroi postérieure du vagin, une portion de la paroi antérieure du rectum, et le sphincter qui la touche. De là l'impossibilité de retenir les matières fécales; et tous ces désordres paraissaient le résultat d'une gangrène du périnée et de la paroi recto-vaginale.

Dans ces circonstances on ne pouvait espérer beaucoup; cependant M. Fielding proposa l'opération suivante, dans le but de rendre au sphincter ses usages et d'obtenir la rétention des matières fécales.

Le 18 décembre, après une préparation convenable, il rafraîchit les bords de l'ouverture semi-lunaire suivant le procédé usité pour le bec de lièvre; l'incision ressemblait à la lettre A renversée; les lèvres en furent soigneusement rapprochées par deux points de suture, l'un qui comprenait le sphincter, l'autre placé plus haut. On n'appliqua aucun appareil; la malade se tint couchée sur le dos et fut mise à l'eau d'orge et au thé. Les seuls accidens qui suivirent cette opération furent une douleur qui, du coccyx, remontait vers les lombes, et qui persista tout le jour et la nuit suivante, quoique sans fièvre; et une rétention d'urine qui dura neuf jours et nécessita l'emploi de la sonde.

Le 15, les sutures s'étant relâchées, on les enleva avec précaution; il y avait une réunion partielle du sphincter, avec des bourgeons charnus au-dessus et au-dessous.

Le 17. La malade n'ayant pas été à la selle depuis l'opération, on lui administra un peu d'huile de ricin.

Le 18. Il y eut une selle liquide. Bien que la malade ne trouvât pas d'amélioration dans son état, évidemment les bourgeons charnus comblaient de plus en plus l'ouverture. Une grosse bougie en cire fut introduite tous les jours à deux ou trois pouces dans le rectum; et laissée quelques instans en place; une diète légère fut observée, et on permit même à la malade de se mettre un peu sur son séant.

Le 21. On donna de nouveau l'huile de ricin, qui n'opéra pas ce jour-là; mais le lendemain matin, le besoin d'aller s'étant fait sentir, la malade s'aperçut avec joie qu'elle pouvait se retenir et sortir de la chambre sans inconvénient, ce qui ne lui était pas arrivé depuis vingt mois. A dater de ce jour, elle alla quotidiennement à la selle.

Le 25. La réunion était complète et se présentait sous forme linéaire; les bourgeons charnus n'étaient pas encore entièrement cicatrisés; on permit une promenade en voiture.

Le 24 juin 1835. La malade était depuis long-temps guérie; le sphincter remplissait parfaitement ses fonctions, même quand elle prenait des potions laxatives. M. Fielding l'a revue en janvier 1836; elle était devenue enceinte, était accouchée d'un enfant vivant, et continuait à jouir des bénéfices de l'opération.

OBSERVATION DE LUXATION CONGÉNIALE DES FÉMURS; mémoire lu à la Société royale médicale et chirurgicale de Londres, par J. NORTH, professeur d'accouchemens à l'École de Westminster.

L'attention de l'auteur fut attirée sur ce sujet par la lecture du mémoire de Dupuytren, dont il comprit aussitôt l'importance et la nouveauté; attendu, dit-il, qu'il a vu soit dans sa pratique privée, soit dans les hôpitaux, la luxation congéniale du fémur prise pour une maladie de l'articulation, et soumise en conséquence à un traitement douloureux et inutile. Voici un remarquable exemple de cette méprise.

OBS. — En septembre dernier, M. North fut appelé près d'une petite fille d'environ trois ans, qu'on regardait comme attaquée d'une maladie de l'articulation coxo-fémorale, et à laquelle on avait appliqué largement et sans aucun fruit, des sangsues, des vésicatoires, des cautères. Depuis l'époque de sa naissance jusqu'à l'âge d'environ un an, l'enfant avait paru jouir d'une bonne santé, et n'avait rien offert d'anormal dans la conformation de ses membres. Alors la mère s'aperçut en le tenant debout sur les pieds, que la forme des deux hanches était irrégulière; mais comme il n'y avait aucune douleur et que la santé était florissante, on n'appela pas de médecin. Plus tard, à l'âge où les enfans commencent à marcher, on reconnut qu'elle ne pouvait se tenir sur ses pieds; ce qui fut attribué d'abord à ce qu'elle se rejetait trop en arrière, et on n'y fit pas autrement attention. A deux ans, l'enfant ne pouvait se tenir debout ni marcher au-delà d'une minute; encore était-ce avec beaucoup d'efforts et de difficulté. La forme irrégulière des hanches et des cuisses devint plus manifeste; un chirurgien de village consulté diagnostiqua un commencement de tumeur blanche dans les deux hanches. L'enfant fut donc tenue au lit, soumise à une diète sévère, et on la fit passer par la routine ordinaire des sangsues, des vésicatoires et des cautères. Ce traitement fut poursuivi trois ou quatre mois, pendant lesquels la santé de l'enfant déclina. elle tomba dans une émaciation considérable; la difformité des hanches ne faisait que s'accroître, et elle ne pouvait pas plus marcher qu'auparavant. La mère fit cesser tout traitement, et rendit à son enfant une alimentation nourrissante; elle se rétablit en peu de temps, et six mois après elle fut vue par M. North.

En étendant les membres, on les trouvait d'égale longueur et de forme naturelle; les genoux cependant étaient un peu tournés en dedans. Ni la pression, ni aucun mouvement du membre ne déterminaient de douleur; il n'y avait pas de gonflement; aucune trace d'inflammation. On mit l'enfant sur ses pieds nus; et aussitôt le chirurgien fut frappé des caractères attribués par Dupuytren à la luxation congénitale des fémurs. La mère tenait la petite fille debout en la soulevant par-dessous les aisselles; lorsqu'on la laissait s'appuyer sur ses pieds, on voyait les genoux heurtant l'un contre l'autre, les cuisses raccourcies; et la tête du fémur de chaque côté s'élevait sur le dos de l'ilium vers la crête de cet os, où on pouvait la sentir. Quand elle voulait marcher en avant, elle semblait avoir besoin de beaucoup de préparation; elle levait un pied avec beaucoup de précaution, le corps s'inclinant sur l'autre jambe; et quand elle avançait ainsi en dandinant, on sentait et on voyait la tête du fémur qui supportait le poids du tronc, s'élever sur la face dorsale de l'os iliaque; l'autre membre se posait à terre avec une légère saccade; et quand le poids du corps se reportait de ce côté, la tête du fémur remontait de la même manière. L'enfant était promptement fatiguée, mais ne ressentait pas de douleur. M. North l'examina ensuite couchée, et reconnut comme il s'y attendait, que l'on pouvait, sans difficulté et sans douleur, allonger le membre par une légère traction en bas, le raccourcir en le repoussant légèrement en haut. L'espace parcouru dans ces mouvemens alternatifs par la tête du fémur, était de plus d'un pouce.

La nature de l'infirmité n'était plus douteuse. Il était évident qu'aucune affection organique n'avait préexisté, et que la cavité cotyloïde de chaque côté manquant de profondeur, ne pouvait retenir la tête du fémur. M. North recommanda, suivant les indications posées par Dupuytren, d'appliquer autour du bassin une ceinture bien rembourrée pour empêcher les fémurs de remonter sur les os iliaques, lorsque l'enfant essaierait de marcher. La petite fille s'accoutuma bientôt à cet appareil qui lui donnait plus de facilité et de fermeté dans la marche. Elle est morte de la coqueluche il y a environ trois mois; le corps ne fut pas ouvert.

Le docteur Hutton de Dublin a publié, il y a quelques temps, une observation toute semblable. Son malade qui était un idiot succomba aussi à une inflammation du larynx. Il avait boîté depuis son enfance, et ses hanches portaient de nombreuses traces de sangsues et de cautères. A l'autopsie, on trouva que la cavité cotyloïde de chaque côté était imparfaitement développée, ce qui expliquait le déplacement des fémurs observé pendant la vie. Il n'y avait dans l'articul. tion aucun vestige d'inflammation ni de maladie.

A part l'intérêt de ces observations en elles-mêmes, nous aurions cru devoir les rapporter encore pour montrer où en est la science sur ce point en Angleterre, et combien une découverte éprouve de difficultés pour passer d'un pays dans un autre. Ainsi à l'occasion de la lecture de ce mémoire, M. Langstaff a pris la parole pour élever des doutes et sur la valeur de la dénomination et sur l'origine de la maladie. Il incline à penser que les enfans atteints de cette difformité ont été extraits de la matrice par les pieds et que la luxation est le résultat des manœuvres de l'accoucheur. Pareille idée avait déjà été émise dans notre Academie de médecine, émise sans preuves, et réfutée par les faits. Mais voici qui est plus grave. M. North croit encore que ces luxations sont incurables, et le président de la Société, M. H. Earle, a rapporté avec une sorte de dédain les tentatives d'extension faites par un praticien dans un cas du même genre; ce praticien s'est vanté, a dit M. Earle, d'avoir allongé la cuisse de trois pouces! Il n'est pas un chirurgien en France qui ne sache que cette infirmité, à part peut-être quelques cas exceptionnels, est rentrée dans le domaine des affections curables; et qui ignore les brillans succès obtenus à l'aide de l'extension par M. Humbert de Morley.

SUR LES CAUSES DE LA CHUTE DU CORDON DANS LE TRAVAIL; par J. ROBERTON, l'un des chirurgiens de l'hôpital des femmes en couches de Manchester.

Le mécanisme suivant lequel se produit ce fâcheux accident, dit l'auteur, n'a jamais été, que je sache, convenablement expliqué.

Vers le neuvième mois de la grossesse, l'utérus s'élève très-haut dans l'abdomen; lorsque l'époque de l'accouchement approche, il descend. Cet abaissement de la matrice se fait plutôt chez certaines femmes, plus tard chez d'autres. Quelques-unes m'ont dit s'être aperçues que la matrice commençait à s'abaisser chez elles dix ou douze jours avant le travail; ce phénomène n'a lieu chez d'autres que dix ou douze heures avant l'écoulement muqueux qui annonce le début du travail.

Cette descente graduée, lente, et sans douleur, de l'utérus gravide, remplit un objet important. C'est par ce procédé de la nature que la petite extrémité de l'utérus contenant la partie du fœtus qui se présente, s'engage dans le bassin et donne à la tête la position la plus favorable pour le passage, avant même que le col s'entrouvre et que les douleurs se déclarent.

Aussitôt après le commencement de ces douleurs, l'orifice utérin s'ouvre et s'abaisse de plus en plus, et la tête du fœtus enveloppée par la matrice et par les membranes, et encore entourée des eaux de l'amnios, occupe et remplit complètement le détroit supérieur. Si à cette époque du travail, pendant une douleur, les eaux viennent à s'échapper, cette tête se trouve instantanément en contact avec les hords de l'orifice utérin, et le bouche si hermétiquement, qu'en général une portion des eaux demeure dans la matrice, et ne s'échappe que plus tard avec l'enfant. C'est ainsi que le cordon lui-même est retenu dans la cavité utérine; à la vérité, dans certains cas, une autre cause le retient, c'est quand il est enroulé autour du cou, du tronc et des membres du fœtus. Je ne saurais dire d'une manière précise dans combien de cas on trouve le cordon enroulé une ou plusieurs fois autour du cou, par exemple, mais je puis affirmer que cela est très-commun.

On comprendra maintenant comment le cordon peut sortir au-dehors. Le cordon a sa pesanteur; son poids spécifique est plus considérable que celui des eaux de l'amnios. En conséquence, lorsque les eaux s'échappent, si rien ne l'en empêche, si l'orifice utérin n'est pas immédiatement bouché par la partie du fœtus qui se présente, le cordon sort avec les eaux, et cet accident arrive d'autant plus facilement que la malade est debout ou assise.

Les faits suivans montreront quelles circonstances favorisent le prolapsus du cordon, et frapperont davantage le lecteur qu'une simple description n'aurait pu faire.

OBS. I. — Une femme, entrée à l'hôpital. Orifice utérin mou, non complètement dilaté. Six heures se sont passées depuis l'écoulement des eaux; douleurs insignifiantes; la tête est très-élevée dans le bassin; au-devant d'elle et en contact avec le cuir chevelu, se presentent plusieurs portions du cordon entortillées.

OBS. II. — Une femme de l'hôpital. Les eaux complétement écoulées; l'orifice utérin bien dilaté; pas de douleurs; une anse considerable de cordon descend dans le vagin, tandis que la tête est encore au détroit superieur.

OBS. III. — Une anse de cordon était descendue dans le vagin, immédiatement derrière les pubis, pressée entre ces os et la tête. La tête occupait la cavite pelvienne et y était si solidement engagée que je ne pus la repousser en haut avec le doigt. Voici comment on me raconta que l'accident était arrivé; plusieurs heures avant ma visite, comme la femme était debout devant le feu, la poche des eaux s'était crevée. On l'avait mise au lit immédiatement, et la sage-femme avait reconnu que le cordon était sorti.

OBS. IV. — Plusieurs heures avant ma visite, comme cette femme était à genoux près de son lit, les eaux s'écoulèrent et la sage-femme trouva le cordon dans le vagin. A mon arrivée, il offrait encore des battemens; il était très-épais et descendait un peu au-delà de la vulve. Il n'y avait pas de douleurs; la tête était au detroit supérieur.

A ces quatre observations, M. Roberton en joint treize autres aussi rapidement tracées, et que nous ne reproduirons point. Dans trois cas la tête se présentait encore naturellement, et les eaux s'étaient écoulées sans douleur. Dans la huitième observation, l'enfant présentait l'épaule; dans la neuvième, la tête était au détroit supérieur, mais couchée obliquement sur le bord supérieur des pubis, et une main était sortie; dans la dixième, les membranes n'étaient point percées lors de l'examen; on ne découvrait aucune partie fixe du fœtus; par-ci, par-là on sentait un pied à travers les membranes. Elles se rompirent et entraînèrent le cordon avec les eaux. Dans les trois suivantes, les pieds avaient passé les premiers. Enfin, dans les quatre dernières, il y avait des difformités du bassin telles que deux fois la rupture de l'utérus eut lieu, et deux fois il fallut recourir à l'embryulcie.

«En examinant ces dix-sept cas, dit l'auteur, il est digne de remarque que *dans aucun la partie du fœtus qui se présentait n'occupait le détroit supérieur à la manière accoutumée*. Ainsi la tête était *au détroit*, mais non engagée *dans le détroit*; ou bien la difformité l'empêchait de s'y engager; ou bien il s'agissait de présentations non naturelles, comme de l'épaule, de la main, des pieds, parties insuffisantes pour remplir et fermer le détroit supérieur.

Il faut noter encore que, à part ces causes prédisposantes, dans cinq au moins des cas précités, la rupture des membranes a eu lieu, la femme étant debout ou assise.

Sur 20 accouchemens compliqués de l'issue du cordon, que j'ai eu occasion de rencontrer dans ces cinq dernières années, dix fois le bassin était bien conformé et le fœtus présentait la tête; quatre fois la tête se présentait encore, mais la cavité pelvienne était plus ou moins rétrécie; dans les six autres il y avait présentation de la main ou des pieds.

Sur les 14 cas de présentation de la tête, deux fois l'utérus s'est rompu, et les femmes et les enfans sont morts; deux fois on a recouru à l'embryulcie; dans trois cas la délivrance a été opérée par la version; deux des enfants sont nés morts, et un vivant; dans trois autres l'accoucheur a reporté le cordon au-dessus de la tête et laissé la délivrance à la nature; deux enfans sont encore nés morts et un seul vivant; tandis que dans les quatre derniers cas où l'on n'a rien fait, tous les enfans sont morts. Sur les six accouchemens non-naturels, quatre enfans sont venus vivans.

On voit que le prolapsus du cordon a été dans ma pratique un accident des plus graves; puisque sur 20 enfans, 14 sont morts. Des 6 enfans venus vivans, deux sont venus par les pieds.»

L'auteur énumère ensuite les procédés auxquels il a recours pour sauver la vie de l'enfant; ce sont:

1° La *version*; mais en général, dès qu'une heure s'est écoulée depuis la rupture des eaux, la version présente à la fois de grandes difficultés pour l'accoucheur, de grandes douleurs pour la mère, et d'ordinaire elle entraîne la mort de l'enfant. On ne doit donc guère y recourir que quand les eaux viennent de s'écouler et que l'on trouve immédiatement après le cordon engagé dans le vagin. La version offre encore des chances favorables dans la présentation de l'épaule.

2 Le *replacement du cordon au-dessus de la tête*. Cette méthode lui a réussi dans un cas, et a échoué dans deux autres; mais dans l'un de ces derniers cas, il pense que l'enfant était mort; et dans l'autre, le cordon ne battait plus. L'auteur ajoute qu'il a cependant appris de ses collègues qu'on pouvait même alors reporter le cordon en haut avec espérance de succès.

3° La *délivrance avec le forceps*; qui lui paraît devoir être souvent utile, bien que la seule fois qu'il l'ait employée l'enfant soit venu mort.

EMPLOI DU BAIN D'ACIDE NITRO-MURIATIQUE dans le traitement des affections bilieuses; par le docteur SCOTT.

Ce bain est d'une grande utilité, si nous en croyons l'auteur, dans le traitement des maladies bilieuses; mais nous devons faire remarquer qu'il entend sous le nom de maladies bilieuses celles où la sécrétion de la bile est ou arrêtée ou diminuée, et qui sont accompagnées de troubles notables de l'estomac, de céphalalgie, d'étourdissemens, d'insomnie, de crampes, de mélancolie et d'un état fébrile plus ou moins prononcé. Dans ce cas, si le malade met les pieds

seulement pendant une demi-heure dans le bain nitro-muriatique, le premier bain suffira le plus souvent pour produire un effet manifeste et amener, après quelques heures des selles liquides et bilieuses. L'état du malade s'améliore sensiblement aussitôt, et il sera bon d'obtenir ces effets plusieurs jours de suite. Il arrive souvent cependant qu'il faut plus d'un bain pour obtenir l'effet qu'on en attend, et d'ailleurs on ne doit pas penser, dit l'auteur, qu'il soit possible d'obtenir les heureux effets du bain sans quelque incommodité dont les hommes les plus robustes ne sont pas eux-mêmes à l'abri. Nous regrettons de ne pas trouver ici l'indication de ces inconvéniens.

Le docteur Scot employait le bain avec plus d'énergie dans l'Inde, qu'il ne le fait dans nos climats; car il ne craignait pas de plonger ses malades dans le bain acide jusqu'à la tête, tandis que le plus souvent, en Angleterre, il lui suffit de faire baigner les jambes jusqu'aux genoux ou un peu au-dessus; souvent même les malades se contentent de se laver les mains et les bras pendant quelques instans avec l'eau de ce bain, ou de se mouiller le corps avec une éponge trempée dans le même eau. On peut employer ce bain chaud ou froid, l'effet est le même; mais il est évident que le plus souvent on devra le faire chauffer un peu. Voici la composition de ce bain.

Prenez :		
	Eau simple,	5 onces.
	Acide muriatique,	3 gros.
	Acide nitrique,	2 gros.
	Mêlez.	

On mettra une once de ce mélange pour un quart de l'eau destinée au bain, au pédiluve, etc. Le mélange du gaz avec l'eau exige quelque précaution si l'on ne veut pas que toute la maison soit remplie de vapeurs acides et très-pénétrantes.

Observations sur la cachexie africaine (mal d'estomac), par le docteur Cragie.

L'auteur de cette notice, qui dit avoir pratiqué pendant cinq ans dans l'île de Paramaribo, n'adopte pas entièrement les opinions de la plupart des auteurs qui ont, dans ces dernières années, donné la description de cette maladie. Les symptômes et les lésions qu'il lui attribue ne diffèrent nullement de ce que nous avons appris de ses prédécesseurs; mais il est loin d'être d'accord avec eux sur la cause de cette maladie, que l'on attribue généralement à la mauvaise nourriture, à l'ennui de l'esclavage, et aux autres circonstances défavorables au milieu desquelles les nègres sont généralement placés. Si nous en croyons le docteur Cragie, cette maladie ne doit point être rapprochée, comme l'ont fait la plupart de ceux qui l'ont étudiée, et spécialement les médecins français, du pyrosis, de la boulimie ou des affections gastriques que l'on attribue à l'action du suc gastrique, et que l'on observe si fréquemment pendant la grossesse, ou dans le chlorose. Il repousse aussi l'opinion qui l'attribue aux peines morales auxquelles leur état expose la plupart d'entre eux, en s'appuyant sur un fait qui, s'il est vrai, doit être d'une grande valeur; c'est qu'on observe aussi fréquemment le mal d'estomac chez les nègres libres que chez les autres, et qu'il frappe également tous les âges; et il regarde cette maladie comme appartenant uniquement à la race nègre. Il combat aussi l'opinion qui attribue quelque importance, dans le diagnostic de cette maladie, à la présence de taches noires sur la langue. Ces taches sont, selon lui, un dépôt accidentel du pigment noir qui colore toute leur peau sans aucun rapport avec cet état morbide, et sont aussi fréquentes chez les nègres bien portans que chez ceux qui sont malades.

Emploi de la vératrine dans le traitement des tumeurs glanduleuses chroniques, par le docteur Turnbull.

M. Turnbull s'occupe spécialement de l'étude des effets de la vératrine et des substances analogues dans le traitement de différentes maladies. Il a constaté surtout les heureux effets des frictions faites avec la vératrine sur les membres affectés de rhumatisme chronique, et fut amené à reconnaître la nouvelle propriété qu'il signale ici dans la vératrine, parce qu'ayant observé que dans des cas de rhumatisme chronique que compliqué de gonflement extraordinaire des articulations, non-seulement la douleur était diminuée par l'emploi de la vératrine en friction, mais aussi le gonflement des articulations, il voulut alors essayer l'usage des mêmes frictions dans le traitement des engorgemens lymphatiques des glandes. Il dit en avoir obtenu des effets avantageux, même dans des cas où l'iode avait échoué. D'ailleurs on sait que ce dernier médicament, comme tous ceux au reste qui doivent être continués pendant long-temps, cesse souvent au bout d'un certain temps d'agir, ou au moins agit avec tant de lenteur qu'on est obligé d'employer une autre préparation et de remplacer, par exemple, l'hydriodate de potasse par l'iodure de plomb. La vératrine que M. Turnbull dit lui avoir été très-utile dans le traitement des tumeurs indolentes de la mamelle et des ganglions scrofuleux des différentes régions, offre un double avantage, puisque si la tumeur est le siége de quelques douleurs, elle jouit de la propriété de les calmer en même temps qu'elle irrite moins la peau que l'iode et qu'elle active l'absorption de la matière qui forme la glande. Voici la formule qu'il emploie :

Prenez :		
	Vératrine,	10 grains.
	Axonge,	1 gros.

L'auteur attribue les mêmes propriétés à la delphine et à l'aconitine, et pense qu'il sera utile quelquefois de les employer successivement.

II. THE EDINBURGH MEDICAL AND SURGICAL JOURNAL.

Des bruits fournis par les anévrismes de la crosse de l'aorte; par le docteur W. Henderson.

Les bruits que l'on distingue dans les anévrismes de la crosse de l'aorte varient suivant la forme, la position, la présence ou l'absence des caillots dans l'intérieur de ces anévrimes, suivant l'étendue de l'ouverture par laquelle ils communiquent avec l'artère aorte. Voilà ce que cherche à prouver l'auteur de ce mémoire, qui contient plusieurs faits apportés à l'appui des opinions qui y sont émises.

L'anévrisme sous-sternale peut déterminer, on le sait, deux bruits successifs et correspondans pour le temps à ceux du cœur, ou un seul bruit se fait entendre en même temps que celui du ventricule. Ces bruits viennent de l'anévrisme lui-même, et ne peuvent exister que quand il ne contient pas de caillots. Les bruits qu'on entend au-dessus de l'anévrisme dans le cas où ce dernier est rempli de caillots, diffèrent, et par leur nature et par leur origine; ils sont transmis par l'anévrisme, mais ils n'y prennent pas naissance. Aussi l'auteur dit il qu'on peut diviser les anévrismes en ceux qui font entendre des bruits, et ceux qui en sont dépourvus. Les bruits qui viennent de l'anévrisme lui-même, se rapprochent toujours plus ou moins du bruit de râpe. Quand la tumeur ne fournit qu'un seul bruit, il peut ressembler au bruit de râpe, ou avoir la netteté de celui que font entendre les ventricules dans l'état normal.

Tous les anévrismes dont l'ouverture est étroite ne font pas entendre un double bruit. Dans beaucoup d'entre eux, le passage de l'artère à la poche, peut être assez large pour empêcher la formation d'un bruit pendant le reflux du sang. Dans ces cas, on ne trouve qu'un seul bruit qui se fait entendre en même temps que le premier du cœur, et peut être aussi net que lui. Cependant on ne le confondra pas avec lui, car on trouvera qu'il est plus fort dans la région de l'anévrisme; c'est donc dans cet endroit qu'on doit chercher la cause qui le produit, et on peut l'attribuer au choc du sac qui, pendant son expansion, vient frapper le sternum ou les côtes, ou bien au brisement qu'éprouve le flot de sang, lorsqu'il vient frapper contre ces poches solides; et, en effet, on n'observe point de bruit analogue dans les anévrismes abdominaux, qui ne peuvent rencontrer aucun corps dans leur expansion. Il y a encore quelques cas où ce bruit est suivi d'un autre bruit également fort et net, et que l'auteur considère comme une transmission du bruit produit par le claquement des valvules sygmoïdes : il rapporte ici, à l'appui de cette opinion, un cas où ce second bruit fort et clair, observé pendant la vie, ne put être expliqué après la mort que par la transmission du bruit des valvules augmenté encore par une grande quantité de caillots élastiques qui, cependant, n'interrompaient pas le cours du sang. Lorsque l'anévrisme occupe tout le calibre de l'aorte, les bruits qu'il fournit diffèrent peu de ceux que l'on entend dans les anévrismes qui communiquent avec l'aorte par une large ouverture. Quand il se complique d'une altération des valvules sigmoïdes, ce qui arrive quelquefois, on peut distinguer deux bruits de râpe sur le trajet du sternum; on distinguera facilement cet anévrisme de celui qui est en forme de sac, en se rappelant que dans la dilatation simple l'impulsion est beaucoup plus forte au-dessous du sternum que sur aucun point de cet os.

La présence d'un bruit de râpe dans les carotides, est l'indice d'un anévrisme sous-sternal qui ne contient pas encore de caillots consolidés. On trouve encore ce bruit dans les carotides dans les cas de rétrécissement considérable de l'orifice de l'aorte, surtout lorsqu'il se complique d'un hypertrophie du cœur. La percussion et l'absence d'une impulsion anévrismale sur le trajet de l'aorte, suffiront pour faire distinguer ces différens cas. Dans quelques cas, un anévrisme contigu du cœur peut transmettre passivement les bruits que fournit ce dernier. Il suffit pour

cela qu'il soit converti en une masse solide par le dépôt de la fibrine coagulée dans son intérieur. L'auteur cite ici deux cas où ce phénomène a été observé; l'autopsie ne put, il est vrai, être faite dans l'un, mais dans l'autre on trouva adhérente au sternum une tumeur anévrismale du volume de la tête d'un nouveau-né, entièrement remplie de caillots fibrineux très-fermes, et qui pendant la vie transmettent les bruits du cœur à la partie supérieure de la poitrine.

DES EFFETS DE LA SAIGNÉE SUR LE RENOUVELLEMENT OU L'AUGMENTATION DE L'ACTION DU COEUR DANS CERTAINES CIRCONSTANCES; par le docteur J. REED.

L'auteur rapporte quelques expériences faites sur des chiens et des lapins asphyxiés, et chez lesquels on renouvelait, au moins pour quelques instans, l'action du cœur lorsqu'elle avait entièrement cessé, en facilitant la sortie d'une certaine quantité de sang de l'oreillette droite du cœur. Il en conclut que la saignée de la jugulaire externe, que l'on pratique ordinairement dans les cas d'asphyxie, est indiquée; mais qu'au lieu d'empêcher le sang de sortir de l'ouverture inférieure de la veine, comme on le fait ordinairement, on devrait au contraire chercher à faciliter la sortie du sang par cette ouverture, en prenant toutefois les précautions convenables pour empêcher l'introduction de l'air dans la veine. La plupart des médecins qui pratiquent cette saignée dans le cas dont nous parlons, ont en vue de faire cesser la congestion qu'ils supposent s'être formée dans le cerveau. Mais l'examen du cerveau chez ces sujets qui sont morts asphyxiés, a suffisamment démontré qu'il n'existe pas de congestion cérébrale chez eux, et la saignée de la jugulaire ne peut donc être utile qu'en diminuant la quantité de sang contenue dans les cavités droites du cœur, et en facilitant le retour des mouvemens de cet organe, s'ils sont encore possibles. C'est donc un moyen que l'on peut employer avec avantage en même temps que la respiration artificielle, les frictions avec la flanelle chaude, et les autres moyens qui peuvent parvenir au même but.

D'UN MOUVEMENT SINGULIER PRÉSENTÉ PAR LES GLOBULES DU SANG, par R. EMMERSON.

Nous analysons la note suivante qui nous semble offrir de l'intérêt par la nouveauté du fait qui y est rapporté et dont nous ne pouvons constater l'exactitude. L'auteur rapporte qu'étant occupé en septembre 1834 à achever une série d'expériences sur le sang, il remarqua, pour la première fois, à l'aide du microscope, un mouvement singulier entre les molécules du sang. Craignant d'être trompé par quelque illusion il répéta l'expérience avec des verres différens, et constamment il observa les mêmes phénomènes. Ayant alors étendu le sérum dans lequel étaient ces molécules avec de l'eau distillée, il vit aussitôt le mouvement le plus actif s'établir entre tous ces globules qui se dirigeaient dans toutes les directions, se réunissaient plusieurs ensemble pendant quelques instans puis se séparaient, passant les uns au-dessus des autres, ou à côté les uns des autres, et changeant continuellement de forme, de position et d'aspect. Dans ces mouvemens on croyait quelquefois distinguer, à l'aide de verres grossissans très-forts, des organes. Ces corps avaient un centre ou noyau jaune, légèrement teint en rouge, et une enveloppe ou circonférence d'un jaune pâle. L'auteur s'est assuré par un grand nombre d'expériences que ce mouvement qu'il regarde comme vital, ne dépendait ni de l'inclinaison du plateau sur lequel il était observé, ni de l'agitation de l'air, ni de l'ébranlement du plancher de l'appartement où il répétait ses expériences, ni de l'influence des mains, de la respiration ou des pulsations de l'observateur, ni enfin d'aucune des causes mécaniques, chimiques ou optiques, qui peuvent produire quelque illusion.

Une circonstance remarquable qui se rattache à cette observation, c'est que ce mouvement ne commence à se manifester dans le sang que quatre ou cinq jours après qu'il a été tiré de la veine et qu'il cesse aussitôt que l'on commence à apercevoir les premiers signes de la décomposition de ce fluide, ou par le mélange de l'alcool, des acides et des sels avec le sang.

—La *Lancet* et le *Medical and surgical Journal* ne ces derniers mois ne contiennent guères que des reproductions des leçons des professeurs de Londres. La *Revue de Johnson* est, comme à son ordinaire, très-riche en analyses, très-sobre de travaux originaux; un nouveau journal trimestriel, établi sur un plan analogue et dirigé avec talent par MM. Forbes et Conolly, la menace d'un concurrence redoutable: il porte le titre de *British and Foreign medical Rewiew*. Enfin il paraît en même temps à Londres et à Paris une *Revue médicale anglaise*, journal mensuel, rédigée en Français par M. Bureaud Rioffrey, médecin à Londres, dont le nom est avantageusement connu de nos lecteurs. Le premier numéro de cette revue ne contient que des traductions des journaux anglais; mais M. Bureaud nous promet des articles originaux sur la médecine et la chirurgie anglaises qu'il a été à même de bien observer. Nous espérons donc avoir bientôt quelques emprunts à faire à cette revue nouvelle à laquelle nous souhaitons vie et prospérité.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 6 JUIN 1836.

M. Leroy d'Etiolles répond à la réclamation de M. Ledain concernant le brise-pierre à écrou brisé. « Pour prouver que l'idée des écrous brisés et articulés appartient à M. Civiale, on a cité, dit-il, le passage d'un numéro de janvier 1836; il faut que l'on n'ait pas lu la lettre qui accompagnait l'envoi de mon instrument, car j'indiquais dans cette lettre le numéro de juillet 1834 du *Journal des connaissances médicales* où se trouve exprimée par moi cette idée, ainsi que l'avantage que l'on peut en retirer pour la rapidité de la manœuvre. Je dépose sur le bureau le numero dont il s'agit, et j'y joins l'écrou brisé primitif et une autre variété de son application.»

NOUVELLE RELATION PHYSIQUE ENTRE LES ÉLÉMENS DES CORPS NATURELS ET LES AFFECTIONS PROPRES DES DIFFÉRENS RAYONS SIMPLES; D'OU RÉSULTE UNE NOUVELLE CONDITION A SATISFAIRE DANS LA CONSTITUTION THÉORIQUE DU PRINCIPE LUMINEUX; par M. BIOT.

En étudiant les déviations que les plans de polarisation des rayons lumineux subissent lorsqu'ils traversent le cristal de roche dans le sens de son axe de double réfraction, j'avais autrefois trouvé, dit M. Biot, que pour les rayons de refrangibilités diverses, ces déviations à épaisseur égale, sont sensiblement réciproques aux carrés des longueurs de leurs accès, ou de leurs ondulations dans le système des ondes. Lorsque plus tard je vins à découvrir que des déviations analogues étaient opérées par d'autres corps solides et non cristallisés, ou fluides, ou même gazeux, la même relation parut encore s'y appliquer, car les teintes des images observées dans divers azimuths semblaient identiques à celles que le cristal de roche produisait, tellement que les influences de ce genre paraissaient se compenser exactement par leur opposition, lorsqu'on les faisait agir successivement sur tous les élémens d'un rayon blanc polarisé en un seul sens; à quoi l'on parvenait soit en plaçant les plaques à déviations contraires les unes derrière les autres, avec des épaisseurs inverses de ces déviations; soit en mêlant des fluides à rotation contraires, dans des proportions pondérables inverses de leurs pouvoirs isolés.

Fresnel avait lié cette relation à ses idées sur la lumière polarisée; il était parvenu à l'imiter par des réflexions intérieures, opérées, suivant de certaines conditions de succession, sur des surfaces diaphanes non cristallisées, et il avait même imaginé une constitution de groupes moléculaires qui devait la reproduire pour les corps fluides, de sorte que les valeurs des déviations qu'il en déduisait pour les différens rayons simples, dans l'essence de terebenthine, par exemple, s'accordaient très-sensiblement avec celles que l'expérience m'avait données. Ainsi, jusque-là, on pouvait et on devait même considerer cette loi de rotation comme inhérente à la nature de la lumière, ce qui devait la rendre commune à tous les corps doués de ce genre d'action.

« J'avais toujours, poursuit M. Biot, conservé quelques dontes sur la rigueur complete de cette identité. La diversité des déviations des rayons simples, dans chaque substance douée de ce genre de pouvoir me semblait offrir la plus grande analogie avec la diversité de leurs réfractions, qui, bien que de même sens dans tous les corps non cristallisés jusqu'à présent connus, y suivent cependant des lois de dispersion différentes; mais l'observation la plus attentive des teintes produites avec la lumière polarisée par les différentes substances incolores, douées du pouvoir rotatoire, ne m'avait pas permis d'y reconnaître des dissimilitudes assez sensibles pour affirmer qu'il en existât.

« Enfin, les solutions d'acide tartrique vinrent m'offrir des rapports de rotation absolument différens de tout ce que les autres substances présentaient; et cette singulière spécialité, en décelant la présence libre ou combinée du corps qui la possède, fortifia les soupçons que j'avais depuis longtemps conçus. Ayant à traiter en ce moment des phénomènes rotatoires dans mon cours de physique mathématique au Collége de France, j'ai saisi cette circonstance pour examiner de nouveau cette ques ion avec les moyens d'observation plus parfaits que je possède maintenant, et je suis parvenu à constater qu'en effet la loi de la rotation des différens rayons simples n'est pas absolument identique dans les substances diverses; car, à l'aide d'un procedé fort simple, on y découvre des différences appréciables même dans des substances dont la composition pondérable offre l'analogie la plus intime, sinon une complète identité.

» Ce procede est semblable à celui que l'on emploie pour constater la différence des forces depressives ordinaires des corps. Dans ce cas, on observe d'abord leur force refringente pour un certain rayon défini du spectre; après quoi on en forme des prismes d'ouvertures diverses, inverses de cette force; de sorte qu'en les faisant agir successivement mais en sens contraire sur le rayon type, les déviations qu'il éprouve se compensent mutuellement. Alors, en observant à travers le système de deux prismes un objet blanc placé sur un fond noir, on voit tout de suite que la compensation ne s'opère pas en même temps pour les autres rayons du spectre, car l'image réfractée de l'objet blanc parait colorée. et l'ordre des couleurs, qu'elle présente est généralement très-different de celui qu'une seule réfraction produirait. De même, dans les phénomènes rotatoires, il n'y a qu'à mesurer la déviation absolue imprimée à un même rayon type par deux liquides incolores à rotation contraire, puis transmettre un rayon polarisé de lumière blanche à travers

des épaisseurs des deux liquides inverses de ces pouvoirs. Si la loi de rotation de ders rayons simples y est identique, tous les élémens du faisceau se trouveront simultanément ramenés à leur direction de polarisation primitive, du moins en supposant la compensation parfaitement établie; et en supposant qu'elle ne le soit pas rigoureusement, comme il faut toujours l'admettre dans les épreuves physiques, le rayon transmis devra présenter exactement les mêmes teintes qu'il offrirait dans l'épaisseur excédante de celle des deux substances qui dominera.

J'ai opéré ainsi sur des essences de térébenthine et de citron distillées, qui, dans les épaisseurs où je les observais, étaient absolument incolores; puis, les ayant observées d'abord séparément dans des tubes de longueurs connues, par un état du ciel qui se trouvait trop peu lumineux pour permettre d'employer un ver rouge, j'ai conclu de la loi approchée de rotation, supposée exacte, que, pour compenser leur action sur le rayon rouge, il fallait les opposer l'un à l'autre dans des épaisseurs qui fussent entre elles comme 58 d'essence de térébenthine à 30 d'essence de citron, ce que je fis, soit en les présentant successivement au rayon sous les épaisseurs relatives, soit en les mêlant sous les mêmes rapports de volume dans un tube unique, car ce genre d'action étant moléculaire, tant que les groupes anatomiques n'exercent pas les uns sur les autres de réaction qui modifie leur constitution individuelle, il est indifférent pour la lumière qu'ils soient mêles ensemble ou séparés dans des tubes différens. Ces deux modes d'operation s'accordèrent en effet pour me montrer une compensation très-rapprochée, mais non pas complète, ni surtout générale pour tous les rayons. Il était visible que l'essence de citron dominait; mais ce petit excès de son action produisait dans les divers azimuths du prisme cristallisé de légères variations de teintes qui, par leur succession et leur intensité relatives, n'avaient aucun rapport avec celles qu'une petite épaisseur quelconque de cette essence aurait pu produire. Pour constater matériellement la faiblesse de cette espèce de dispersion, je formai un autre mélange dans lequel je fis dominer exprès l'essence de térébenthine, prenant 71 parties de son volume (au lieu de 58) pour 30 d'essence de citron; alors l'excédant de l'action devint assez fort du côté de l'essence de thérébenthine pour masquer sensiblement à l'œil la différence des lois de déviation, de sorte qu'à moins de l'examen le plus attentif, les teintes résultantes auraient paru naturellement telles qu'une petite épaisseur d'essence de térébenthine aurait dû les produire par sa seule action.

« Le lendemain, le ciel s'étant éclairci, j'ai pu observer les deux essences à travers le verre rouge coloré par le protoxide de cuivre qui sert de type dans ces opérations. J'ai déterminé ainsi le rapport exact de leur compensation, que j'ai trouvé être comme 30 à 60,27 pour le rayon rouge transmis par le verre d'épreuve, valeur bien peu différente de celle qu'avait donnée le premier essai. Or, en réalisant ce rapport avec beaucoup de soin, j'ai reconnu que la compensation des déviations, quoique très-approchée par tous les rayons, n'était cependant ni complète, ni générale; car d'abord, quand la section principale du prisme cristallisé coïncidait avec le plan de la polarisation primitive, il se produisait une image extraordinaire d'un bleu violacé sombre, sensiblement exempt de rouge, et en détournant quelque peu le prisme de cette position à droite ou à gauche, la teinte de l'image variait d'une manière contraire relativement à la refrangibilité, toutes choses essentiellement différentes de celles qu'une seule des deux essences aurait pu produire.

Le rapport de compensation des deux essences est, ainsi qu'on l'a vu plus haut, comme 30 à 60,27; or, dit M. Biot, par une coïncidence qui n'est peut-être que fortuite, mais qui mérite d'être remarquée, ce rapport présente une relation singulière, mais inverse avec celui des condensations atomiques dans les deux essences, qui sont, comme on sait, composées de carbone et d'hydrogène en même proportion exactement, mais avec une condensation d'élémens double dans l'essence de térébenthine; car, selon les analyses de M. Dumas la formule chimique de celle-ci est $C40\ H32$, tandis que celle de l'essence de citron est de $C20\ H16$.

La dissimilitude des lois de rotation suivies par différens rayons simples dans les substances diverses, se trouve donc, poursuit M. Biot, établit d'une manière très-certaine par les expériences ci-dessus rapportées; quoi qu'elle soit fort petite dans les deux essences que nous avons examinées, la notion certaine de son existence est importante pour la théorie de la lumière, car alors les rapports de déviation des rayons simples entre eux ne doivent plus résulter seulement d'une propriété spéciale du principe lumineux, comme on avait pu le croire, mais il faut y faire concourir l'action propre des groupes moléculaires, pour modifier diversement les déviations des rayons simples dans les différens corps. Il y a donc ici une condition spéciale dépendante des milieux que la lumière traverse, et analogue à la dispersion dans la réfraction ordinaire. Il existe une spécialité du même genre dans les actions des lames minces cristallisées sur la lumière qui a subi la polarisation, car dans la première analyse expérimentale qui fut faite de ces phénomènes, on trouva dans plusieurs substances qu'ils présentaient des alternatives périodiques sensiblement proportionnelles aux longueurs des accès de Newton pour les différens rayons simples; et le système ondulatoire rattachant ces alternatives d'une manière aussi intime qu'ingénieuse au principe des interférences, les admit aussi comme généralement proportionnelles aux longueurs correspondantes des ondulations; mais on a depuis découvert des cristaux qui s'écartent complètement de cette uniformité de relation; de sorte que, dans ce cas encore, la nature spéciale du milieu doit intervenir pour particulariser les effets que la lumière éprouve. Il est utile de signaler ces spécialités délicates quand l'expérience les fait apercevoir et permet de les constater avec précision, car ce sont autant de conditions caractéristiques auxquelles toute constitution du principe lumineux devrait satisfaire pour devenir une vérité physique, et ainsi leur connaissance nous est nécessaire pour élever nos conceptions sur ce sujet difficile, au rang des réalités. »

M. Biot ayant terminé sa lecture, M. Dumas ajoute quelques mots sur les rapports des essences de térébenthine et de citron. L'analyse, dit-il, donne pour les deux les mêmes résultats, savoir : carbone, 88,9; hydrogène, 11,1; ce qui correspond à 10 atomes de carbone pour 8 d'hydrogène. Par un accident tout-à-fait particulier, ces deux corps, à l'état liquide, possèdent à peu près la même densité; aussi, quand on prend des volumes égaux, on emploie des quantités d'atomes, de carbone et d'hydrogène, qui sont égales de part et d'autre. Mais si on compare ces deux essences dans leurs rapports avec les acides, on voit que l'équivalent de l'essence de térébentine $C40\ H32$ pèse deux fois plus que l'équivalent de l'essence de citron $C20\ H16$, ce qui revient à dire, vu l'égalité de densité des deux corps à l'état liquide, que pour avoir des équivalens égaux de ces deux corps, il faut prendre un volume d'essence de citron et deux volumes d'essence de térébenthine, à très-peu près comme M. Biot vient de le trouver. D'où l'on peut être conduit à penser, sans rien forcer, qu'un atome d'essence de térébenthine exerce une action sur la lumière, précisément égale, mais inverse à celle qui est produite par un atome d'essence de citron.

Ce fait, qui rattacherait de la manière la plus étroite les expériences de M. Biot aux recherches par lesquelles les chimistes déterminent les équivalens, me semble de la plus haute importance, et je ne crains pas d'insister auprès de notre confrère, pour qu'il emploie tous les soins à constater la certitude et la généralité de cette relation.

FAITS POUR SERVIR A L'HISTOIRE DE L'ACIDE GALLIQUE; par M. ROBIQUET.

Le premier fait mentionné concerne un produit obtenu par la réaction de l'acide sulfurique sur l'acide gallique. M. Robiquet avait reconnu qu'en distillant brusquement cet acide, on obtenait une matière colorée en rouge jaune qui accompagnait l'acide pyro-gallique, mais qu'on en peut facilement séparer par l'eau en raison de son insolubilité dans ce véhicule. La quantité ainsi obtenue était très-petite, cependant il y eut moyen de reconnaître en elle des propriétés qui semblaient la rapprocher de l'acide ellagique. Or, comme cet acide, d'après les expériences de M. Pelouze, ne diffère de l'acide gallique que par un atome d'eau, l'auteur pensa que la matière rouge, si elle était en effet ce qu'il soupçonnait, pourrait être obtenue directement en traitant l'acide gallique par de l'acide sulfurique, qui a, comme chacun sait, une très grande affinité. Un mélange de 10 grammes d'acide gallique et 50 d'acide sulfurique concentré furent chauffés avec précaution dans un matras. Le mélange devenu d'abord pâteux, puis liquide, commença à ce point à prendre une teinte fauve, puis rosée, puis enfin rouge carmin. A ce moment, le liquide avait acquis de la viscosité; le thermomètre marquait 140° cent., et quelques traces d'acide sulfureux se manifestaient. On le retira alors du feu, puis après le refroidissement, le mélange ayant été délayé dans l'eau froide, il se produisit un précipité d'un beau rouge brun, en partie floconneux, en partie grenu. Ces deux produits furent séparés l'un de l'autre par simple lévigation, lavés et purgés de tout acide sulfurique.

La partie grenue de couleur de beau kermès fait en poids de 1/2 à 2/3 de l'acide employé, chauffée à l'étuve, elle diminue de 0,105, et prend une teinte. Chauffée à feu nu, elle finit par se charbonner et se recouvrir de petits cristaux prismatiques d'un rouge éclatant de cinabre. Analysée par l'oxide de cuivre, elle donne pour formule $C7\ H4\ O4$, c'est-à-dire la formule de l'acide ellagique. Elle a aussi l'insolubilité et la manière de se conduire au feu de cet acide, mais elle en diffère par la manière de se comporter avec les alcalis. La couleur surtout établit entre les deux produits une distinction bien tranchée, et c'est vainement qu'on a essayé de rougir l'acide ellagique, en le traitant par l'acide sulfurique à une température de 140°. Il existe donc entre ces deux corps d'une même composition chimique des points de similitude et des points de ressemblance et différence, et ce n'est pas le premier exemple connu de ce genre.

Cet acide rouge bouilli avec une toile mordancée de fer et d'alumine, donne, quoiqu'avec moins d'éclat, toutes les mêmes nuances que la garance. Ce résultat peut faire concevoir jusqu'à un certain point, comment la noix de galles intervient dans les teintures en rouge turc, parce qu'il est possible que cet acide rouge y préexiste.

On sait que l'ammoniaque, la potasse et la soude, ne peuvent demeurer en combinaison avec cet acide que sous la condition expresse d'être préservés du contact de l'oxigène; les gallates solubles n'ayant ainsi qu'une existence éphémère, il est très-difficile d'en constater les propriétés, et ils sont au nombre des sels les moins connus. M. Robiquet, cependant, a trouvé qui si, sous certaines conditions, on met cet acide et l'amoniaque en contact anhydre, il y a combinaison réelle et formation d'un sel persistant; mais le bigallate est seul dans ce cas.

Le mémoire de M. Robiquet termine par l'exposition d'une réaction singulière qui a lieu lorsqu'on traite à chaud de l'acide gallique par l'eau chargée d'hydrochlorate de chaux, et dont le produit paraît être un gallate de chlorure de calcium.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 7 juin. — Présidence de M. Louyer-Willermay.

La correspondance officielle comprend : les tableaux de vaccinations pratiquées pendant l'année 1835 dans les départemens de la Sarthe, d'Eure-et-Loir, et du Nord, renvoyés à la commission de vaccine; une lettre de M. Gérard, médecin à Avignon, sur l'emploi de l'acétate de morphine dans le choléra, renvoyée à la commission du choléra; la recette et l'échantillon d'un sirop anti-asthmatique, par M. Gillet, pharmacien à Nangis, département de Seine-et-Marne, renvoyé à la commission des remèdes secrets; les rapports de MM. Bugnoy et Vésignié, médecins des épidémies des arrondissemens d'Abbeville et Péronne, département de la Somme, au sujet des fièvres scarlatines et des fièvres typhoïdes dont les communes d'Allery et de Bouzincourt ont été récemment atteintes; renvoyés à la commission des épidémies.

La correspondance imprimée comprend les pièces suivantes : de la procidence du cordon ombilical pendant l'accouchement, thèse soutenue à la Faculté de Strasbourg, par le docteur Jean-Frédéric Schuré; observation imprimée de cet accident suivi de la mort de l'enfant, avec lettre d'envoi; bulletin général de thérapeutique médicale et chirurgicale, 30 mai 1836; traité de médecine pratique, 15 mai; statuts de la société médico-scientifique de l'île de Corse; Journal des progrès, des sciences zooiatriques et de médecine comparée, janvier, février et mars 1836; Journal Hebdomadaire, 4 juin; Journal de la section de Médecine de la société académique du département de la Loire-Inférieure, 12e vol., 46e livraison, 12e et dernière livraison de la troisième année du Journal des connaissances

médico-chirurgicales; Gazette Médicale de Paris, 4 juin; Gazette des Hôpitaux, 2, 4 et 7 juin; Journal de Santé, 5 juin; l'Institut, 1er juin.

La correspondance manuscrite se compose d'une note sur un sthéthoscope perfectionné, réunissant la moyenne de percussion, d'auscultation et de mensuration; commissaires, MM. Bouillaud et Piorry; de recherches et observations pratiques sur l'opportunité et l'entretien des exutoires cutanés, désignés sous le nom de cautères, par le docteur Garnier de Melun, commissaires, MM. Louis, Reveillé, Parize et Londe; d'une lettre de M. le docteur Dompmartin, directeur de la maison orthopédique de Dijon, avec un mémoire lu à la société médicale de Dijon, sur l'extension latérale, commissaires, MM. Hervez de Chégoin et Bricheteau; enfin, de l'état des vaccinations pratiquées par le docteur Fau, dans les arrondissements de Foix et de Pamiers, pendant l'année 1835, renvoyé à la commission de vaccine.

M. Londe fait un rapport sur trois observations de pieds-bots, guéris au moyen de la section du tendon d'Achille, par M. Duval. La commission regarde les guérisons obtenues par ce procédé comme certaines, l'opération comme extrêmement simple, d'une exécution très facile, peu douloureuse, et ne donnant lieu à aucun accident; elle propose en conséquence à l'Académie de donner son approbation aux heureuses tentatives de M. Duval, et de le remercier de sa communication. Adopté.

M. Cruveilhier a la parole pour un rapport sur un mémoire de M. J. Guérin, ayant pour titre:

MÉMOIRE SUR LES CARACTÈRES DIFFÉRENTIELS DES DIFFORMITÉS ARTIFICIELLES ET DES DIFFORMITÉS PATHOLOGIQUES DE L'ÉPINE.

RAPPORT SUR LE MÉMOIRE DE M. J. GUÉRIN.

Messieurs,

Dans votre dernière séance, vous nous avez désignés, MM. Breschet, Amussat, Velpeau, Orfila et moi, pour vous faire un rapport sur un travail de M. J. Guerin ayant pour titre; *Mémoire sur les caractères différentiels des difformités artificielles et des difformités pathologiques de l'épine.* A cet effet, la commission s'est transportée à l'amphithéâtre de Clamart, où, les pièces pathologiques sous les yeux, elle a été en mesure d'apprécier la valeur des faits consignés dans le mémoire de M. Guérin, et des points de doctrine qui en sont la conséquence.

Le but de ce travail est d'établir 1° qu'un certain nombre de déviations de la colonne vertébrale peuvent être simulés; 2° qu'il existe des signes certains à l'aide desquels on peut différencier les déviations simulées des déviations morbides.

Les cas dans lesquels les déviations de l'épine peuvent être simulées ne sont pas rares. Aux motifs de fraude ou d'erreur rapportés par M. Guérin, j'ajouterai un fait qui s'est présenté à mes observations. J'ai été consulté successivement par plusieurs mères de famille qui venaient me demander conseil sur la taille déviée de leurs demoiselles. Un fabricant de corsets co renom venait de s'apercevoir de cette difformité, qui jusqu'à ce moment avait échappé aux yeux clairvoyans d'une mère. Mais comment en douter? On lui avait montré la taille déviée, un creux considérable entre la crête iliaque et les dernières côtes, l'épaule et la hanche, une épaule et une hanche plus saillantes que l'épaule et la hanche du côté opposé. On conseillait d'ailleurs, comme remède infaillible, un certain corset qui triompbait à coup sûr de ce genre de maladie. Il m'a été facile de reconnaître et de signaler la supercherie en faisant incliner la jeune fille alternativement à droite et à gauche, et en déterminant un creux du côté où le faiseur de corsets avait monté une saillie, et réciproquement en ramenant la colonne vertébrale à sa rectitude la plus parfaite. Mais ce fait avait passé sous mes yeux sans qu'il y eusse attaché une grande importance; et je ne m'étais nullement occupé de différencier les déviations morbides des déviations volontaires; je ne me doutais pas d'ailleurs qu'on pût recourir volontairement à ces sortes d'imitations.

Que s'il pouvait rester quelques doutes sur la possibilité de simuler les déviations latérales de la colonne vertébrale, il suffirait de jeter les yeux sur les quatre plâtres envoyés par M. Bouvier à l'Académie royale de médecine, le 22 septembre 1835, plâtres qui ont été pris sur deux sujets moulés dans deux attitudes différentes; deux des bustes offraient l'image d'une déviation latérale de l'épine portée à un haut degré, les deux autres représentaient les sujets droits; et dans la lettre qui accompagnait cet envoi, M. Bouvier disait: que non seulement ces sujets ont pu être ramenés en quelques minutes par de simples mouvemens volontaires à une position qui simulait, de la manière la plus trompeuse, des difformités considérables du tronc, mais qu'ils ont encore gardé d'eux-mêmes cette situation sans aucun moyen contentif, en même temps qu'ils se livraient à des mouvemens de locomotion.

Indépendamment des déviations simulées par imitation qu'on peut prendre et abandonner ou reproduire à volonté, M. Guérin admet encore des déviations simulées par provocation. Cette idée, suivant le sens attaché à ce mot par MM. Marc, Orfila et tous les médecins légistes, est applicable aux déviations simulées qui ont acquis un certain degré de permanence contre la volonté de ceux qui les portent. M. Guerin ne s'est occupé dans son mémoire que des déviations simulées par imitation et plus particulièrement des déviations latérales qui sont plus faciles à produire volontairement que les déviations antéro-postérieures qu'il appelle excurvations ou incurvations.

Or, les déviations simulées par imitation se distinguent des déviations morbides par des caractères tellement tranchés qu'il sera désormais impossible de les confondre. Les caractères différentiels sont les suivans:

1° Dans les déviations simulées, le siége de la déviation est toujours le même, à la région dorso-lombaire; courbure constamment unique et ayant son centre au niveau des dernières vertèbres dorsales, absence de saillie ou gibbosité au niveau de la convexité de la courbure, sillons ou plis de la peau ordinairement au nombre de deux, toujours situés entre la crête iliaque et la dernière côte, inclinaison considérable du tronc dont l'extrémité supérieure s'écarte beaucoup de la ligne de gravité; élévation de la banche du côté de la concavité lorsque le talon est détaché du sol, et raccourcissement proportionnel du membre abdominal correspondant.

2° Dans les déviations morbides au contraire, siége variable de la déviation, courbures toujours multiples et alternes dont une principale, les autres n'étant que supplémentaires, présence constante de reliefs ou de gibbosités dorsales ou lombaires du côté de la convexité des courbures; sillons cutanés moins prononcés et variables quant au siége comme les déviations elles-mêmes; point ou peu d'inclinaison du tronc à raison des courbures supplémentaires; élévation de la hanche presque insensible ou de quelques lignes seulement.

C'était beaucoup d'avoir établi d'une manière aussi positive les caractères à l'aide desquels on peut toujours distinguer les déviations morbides des déviations simulées; mais pour donner à ce point de doctrine un but scientifique, il fallait déterminer la raison anatomique et physiologique de ces caractères différentiels. M. Guerin est parvenu à approfondir ce sujet difficile et nous verrons qu'il a su jeter un jour nouveau sur les questions suivantes, encore inabordées.

Pourquoi les déviations simulées de l'épine offrent-elles une constance d'identité de caractères? Pourquoi siégent-elles toujours à la région dorso-lombaire? Pourquoi la courbure est-elle unique au lieu d'être multiple, comme dans les déviations morbides où l'on trouve toujours 2, 3, 4 inflexions alternes?

Pourquoi cette absence constante de gibbosité ou de saillie des muscles, des côtes, des épaules, des apophyses transverses, inséparables des déviations morbides? Une pareille uniformité de résultats doit tenir non seulement à des causes identiques, mais encore à certaines conditions anatomiques permanentes de la colonne et des agens qui la meuvent.

L'étude du mécanisme de la colonne vertébrale établit que les mouvemens de totalité de cette colonne ont pour centre le point de réunion de la région dorsale et de la région lombaire; c'était donc là que M. Guérin devait chercher les conditions anatomiques du mouvement de flexion latérale. Or, indépendamment des différences générales de forme et de direction que présentent les apophyses articulaires des vertèbres dorsales, et celles des vertèbres lombaires, différences qui ont lieu brusquement, et sans transition, d'une région à une autre région, M. Guérin a remarqué des dispositions toutes spéciales dans les facettes articulaires de l'articulation de la onzième avec la douzième vertèbre dorsale: ces dispositions consistent (je cite textuellement) « d'une part, dans la direction plus » complètement perpendiculaire et transversale de ces facettes, et de l'autre » dans une espèce de rainure formée par un prolongement en bant et en devant » du tubercule supérieur de l'apophyse transverse de la douzième vertèbre dorsale qui se recourbe à la façon d'un crochet, de manière à convertir en gouttière » ou rainure transversale l'espace compris entre cet appendice et l'apophyse » articulaire supérieure de la même vertèbre; dans cette rainure est reçu le bord » inférieur de la facette articulaire de la onzième vertèbre dorsale, qui y glisse » sans le moindre obstacle pendant les mouvemens de flexion latérale de la » colonne. »

Votre commission a reconnu l'existence de cette double disposition, savoir: la dissection plus complètement perpendiculaire et transversale des facettes articulaires, et la présence d'une rainure profonde au devant, ou tubercule apophysaire de la douzième vertèbre dorsale, lequel fait suite aux tubercules apophysaires des vertèbres lombaires, et remplace, quant à la douzième vertèbre dorsale, l'apophyse transverse; ce sont deux faits anatomiques certains, positifs et qui n'avaient pas été signalés.

Votre commission n'a point reconnu d'une manière aussi évidente, entre les onzième et douzième vertèbres dorsales, et entre quelques unes des vertèbres qui les prendront, « deux dépressions, espèces de prolongement des facettes articu» laires, situées en dessous et en devant des apophyses obliques supérieures, au » bord supérieur de la racine de l'apophyse épineuse, et deux éminences parti» culières correspondantes, formées par le prolongement des apophyses obliques » inférieures. »

Quoi qu'il en soit de cette légère dissidence d'opinions, qui est sans importance quant au fond de la doctrine, il n'en est pas moins démontré sous le point de vue anatomique, aussi bien que sous le point de vue physiologique, que le centre des mouvemens de totalité de la colonne vertébrale et des mouvemens de flexion latérale en particulier a son siége aux limites de la région dorsale et de la région lombaire, et que, comme le fait remarquer M. Guerin, les muscles carrés des lombes, la masse commune au sacro-lombaire, long dorsal et transversaire épineux, les grands et petits obliques, lesquels sont les agents de la flexion latérale, sont en quelque sorte circonscrits à cette région, ou du moins lui appartiennent d'une manière plus spéciale.

Après avoir ainsi éclairé la question du siége des déviations simulées, M. Guérin s'est occupé de la solution d'une question non moins importante: je veux parler de l'absence de relief ou de gibbosité dans les déviations simulées, et de sa constance dans les déviations pathologiques.

La gibbosité dorsale ou lombaire est un effet nécessaire du mouvement de torsion que subit l'épine dans toutes les déviations morbides, mouvement de torsion qui les suit comme l'ombre, pour me servir de l'expression de M. Guérin, à quelque degré et dans quelque région qu'on les observe et qui est en raison directe de l'étendue de cette déviation. On conçoit en effet que la colonne vertébrale ne peut éprouver ces mouvemens de torsion sans soulever, du côté de la convexité, toutes les parties dures et molles avec lesquelles la portion tordue est en rapport, telles que les apophyses transverses, les côtes et les muscles, par contre sans déterminer une dépression des parties situées au niveau de la concavité. Une des conséquences les plus importantes de cette torsion, que le rapporteur de votre commission a en l'occasion de constater dès l'année 1825 (voy. Bulletin de soc. anat., Bibl. médic., janvier 1826, cours d'études anatomiques, 1830, p. 254), c'est que les courbures de la colonne vertébrale, pathologiquement déviées, présentent de grandes différences à l'observateur, suivant qu'elles sont mesurées en arrière; c'est-à-dire, le long de la ligne des apophyses épineuses ou en avant; c'est-à-dire le long des corps des vertèbres. M. Guerin nous a même montré des sujets chez lesquels la colonne vertébrale, vue par derrière, ne présente aucune déviation appréciable, tandis que vue par devant elle offre des courbures extrêmement prononcées.

Y a-t-il un rapport constant qui puisse être représenté numériquement par une échelle de proportion entre les déviations des apophyses épineuses et les déviations des corps des vertèbres, de cette façon qui puisse, dans tous les cas possibles, résoudre ce problème: Étant donnée la déviation des apophyses épineuses,

déterminer le degré de déviation des corps des vertèbres? La commission invite M. Guérin, qui lui a fait part des principaux résultats auxquels il est parvenu, à vouloir bien communiquer à l'Académie ses recherches à cet égard.

Le fait de la torsion, comme phénomène constant, primitif, capital, dans les déviations morbides de l'épine, étant bien établi, il s'agissait de l'interpréter, et c'est ce que M. Guerin me paraît avoir fait de la manière la plus satisfaisante.

On prouve, en effet, en physique, que lorsqu'on fléchit une tige sur une arète, ou dans le sens de sa plus grande épaisseur et de sa plus grande résistance, la tige, fixée par ses deux extrémités, éprouve dans les points diamétralement soumis à la force de flexion un mouvement de torsion qui lui permet de présenter son côté ou sa face la moins épaisse et la moins résistante.

Eh bien! la colonne vertébrale, considérée sous le point de vue de sa structure, de ses dispositions articulaires, de ses muscles, qui, comme des ligamens actifs, résistent à la distension et tendent à rapprocher leur point d'insertion; la colonne vertébrale, dis-je, se trouve parfaitement dans les conditions de cette tige.

Je me contenterai de ce simple aperçu, à l'exemple de M. Guerin lui-même, qui a fait de cette question, fondamentale en orthopédie, le sujet d'un mémoire particulier.

Rien de semblable ne s'observe dans les déviations simulées, qui ne sont autre chose que le résultat de mouvemens physiologiques; or, s'il n'existe pas, s'il ne peut exister, dans ce cas, des mouvemens de torsion du corps des vertèbres, par une conséquence nécessaire, le soulèvement des apophyses des côtes, des muscles et de la peau qui constituent la gibbosité, doit manquer complétement.

Quant à l'unité, à l'uniformité des courbures dans les déviations simulées d'une part, à la diversité et au défaut d'uniformité dans les déviations morbides d'une autre part, est-il besoin de dire que la déviation simulée étant le simple résultat d'un mouvement physiologique, d'une attitude, d'une contraction musculaire, volontaire, s'exerçant constamment sur la même partie de l'épine, toutes ces déviations doivent présenter identiquement les mêmes caractères, sauf le dégré, et que les courbures de balancement ne sauraient instantanement s'établir; que les élémens qui concourent à la formation des déviations latérales pathologiques étant, au contraire, très-nombreux et très-complexes, avec eux doivent incessamment se modifier les résultats, si bien qu'il est excessivement rare de rencontrer deux colonnes vertébrales déviées pathologiquement, offrant exactement les mêmes caractères; que, dans les déviations morbides, les courbures de balancement ou supplémentaires sont une conséquence nécessaire de la présence d'une courbure principale, et ont pour but de reporter l'axe du tronc dans la ligne de gravité? d'où le défaut d'inclinaison de la partie supérieure du tronc.

Tel est, Messieurs, le résumé des faits principaux contenus dans le travail de M. Guérin. A l'appui de son mémoire, M. Guérin nous a présenté plusieurs pièces parmi lesquelles se trouvaient deux plâtres tirés de la collection de l'Académie. L'un a été moulé sur celui de Victoire Villen, adressé à l'Académie par M. Bouvier, et offrant un exemple de difformité factice de l'épine; l'autre est celui de Janny Guéry, qui fut soumise naguère à un traitement orthopédique sous les yeux d'une commission de l'Académie. Votre commission n'a pu s'empêcher de reconnaître que ces deux plâtres offrent une ressemblance parfaite, et appartiennent évidemment à la même classe de difformités, aux difformités factices.

L'Académie regrettera sans doute que les nouvelles lumières fournies par M. Guérin, et qui ont porté la plus entière conviction dans l'esprit de tous les commissaires, ne lui aient pas été fournies plus tôt. Grâces à des déterminations aussi précises que rigoureuses, M. Guérin a rempli la lacune qui existait dans la science orthopédique au point que toute erreur paraît désormais impossible.

M. Guérin a même signalé un artifice qui, à lui seul, suffirait pour trahir la fraude; cet artifice, fort ingénieux d'ailleurs, a pour but de dissimuler l'inclinaison du tronc, si considérable dans les déviations factices, en coupant obliquement de bas en haut, et de gauche à droite ou de droite à gauche, suivant le côté de la flexion, la base des plâtres destinés à représenter les déviations simulées, de telle façon que l'extrémité supérieure du tronc soit ramenée dans l'axe vertical, sans diminuer en rien l'étendue de la flèche de la courbure. Or, le plâtre de Janny Guéry offre cette coupe oblique à un très haut degré.

En conséquence, votre commission, après s'être livrée à un examen approfondi des faits consignés dans le travail de M. Guérin et des pièces présentées à l'appui, regarde comme parfaitement démontrées les propositions suivantes :

1° Il est facile d'imiter, jusqu'à un certain point, par de simples attitudes, les déviations latérales de l'épine.

2° Ces imitations imparfaites ont des caractères uniformes et spéciaux, à l'aide desquels on peut toujours les reconnaître.

3° Les caractères des déviations simulées ne se retrouvent jamais dans les déviations pathologiques, et réciproquement.

4° L'inspection seule d'un plâtre appartenant à une déviation factice suffit pour en faire reconnaître l'origine.

La commission conclut à ce que l'Académie accorde son approbation au travail de M. Guérin; elle propose en outre son insertion parmi les mémoires des savans étrangers.

Paris, ce 7 juin 1836.

CRUVEILHIER.

DISCUSSION.

M. Breschet déclare qu'il fait partie de la commission nommée pour examiner le mémoire de M. Guérin, et qu'il a constaté les mêmes faits que vient de signaler M. Cruveilhier.

M. Velpeau, l'un des membres de la commission de l'Académie, s'est rendu à Clamart avec ses collègues, et là, après un examen scrupuleux, il est demeuré convaincu de la vérité des faits signalés par M. Guerin. Les bases du rapport ont été discutées et arrêtées par la commission; et si les membres qui la composent n'ont pas signé ce rapport, cela tient à ce qu'ils n'ont pas pu se réunir avant sa présentation à l'Académie; il n'en est pas moins l'expression fidèle du sentiment unanime de la commission.

Mon intention, dit M. Bricheteau, n'est pas d'examiner en ce moment le rapport sous le vue scientifique, je signalerai seulement une phrase qui me paraît hostile à la commission qui fut chargée de faire un rapport sur les observations de M. Hossard, et j'en demande la modification. On y dit formellement que la difformité de Janny Guéry était articielle; or, la première commission l'avait déclarée véritable, et comme il n'est pas encore prouvé pour moi qu'elle se soit trompée, je demande que M. le rapporteur veuille bien changer sa phrase; et au lieu de faire affirmer par la commission que la difformité de Janny était artificielle, se borner à dire que tel est le sentiment de M. Guerin.

Si le rapport, répond M. Cruveilhier, contient autre chose que des faits et les conséquences naturelles de ces faits, s'il s'y trouve quelque expression désobligeante pour les membres de l'ancienne commission, il est tout prêt à le modifier. Quant à la phrase attaquée, elle exprime un fait, celui de la ressemblance parfaite du plâtre de Janny, fourni par M. Hossard, avec celui que M. Bouvier a présenté à l'Académie comme exemple de déviation simulée du rachis; or, si ce dernier a été moulé sur une courbure artificielle, le premier en provient également.

M. Orfila s'oppose à toute modification du rapport. L'Académie a été évidemment induite en erreur, les faits nouveaux signalés par M. Guerin le démontrent incontestablement; le rapport de la commission n'exprime que cela, il n'y a donc rien à y changer. La première commission s'est trompée, c'est un fait prouvé; mais l'amour propre des membres qui la composaient, ne peut pas être blessé par l'énonciation de ce fait, puisqu'il ne leur était pas possible d'éviter l'erreur.

M. Nacquart voudrait que l'Académie ne se prononçât qu'avec lenteur et réserve dans cette affaire. A part ce qu'il y a de compromettant peut-être pour la dignité de l'Académie, à porter, à la distance de quelques mois, deux jugemens contradictoires dans la même matière, il ne pense pas que l'opinion de chacun des membres ait eu le temps de se former sur les nouveaux faits. Quant à lui, sa conviction n'est pas entière; il demande, en conséquence, l'ajournement de la discussion, jusqu'à ce que de nouvelles expériences viennent ajouter de nouveaux élémens à la découverte de la vérité, à son avis, il y a d'ailleurs des raisons particulières, étrangères à l'Académie, pour l'engager à attendre.

M. Amussat adhère entièrement aux conclusions du rapport.

L'Académie, dit M. Lisfranc, a pu se tromper sur les premiers faits qui ont été soumis à son examen, par la raison d'abord qu'elle renferme peu de monde dans son sein qui se soient occupés spécialement d'orthopédie; mais elle l'a pu d'autant mieux, que personne ne savait, il y a quelques mois encore, qu'il fût possible de produire artificiellement des déviations du rachis. Elle l'a pu d'autant mieux que M. Guérin lui-même, qui signale aujourd'hui la possibilité de cette simulation d'une maladie, s'était trompé sur le compte de Janny et avait cru sa difformité véritable. Un progrès vient d'être fait, il jette un nouveau jour sur la question, l'Académie n'a donc point à rougir d'une erreur qu'elle ne pouvait éviter, avant que ce progrès fût accompli. On a demandé l'ajournement de la question : mais à quoi bon? ne possède-t-on pas assez de faits pour prononcer dès à présent? L'Académie ne doit pas hésiter à prendre une décision.

M. Double croit devoir faire remarquer que, si la première commission s'est trompée, son erreur n'a pas été aussi générale qu'on pouvait le croire, car plusieurs de ses membres, en minorité il est vrai, avaient parfaitement reconnu que la courbure de Janny avait été, sinon produite par artifice, du moins artificiellement exagérée.

M. Velpeau ne voit rien dans le rapport de M. Cruveilhier qui puisse être considéré comme hostile à l'ancienne commission. M. Guérin est venu présenter à l'Académie un mémoire sur les caractères différentiels des difformités artificielles et des difformités pathologiques de l'épine, une commission a été nommée pour examiner ce travail, et de l'examen et des recherches auxquels elle s'est livrée, il est résulté pour elle la conviction des faits suivans : Il est possible de produire artificiellement des courbures du rachis; ces courbures ont des caractères qui ne permettent pas de les confondre avec les courbures pathologiques; il est impossible au contraire de leur donner les caractères de ces dernières consistant tous dans l'altération des pièces du squelette, tels que la multiplicité des courbures déterminée par les efforts musculaires qui tendent sans cesse à rétablir la rectitude du tronc, la torsion de la colonne dans les portions courbées, et conséquemment le soulèvement des côtes, et la gibbosité, etc. Cette conviction la commission est venue l'exprimer dans son rapport. Elle ne s'est pas occupée de savoir si d'autres faits que ceux qu'elle observait viendraient détruire avaient été soumis précédemment au jugement de l'Académie, elle s'est bornée à décrire les conséquences rigoureuses qui découlaient de ceux qu'elle était chargée d'examiner, et ses conclusions ne peuvent, en aucune manière, blesser l'ancienne commission, à laquelle, d'ailleurs, on ne pourrait, sans injustice, faire un reproche de l'erreur qu'elle a commise, puisqu'elle ne possédait pas les données nécessaires pour l'éviter.

M. Bricheteau insiste pour obtenir la modification qu'il a demandée.

M. Cruveilhier n'est pas éloigné de l'adopter si la commission dont il est l'organe y consent.

M. Velpeau propose, pour donner satisfaction à M. Bricheteau, de se borner à dire dans le rapport que le plâtre sur lequel la commission reconnaît une déviation simulée appartient à Janny Guéry.

M. Orfila désire que l'Académie n'introduise aucune ambiguïté, aucun vague dans les expressions du rapport; la science vient de faire un progrès, il faut que l'Académie ait le courage de le reconnaître, et qu'elle dise tout ce qu'elle croit vrai, tout ce qu'elle croit juste.

M. Rochoux demande l'adoption du rapport, qui ne lui paraît blesser en rien l'amour-propre des premiers rapporteurs. Abordant la question scientifique, il lui semble que M. Guérin a omis de noter parmi les causes des déviations une des plus importantes, l'altération du tissu osseux. Enfin, il attaque la rédaction de la première conclusion du rapport. On dit dans cette conclusion qu'il est très aisé de simuler les courbures latérales du rachis; or, rien n'est plus difficile au contraire; il voudrait donc que cette phrase fût modifiée.

M. Cruveilhier relit la conclusion attaquée par M. Rochoux; elle est conçue en ces termes : «Il est facile d'imiter, jusqu'à un certain point,» etc.; sa rédaction n'a donc point besoin d'être changée. Quant au reproche d'omission adressé à M. Guérin, il n'est pas fondé, attendu que ce médecin ne s'occupe en aucune manière dans son mémoire des causes des déviations de l'épine.

On pouvait, dit M. Cornac, rendre hommage au talent de M. Guérin, et re-

connaître le progrès qu'il a fait faire à la science, sans venir prendre le plâtre de Janny Guéry pour point de comparaison avec les nouveaux faits, comparaison désobligeante pour l'ancienne commission. L'intérêt de la science ne l'exigeait pas, et il suffisait pour le satisfaire de faire connaître les faits découverts par M. Guérin. Il demande donc que l'on retranche du rapport tout ce qui a trait à Janny.

M. Chervin ne partage pas ce sentiment. La comparaison des deux plâtres n'a suivant lui, rien de choquant, pour la première commission, et elle était nécessaire pour rendre la démonstration plus complète.

M. Cruveilhier tient autant que qui que ce soit à la dignité de l'Académie, et il est bien d'avis que l'on doit la respecter dans la personne de chacun de ses membres. Mais il ne faut pas que ses rapporteurs se laissent arrêter par des ménagemens exagérés; elle doit tenir par dessus tout à ce qu'ils fassent leurs rapports en conscience. Or, le plâtre de Janny était le seul exemple de déviation simulée que possédât l'Académie, il a donc bien fallu le prendre pour terme de comparaison.

M. Marc désire le maintien des conclusions du rapport. S'il avait fait partie de la première commission, il aurait certainement prononcé comme elle, et il ne se croirait nullement offensé parce qu'on lui démontrerait aujourd'hui son erreur. C'est le fait du progrès de rectifier chaque jour les opinions, et en médecine légale, combien de fois n'a-t-on pas été obligé de revenir sur des erreurs dues à l'état d'imperfection de la science. Il en citera pour seule preuve, les conséquences que l'on tirait naguère de la surnatation des poumons dans la docimasie pulmonaire, et celles plus justes que l'on en tire aujourd'hui. Il vote pour l'adoption pure et simple du rapport et de ses conclusions

M. Bouillaud voit deux questions distinctes dans celle qui occupe l'Académie : une scientifique, et une personnelle. Au sujet de la question scientifique, il se borne à remarquer avec plaisir l'empressement avec lequel la compagnie accueille un progrès, et il en tire un heureux présage pour l'avenir. La question personnelle lui paraît délicate. Si tous les membres de l'ancienne commission admettent comme certains les faits constatés par la nouvelle, rien de mieux, il faut s'empresser d'adopter le rapport; mais si quelques-uns d'entre eux ne sont pas convaincus, c'est leur faire violence que de leur imposer des conclusions que leur conscience repousse. Il demande en conséquence que l'Académie ne se hâte pas de prendre une décision.

Il faut adopter une vérité aussitôt qu'elle est démontrée, dit M. Chervin. Il y a ressemblance complète entre le plâtre de déviation simulée présenté par M. Bouvier, et le plâtre de Janny Guery ; il ne faut donc pas hésiter à déclarer que la courbure de Janny était artificielle.

M. Husson s'étonne de la précipitation avec laquelle on veut faire porter un jugement à l'Académie dans cette circonstance, surtout lorsqu'il compare cet empressement à la lenteur que l'on a exigée de la commission dont il faisait partie, et qui était appelée cependant à prononcer sur des faits de même nature. Il rappelle qu'un premier rapport de cette commission fut ajourné, pour prendre des renseignements sur certains faits qui avaient été articulés dans la discussion ; que l'on écrivit à Angers à cet effet, que de nouveaux documents étaient parvenus à la commission, elle fit un nouveau rapport, et, il pense que l'Académie a dû la connaissance de la vérité à ces sages précautions. Aujourd'hui procède-t-on de la même manière? Non, on veut faire changer l'opinion de l'ancienne commission avec deux faits; on avait beaucoup plus exigé d'elle. Il pense qu'il serait convenable d'adjoindre les membres de l'ancienne commission aux nouveaux commissaires. Il en fait la proposition.

M. Cruveilhier déclare adopter pleinement la proposition de M. Husson.

On demande la clôture de la discussion. M. Amussat s'y oppose. Il repousse la proposition de réunir les deux commissions, se fondant sur ce qu'il y a urgence à terminer cette affaire, par des motifs connus de tous les membres de l'Académie.

Il est important de faire remarquer à l'Académie, dit M. Lisfranc, que les faits sur lesquels elle doit aujourd'hui porter un jugement sont clairs, patens: elle peut donc se prononcer sans hésitation ; il n'en était pas de même lors du rapport de la première commission, les faits n'étaient pas clairs, plusieurs avaient été contestés ; on eut donc raison alors de demander l'ajournement pour se donner le temps d'obtenir des éclaircissements devenus nécessaires. Il faut voter immédiatement ou continuer la discussion, si l'Académie ne se croit pas suffisamment éclairée, mais un ajournement serait inutile.

M. Orfila pense que le jugement de l'Académie n'a pas été étranger à la condamnation de M. Jules Guérin dans son procès avec M. Hossard. Samedi l'affaire se juge en appel, ne serait-il pas convenable que l'Académie se prononçât immédiatement? elle fournirait ainsi à la justice un élément nouveau qui pourrait être de quelque influence dans sa décision.

M. Londe croit aussi que le procès et le jugement sont le résultat de l'erreur de l'Académie ; or, puisque la compagnie reconnait aujourd'hui qu'elle s'est trompée, il est de sa justice de le déclarer hautement.

Les chances de la pratique ont mis sous les yeux de M. Petit deux faits qui lui paraissent être de quelque poids dans cette discussion ; il fut appelé auprès d'une jeune fille, dans l'âge de la nubilité, dont la taille venait de se contourner d'une manière effrayante dans l'espace de quelques jours. Il ne pouvait croire qu'une altération des os se fût opérée d'une manière aussi rapide, et pensa qu'un état convulsif était la cause de cette de déviation. Il traita la jeune malade en conséquence de ce diagnostic, et quinze jours après, elle avait repris sa rectitude ordinaire. Quelques années plus tard, une jeune pensionnaire pleine de santé, éprouva brusquement aussi une déviation considérable de l'épine; M. Petit se rappela, tout aussitôt, le premier fait dont il avait été témoin, il porta le même diagnostic, eut recours aux mêmes moyens, et obtint le même succès. D'où il conclut que, si des contractions convulsives des muscles peuvent produire de pareils effets, il doit être facile de les obtenir par artifice.

M. Nacquart demande la mise aux voix de la proposition de M. Husson, il exprime le désir que, pour concilier tous les intérêts, les deux commissions se réunissent le plus promptement possible, et se mettent en mesure de présenter un nouveau rapport, dans une séance extraordinaire qui aurait lieu vendredi.

Il peut être dans les convenances, dit M. Breschet, de réunir les deux commissions ; mais il craint que cela ne recule beaucoup le rapport, attendu que plus les commissions sont nombreuses et plus les travaux, dont elles sont chargées, marchent avec lenteur.

On demande de nouveau la clôture de la discussion; elle est mise aux voix et adoptée. Une discussion s'engage sur la question de savoir si l'on commencera par voter sur les conclusions de la commission, ou sur les amendemens. M. Adelon prouve que l'on doit commencer par voter sur les amendemens, sur celui de M. Husson d'abord, ayant pour but la réunion des deux commissions, ensuite sur celui de M. Nacquart, qui demande une séance extraordinaire pour vendredi, consacrée à l'audition du rapport des deux commissions réunies.

M. Velpeau ne voit aucune utilité à la réunion des commissions. Elles ont eu à prononcer sur des faits distincts. La dernière avait à répondre aux questions suivantes : Peut-on produire artificiellement des déviations du rachis? Peut-on distinguer, à des signes certains, les courbures factices des courbures pathologiques? Tel plâtre ressemble-t-il à tel autre, donnant l'empreinte d'une déviation simulée? Elle l'a fait, et ni ses questions, ni ses réponses n'ont d'analogie avec les faits dont s'est occupée la première commission.

L'Académie consultée décide que les deux commissions se réuniront et feront un rapport jeudi prochain, à trois heures.

La séance est levée.

SÉANCE EXTRAORDINAIRE DU VENDREDI 10 JUIN.

Présidence de M. Louyer-Willermay.

Après la lecture du procès-verbal, M. le rapporteur de la commission nommée pour examiner le mémoire de M. J. Guérin s'exprime en ces termes :

D'après la décision prise par l'Académie à la fin de la dernière séance, les deux commissions, savoir celle chargée de faire un rapport sur le mémoire de M. Guérin, et celle qui avait suivi dans le temps les effets du traitement Hossard, se sont réunies à l'amphithéâtre de Clamart.

M. Guérin a présenté aux commissaires réunis, et auxquels se sont adjoints MM. Serres et Adelon, et les pièces naturelles et les plâtres qu'il avait déjà produits devant la nouvelle commission ; en outre, cédant à la prière de plusieurs membres, M. Guérin a bien voulu nous montrer sur lui-même de quelle manière il était possible de simuler une déviation latérale de l'épine, et tous les commissaires ont pu constater l'identité de la courbure que M. Guérin imprimait à sa colonne vertébrale avec celle des plâtres soumis comme exemples de déviations simulées.

M. Guérin a en outre soumis aux commissaires cent plâtres représentant le plus grand nombre des difformités de la taille, et cela dans toutes leurs nuances, depuis le degré où elles sont à peine appréciables, jusqu'à celui où elles constituent une difformité considérable. Eh bien! dans aucun de ces cent cas, les règles établies relativement à la distinction entre les déviations simulées et les déviations morbides n'ont été trouvées en défaut, au moins par la majorité de la commission.

Préalablement à l'examen de ces cent plâtres, une discussion s'était engagée au sujet des conclusions soumises dans la dernière séance à la sanction de l'Académie, et la question ayant été suffisamment éclaircie, M. Double, l'un des commissaires, a été prié de recueillir les voix. Sur onze commissaires, neuf ont voté pour l'adoption intégrale des conclusions du rapport; une minorité composé de deux membres, tout en approuvant d'une manière générale les caractères différentiels établis par M. Guérin entre les déviations simulées et les déviations morbides, a pensé qu'il pouvait se rencontrer des cas où la distinction serait impossible. En conséquence, elle aurait désiré des restrictions à plusieurs de ces conclusions, et nommément la suppression des mots *toujours* et *jamais* de la deuxième et de la troisième proposition.

— Après une discussion générale sur la matière la séance est renvoyée à mardi pour la continuation de la discussion. Nous en rendrons compte dans notre prochain numéro.

OBSERVATION DE TAILLE SUS-PUBIENNE.

M. Amussat communique deux faits d'opérations de taille hypogastrique pratiquées sur deux sujets âgés l'un de trois ans et demi, l'autre de 90 ans. Ce dernier avait une fracture comminutive de la jambe gauche.

Le petit garçon était vivement tourmenté depuis plus d'une année par les douleurs que lui occasionait la présence d'une pierre dans la vessie. Plusieurs fois on avait vainement essayé de le sonder, jamais on n'avait pu pénétrer ; cependant on présumait bien la présence d'une pierre par tous les symptômes que présentait cet enfant. Sa santé était singulièrement altérée. Il était morose, chétif et portait plusieurs dartres à la face.

M. Amussat pratiqua le cathétérisme, et reconnut aussitôt la pierre par le simple contact du cathéter sur le calcul ; mais pour confirmer son diagnostic, il introduisit son doigt indicateur dans le rectum, et pressa ainsi la vessie de bas en haut, de manière à faire remonter son bas-fond et rendre sensible au toucher la pierre, que l'on reconnaissait parfaitement en promenant légèrement le doigt sur l'hypogastre, à la partie de cette région correspondant au point où M. Amussat faisait saillir le calcul.

L'opération fut pratiquée, par le haut appareil, vers la fin du mois d'octobre. La pierre avait à peu près le volume d'une grosse aveline; la canule qui fut introduite dans la vessie fut retirée le cinquième jour ; et au bout de trois semaines la guérison était complète ; de plus, les dartres disparurent bientôt, et le moral de l'enfant, aussi compromis que sa santé, devint des plus satisfaisans.

M. Amussat fait remarquer ici l'impossibilité où il était de pratiquer la lithotritie chez cet enfant ; car à cet âge l'urètre est trop étroit pour permettre l'introduction d'instrumens assez forts pour pouvoir détruire la pierre. Depuis longtemps il a pensé qu'on pourrait peut-être plus facilement faire l'opération de Celse par l'hypogastre que par le périnée, mais il n'a pas encore osé l'entreprendre à cause du péritoine.

Le deuxième fait est relatif à un vieillard de 90 ans. Ce malade a rendu pen-

dant 40 ans de la gravelle rouge, sans en être aucunement incommodé. Il y a trois ans, après une chute qu'il fit dans sa chambre, il se mit au lit, et au bout de sept ou huit jours il ressentit des douleurs dans la verge. M. le docteur Lamouroux fit appeler M Amussat pour lithotritier le malade. Il n'y eut qu'une seule séance, après laquelle le malade, se croyant débarrassé de son calcul, ne voulut point se soumettre à une nouvelle épreuve ni même au cathétérisme explorateur Beaucoup de détritos et de fragmens furent rendus, et M. D. continua à se bien porter jusqu'au 4 mai 1836, où il fut renversé par une voiture qui lui causa une fracture comminutive de la jambe gauche. A peine sept ou huit jours s'étaient-ils écoulés, que M. D. éprouva des douleurs de vessie insupportables, et tous les symptômes de la pierre. Ces douleurs étaient tellement violentes, qu'elles obscurcissaient totalement celles de la jambe. Appelé en consultation avec MM. Cornac, Lamouroux et Pagueguy, M. Amussat sonda le malade, reconnut la pierre, et, de concert avec les médecins consultés, après avoir inutilement employé tous les moyens palliatifs, proposa au malade la taille, comme le seul moyen de salut. M. D. accepta aussitôt, tant étaient vives les douleurs qu'il éprouvait, et l'opération fut pratiquée le 25 mai. Trois pierres furent successivement extraites : deux avaient le volume chacune d'une petite noix, la troisième était beaucoup plus petite ; toutes étaient prismatiques et contenaient au centre un noyau formé évidemment par une gravelle, et non par un fragment ; le simple examen des pierres coupées par la moitié suffisait pour le prouver. L'hypogastre est presque entièrement cicatrisé ; déjà des envies d'uriner par le canal se font sentir. Il y a trente-cinq jours que la fracture a été réduite, et quatorze que la taille a été faite ; tout fait espérer que le malade se rétablira promptement malgré ses quatre-vingt-dix ans.

M. Amussat fait remarquer que la taille hypogastrique était ici la seule possible ; car, comment en pratiquer une autre sur un vieillard privé de toute espèce de mouvement, et dont la jambe était contenue par un appareil de fracture qui réclame l'immobilité la plus complète ? M. Amussat témoigne, en finissant, le regret de ne pouvoir s'étendre aussi long-temps qu'il le voudrait sur les considérations qu'il pourrait présenter sur deux opérations faites en quelque sorte aux deux extrémités de la vie, et avec le succès le plus complet.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

OBSERVATION D'ARTHRITE CHRONIQUE TRAITÉE AVEC SUCCÈS PAR L'HYDRIODATE DE POTASSE ; par le docteur TADINI.

Les résultats remarquables obtenus par le docteur Llendening dans le traitement de l'arthrite chronique par l'usage de l'hydriodate de potasse (GAZETTE MÉDICALE du 15 août 1835), m'ont engagé de vous adresser, M. le rédacteur, l'observation d'un cas très grave, dans lequel les effets de l'hydriodate de potasse ont été d'une efficacité prodigieuse.

OBS. — Le 1er octobre 1835, je fus appelé à l'hôtel Bristol, place Vendôme, par M. le marquis Wata, mon ami et concitoyen, pour donner des conseils à un domestique rendu presque invalide par suite de l'artrite. Cet homme, appelé Jean Francescone, ancien courrier, âgé de 35 ans et d'un tempérament fort et robuste, fut attaqué il y a huit ans, après un long voyage à franc étrier, d'arthrite aiguë aux articulations tibio-tarsiennes. Plusieurs traitemens lui furent appliqués dans différentes parties de l'Italie, traitement antiphlogistique, bains, frictions, purgatifs. Arrivé à Paris en 1832, et admis à l'hôpital Saint-Louis, il fut soumis au traitement mercuriel, à l'usage de la salsepareille et aux bains de vapeur, le tout encore sans effet. Le gonflement des deux articulations est resté presque stationnaire depuis le traitement antiphlogistique suivi lors des premières attaques. Il ne marche depuis huit années qu'avec peine ; les malléoles des deux pieds sont presque couvertes par le gonflement de l'articulation. Il en est de même des tendons d'Achille. Le malade avait en même temps un écoulement chronique qui fut bientôt dissipé par des injections. Je lui ordonnai de prendre immédiatement six grains d'hydriodate de potasse dissous dans six onces d'émulsion de gomme arabique, à prendre en trois doses chaque jour, pendant quatre jours consécutifs. Je lui défendis l'usage des salaisons, des alimens excitans, ainsi que de marcher trop. Le 2 novembre, je fis porter la dose à dix grains par jour dans six onces d'émulsion, pendant 4 autres jours le malade n'éprouva aucun désordre ni à l'estomac ni aux intestins ; le 10 novembre, l'hydriodate fut porté à 20 grains par jour ; le 25 novembre à 30 grains. A cette époque la peau des deux articulations était déjà très-ridée, mais la marche était encore douloureuse, spécialement au tendon d'Achille ; les malléoles sont assez découvertes ; le malade ne s'aperçoit d'aucun désordre ; seulement le pouls est devenu petit, l'appétit est toujours bon. Le 21, la dose fut portée à 40 grains par jour, toujours dissous dans 6 onces d'émulsion de gomme arabique, à prendre également en trois doses. Le 26, le gonflement est sensiblement diminué, le malade peut marcher bien plus qu'il ne l'a fait depuis huit ans, le pouls continue d'être petit, le ridement de la peau qui environne toute l'articulation est très-remarquable ; les mouvemens d'élévation, d'abaissement et même de rotation des pieds sont tout à fait indolens, il est parti le 30 novembre pour l'Italie avec son protecteur, heureux d'avoir recouvré la faculté de marcher. Je lui ai conseillai de continuer l'usage de l'hydriodate en pilules de 3 grains, trois fois par jour pendant un mois encore.

Cette maladie avait été jugée incurable pendant les trois dernières années par tous les médecins qu'il avait consultés. La rapidité des résultats a été si visible et si certaine, que nous croyons de notre devoir de recommander l'hydriodate de potasse comme un remède héroïque contre l'arthrite ou rhumatisme articulaire chronique.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

THE CYCLOPÆDIA OF PRACTICAL MEDICINE.

ENCYCLOPÉDIE DE MÉDECINE PRATIQUE publiée par les docteurs J. FORBES, A. TWEEDIE et J. CONOLLY.

THE CYCLOPÆDIA OF ANATOMY AND PHYSIOLOGY.

ENCYCLOPÉDIE D'ANATOMIE ET DE PHYSIOLOGIE, publiée par M. Robert TODD, professeur d'anatomie et de physiologie à l'école de Westminster, etc.

Le premier des deux ouvrages dont le titre est en tête de cet article, et dont il a déjà été plusieurs fois question dans la GAZETTE MÉDICALE, est complétement terminé ; le second, qui semble destiné à en être le complément ou plutôt le pendant, est déjà assez avancé dans sa publication, pour qu'il nous soit possible de porter un jugement sur la manière dont il est exécuté, et sur la place qu'il doit occuper parmi les travaux scientifiques de notre époque.

Nous avons à rendre compte ici des dernières livraisons de l'*Encyclopédie de médecine pratique*, depuis la vingtième jusqu'à la vingt-septième inclusivement, et qui comprennent le quatrième et dernier volume ; un supplément pour quelques mots oubliés dans le cours de l'ouvrage ; une bibliographie médicale pour tous les articles, et une histoire de la médecine. Nous allons examiner successivement ces divers travaux.

Le premier article du quatrième volume, *ramollissement des organes*, est du docteur Carswell, qui étudie ce mode d'altération dans les différens organes où on l'a observé, et entre dans de longs développemens sur le ramollissement par cause chimique de la muqueuse gastrique. Il rapporte quelques nouvelles preuves à l'appui des conclusions qu'il avait tirées de ses premières recherches. Le seul autre article du même auteur, *le tubercule*, qui est déjà connu des lecteurs de la GAZETTE MÉDICALE, est surtout remarquable par les faits apportés à l'appui de l'opinion qui attribue le développement du tubercule à une altération primitive du sang, et par la manière ingénieuse dont il explique la formation du tubercule miliaire et le prétendu ramollissement de la matière tuberculeuse.

Le *somnambulisme* et le *magnétisme animal* ont trouvé place dans ce volume. Le docteur Prichard nous apprend, dans cet article, qu'en Angleterre on s'est très-peu occupé de ce sujet. Les témoignages des partisans du magnétisme y sont traités avec le ridicule qu'ils semblent mériter au premier abord ; ils y sont rejetés en masse, et peu de personnes s'y donnent la peine d'examiner si cet échafaudage de prétentions plus ou moins absurdes ne repose pas sur quelque vérité incontestable. Aussi le mémoire de l'auteur est plutôt un résumé des travaux publiés en France et en Allemagne, que l'exposé de l'opinion des médecins anglais sur ce point. Il semble surtout disposé à adopter l'opinion du docteur Richertz, qui range le somnambulisme parmi les affections nerveuses, et le rapproche de la manie et de l'extase, plutôt que de la folie. Quant aux facultés extraordinaires dont on prétend que sont doués les somnambules, s'il y avait quelque chose de vrai à cet égard, dit le docteur Prichard, une garde-somnambule attachée à chaque salle d'un hôpital, qui aurait la faculté de faire l'autopsie du vivant du malade, épargnerait au médecin toutes les peines qu'il se donne pour arriver à un diagnostic qui trop souvent encore reste incertain.

Le même auteur, à l'article *soundness and unsondness of mind*, (rectitude et dérangement de l'esprit), étudie quelques questions qu'il n'avait pu traiter à l'article *folie*, et adopte la distinction établie par le docteur Hoffbauer, entre les maladies de l'esprit par défaut et celles due à l'altération de quelqu'une des facultés naturelles. Il s'en faut cependant qu'il admette toutes les opinions de cet ingénieux écrivain, dont quelques-unes conduiraient à des erreurs graves, surtout pour ce qui a rapport aux questions de monomanie homicide. Ici, le docteur Prichard repoussant l'opinion de son compatriote lord Hale, se rapproche de celle

de Georget qui est partagée par la plupart des médecins français. Il admet un genre de folie, existant indépendamment de toute altération des facultés intellectuelles, qui, dans quelques cas, se rattache évidemment à un trouble fonctionnel, dans d'autres à quelque affection nerveuse et se manifeste subitement par une compulsion quelquefois irrésistible à commettre des actes que l'on devrait regarder, dans toute autre condition de l'intelligence, comme des crimes atroces.

Le dernier article du même auteur, *tempérament*, est l'un de ceux de l'ouvrage qui offrent l'érudition la plus vaste et la plus variée. Après avoir réduit les quatre tempéramens admis par les anciens auteurs à deux, savoir : le tempérament sanguin et le tempérament bilieux, et avoir rappelé que le premier appartient spécialement aux races à cheveux blonds et le second aux races à cheveux noirs, il recherche les causes qui ont pu donner lieu à ces différences, et après avoir examiné les principales variétés de l'espèce humaine, ainsi que les circonstances au milieu desquelles elles sont placées, et surtout après avoir signalé un grand nombre de peuples ou de peuplades offrant l'une des deux couleurs indiquées ci-dessus, bien qu'ils soient entourés de toutes parts de peuples d'une couleur différente, et avoir montré que cette variation se lie constamment au climat, c'est-à-dire que dans les lieux où règne une forte chaleur, la race aux cheveux noirs domine toujours ; tandis que c'est la race à cheveux blonds que l'on trouve dans ceux où les hommes sont exposés à une médiocre chaleur, même dans les climats que l'on supposerait les plus chauds, mais où la chaleur est tempérée par de hautes montagnes ou quelques circonstances locales ayant le même effet, il arrive à cette conclusion que le tempérament des différentes races est approprié aux régions qu'elles habitent.

Dans une seconde partie de son article, le docteur Prichard étudie *les tempéramens dans leur rapport avec les qualités de l'esprit*, et est amené à s'occuper de la phrénologie : il rappelé d'abord les essais de ceux qui avant Gall, ont voulu rattacher les phénomènes intellectuels à des organes spéciaux, puis après avoir examiné la question sous ses aspects les plus différens, après avoir mis en ordre et comparé les faits fournis par l'histoire naturelle et la physiologie et avoir surtout mentionné la belle collection de crânes que le savant M. Esquirol a réunis à Ivry, il termine en disant que tous les faits apportés à l'appui de cette doctrine ne prouvent point qu'elle soit vraie, et pense que le cerveau ne doit point être considéré, tant qu'on n'aura pas prouvé le contraire, comme un organe complexe.

L'article *statistique médicale* pourrait paraître dès le premier abord déplacé dans un dictionnaire de médecine pratique ; mais depuis que l'on a proclamé que la statistique doit servir de base à la médecine et qu'elle seule peut fournir la solution des questions les plus controversées, l'application des chiffres à l'étude de la médecine ne peut plus être négligée. L'auteur de cet article, le docteur Hawkins, semble partager cette opinion sur l'utilité de la statistique médicale qu'il définit : l'application des nombres à l'étude de l'histoire naturelle de l'homme en santé et en maladie ; il regarde comme probable que c'est seulement à l'aide des moyens fournis par la statistique qu'on arrivera à des conclusions positives sur l'efficacité de différentes médications et sur le pronostic des maladies.

S'il est douteux que les résultats obtenus des recherches statistiques puissent jamais fournir des indications positives pour les faits individuels, il en est autrement lorsqu'il s'agit de les appliquer à une collection de faits, ou à des faits complexes ; de là les belles recherches faites par la statistique moderne sur tout ce qui concerne la population. Les assurances sur vie qui en Angleterre ont pris dans toutes les classes de la société une extension bien différente des maigres résultats obtenus par celles qui ont été établies parmi nous, reposent encore uniquement sur des recherches statistiques. Les médecins anglais sont si fréquemment consultés, soit par les sociétés d'assurance, soit par les assurés eux-mêmes que ce sujet ne devait point être oublié dans un ouvrage pratique, et c'est à l'article statistique médicale que sont traitées les questions qui y ont rapport.

Les principaux travaux où les progrès récens de la chimie ont été mis à profit sont l'article *toxicologie*, par le docteur Apjohn, et l'article *eaux minérales*, par le célèbre Thomson ; ces deux sujets sont traités avec toute l'étendue qu'ils méritent. Dans le second on trouve une notice exacte des eaux minérales les plus remarquable de l'Angleterre, bien que celles du continent ne soient point oubliées. Le mot *transfusion* a fourni au docteur Kay l'occasion de donner l'histoire de cette opération aux différentes époques de l'art et surtout les dernières recherches du docteur Blundell et de MM. Prévost et Dumas sur ce sujet ; nous regrettons avec l'auteur que la plupart des cas de succès qui ont été rapportés manquent de ces détails minutieux qui seuls permettraient de juger de l'opportunité et de l'efficacité réelle de l'opération.

Le supplément contient plusieurs articles importans qui probablement n'étaient point arrivés à temps pour être placés dans les livraisons où ils devaient se trouver. Le docteur Christison d'Edimbourg à l'article *maladies latentes*, appelle spécialement l'attention sur les erreurs dans lesquelles le médecin légiste peut être entraîné lorsqu'il est interrogé sur la cause de la mort survenue subitement chez un sujet atteint d'une maladie latente. Quand la maladie est de nature à laisser des traces évidentes de son existence ; il n'est même pas toujours facile de savoir si c'est à elle que l'on doit attribuer la mort. Le travail du docteur Christison contient plusieurs faits de ce genre qui lui sont propres, et prouvant combien le médecin légiste doit apporter d'attention à l'examen des questions qui lui sont posées sur ces faits. Il développe avec soin les principaux motifs sur lesquels on doit s'appuyer dans ces sortes de cas, de manière à tenir compte à la fois de l'influence de la maladie et de celle des autres circonstances qui ont précédé la mort.

Les *maladies de la moelle épinière* ont fourni au docteur Todd l'occasion de faire preuve d'érudition et de résumer avec talent l'état des connaissances actuelles sur les divers états morbides de la moelle épinière. Mais, au lieu de se borner comme on le fait que trop souvent aux maladies qui se manifestent sur le cadavre par des lésions organiques appréciables, il examine avec attention la question qui a été soulevée depuis quelques années par des pathologistes anglais sur un état morbide, simulant différentes phlegmasies, dont le siége paraît être dans la moelle épinière, et qui a été décrite sous le nom d'*irritation spinale*. M. Todd croit que la cause de cet état morbide n'est pas dans le tissu propre de la moelle, mais dans le tissu veineux qui l'environne de toutes parts, communique avec les veines superficielles du dos et n'est pas garni de valvules. L'influence qu'exerce la respiration sur ces vaisseaux, peut produire un état de turgescence et de plénitude qui suffit pour déterminer de l'irritation à l'origine des nerfs spinaux. Cette congestion doit disparaître facilement après la mort, et ainsi, dit l'auteur, on comprend comment ces maladies ne laissent aucune trace. Quoi qu'il en soit, M. Todd ne donne cette explication qu'avec la plus grande réserve, et comme un moyen de lier entre eux des phénomènes jusqu'ici inexplicables.

L'histoire de la médecine, que les éditeurs avaient promis de publier en même temps que la dernière livraison, n'occupe pas moins de 110 pages grand in-8°, et en petit-texte, comme le reste de l'ouvrage ; elle est divisée en deux parties. La première, qui conduit l'histoire de la médecine jusqu'à la fin du dernier siècle, a été traitée par le docteur Bostock ; et la seconde, qui comprend seulement le siècle actuel, par le docteur Alisson. La tâche qu'avaient à remplir les deux auteurs était bien différente, et la manière dont ils l'ont exécutée ne l'est pas moins. Le premier présente avec un rare bonheur et en suivant l'ordre des temps, l'esquisse des principaux systèmes qui ont dominé en médecine, et des ouvrages qui à diverses époques ont fixé l'attention des médecins. Le stile de l'auteur, l'érudition qu'il a montrée dans ce court essai, l'esprit sans prétention qui préside aux nombreux jugemens qu'il porte sur les hommes et sur leurs écrits, mettent son travail au-dessus de la plupart de ceux du même genre. Le passage suivant dans lequel l'auteur cherche à résumer l'état des sciences médicales au commencement du 19e siècle, et que nous traduisons presque textuellement, fera mieux connaître qu'une critique longuement motivée, l'esprit qui l'a dirigé dans l'exposé des travaux propres à chaque nation.

« Ce qui doit fraper le plus dans les écrits des médecins anglais les plus éclairés et les plus judicieux, c'est le peu d'importance qu'ils ont attaché à la théorie et le soin presqu'exclusif avec lequel ils se sont livrés à l'observation et ont recueilli les faits. Nous ne doutons pas que cette direction ne soit moins fâcheuse que celle suivie dans un sens opposé ; cependant nous pensons que sous ce rapport les médecins anglais ont été trop loin et qu'en même temps qu'ils négligeaient peut-être un peu trop la théorie qui est indispensable pour lier les faits, ils ne s'occupaient point assez des sciences accessoires, pendant qu'en France la pathologie et la chimie appliquées à la pharmacie, et en Allemagne la physiologie, étaient cultivées avec tant de succès. Mais la carrière dans laquelle les Français ont acquis le plus de gloire, c'est l'anatomie pathologique ; et quand nous voyons le nombre considérable d'hommes remarquables qui se livrent à ces études, nous ne pouvons qu'attendre les résultats les plus importans de leurs efforts réunis ; cependant nous devons dire aussi que les avantages qui doivent en résulter pour la médecine pratique ne sont encore qu'en expectative. La médecine pratique en France peut être considérée, à quelques exceptions près, comme moins efficace qu'elle ne l'est chez nous. On paraît y compter beaucoup sur l'action de moyens que nous regardons comme complétement inertes, et le régime diététique qui constitue une grande partie du traitement, ne peut avoir qu'un effet très-éloigné sur la guéri-

son de la maladie. En un mot, la « médecine expectante» des médecins français, bien qu'elle soit dans la main des hommes ignorans et présomptueux une arme peu dangereuse, offre aussi, et dans la même proportion, moins d'avantages qu'un traitement actif sous la direction d'un praticien instruit et capable. »

La tâche qu'avait à remplir le docteur Alisson dans la deuxième partie, était plus difficile, et il l'a exécutée avec autant de bonheur. Il n'est pas toujours facile de juger les travaux des contemporains, et il l'était encore moins de donner place dans un espace aussi court à tous les travaux qui ont été faits depuis le commencement du siècle actuel. Aussi l'auteur, abandonnant les formules historiques, a déroulé dans un brillant tableau les principales questions de pathologie et de physiologie qui ont le plus spécialement occupé l'attention des médecins depuis quelques années, et a groupé autour de chacune d'elles les noms des hommes qui s'en sont le plus occupés. Dans cette espèce de dissertation historique, M. Alisson ne se contente pas d'exposer les opinions des autres, il émet aussi la sienne, et trouve le moyen d'ajouter à l'intérêt par une critique souvent juste. Ainsi, après avoir montré le vitalisme s'élevant sur la connaissance plus approfondie des phénomènes naturels que d'autres avaient voulu en vain expliquer par la chimie, la physique et la mécanique, qui elles-mêmes avaient remplacé l'animisme et la force médicatrice des anciens, le docteur Alison est amené à blâmer l'attention trop exclusive que l'on accorde aujourd'hui dans les écoles aux caractères des maladies qui dépendent d'altérations déjà formées, tandis que dans beaucoup de cas ces caractères ne peuvent être distingués que dans les dernières périodes de la maladie, et que le but des médecins praticiens doit être de prévenir ces mêmes altérations qui, une fois formées, sont trop souvent au-dessus des ressources de l'art.

La dernière livraison contient une bibliographie de chacun des articles qui ont été traités dans le cours de l'ouvrage, et dont le plan nous a paru habilement trouvé. Après le nom de la maladie, on trouve l'étimologie du mot, puis les dénominations qui ont été données à la même maladie par les divers nosographes, et enfin les noms et même les périphrases par lesquelles les différens peuples les distinguent dans le langage vulgaire. Après cela vient l'énumération des divers travaux publiés sur la maladie, et qui sont disposés par ordre chronologique. Tout ce travail, qui remplit près de 200 pages, est du docteur Forbes, et fait honneur à son auteur en même temps qu'il complète l'*Encyclopédie de médecine pratique*, qui peut aujourd'hui rivaliser avec ceux de nos dictionnaires de médecine le plus généralement estimés, et qui, si elle leur est inférieure sous quelques rapports, présente aussi des détails de médecine pratique que l'on chercherait vainement dans les ouvrages analogues.

Nous ne dirons que quelques mots de l'*encyclopédie d'anatomie et de physiologie* qui est publiée sous la direction du docteur Todd; nous nous réservons de nous occuper spécialement de cet ouvrage, lorsqu'il sera plus avancé dans sa publication; pour le moment, nous allons nous borner à indiquer le genre de travaux qu'il contient et quelques-uns des hommes qui travaillent à sa rédaction. Non-seulement l'anatomie et la physiologie normales sont le sujet de cet ouvrage, mais l'anatomie anormale et pathologique, la physiologie morbide et la chimie animale en feront aussi nécessairement partie. Déjà nous trouvons dans les cinq livraisons qui nous sont arrivées des travaux qui sont le présage d'un beau succès. En attendant que nous puissions les faire connaître, nous citerons les noms de quelques-uns de nos compatriotes qui prennent part à la collaboration de ce grand ouvrage, et pour les spécialités dont ils se sont le plus spécialement occupés. Ainsi MM. Audoin, Breschet, Dutrochet, Edwards, Geoffroy-S-Hilaire et Serres. Déjà M. Audoin à l'article *arachnide*, et M. Milne-Edwards à l'article *sang*, ont prouvé qu'ils voulaient prendre une part active à ce travail.

De nombreuses gravures en bois ou autrement et qui sont remarquables par la netteté du dessin et la beauté de l'exécution, sont intercallées dans le texte pour tous les articles d'histoire naturelle où elles sont nécessaires à l'intelligence du texte.

Sous les autres rapports, l'exécution typographique ne diffère pas de celle de l'encyclopédie de médecine pratique. L'ouvrage entier se compose de vingt parties qui paraissent tous les deux mois, format grand in-8° à deux colonnes et en petit texte.

Nous reviendrons sur cet ouvrage lorsque la publication en sera assez avancée pour que nous puissions juger comment y sont traitées l'anatomie pathologique et anormale, la physiologie morbide et la chimie animale qui doivent nous occuper plus spécialement.

G.

NOTICE HISTORIQUE SUR LES EAUX MINÉRALES D'URIAGE PRÈS DE GRENOBLE, département de l'Isère, par A. CHEVALIER, chimiste, membre de l'Académie royale de médecine, etc. — 50 pages in-8°. Paris, 1836.

L'auteur qui s'occupe depuis plusieurs années de réunir tous les documens relatifs aux eaux minérales, a été ainsi amené à rassembler ceux qui se rapportent aux eaux minérales d'Uriage et qu'il publie dans cette brochure.

Les eaux d'Uriage ne sont connues que depuis 1822, mais il paraît qu'à une époque très-reculée elles ont dû avoir une certaine célébrité. C'est ce qu'on a reconnu en faisant, il y a quelques années, les fouilles nécessaires pour les constructions que l'on se proposait d'élever. Ces fouilles ont donné lieu à la découverte d'objets qui indiquent qu'Uriage possédait autrefois un vaste établissement de bains. Parmi ces découvertes il en est une qui a donné la certitude que ces eaux n'ont jamais été thermales; c'est celle d'un fourneau dans un état de conservation parfaite, placé sous une piscine; ce fourneau qui est le seul exemple de ce genre trouvé dans les restes des bains des anciens, démontre jusqu'à l'évidence que l'on faisait chauffer ces eaux. Des briques, des médailles et une foule d'autres objets trouvés dans les fouilles faites jusqu'ici, font rapporter l'établissement thermal au premier siècle de notre ère; et l'on n'a encore rien trouvé qui atteste son existence au delà du troisième siècle. Quant à l'histoire et aux traditions, elles sont complètement muettes sur ce point.

Il y a quelques années, les eaux d'Uriage ne consistaient qu'en quelques filets d'une eau hydro-sulfurée, appelée par les habitans du pays *les eaux salées* ou simplement par abréviation les *salés*. Cette eau était réunie dans une petite mare, à l'ombre de gros châtaignes qui croissent sur les ruines de l'ancien établissement. C'est là que se rendaient de temps immémorial les habitans des communes voisines qui, en grand nombre, faisaient pendant trois jours, un usage immodéré de ces eaux, qu'ils prenaient pour se purger. Souvent de funestes accidens résultaient de l'aveugle emploi d'un médicament doué d'activité.

En 1822, l'attention de l'administration ayant été appelée sur ces eaux par M. le docteur Billerey, qui en est aujourd'hui médecin inspecteur, des fouilles furent faites, des expériences tentées publiquement sur des malades extraits des hôpitaux de Grenoble et de Saint-Robert, ou envoyés par les communes du département; ces expériences eurent les plus heureux résultats, et, depuis lors, l'établissement a pris une rapide extension. En 1825, il n'avait reçu que 262 baigneurs; on en a compté 780 en 1834. L'hôtel et le bâtiment des bains sont commodément distribués et pourvus de tout ce qui est utile dans les établissemens de ce genre. M. Chevalier dit que toutes les dépenses pour une saison (21 jours), peuvent varier de 163 à 188 frs., et quelles sont encore moindres pour les personnes qui prennent leur logement dans les petites auberges qui sont bâties et qui se bâtissent journellement à quelques pas de l'établissement.

Les sources sont au nombre de deux: l'une fournit de l'eau hydrosulfurée, l'autre donne de l'eau chargée de carbonate de fer. La première fournit 1700 hectolitres d'eau en 24 heures, et sa température n'étant que de 22 à 25° centigrades, on est forcé de la faire chauffer.

L'eau d'Uriage a été analysée par M. Berthier; voici les résultats qu'il a obtenus pour un kilogramme d'eau.

1° Hydrochlorate de soude cristallisé	5,507
2° Sulfate de soude.	2,177
3° Sulfate de chaux, en partie anhydre et en partie cristallisé.	0,887
4° Sulfate de magnésie cristallisé.	0,668
5° Carbonate calcaire	0,118
6° Hydrosulfate de chaux et de magnésie.	0,108
7° Carbonate de magnésie.	0,010
	7,475

L'efficacité de ces eaux a été constatée dans le traitement des maladies cutanées chroniques, des ulcères atoniques de la peau, des tumeurs lymphatiques, des affections nerveuses et des inflammations muqueuses. Mais le travail de M. Chevalier sur ce point, qu'il n'a pas dépendu de lui d'éclairer, est incomplet, tandis que sous tous les autres points de vue il laisse peu à désirer.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

PARIS. — IMPRIMERIE ÉVERAT ET COMPAGNIE, RUE DU CADRAN, N° 16.

N° 25 (TOME IV. — 1836.) SAMEDI 18 JUIN 1836.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La Gazette médicale de Paris (*Gazette de santé* et *Clinique des hôpitaux* réunies) parait tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et équivaut à 6 feuilles in-8°. Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois. Pour l'Étranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Poissonnière*, n° 5, et dans les Departemens, chez tous les Directeurs des postes. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

AVIS A MM. LES SOUSCRIPTEURS.

MM. les souscripteurs dont l'abonnement expire à la fin de ce mois, sont invités à le renouveler prochainement s'ils ne veulent pas éprouver d'interruption dans l'envoi du journal. Pour ne pas décompléter les collections, aucun numéro ne sera envoyé aux personnes qui n'auraient pas donné avis de leur renouvellement avant le premier juillet. On s'abonne dans les départemens chez tous les directeurs des postes et des messageries. La quittance d'abonnement sera présentée au domicile de MM. les Souscripteurs de Paris.

SOMMAIRE.

CHIRURGIE PRATIQUE.

DES VERRUES DE L'INTESTIN RECTUM; par le docteur ROGNETTA.

Les polypes de l'intestin rectum, ses végétations vénériennes et les excroissances cancéreuses intra-rectales, forment trois maladies de l'organe défécateur très-distinctes entre elles, et que tous les praticiens connaissent. Je crois en avoir observé une quatrième dans ce même organe, qui n'a point encore été décrite, que je sache, et dont la forme, la nature et la marche me paraissent absolument semblables à celles de certaines tumeurs de la peau des mains, de la face, du prépuce, des grandes lèvres, etc., qu'on appelle *verrues* ou *poireaux*.

Cette maladie n'avait peut-être échappé à l'investigation des observateurs que parce qu'elle avait été très-probablement confondue jusqu'à ce jour avec les trois autres affections que je viens de nommer. Sa connaissance précise, cependant, me paraît de la plus haute importance pour le pronostic et le traitement à établir dans chacune de ces quatre maladies. Je vais d'abord donner une idée exacte du mal qui forme l'objet de cette note; puis j'indiquerai, par un examen comparatif et raisonné, les points qui le différentient essentiellement des trois autres.

Obs. I. — Le 10 août 1833, une jeune fille, âgée de 23 ans, graveuse de profession, de constitution lymphatique et habituellement bien portante, fut reçue à l'Hôtel-Dieu, salle St-Jean, pour être traitée d'une très-petite tumeur de l'intestin rectum qui sortait à chaque garderobe et qui l'incommodait singulièrement. Il est bon de dire d'abord que six mois auparavant, cette jeune personne avait été opérée et guérie d'une fissure à l'anus par Dupuytren.

La tumeur en question ayant donc été constatée à l'aide du toucher, elle fut excisée à l'aide de ciseaux courbes portés sur le doigt. Cette tumeur qui était implantée par un pédicule étroit à quelques pouces de l'anus et sur l'un des côtés latéraux de l'intestin, avait exactement le volume, la figure et la consistance d'un téton de mamelle d'homme. Divisée en deux avec un histouri, sa substance parut

---

Feuilleton.

LETTRE MEDICALE SUR PARIS.

Mon cher confrère,

Les feuilles publiques vous ont peut-être déjà fait connaître le résultat du procès intenté au rédacteur de la Gazette médicale. Ce procès, nous l'avons perdu d'abord en première instance, et ensuite en Cour royale, de manière qu'à moins de recourir en cassation, ce que nous nous garderons bien de faire, nous restons bien et duement condamné pour avoir, dit l'arrêt, diffamé et injurié M. H. d'Angers. Vous connaissez trop bien l'origine, la nature et les détails des faits de la cause, pour qu'il soit nécessaire de vous les rappeler. D'ailleurs il y aurait peut-être quelque danger à revenir sur tout cela : notre adversaire pourrait s'en formaliser et nous faire un second procès qu'il gagnerait aussi facilement que le premier, car il est des matières et des personnes dont il paraît impossible de parler convenablement sans se brouiller avec la loi. Nous en avons fait une rude expérience, et nous ne retomberons pas dans la même faute. Le seul but de cette lettre est de vous bien faire comprendre la portée et les vrais motifs du jugement prononcé contre nous, jugement dont on ne manquera pas d'user et d'abuser à notre détriment. Il nous importe que le public médical sache bien que notre honneur, comme homme et comme médecin, est demeuré intact, et que si notre adversaire a pu, avec son papier timbré, nous faire payer, il n'était pas heureusement en son pouvoir de nous causer aucun préjudice moral dans l'opinion. Nous mettrons dans les mains de son huissier l'indemnité légale qui lui revient, et nous conserverons, nous, l'indemnité morale que ni huissiers, ni procureurs du roi, ni articles de loi ne sauraient nous ravir.

La Cour royale a confirmé purement et simplement le jugement rendu par le tribunal de première instance, et par les mêmes motifs. Ces motifs, examinés dans leurs chefs principaux, sont établis sur les articles 13 et 20 de la loi du 17 mai et l'article 20 de la loi du 26 mai 1819, lesquels portent en substance : 1° que toute imputation ou allégation d'un fait qui porte atteinte à la réputation ou à l'honneur d'un individu, est une diffamation. 2° que nul ne peut être admis à prouver la vérité des faits diffamatoires à lui imputés. Ces prémisses admises, nous ne pouvons nier que le jugement ne soit parfaitement logique et légal; il est certain,

blanche, épaisse et consistante comme celle du col de la matrice à l'état normal, ou plutôt comme celles de certaines verrues. Ainsi que cela s'observe dans les véritables poireaux, cette tumeur était aussi couverte d'une sorte d'enveloppe épidermique (1). L'opération fut suivie d'un petit écoulement de sang, de douleurs intra-rectales pendant quelques jours; mais enfin la malade guérit et sortit bientôt bien portante de l'hôpital.

Trois ou quatre mois plus tard, cette jeune fille rentra dans la même salle, accusant une reproduction de la même tumeur, avec plus de gêne que la première fois. On en fit l'excision pour la seconde fois, à l'aide d'érignes et de ciseaux courbes; l'opération fut plus difficile, car le sphincter était spasmodiquement et douloureusement resserré, et la tumeur n'avait qu'exactement le volume et la forme d'un petit pois; sa texture était précisément la même que celle de la première opération (2). Après cette excision, douleurs très-vives, tantôt lancinantes, tantôt d'une autre nature, qui persistent pendant plusieurs jours, surtout pendant les garderobes; petites hémorrhagies passagères. Ces symptômes se dissipent peu à peu, et vers le quinzième jour la malade semble guérie. Elle était sur le point de quitter l'hôpital, lorsqu'elle s'aperçut de l'existence d'une troisième tumeur semblable aux précédentes : celle-ci paraissait avoir pour siége un autre endroit de la muqueuse rectale. Troisième excision; mêmes douleurs, même guérison. Sortie de la malade de l'hôpital.

A peine un mois s'était-il passé depuis cette guérison, que la jeune malade rentra pour la troisième fois à l'Hôtel-Dieu, à cause d'une quatrième reproduction de la tumeur. Dupuytren étant alors en Italie, M. Breschet d'abord, ensuite M. Sanson, puis enfin M. Breschet de nouveau, excisèrent tour à tour, deux ou trois fois chacun, les tumeurs *verruqueuses* rectales de cette fille, car il y en avait maintenant plusieurs. Ces petites tumeurs semblaient se multiplier à mesure qu'on les enlevait : le *speculum ani* fut appliqué un grand nombre de fois, et la malade éprouvait continuellement de vives douleurs pendant et après chacune de ces opérations. Les bains de siége, le repos au lit, les lavemens émolliens et opiacés calmaient cependant assez bien les souffrances. Ces souffrances étaient exaspérées par l'acte de la défécation, mais la malade semblait les exagérer. Du reste, le calibre de l'intestin n'était pas rétréci, sa texture semblait saine, et la santé générale était bonne. Après avoir, dans l'espace de dix mois, vu opérer cette jeune personne dix ou douze fois de la maladie que je viens de décrire, je l'ai perdue de vue et j'ignore ce que son mal sera devenu par la suite. Son état, cependant, n'offrait rien d'inquiétant lorsque j'ai cessé de la voir.

Tel est le fait qui a donné occasion à cet article : examinons-le dans tous ses détails, et voyons si nous aurons eu raison d'en faire une maladie à part. Disons en attendant, par anticipation, 1° que Dupuytren a considéré les tumeurs en question comme étant d'une nature *sui generis*, différente de celle de trois autres maladies citées dans le commencement de cette notice; 2° qu'un avocat de Paris, opéré par lui il y a plusieurs années d'une affection de cette espèce, en guérit parfaitement et radicalement.

La maladie dont nous venons de rapporter l'histoire pourrait être prise pour une affection vénérienne ou bien pour un mal de nature squirrheuse ou cancéreuse, ou bien enfin pour une excroissance polypeuse de la muqueuse du rectum.

A. *Syphilitique*. Ce n'était pas une affection vénérienne, car, outre que les antécédens très-honorables de cette jeune personne éloignaient tout soupçon pareil, l'inspection faite dans ce but des organes sexuels et de l'anus écartait toute idée de ce genre. D'ailleurs l'*experimentum crucis* (les mèches enduites de pommade mercurielle) n'a donné sur elle qu'une réponse négative à cet égard. Ajoutons que la forme du mal n'avait rien de syphilitique; l'absence de toute espèce d'écoulement confirmait cette idée. On sait d'autre part que les végétations syphilitiques, lorsqu'elles existent dans l'intérieur du rectum, ce qui est très-rare (ces excroissances se présentant plutôt à la marge de l'anus), sont toujours accompagnées d'un rétrécissement de cet intestin; elles sont ordinairement en grand nombre, et se présentent comme de petits fongus fendillés et mollasses, donnant du sang au moindre attouchement, et laissant habituellement écouler une sanie sanguinolente très-fétide. Rien de semblable n'existait chez la malade en question : bien que sa tumeur, de solitaire qu'elle était, devînt bientôt multiple par le fait de l'excision; ceci s'accorde très-bien avec les excroissances *verruqueuses* de la peau. Ni Dupuytren, ni MM. Breschet et Sanson n'ont jugé de nature syphilitique le mal de cette jeune fille.

B. *Squirrheuse ou cancéreuse*. Cette idée serait plus facilement admise par beaucoup de personnes dans le cas dont il s'agit : ce qui les déterminerait serait : 1° la récidive opiniâtre du mal; 2° les douleurs lancinantes qui l'accompagnaient; 3° la nature du tissu blanc et serré de la tumeur. Je rejette entièrement cette opinion, et voici sur quoi je me fonde.

La récidive est commune à beaucoup de maladies chirurgicales; mais celle qui appartient au cancer a ceci de particulier, c'est que le mal récidivé fait bientôt des progrès très-rapides, prend un aspect malin *sui generis*, et précipite le malade au tombeau. Rien de pareil n'a été observé chez la malade dont il s'agit : à la deuxième récidive chez elle, le mal affectait les mêmes caractères qu'après la première, et la santé générale ne paraissait pas en souffrir notablement. Toutes les souffrances de la malade provenaient de la rectite intense que la présence des tumeurs et la répétition des explorations au speculum et des opérations pratiquées dans ce même intestin déterminaient continuellement. Ne voit-on pas d'ailleurs les verrues de la surface du corps se reproduire constamment, et un grand nombre de fois, après leur excision incomplète? Cette circonstance viendrait à l'appui de l'opinion que je soutiens ici; car, à chaque reproduction, la tumeur ou les tumeurs enlevées du rectum présentaient constamment les mêmes caractères anatomiques des verrues, sans aucune marque de dégénérescence. Je ne dis pas pour cela que le mal de cette jeune personne n'aurait pu, par la suite, dégénérer en cancer; car quelle est la tumeur solide qui ne soit pas susceptible de cette dégénérescence?

Les verrues de la peau, tumeurs innocentes le plus ordinairement, ont plusieurs fois été changées en cancers, surtout lorsqu'elles ont été irritées pendant long-temps. Mais on ne dit pas pour cela que toute verrue soit née pour devenir un cancer. Boyer eut la bonté de me faire voir une malade qu'il avait soignée d'une brûlure sur le dos de la main, entre le pouce et l'indicateur; après onze ans de cet accident, la femme se présentait à lui ayant une tumeur cancéreuse de forme plate au-dessous de la cicatrice de la brûlure; la cicatrice, qui n'était pas encore rompue, offrait une couleur bleuâtre et était soulevée par le cancer. Dira-t-on pour cela que la cicatrice d'une brûlure soit un germe de cancer? J'ai observé deux fois le cancer au rectum chez des jeunes filles de dix-huit à vingt ans, et je puis dire que je n'ai rien trouvé d'analogue

(1) M'étant autrefois occupé de recherches microscopiques sur la texture intime des verrues et de plusieurs autres tubercules de la peau, je puis assurer l'exactitude de cette dernière comparaison.

(2) Cette récidive, non plus que les douleurs que la malade y éprouve, n'indiquent pas d'une manière équivoque que le mal soit de nature cancéreuse, ainsi que quelques personnes pourraient le penser. Nous développerons plus loin cette proposition.

d'une part, que les faits allégués par nous, étaient de nature à porter atteinte à la réputation médicale de notre adversaire, et il ne l'est pas moins qu'on a dû, de droit, nous refuser les moyens d'en prouver la vérité en justice; notre condamnation était donc à peu près inévitable dans le sens strictement littéral de la loi. Notre seul tort a été de croire que les circonstances de temps, de position, de personnes pouvaient faire modifier l'application de ces articles. Nous croyions, par exemple, que dans l'espèce, pour parler la langue du palais, le tribunal voudrait bien considérer que pour apprécier la valeur d'un procédé thérapeutique sur telle ou telle maladie déterminée, il s'agit d'abord de s'assurer si la maladie existe ou n'existe pas, et que nous avons dû nécessairement faire cette recherche indispensable pour apprécier les vertus de la ceinture de M. Hossard sur les colonnes vertébrales déviées. Cette recherche était d'un grand intérêt pour la science et surtout pour nous qui nous occupant, par état, du traitement de ces sortes de maladies, étions bien aises de nous éclairer sur ce point. Nous avions cru découvrir que les maladies réputées si promptement guéries, n'existaient pas, ce qui expliquait, selon nous, la rapidité d'action des remèdes; mais, par malheur, nier ces maladies, c'était accuser notre adversaire de mensonge, et par conséquent le diffamer. D'après la définition de la loi, il n'y a pas eu moyen de sortir de ce défilé. Toutes les fois que nous avons voulu entrer dans les détails scientifiques, on nous a retiré la parole.

Remarquez, s'il vous plaît, qu'on ne nous a pas condamné pour avoir allégué des faits faux, mais bien pour avoir allégué les faits mêmes. Ce n'est pas la vérité des faits que conteste M. le procureur du roi, mais le droit de les raconter. Ils sont diffamatoires, c'est-à-dire, ils portent atteinte à la considération orthopédique de M. Hossard. Cela suffit. Leur réalité non-seulement ne fait rien à l'affaire, mais elle n'est pas même mise en question. Telle est la loi qui est parfaitement précise et saine, mais qu'on nous excusera, sans doute, de ne pas trouver tout-à-fait équitable dans notre cas; car, encore une fois, c'est avant tout d'une question scientifique qu'il s'agissait. Nous avions cru, bien à tort, comme l'événement l'a prouvé, qu'il nous était permis de dire aussi notre opinion sur un mode de traitement orthopédique, discuté publiquement à l'Académie de médecine, et d'aller dans cette recherche aussi loin que l'exigerait l'intérêt de la vérité. L'Académie nous a su gré de nos explications, le corps médical tout entier, sauf deux ou trois exceptions, nous a encouragé et appuyé dans une discussion où la dignité de notre profession était engagée; mais le tribunal a mis de côté et la question scientifique et la position des parties, et a donné gain de cause à celle des deux qui avait été le plus maltraitée dans la controverse.

Ce jugement qui dans un débat établi sur des faits de médecine entre un médecin et un homme qui n'est pas médecin, condamne le premier, ne sera pas sans influence sur les mœurs de notre profession. Il est maintenant prouvé, par arrêt, que tout médecin qui voudra scruter la sincérité des faits et expériences présentées à l'appui d'une méthode thérapeutique quelconque, et s'opposer à certains empiètemens, sera exposé à un procès en diffamation. Qui désormais aura assez de courage pour entreprendre une lutte pareille? Jamais pourtant les abus en ce genre n'ont été aussi crians qu'ils le sont aujourd'hui. Mais les résistances individuelles sont impuissantes : elles échoueront presque toujours. Le corps médical seul pourrait résister avec efficacité et protéger l'honneur de ses membres, mais il lui manque une organisation appropriée à ce but. Nous espérons encore que dans la

chez la malade en question. D'ailleurs, en méditant les symptômes et la marche des deux formes ordinaires du cancer du rectum (savoir l'épaississement circulaire et lardacé avec resserrement de l'intestin, et les végétations fongueuses de la muqueuse), on ne trouve aucune ressemblance avec le cas dont il s'agit. Quant aux douleurs lancinantes que cette personne éprouvait après chaque opération, soit exploratrice, soit sanglante, elles ne prouvent pas plus la nature cancéreuse du mal. La plupart des lésions traumatiques du rectum produisent cet effet. Les personnes qui ont une fissure à l'anus accusent souvent aussi les mêmes souffrances. Les rectites produisent également des douleurs lancinantes dans la partie malade; c'est là, je crois, la cause de ce symptôme chez la patiente en question. Un homme se présenta à la consultation de Boyer, accusant des douleurs lancinantes dans le rectum : ce célèbre chirurgien m'ayant permis de toucher le malade, j'y sentis une tumeur douloureuse à la hauteur de deux à trois pouces; je pris le mal pour un cancer; c'était cependant un simple abcès chronique qui s'ouvrit plus tard. Les douleurs lancinantes du rectum ne sont donc pas exclusives aux cancers de cet intestin. Enfin la nature du tissu blanc et serré de la tumeur de notre malade aurait pu en imposer pour un squirrhe ou cancer. Il est vrai qu'à la simple inspection d'une petite tumeur à tissu blanc et serré, on ne peut pas décider d'une manière absolue que le mal n'aurait pas dégénéré en cancer par la suite; mais je ferai remarquer que la ressemblance anatomique parfaite que j'ai pu découvrir dans les tumeurs rectales dont il s'agit avec les verrues ou poireaux de la peau, écarte absolument de mon esprit l'idée d'un véritable squirrhe ou cancer, du moins pour l'époque où j'ai pu suivre la malade et sa maladie.

C. *Excroissances polypeuses.* Les polypes de l'intestin rectum diffèrent tellement des petites tumeurs ci-dessus décrites, que je n'ai pas besoin d'insister longuement sur ce point. Le volume ordinaire, le tissu, les symptômes et la marche de chacune de ces maladies indiquent assez leur nature diverse.

D'après ces considérations, il me semble donc qu'on peut admettre une différence bien marquée entre les trois affections sus-mentionnées et celles dont nous venons de tracer l'histoire. La ressemblance parfaite de cette maladie avec les verrues ou poireaux de la surface externe de certaines régions du corps nous autorise assez, pensons nous, à lui donner le même nom que ces dernières.

On conçoit bien de quelle importance il doit être pour le pronostic et pour la thérapeutique des maladies organiques de l'intestin rectum de distinguer entre elles les quatre affections dont nous venons de parler. Ce qui peut convenir à l'une peut être nuisible à l'autre. Revenons maintenant au diagnostic pratique des verrues de l'organe de la défécation.

Le toucher chirurgical joint aux circonstances commémoratives doit faire très-bien distinguer la maladie en question des trois autres avec lesquelles elle pourrait être confondue. Dans le cas de verrue rectale, en effet, vous sentez une petite tumeur pédiculée, mobile, d'un tissu assez ferme et élastique, sans écoulement ni rétrécissement organique de l'intestin; donnant la sensation d'un téton de mamelle d'homme qu'on toucherait avec le bout du doigt. D'autres tumeurs semblables existent en même temps aussi quelquefois dans d'autres parties du corps; la jeune malade en question m'a dit en avoir aussi depuis l'enfance sur les grandes lèvres et à l'entrée du vagin, où elles ne l'incommodent nullement : les selles sont libres quoique douloureuses à cause du resserrement spasmodique du sphincter de l'anus; la santé générale est bonne; circonstance qui ne se rencontre pas ordinairement dans les autres maladies organiques et spontanées de l'intestin défécateur. Rappelons-nous en attendant qu'il y a des verrues plates, peu élevées et à base large; qu'il y en a de grêles, petites et pédiculées comme une petite poire; que les unes sont lisses et unies au toucher, tandis que d'autres sont pleines d'aspérités, fendillées et chagrinées à leur surface; que celles-ci sont dures, incompressibles ou élastiques, tandis que celles-là sont molles et cèdent à la compression. Il faut tenir compte de toutes ces variétés des verrues externes lorsqu'on observe les poireaux internes de l'intestin rectum. Il faut se rappeler aussi que toutes les verrues de la peau ont des racines très-profondes dans le tissu du derme. J'en ai plusieurs fois observé sur le prépuce, à la base de la verge et sur les grandes lèvres aussi.

Quelles sont les causes des verrues du rectum? C'est ce que nous ignorons complètement. Sait-on d'ailleurs à quel principe morbide se rattachent les poireaux de la surface externe du corps? Tout ce que nous pouvons dire à cet égard, c'est 1° que les verrues ne se montrent que dans l'enfance et pendant la première jeunesse; 2° que quelques-unes d'entre elles tombent ou disparaissent quelque fois d'elles-mêmes à une certaine époque de la vie, tandis que d'autres durent pendant toute la vie de l'individu en subissant quelques changemens en volume ou en consistance; 3° qu'il est probable que les verrues du rectum ne se comportent pas autrement que les poireaux de la surface externe de la peau. Ajoutons, à propos de la profession de graveuse à laquelle notre malade était destinée, que son cas confirmerait cette triste vérité, qui veut que les personnes sédentaires soient, *cœteris paribus*, plus exposées aux maladies du rectum que les autres.

Traitement. Partant des idées que nous venons d'émettre à l'égard de l'affection verruqueuse du rectum, il est facile de prévoir que le traitement de ces tumeurs ne doit pas différer de beaucoup de celui des verrues de la surface externe de la peau; c'est-à-dire *qu'il n'y a rien du tout à faire tant que le mal n'incommode point.*

Mais lorsque la verrue ou les verrues intra-rectales produisent quelque incommodité, telle qu'un spasme continuel et douloureux de l'anus (ténesme), un sentiment de poids au fondement, des douleurs lorsqu'on va à la garderobe, etc., il faut alors attaquer la tumeur par les moyens chirurgicaux. *Extirper le mal et en prévenir le retour*, voilà les indications principales qu'on doit se proposer en opérant les verrues intra-rectales.

Il serait, à mon avis, convenable de préparer chirurgicalement la sensibilité et l'ampleur de l'organe dans lequel on doit agir. A cet effet, il faudrait commencer par introduire dans le rectum des mèches successivement plus grosses, enduites de pommade d'extrait de belladone. Ce moyen pourrait, il est vrai, affaisser la petite tumeur en la comprimant, et la rendre moins accessible aux instrumens chirurgicaux; mais il pourrait aussi en même temps procurer l'avantage d'épargner l'opération sanglante au malade. On sait quels effets avantageux on obtient souvent avec la compression méthodique contre certaines tumeurs. Pourquoi les verrues du rectum ne guériraient-elles pas par le seul usage de ce moyen? J'insiste d'autant plus sur l'usage des mèches compres-

---

loi sur la médecine, depuis si long-temps promise et ajournée, ou réalisera quelque institution capable de satisfaire à ce besoin.

Jusqu'ici nous ne vous avons parlé que d'un des chefs d'accusation, la diffamation, et vous voyez ce qu'il faut entendre par ce mot, dans le sens de la loi, et quelle est la vraie nature de notre délit. Vous conviendrez que tout en respectant la chose jugée, comme il convient de le faire, le poids moral d'une pareille condamnation est facile à porter, et que nous pouvons avec confiance en appeler des rigueurs de la loi à la conscience de tous nos confrères.

Mais, outre la diffamation, il y a eu aussi injure dans notre fait; et, d'après la définition de la loi, il paraît que véritablement nous n'étions pas moins coupables sur ce second chef que sur le premier. Nous nous sommes servis, en effet, de plusieurs expressions qui pourraient raisonnablement être qualifiées d'injurieuses dans le sens légal : notre seule excuse était que nous ne les avions pas inventées, que nous les avions trouvées dans la bouche des plus honorables membres de l'Académie de médecine. Mais le tribunal n'a pas admis cette explication. Le fait seul de publier les débats de l'Académie de médecine, bien qu'ils soient publics, comme vous le savez, a été réputé diffamatoire et injurieux, parce que quelqu'un s'y trouvait injurié et diffamé. Pour ne pas nous trouver en faute, nous devions élaguer avec soin de notre compte-rendu tout ce qui pouvait être désagréable aux gens, parce que ces choses fort innocentes tant qu'elles ne sont dites qu'en présence de deux cents personnes, deviennent coupables dès qu'elles sont écrites dans un Journal. Désormais nous n'y manquerons pas, nous voilà bien avertis.

Quelques personnes ont regretté, dans notre intérêt, que les deux derniers rapports faits à l'Académie sur un *mémoire* où les caractères distinctifs des difformités réelles et des difformités factices ou simulées, sont démontrés par les faits, n'aient pas été approuvés plus tôt par l'Académie. Les conclusions de ces rapports adoptées à la presqu'unanimité des voix, confirmant de tout point la vérité des assertions qui nous ont attiré le procès, on a pensé qu'une approbation authentique de l'Académie aurait pu influer, en notre faveur, sur l'esprit des juges. Ces personnes se trompent par la raison que nous n'aurions pas même été admis à invoquer l'opinion de l'Académie. L'Académie, nous aurait-on dit, n'a rien à faire ici; elle constate la réalité des faits allégués par vous, soit; mais il ne s'agit pas ici de savoir si les faits sont vrais ou faux, mais s'ils sont diffamatoires; car c'est là toute la question de droit dans la cause. Or, il est évident qu'ils ont ce caractère, d'après les définitions légales, donc vous ne pouvez être admis à les prouver. Il y a plus, c'est qu'en supposant, par hypothèse, que les faits soient prouvés, vous êtes bien plus coupable encore de les divulguer que s'ils étaient faux, puisque le dommage est certainement, dans ce cas, plus grave pour le plaignant, que dans le cas contraire. Vous voyez donc que les décisions académiques sur les points incriminés ne pouvaient guère nous servir auprès des tribunaux qui jugent d'après la lettre de la loi. Devant des jurés qui puisent leurs motifs de conviction partout, ce moyen eût été, sans doute, victorieux, mais nous n'étions pas en présence d'un jury mais d'un tribunal. Ce qu'il y de plus curieux encore, c'est que tout en nous refusant le droit d'invoquer, pour nous défendre, l'autorité de l'Académie, et même de rendre compte de ses discussions, l'accusation s'en servait pour nous attaquer. Elle a mis en avant les rapports ambigus de MM. Bricheteau et P. Dubois, et en a fait ressortir les expressions plus ou moins favorables à la partie plaignante, de manière que tout ce qui a été dit en bien ou en mal dans le sein de l'Académie

sives, que je voudrais qu'on évitât autant que possible certaines opérations sanglantes dans le rectum. Si le malade éprouvait en même temps les symptômes de la fissure à l'anus, il faudrait commencer par inciser le sphincter et introduire toujours des mèches dilatantes. Plus tard, l'opération paraissant indispensable, on enlèvera la tumeur soit en l'excisant, soit en la liant, et l'on cautérisera fortement l'endroit de son pédicule.

On fera prendre un lavement au malade au moment même de l'opérer; on l'obligera à le rendre sur-le-champ en s'efforçant, pour faire sortir la petite tumeur; on saisira celle-ci soit avec des érignes, soit avec une anse de fil passée à l'aide d'une aiguille à travers la substance de la tumeur si elle sort en dehors, et on l'excisera le plus profondément possible avec de gros ciseaux courbes sur le plat; autrement on se servira d'un *speculum ani*, ou bien l'on conduira les ciseaux sur le pédicule de la tumeur, à l'aide du doigt indicateur, ainsi que nous l'avons vu dans l'observation ci-dessus. Quant à la ligature, je dois dire que si la tumeur ne sort pas au dehors, elle me paraît tout-à-fait impraticable dans le cas dont il s'agit. Il est à peine nécessaire d'ajouter que si le poireau intra-rectal n'était pas solitaire, il faudrait répéter la même opération autant de fois qu'il y aurait de tumeurs, et les enlever soit en une seule séance, soit en plusieurs.

Lorsque la tumeur ne sort pas au dehors, cette opération est très-difficile à exécuter à cause de l'étroitesse du lieu où l'on opère. De là vient que la tumeur n'étant presque jamais excisée aussi complètement qu'il le faudrait, elle se reproduit presque constamment. Ce serait donc rendre un véritable service à l'art dans ces cas, que de trouver des moyens pour produire un *prolapsus artificiel* du rectum; on aurait alors la tumeur à découvert, et notre opération serait plus efficace, car non-seulement le mal serait enlevé en totalité, mais aussi on pourrait en prévenir la récidive à l'aide de cautérisations méthodiquement dirigées. La chute de l'intestin serait facilement guérissable après; mais *hoc opus, hic labor est!*

Après l'excision de la tumeur, du sang s'écoule ordinairement en plus ou moins grande quantité dans l'intestin: il faut surveiller le malade, ne pas s'opposer d'abord à l'issue de deux palettes de sang environ, donner ensuite des lavemens d'eau froide dans le double but de faire évacuer les caillots amassés dans l'intestin et de produire une rétraction sur les vaisseaux saignans. Ces lavemens pourront être aiguisés avec un peu de vinaigre ou de teinture aqueuse de tannin. On tamponnerait au besoin à la manière de J.-L. Petit.

Il faut s'attendre à des repullulations du mal après son enlèvement, par les raisons que nous avons déjà avancées. Ceci n'étonnera personne, lorsqu'on songe que les verrues des mains, par exemple, récidivent aussi un grand nombre de fois après leur excision; mais celles-ci finissent presque toujours par disparaître après un certain nombre de reproductions.

Nous l'avons déjà dit, lorsque la verrue n'a pas été enlevée avec toute la base des parties où elle siége, l'art n'offre d'autre ressource que la cautérisation répétée méthodiquement un grand nombre de fois, pour s'opposer à la récidive de la maladie. Ce moyen finit par déraciner le mal, surtout lorsque la suppuration locale a été entretenue avec constance pendant longtemps. Dans un cas où une verrue sur le doigt s'était, pendant huit ans, montrée opiniâtre à l'action des caustiques les plus énergiques, et même à celle du cautère actuel, on l'a fait disparaître en y entretenant pendant très-long-temps un travail suppuratoire au moyen d'un emplâtre de cantharides (1). Mais ce dernier remède serait inapplicable dans le cas dont il s'agit. Tout ce qu'on peut faire dans le rectum, c'est de cautériser l'endroit du pédicule de la tumeur à l'aide du nitrate d'argent avec le spéculum bivalve, et dirigé avec toutes les précautions qu'inspirent les connaissances anatomiques et physiologiques de ces parties. Je crois que si la petite tumeur n'était pas très-haut placée, on pourrait peut-être l'enlever convenablement en fendant la partie inférieure du rectum comme dans les cas de fistule à l'anus, et comprendre la verrue dans l'excision d'un des bords de cette plaie. Mais si la tumeur était multiple, la chose serait fort embarrassante, même pour le praticien le plus consommé. Il ne faut pourtant pas oublier que le mal peut dégénérer plus tard. J'avoue que dans des cas de poireaux multipliés de petit volume dans le rectum, je me contenterais plutôt de l'usage habituel des mèches ou des *canules compressives*, comme moyen palliatif, que d'aller avec des instrumens tranchans pour essayer leur ébarbement et provoquer des irritations dangereuses.

Les irritations traumatiques de l'intestin-rectum ont souvent des suites fâcheuses par cela même, dit M. Broussais (*De l'irritation et de la folie*), qu'elles marchent de bas en haut ou en sens inverse du cours naturel des canaux muqueux. Aussi je voudrais que, dans les cas où l'opération paraîtrait impraticable, l'on habituât par degrés la muqueuse rectale à la présence d'une mèche ou d'un tube compressif en caoutchouc, ainsi qu'on le fait généralement à Londres pour prévenir les constipations et les resserremens de l'organe défécateur.

PHYSIQUE MÉDICALE.

NOUVELLES VENTOUSES A POMPE ET A CALORIQUE SIMPLIFIÉES; SANGSUES ARTIFICIELLES; par M. ALLIOT, médecin à Montagny (2).

Depuis long-temps on a cherché à perfectionner les moyens d'accomplir les déplétions capillaires. La sangsue s'obtient avec peine dans quelques contrées, se paie cher, et passe vite; presque toujours engourdie durant la saison d'hiver, elle lasse la patience du malade et de ceux qui lui consacrent leurs veilles; elle refuse de prendre sur les tégumens de quelques personnes ou sur certaines parties de leur corps, ou lorsqu'elle est épuisée par de fréquentes applications; on trouve des individus qui ne peuvent vaincre l'espèce d'horreur qu'elle leur inspire; elle a le désavantage de salir beaucoup le linge; et on ne peut apprécier que rarement la quantité de sang que ses piqûres ont donnée. Et cependant elle rend à l'art des services que l'on demanderait en

(1) GAZETTE MÉDICALE de Paris, 1834, n° 25, p. 393.

(2) Cet article nous a été envoyé il y a déjà quelque temps: le rédacteur qui a rendu compte, dans le dernier numéro, des moyens analogues de M. Lafargue, ne connaissait pas l'intéressante communication de M. Alliot.

---

sur le compte de notre adversaire, a servi d'arme contre nous; le bien, parceque c'était un témoignage honorable en sa faveur; le mal, parceque nous ne pouvion en parler sans aggraver notre délit, ou plutôt sans commettre immédiatement les dit délit, qui résulte du fait seul de cette mention dans nos colonnes. Ainsi, nous le répétons, l'opinion de l'Académie et des académiciens était d'autant plus dangereuse pour nous qu'elle était plus contraire à M. Hossard; nous n'avions donc aucune raison de regretter le retard apporté dans les délibérations académiques.

En voilà assez sur ce procès qui est terminé. Maintenant il s'en instruit un autre bien autrement important pour nous, non pardevant les cours et tribunaux, mais pardevant le public scientifique et l'Académie de médecine. Celui-ci, nous le gagnerons très-probablement, parce qu'aucun article de loi ne nous empêche de parler. L'Académie de médecine nous a admis à prouver que les difformités de l'épine produites par une véritable altération pathologique, offrent constamment un ensemble de caractères tout différent de ceux que présentent les difformités simulées, et qu'il est facile de reconnaître soit sur les sujets, soit sur les plâtres moulés sur les sujets, la nature, la cause et l'origine de la déviation. L'Académie ne s'est pas demandé, avant de nous entendre, si, en appliquant nos principes à l'appréciation de telle ou telle déviation, il en résulterait telle ou telle conviction sur la nature de cette déviation. Elle a voulu seulement constater une vérité médicale de la plus haute importance, sans s'inquiéter si cette découverte renverserait certaines théories, infirmerait certains prétendus faits, déconsidérerait certaines réputations, démasquerait certaines manœuvres. Neuf membres sur onze d'une commission composée des hommes les plus spéciaux en anatomie, ont adopté complètement nos idées, et l'oppposition des deux membres dissidens ne porte guère que sur des points relativement secondaires. L'Académie ne se laissera certainement pas détourner de la question scientifique, pour plaire ou pour ne pas plaire à qui que ce soit, et sur ce point nos preuves sont si nombreuses et si démonstratives, qu'il est impossible de ne pas s'y rendre. Les oppositions ne nous manquent pas, mais loin de les craindre nous les provoquons, parce qu'elles ne sortent pas du terrain des faits anatomiques de la science; elles ne peuvent que faire éclater la solidité de nos argumens. Nous avons eu seulement quelque sujet de nous étonner de certaines communications de pièces faites à la commission et présentées, dit-on, comme un argument contre nos idées. Ces pièces, heureusement, loin d'infirmer nos déterminations, les confirment. Un ami n'aurait pu mieux les choisir. Mais c'est l'intention qui nous étonne et non l'erreur. Dans une question où il s'agit de se prononcer plus ou moins directement entre la probité scientifique d'un médecin et celle d'un homme qui ne l'est pas, nous pensons qu'aucun de nos confrères, en dehors de l'Académie, ne voudrait épouser activement la cause du dernier.

Nous aurons soin de vous tenir au courant de la suite de cette discussion, dont le terme ne peut être éloigné.

vain aux autres moyens connus d'émissions sanguines dans une foule de circonstances. La sangsue désemplit peu à peu, sans secousse, le réseau capillaire soumis à son action; de proche en proche le sang remplace le sang, la dérivation établie s'étend, se poursuit au loin, de nouvelles conditions d'équilibre se préparent dans l'économie au sein du système le plus riche et le plus important de ses vaisseaux. Ainsi le malade sent avec joie sa tête se décharger, dit-il, à mesure que des sangsues appliquées au bas de la colonne dorsale ou aux malléoles fonctionnent. En même temps que l'animal aspire, sa dent, constamment maintenue dans une plaie triangulaire qui s'ouvre largement de sa nature, y sollicite un surcroît d'exaltation organique, y appelle, y dirige sans cesse et doucement, c'est-à-dire irrésistiblement le mouvement des fluides, et fait de la blessure un centre d'excitation vers lequel l'influx qui anime la vie se dispose à se tourner bientôt de toutes parts. Aussi a-t-on vu, après l'usage de trop nombreuses sangsues, la santé flétrie pour long-temps, quoique moins de sang eût flué, peut-être, que dans une évacuation que la lancette eût provoquée sans aucune suite fâcheuse. La sangsue remplie et tombée, le sang coule long-temps encore, sous l'influence d'une telle stimulation quelquefois qu'il est difficile de lui opposer une barrière efficace, nu que même des hémorrhagies mortelles ont triomphé des efforts du zèle le plus actif et le plus fertile en expédiens. Jamais au contraire, après la ventouse, des hémorrhagies mortelles n'ont été observées, et le vase une fois ôté, le sang cesse ordinairement de couler. Dans un bon nombre de cas, cependant, l'opération brusque et violente de la ventouse est plus utile que la morsure de la sangsue pour rompre des mouvemens morbides qui menacent la vie, ou pour enchaîner la douleur; une soudaine perturbation est alors mieux à sa place. Deux sortes de ventouses sont livrées à la pratique de l'art, la ventouse à pompe et la ventouse à calorique. Celle-ci a entre autres inconvéniens celui de brûler la partie et d'occasioner des souffrances que j'ai vues se prolonger long-temps et même durer jusqu'à trois mois; certaines personnes la redoutent et se refusent à son application. La ventouse à pompe a communément sur elle d'incontestables avantages; mais son prix élevé fait qu'elle ne se trouve qu'entre les mains d'un très-petit nombre de praticiens, et que les autres ne pouvant l'employer et n'osant la remplacer par une ventouse à calorique, privent leurs malades d'une médication précieuse. Indiquer les moyens de faire soi-même ou de se procurer à bas prix une ventouse à pompe d'une efficacité supérieure, n'est donc point sans intérêt pour la science. On pourrait d'abord croire qu'en remplissant d'eau douce une ventouse de fer-blanc surmontée d'un petit tuyau de même métal, et qu'en adaptant à ce tuyau la canule d'une seringue, on produirait un vide presque parfait, et on créerait à peu de frais une ventouse à pompe d'un grand effet. Mais la canule d'une seringue exactement appliquée à un tel vaisseau rempli d'une manière complète, n'en extrairait pas une seule goutte d'eau; et l'on peut expérimenter qu'en opérant avec la bouche la plus forte succion sur une bouteille parfaitement pleine et fermée d'un bouchon percé d'un canal à son milieu, l'on essaierait en vain de séparer une goutte du liquide. Mais adaptez le tuyau de la ventouse en fer-blanc dont nous venons de parler à une bouteille de verre mince vide et dont l'air a été préalablement raréfié par le calorique, l'air se condensant rapidement dans cette bouteille par le refroidissement que vous lui ferez subir, aspirera l'air captif sous la cloche métallique, et représentera tous les effets d'une ventouse à pompe. On met en communication étroite le tuyau de la ventouse avec la bouteille, au moyen d'un bouchon de liége percé, et la cire d'Espagne cimente, s'il en est besoin, leurs intimes rapports. Si, au tube de la ventouse, vous ajustez l'extrémité du corps de pompe d'une seringue privée de son piston, et que dans ce corps de pompe vous jetiez des papiers ou des chiffons embrasés, vous effectuerez aussi un vide considérable qui raréfiera avec force, lors du refroidissement, l'air contenu dans la ventouse, sans exposer le malade à la moindre brûlure; cette autre ventouse à pompe est déjà préférable à la précédente, elle a plus d'activité, de simplicité, de puissance. On ferme son ouverture supérieure après l'ignition avec une plaque garnie. Au lieu du corps de pompe d'une seringue, ajoutez au tuyau de la ventouse un autre canal en ferblanc large, assez haut, ayant inférieurement aussi un petit tuyau pour s'insérer dans celui de la ventouse. Vous développerez dans ce canal ou cette espèce de ventouse supérieure le calorique avec quelques-uns des moyens connus à cet effet, puis vous fermerez d'une plaque de bois ou de métal garni d'un cuir doux et humecté; l'abaissement rapide de la température aspire aussitôt dans la ventouse inférieure, fait le vide et remplace sans aucun effort de la part du médecin, le jeu bien plus embarrassant, bien plus laborieux de toutes les machines à pompe, et peut lutter avec elles d'énergie, sinon les surpasser. On le voit, une simple ventouse double représente parfaitement les effets des appareils plus compliqués, et en procure les avantages à tous les malades, sans leur inspirer aucun effroi, et sans contrister la bourse de personne.

Le praticien le moins habile dans les arts, peut, en achetant avec quelques sous les élémens de cette simple machine, l'ajuster lui-même, ou la faire construire entièrement par le moindre ouvrier. MM. Demours et Sarlandières voulant perfectionner la ventouse à pompe et pratiquer les scarifications dans le vide, ont imaginé d'autres appareils qui, outre leur prix très-élevé, sont fragiles, singulièrement peu commodes pour le malade, et d'un emploi très-difficile. On peut faire dans notre double ventouse aspirante, les scarifications dans le vide de la manière la moins ambitieuse et la plus aisée. Une seule tige d'acier de la grosseur d'une plume de corbeau, terminée en bas par un petit trocart à faces évidées, et offrant à une ligne ou une ligne et demie de sa pointe un bourrelet en fils cirés pour qu'il ne s'enfonce pas trop avant, passe en haut dans un liége fixé au milieu du couvercle de la ventouse supérieure; quand le vide est parfait et le couvercle mis, on enfonce la tige à ponction jusqu'à son bourrelet, et on réitère autant de fois qu'on le juge à propos; la flexibilité du liége, son élasticité permettent de la mouvoir sur toute la surface soulevée des tégumens contenus dans la ventouse, sans donner prise à l'introduction de l'air, et en incurvant en bas la tige d'acier, il suffit de la tourner sur elle-même pour pratiquer toutes les incisions. Lorsqu'on veut ventouser le malade dans son lit, sans le découvrir, sans le bouger, on unit entre elles les deux ventouses avec le tuyau flexible d'une sonde de gomme élastique.

Il faut le dire, ce n'est point sans motifs que MM. Sarlandières et Demours ont cherché à réaliser les scarifications dans le vide et sur une peau boursoufflée, tendue et engourdie par les pressions du vase et l'accumulation des fluides; les incisions, dans ce cas, se font avec moins de douleur, et presque sans souffrances, avec promptitude, hardiesse, et les blessures peuvent, sans danger, être profondes. Mais, je l'avoue, l'espèce de peigne de fer, avec les dents multipliées que j'ai vues dans leur instrument, n'est guères propre à rassurer le malade, et n'offre aux plus intrépides qu'une faible garantie d'innocuité ou d'atteintes plus pacifiques. Ces auteurs ont aussi mis quelque prix à pouvoir faire sortir au dehors, par un mécanisme particulier, le sang à mesure qu'il s'écoule, pour ne point être obligé de déranger l'instrument, et pour pouvoir apprécier la quantité de fluide exprimé. Dans notre double ventouse on arrive à cet autre résultat, par la seule attention de placer la seconde ventouse sur les flancs de la première, ou si l'on veut garder l'arrangement primitif, ce qui est encore préférable, on ajoute seulement au bas de la ventouse inférieure un petit tuyau qu'un mince bouchon de liége ferme ou ouvre à volonté.

Voilà comme on réalise les conquêtes de l'art, et comme on arrive à la perfection de ses effets, par des combinaisons peu dispendieuses, et dont la simplicité étonne et excite presque le dédain. Ce ne sont pas assurément là de ces conceptions éblouissantes, qui jettent l'éclat du diamant, mais elles n'en ont pas non plus la stérilité. L'art perd à ce qu'on le rende trop savant, parce qu'il devient inutile; et, chose étrange! il est plus facile ici d'être savant et recherché, que de ne l'être pas. La double ventouse telle que nous l'avons décrite, parvenue à son dernier terme de perfectionnement, a, outre sa simplicité, non-seulement les résultats de la ventouse à pompe, scarifiée ou non, et de toutes les autres machines compliquées conçues pour en étendre l'action; mais elle a sur elles l'avantage de stimuler doucement la peau, par la transmission du calorique dégagé dans le tube supérieur, et de favoriser par là l'afflux des liquides, et l'émission sanguine que l'on veut provoquer. La bouche ne produirait qu'un vide insuffisant dans la ventouse, ou il faudrait qu'un certain nombre de tuyaux aspirés par autant de bouches y aboutissent. Lors que les cas requièrent que l'on applique des ventouses à plus fort calorique, soit pour réveiller la sensibilité émoussée ou éteinte, soit pour combattre une douleur déchirante qui débute, en y opposant une autre douleur, le meilleur système d'instrumens est encore un gobelet en ferblanc, percé d'une simple ouverture à son fond ou à sa partie supérieure. Le vase situé, on descend par l'ouverture d'en haut les corps en ignition, pour rubéfier et opérer le vide; on ferme ensuite hermétiquement l'ouverture avec un liége ou une manière de soupape. On peut réitérer la combustion plusieurs fois, et scarifier avec la petite tige à trocart ou le bistouri, sans lever l'appareil, sans être obligé de presser sa manœuvre, et sans s'exposer à répéter souvent des préludes infructueux.

La sangsue médicinale a aussi ses indications spéciales, avons-nous dit, et doit en certain cas être préférée aux ventouses, parce qu'elle donne lieu à un écoulement sanguin plus permanent, à une dérivation plus graduée, plus insensible, plus douce, à raison de quatre phénomènes différentiels qui accompagnent son application : 1° la succion est plus lente et plus prolongée; elle dure, terme moyen, d'une demi-

heure à trois quarts d'heure ; 2° la plaie produite par la sangsue reste plus naturellement ouverte, par sa forme triangulaire ou à trois branches ; 3° la dent de l'annélide contenue long temps dans la plaie la stimule davantage ; 4° la sangsue ne comprime pas, ainsi que la ventouse, les vaisseaux environnans, et n'en arrête pas le cours du sang comme une espèce de ligature. Or, nous pouvons remplir ces quatre conditions par des artifices de la plus grande simplicité : Prenez une ventouse de fer-blanc avec le petit tuyau qui la surmonte ; à ce tuyau ajustez une sonde mince en gomme élastique dont l'autre extrémité se rende dans une bouteille à parois épaisses, un litre par exemple, préalablement échauffé ; cette bouteille dont l'air est raréfié par la chaleur, ne se refroidissant que très-lentement à raison de l'épaisseur de ses parois, et parce que le verre est mauvais conducteur de la chaleur, produira une aspiration lente et douce, analogue à celle de la sangsue ; vous pratiquez autant de piqûres triangulaires que vous voulez au moyen de la tige d'acier dont nous avons déjà parlé, terminée inférieurement par de petits trocarts ; après avoir fait les plaies dans le vide sur des chairs turgescentes avec cet instrument, vous n'en retirez qu'à demi les pointes, de façon à en laisser les extrémités en contact avec les surfaces des incisions ; de cette manière les plaies restent stimulées par la présence d'un corps étranger ; et pour dégager les vaisseaux qui environnent les bords du vase appliqué, il suffit de l'attention de soulever le vase de temps en temps ; car les vaisseaux ne rampent pas dans la peau, mais dans les tissus sous-jacens.

Quand une bouteille est froide on la remplace par une autre ; on augmente la succion à volonté, adaptant plusieurs tuyaux et plusieurs récipiens de verre où ils se terminent. Après une demi-heure ou une heure, on peut ôter la tige à ponctions, laisser l'écoulement à lui-même, ou le provoquer encore, autant de temps qu'on le juge convenable, et le faire durer indéfiniment avec la seule ventouse, en produisant des résultats supérieurs à ceux que donnent communément les sangsues. Au lieu de bouteilles à parois épaisses, on se servirait également avec succès du gobelet supérieur de notre double ventouse, mais composé de deux lames de fer-blanc entre lesquelles serait une couche de résine, pour n'émettre que lentement le calorique. Cependant n'avez-vous besoin que d'un ou de deux sangsues, par exemple, aux tempes de votre malade, vous cassez sur-le-champ le tuyau d'une pipe de deux liards, vous y ajustez avec de la cire d'Espagne, ou tout autre moyen, une petite sonde en gomme élastique, vous en mettez l'extrémité dans la bouche de votre malade, et il établit lui-même une succion lente et graduée dans les mouchetures triangulaires que vous avez faites et que vous avez couvertes de l'instrument. Voulez-vous rendre plus parfait ce petit appareil ; faites avec un poinçon un trou au sommet du corps de pipe, un peu sur le côté ; par ce trou muni d'un liége faites passer une espèce de longue aiguille terminée par une ou deux pointes de la forme indiquée, et abaissées au niveau du bord de l'instrument : la peau en se tuméfiant s'offrira d'elle-même au tranchant de ces aiguillons et s'en fera percer ; on laisse plus ou moins les pointes en contact avec les piqûres, et on soulève doucement, à de courts intervalles, la tête de cette nouvelle sangsue pour affranchir les vaisseaux comprimés. On accroît, si l'on veut, l'action de cette annélide, en y admettant plusieurs tubes, et en les faisant aspirer par plusieurs personnes, ou les suppléans muets et dociles que nous avons signalés. On en construit aussi le godet avec de la cire d'Espagne, ou de la gomme élastique ; avec cette dernière substance le contact en est plus doux ; si on le veut plus solide, on se sert d'un dé à coudre qu'on perce à son sommet avec une pointe d'acier. On peut étendre ou rétrécir à son gré son diamètre, de façon à le faire pénétrer dans les narines, sur le palais, dans la gorge, et sur des surfaces reculées où l'on n'oserait exposer une sangsue ; des modifications légères le rendent apte à ses plus difficiles usages. Les tuyaux doivent être de petit calibre pour se ménager plus de force, et pour que l'air aspiré sorte presque tout entier de la capacité qui environne la plaie. Lorsque l'on entend journellement tant de plaintes sur l'impossibilité ou la difficulté de se procurer la sangsue naturelle, sur son inactivité, sur la presque nullité de ses effets, les praticiens nous sauront quelque gré, je présume, de leur avoir indiqué les moyens divers de créer, à loisir, des sangsues toujours pleines de vigueur, et ne verront pas avec peine les détails dans lesquels nous sommes entrés. Car la variété des circonstances où se trouve le médecin est illimitée ; et c'est pour cela qu'il faut épuiser sur chaque matière de son art, toutes les ressources réalisables ou possibles à approfondir, étaler toutes les diversités, pour égaler, autant qu'il est donné d'y prétendre, les remèdes aux maux, la sagesse des prévisions à l'éventualité des besoins, et montrer l'art toujours riche par sa sollicitude, et toujours digne des respects de l'humanité.

HOPITAUX.

INTRODUCTION AUX LEÇONS CLINIQUES SUR LES MALADIES DU SYSTÈME NERVEUX ; par M. FERRUS, médecin de la division des aliénés de Bicêtre.

M. Ferrus poursuit avec activité la tâche qu'il s'est imposée de combler la lacune qui existait dans l'enseignement clinique : ses leçons sur les maladies du système nerveux acquièrent chaque jour plus d'importance et d'intérêt ; toutes les questions si épineuses qui se rattachent à la physiologie du cerveau et à la psychologie, ont été traitées avec la sagacité qu'on devait attendre d'un praticien consommé et d'un habile observateur. Placé depuis quelque temps auprès de lui, identifié avec une partie de ses opinions médicales, nous sommes heureux de recueillir ses leçons avec exactitude, pour leur donner plus de publicité.

La première leçon a été consacrée à des considérations générales qui renferment trois points principaux :

1° La nécessité de l'étude des maladies nerveuses ;

2° L'exposition des diverses phases de la science des maladies mentales ;

3° Le plan général de ce cours.

NÉCESSITÉ DE L'ÉTUDE DES MALADIES NERVEUSES.

Ces maladies, trop long-temps négligées, font ressentir plus vivement l'importance de leur étude depuis que l'anatomie pathologique a découvert dans les centres nerveux et leurs enveloppes des altérations assez évidentes pour se rattacher aux troubles fonctionnels. On ne doit point envisager ces résultats avec une austérité qui tend quelquefois au scepticisme ; une pareille conduite, satisfaisante sous quelques rapports pour des esprits sévères, ne tendrait qu'à arrêter les progrès de la science (comme M. Ferrus s'engage à le prouver plus tard), et ferait perdre le fruit de minutieuses et utiles recherches. Dans l'examen d'un organe d'une composition aussi compliquée et aussi ignorée que le cerveau, nulle observation ne doit être écartée avec trop de rigueur ou de légèreté ; toute disposition anormale ou morbide doit au contraire être signalée afin d'augmenter la somme des richesses d'anatomie pathologique qu'un esprit généralisateur pourra utiliser plus tard. Une semblable considération n'est pas la seule qui milite en faveur de l'importance des maladies mentales ; le savant trouve encore dans leur étude les moyens d'aborder avec fruit les questions psychologiques d'un ordre élevé qui s'agitent chaque jour dans la science, et le législateur y puise les élémens nécessaires à la justice et à l'humanité de certaines lois ; mais le médecin surtout en retire les plus grands avantages : il n'est plus obligé de se récuser dans une affaire qui intéresse la vie ou l'honneur d'un de ses concitoyens ; il parcourt d'une manière insensible tous les degrés qui séparent l'homme du monde de celui renfermé dans une maison de fous, et, par un habile rapprochement, surprend toutes les influences morbides qui leur sont communes, diagnostique avec justesse une maladie dans laquelle une passion est tout à la fois cause et aliment, et découvre ainsi la thérapeutique morale qui convient aux maladies d'un certain ordre. D'ailleurs une nouvelle considération surgit aujourd'hui : sur divers points de la France ne tarderont pas à s'élever de nombreuses maisons d'aliénés, et il appartient à la génération nouvelle de les diriger d'une manière glorieuse pour elle et avantageuse pour la science et l'humanité.

PHASES DE LA SCIENCE DES MALADIES MENTALES.

En remontant à l'origine des sciences médicales, on ne trouve qu'obscurité dans les maladies du système nerveux. Hippocrate n'en parle que d'une manière vague ; tous les médecins célèbres qui se sont succédé après lui n'ont traité des maladies mentales que pour rendre plus saillante l'incertitude qui régnait sur leur nature et leur traitement. Ici M. Ferrus analyse avec une érudition profonde les principales recherches qui ont été faites à ce sujet, développe les deux méthodes rivales qui ont dominé dans la thérapeutique de l'aliénation, et démontre qu'il faut arriver à Pinel pour trouver des notions saines sur ce sujet. C'est à lui qu'appartient l'honneur d'avoir tracé les descriptions les plus naturelles et les plus vraies des diverses formes de l'aliénation mentale, et d'avoir su concilier le traitement moral des animistes avec le traitement physique des encéphalistes. Avant ce grand observateur, l'homme aliéné n'inspirait que la terreur ou la curiosité ; on le chargeait de chaînes et on le renfermait dans des loges étroites, où on lui faisait parvenir les alimens souvent insuffisans qui devaient prolonger sa miséra-

ble existence. Là il vivait séparé de la nature entière, ou du moins ne communiquait avec elle que par des curieux qui souvent se faisaient un cruel plaisir de l'exciter comme une bête féroce. La faim, le froid venaient s'ajouter aux peines morales si vives qu'il éprouvait dans de rares momens de calme, et le replonger dans un délire furieux. Pinel, le premier qui fit succéder la pitié à l'effroi, l'intérêt à la curiosité, détacha lui-même les fers des aliénés, et réclama pour eux des habitations saines et commodes à la place de celles que l'architecte construisait en prenant pour modèle une ménagerie d'animaux féroces. En même temps il établit les bases judicieuses sur lesquelles devait reposer la thérapeutique de l'aliénation, traça avec vigueur les principes d'ordre et de police médicale et administrative qui devaient régner dans une maison d'aliénés, et ne tarda pas à jouir du succès de ces admirables modifications. Bientôt l'homme aliéné, en recouvrant sa raison, cessa de se considérer comme un objet d'horreur pour la société, se rattacha à elle par ses souvenirs et ses espérances, et se soumettant avec joie à une discipline ferme et affectueuse, y puisa les élémens de la vie calme et régulière qu'il devait adopter plus tard au milieu des agitations de la société humaine. Honneur à Pinel, honneur également aux médecins qui s'abandonnèrent à l'élan imprimé par ce grand homme. L'histoire de l'aliénation mentale voit grandir chaque jour son domaine; des observateurs consciencieux et habiles, animés du même zèle que l'illustre auteur de la nosographie philosophique, se sont dévoués aux progrès de la science dont il a fixé les principes : parmi eux on compte MM. Esquirol, Georget, Falret, Pinel-Grandchamp, Lélut, Foville, Leuret, etc.; et il serait facile de grossir la liste des hommes laborieux et érudits qui lui ont consacré leurs veilles et leurs talens.

PLAN DU COURS.

Ce cours a été intitulé leçons cliniques sur les maladies nerveuses, parce que dans un cours essentiellement pratique, et dont les élémens n'existent point dans les autres hôpitaux, on ne devait procéder qu'en examinant, avec détail, les malades qui doivent laisser une impression forte et durable des diverses formes de l'aliénation mentale. Ici, M. Ferrus remercie les personnes qui ont suivi ses précédens cours de la douceur et des égards qu'elles ont montrés envers les malades, et développe la nécessité d'une conduite aussi prudente; chez tous les aliénés, dit-il, domine une extrême susceptibilité; on ne saurait prendre trop de précautions pour ne point éveiller chez eux une agitation qui, se propageant avec toute la rapidité d'un courant électrique, déterminerait chez plusieurs d'entr'eux de nouveaux désordres. On prévient toute impatience de leur part par des manières douces et insinuantes, on diminue leur exaltation en leur parlant avec calme et bonhomie, on les désarme en opposant à leurs menaces du sang-froid et de la fermeté; il ne faut pas que le médecin d'aliénés laisse paraître la moindre trace de passions violentes; avant d'espérer guérir les autres, il faut qu'il travaille à se dompter lui-même. J'espère, messieurs, ajoute M. Ferrus, que cette considération ne vous sera pas seulement utile dans la nouvelle étude à laquelle vous allez vous livrer, mais qu'elle vous suivra au sein de la société où vous êtes destinés à vivre; en voyant les passions des hommes se heurter violemment, vous vous rappellerez l'opinion exprimée d'une manière si franche par un de nos plus remarquables poètes; vous vous attacherez à dominer les premières impulsions ordinairement désordonnées des passions humaines, et vous devrez à vos efforts un esprit conciliateur et indulgent, du courage en présence du danger, et le sang-froid nécessaire pour dominer dans toute discussion les hommes passionnés et colères.

Deux champs d'observations doivent fournir les élémens nécessaires à ce cours, Bicêtre et la ferme Ste-Anne, succursale de la division des aliénés. Dans le premier établissement, on aura l'avantage d'examiner, au moment de leur entrée, un grand nombre de malades atteints d'affections mentales aiguës, et on pourra apprécier toute l'influence du traitement et les phases diverses que parcourt la même lésion de l'entendement humain; dans le second, on verra quel parti on a su tirer des aliénés en les soumettant à un travail avantageux pour eux-mêmes et pour la société qui pourvoit à leurs besoins; là, on trouvera confondus les convalescens, les maniaques chroniques ou intermittens, les individus dans un état voisin de la démence, tous puisant dans le même travail une puissante distraction à leurs peines morales, et une réaction physique salutaire. En même temps on choisira, sur ces deux théâtres, les malades qui doivent faire l'objet des leçons spéciales sur les maladies du système nerveux, et on n'avancera dans leur histoire qu'en prenant la nature sur le fait, et en gravant profondément, dans la mémoire, les traits caractéristiques des principales formes de l'aliénation et des autres maladies nerveuses.

Passons maintenant, dit M. Ferrus, au plan que nous avons adopté pour avancer dans cette étude avec clarté et méthode. Avant de décrire les perversions de l'intelligence et son abolition accidentelle, j'ai cru devoir vous faire observer les individus chez lesquels les facultés morales, et presque tous les instincts et sentimens sont nuls par suite d'un arrêt de développement; mais ici se présentera une lacune qu'il me sera impossible de combler, à cause des développemens qu'elle nécessite, et que je n'abandonne qu'à regret, parce que j'aurai été heureux de vous présenter son histoire comme point de départ; je veux parler de l'acéphalie et de l'anencéphalie. Dans un cours rapide et élémentaire on comprend que je serai souvent obligé de me borner à indiquer les lésions qui se rattacheront moins intimement à mon sujet, afin de pouvoir tracer, d'une manière plus large, l'histoire des maladies intrinsèques; si je décrivais avec détail toutes les questions qui seront accidentellement soulevées dans ce cours, le temps que nous lui consacrons serait insuffisant, et je me verrais obligé de le suspendre avant d'avoir rempli le but que je me suis proposé. De l'abolition native des facultés nous passerons à l'abolition acquise, et là se présenteront plusieurs variétés importantes, l'idiotie acquise, la démence et la stupidité. Nous examinerons ensuite le délire fébrile et non fébrile et surtout ce dernier; les hallucinations internes et externes, et lorsque le cadre des affections mentales sera épuisé, nous aborderons celui des maladies nerveuses qui portent plus spécialement sur la sensibilité et le mouvement, et nous étudierons la paralysie générale, les convulsions, la chorée, les tremblemens musculaires, et enfin l'épilepsie, cette affreuse maladie si terrible dans ses symptômes et si obscure dans son essence et sa thérapeutique. Dans les nombreuses visites que vous ferez à Bicêtre, il vous arrivera fréquemment d'observer, au moment de leur entrée, des individus atteints d'affections récentes, étrangères à celle que nous étudierons alors d'une manière plus spéciale; nous les examinerons néanmoins avec la plus scrupuleuse exactitude, nous prendrons acte de tous les phénomènes qui seront soumis à notre observation, nous ferons saillir à dessein les traits principaux afin de les retrouver avec fruit lorsque, plus tard, nous aborderons l'affection qu'ils caractériseront, et de multiplier ainsi les moyens qui doivent servir à l'éterniser dans notre mémoire.

M. Ferrus aborde ensuite des considérations générales d'une autre nature: il montre la société sévissant d'abord contre les aliénés avec rigueur, puis se bornant à se garantir des excès auxquels ils peuvent se livrer, et n'y parvenant qu'à l'aide d'une séquestration légitime. Deux questions intéressantes sont alors soulevées, celle de la liberté morale et de la médecine légale relative aux aliénés. Le professeur pense que leur examen serait maintenant prématuré, et qu'il sera plus convenable de les traiter avec toute le développement qu'elles méritent lorsqu'on aura acquis des notions exactes sur les diverses formes des maladies mentales; il s'engage alors définitivement dans le cadre nosologique qu'il s'est imposé, et après avoir annoncé qu'il adopte comme génériques les mots aliénation et aliénés que Pinel a substitués à ceux de démence et de démens qu'on rencontre dans nos codes, il entame l'histoire de l'idiotie.

Neuf séances ont été consacrées par M. Ferrus à envisager sous toutes ses faces cette question capitale, dans l'examen de laquelle la psychologie et la phrénologie ont été simultanément mises à contribution pour éclairer les points qui présentaient quelque obscurité. Dans un prochain article nous espérons reproduire une analyse fidèle des savantes leçons du professeur.

H. Dugart,
Interne des hôpitaux.

TRAVAUX ACADEMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 13 JUIN 1836.

MOEURS DU ROSSIGNOL.

M. de Nervaux, dans une lettre datée de St-Cosmes, communique un fait curieux qu'il a eu occasion d'observer durant l'inondation qui a fait récemment tant de ravages. « Une partie de mon jardin, dit-il, a été envahie par les eaux, qui, montant rapidement, commencèrent à couvrir une haie située dans la partie la plus basse. Un rossignol avait établi son nid dans cette haie; et, comme je m'attendais à ce que les eaux gagneraient le niveau de ce nid, je l'observais plusieurs fois par jour; je pouvais m'en approcher jusqu'à une distance de six pas. Il y avait d'abord quatre œufs. Un matin, je n'en vis plus que deux; l'eau n'était alors distante du nid que d'un pouce environ. Je pensais que les deux œufs man-

quant avaient été submergés; mais peu d'instans après, n'en ayant plus vu qu'un seul, j'observai avec un redoublement d'attention, et quel fut mon étonnement, lorsqu'ayant vu les deux oiseaux s'envoler en rasant la terre, j'aperçus que le dernier œuf était disparu. Les oiseaux s'étaient dirigés vers la partie la plus élevée de mon clos; en visitant le lieu où ils s'étaient posés, je retrouvai les quatre œufs dans un nouveau nid distant du premier de 150 pas environ. Un nouvel œuf fut pondu depuis; la couvée réussit fort bien.»

OBSERVATIONS SUR LA GRÊLE.

M. Boisgiraud, professeur de chimie à la Faculté de Toulouse, adresse une notice sur ce sujet. Sa première observation est relative à la grêle qui tomba à Toulouse le 8 juillet 1834. La chute des grêlons commença à neuf heures. D'abord fort gros, ils diminuèrent progressivement de volume, et augmentèrent en nombre. Au bout de cinq minutes, la grêle fut mêlée de pluie; elle avait cessé au bout de dix minutes.

Tous les grêlons que M. Boisgiraud observa avaient un noyau intérieur. Ces noyaux étaient généralement arrondis; quelques-uns cependant étaient aplatis; leur diamètre était le plus ordinairement d'un centimètre. Dans presque tous le centre était occupé par une petite boule blanche opaque, semblable à de la neige; puis se succédaient des couches concentriques, alternativement limpides et translucides ou neigeuses. «Il ne m'a pas paru, dit l'auteur de la notice, que ces couches fussent formées par additions successives de matière, et qu'il fût possible de les séparer. En cassant ces noyaux avec les dents, ils présentaient intérieurement une structure radiée du centre à la surface. Cette disposition, qui s'apercevait assez bien même dans certains noyaux entiers, parait aussi contraire à l'hypothèse d'une formation par couches successives. L'extérieur des grêlons était très-anguleux; plusieurs offraient des pointes aiguës de deux et jusqu'à quatre centimètres de longueur; ces pointes présentaient des angles dièdres, de grandeur variable, même dans l'étendue des deux mêmes faces; on ne pouvait y reconnaître de vrais cristaux.

A l'extérieur de quelques grêlons on voyait, enfoncés dans la partie translucide, de petits noyaux neigeux qui s'y étaient enchâssés comme ferait un corps chaud en passant dans une masse qu'il fondrait. Quelques grêlons étaient aplatis, comme s'ils avaient éprouvé une pression étant à un état comme pâteux. M. Boisgiraud, en effet, n'est pas éloigné de croire qu'ils ont été à cet état. A l'appui de cette opinion, il cite une observation de pluie dont les gouttes se solidifiaient en tombant même sur des corps dont la température était au dessus de zéro. Les noyaux, comme nous l'avons dit, avaient en général 10 millimètres de diamètre, et quelques-uns jusqu'à 15; quant aux grêlons eux-mêmes, les plus gros, dépouillés de leurs aspérités, avaient le volume et à peu près la forme d'un œuf de poule; leur vitesse en général était peu considérable; ils ne cassèrent point les tuiles des toits en tombant, et en les atteignant ils ne ricochaient point, et cependant, arrivés jusqu'au sol, ils ressautaient fortement.

— M. Bazin annonce qu'il n'a pas plus trouvé chez les carnassiers que chez l'homme les lobules qu'on indiquait comme formant chez tous les mammifères la terminaison des canaux bronchiques. Les espèces qu'il a eu récemment occasion d'examiner, sont l'ours blanc, la fouine, la loutre, le chien d'Islande, le chacal, le renard de nos pays et le renard du Brésil (*canis azaræ*).

— M. Laine adresse une notice sur les résultats de ses recherches pour la formation d'un alphabet propre à exprimer d'une manière qui ne laisse rien à l'arbitraire la prononciation de tous les mots dans les différentes langues. Pour le français, il annonce que tous les sons peuvent s'exprimer sans qu'il y ait jamais confusion ou incertitude, au moyen de quinze voyelles et de dix-huit consonnes. Il n'emploie aucun caractère particulier, et il emploie les accens comme dans l'orthographe ordinaire; seulement, dans les cas des diphtongues nasales, il marque d'un accent grave la voyelle. Ainsi la particule négative *non* sera écrite *nòn*, pour montrer que le son est différent de celui que nous donnons à la même syllabe quand nous la trouvons dans une phrase latine.

HISTOIRE DU MAÏS.

M. Sylvestre fait un rapport très-favorable sur un ouvrage de M. Bonnafous, intitulé: *Histoire naturelle, agricole et économique du maïs*. M. Sylvestre avait déjà eu occasion d'entretenir l'Académie de ce travail, présenté en manuscrit il y a trois ans; toutefois l'auteur y ayant fait de nombreuses additions, c'est principalement sur ces parties nouvelles que porte le rapport. Nous en extrairons le passage suivant:

« M. Bonnafous a ajouté une quatrième espèce de maïs aux trois espèces qu'il avait caractérisées dans la première rédaction de son ouvrage. Cette espèce, qu'il a reçue de Buénos-Ayres, a pour caractère principal d'avoir ses graines recouvertes par les glumes. L'auteur, en conséquence, l'a nommé *zea criptosperma*.»

Aux détails que M. Bonnafous avait donnés sur la culture du maïs, sur la nature des terres qui lui conviennent le mieux et sur la place qu'il doit occuper dans les assolemens réguliers, il a joint de nouvelles observations sur la végétation, et apporte de nouvelles preuves de l'influence que les excrétions fixées à l'extrémité des racines du maïs exercent sur les plantes qui lui succèdent dans la culture. Dans le chapitre qu'il a consacré à l'égrenage et à la conservation des grains, il fait connaître la machine qu'il a employée pour égrener, machine qui, présentée à l'exposition des produits, a été l'objet d'un rapport très-favorable.

Parmi les divers procédés de conservation des grains, M. Bonafous préfère celui qui consiste à opérer par une chaleur artificielle leur complète dessiccation; il les enferme ensuite dans des tonneaux bien bouchés qu'on roule de temps en temps pour remuer le grain et détruire les insectes dont il peut être attaqué. Dans le dernier chapitre, qui a pour objet le maïs dans ses rapports avec l'hygiène, l'auteur a ajouté de nouvelles preuves à celles qu'il avait déjà données de l'innocuité de ce grain. Il fait remarquer que sa culture et sa consommation étant répandues sur une partie considérable du monde connu, semblent donner une plus grande force et une plus longue vie chez les nations qui en font leur principale nourriture; il prouve avec évidence que c'est à tort que quelques auteurs et des préjugés vulgaires ont fait regarder le maïs comme la cause de diverses affections morbifiques, et notamment de plusieurs maladies de la peau. — Après la lecture de ce rapport, M. Moreau de Jonnes rappelle qu'il a autrefois présenté un travail étendu sur le même sujet, travail dont M. Cuvier a rendu compte dans l'histoire de l'Académie. Ce mémoire contenait des recherches sur les diverses variétés du maïs, sur son origine et sa propagation, et le résultat de ces dernières était un peu différent de celui qu'annonce M. Bonafous.

— M. Arago donne, d'après une lettre de M. Byerley, quelques détails sur un puits foré à Aberdeen, en Écosse, dans la maison de MM. Adden, filateurs de laine.

En général, les forages ont été chercher l'eau entre des couches de calcaire; dans le cas dont il s'agit l'eau vient d'un puits pratiqué dans le granit. On rencontra cette roche à 40 pieds de profondeur; on continua les travaux qu'on poursuivit jusqu'à 180 pieds de profondeur. L'eau obtenue est parfaitement pure; elle s'élève à six pieds au-dessus du sol, la quantité est de 120 galons par minute. La température, à la sortie, est de 55° Farenheit (12°, 76 centigr.) On a en cette fois le bonheur de rencontrer une fissure; mais de pareils hasards sont rares, et il n'est guère permis de compter sur le succès d'un forage exécuté dans une roche non stratifiée comme le granit.

VARIATION DE LA HAUTEUR DU BAROMÈTRE AU NIVEAU DE LA MER POUR LES DIFFÉRENTES LATITUDES.

M. Arago donne de vive voix, à l'Académie, l'analyse d'un nouveau travail de M. de Humboldt sur ce sujet.

On avait cru longtemps que la hauteur du baromètre au niveau de la mer était partout la même; et M. de Humboldt est le premier qui ait reconnu que cette assertion n'était pas fondée. Les observations lui firent reconnaitre que sous l'équateur le mercure se tenait plus bas que dans les parties situées au-delà de l'un et de l'autre tropiques. Il estimait la différence à deux millimètres environ: d'ailleurs ses instrumens, moins bien construits que ceux dont on se sert aujourd'hui, et soumis à de nombreuses causes de dérangement, ne pouvaient donner des mesures bien précises.

M. Boussingault qui avait à sa disposition des baromètres d'une meilleure construction, observant dans les mêmes lieux, trouva un différence de hauteur dans le même sens que celle qu'avait annoncée M. de Humboldt, mais un peu plus petite. Plus récemment on a observé à l'établissement danois de Christianborg, sur la côte de Guinée, par les 5° 24' lat. N., et de là de chaque côté jusqu'aux tropiques, et on a reconnu une différence très-sensible. Les observations faites par M. Herschell, dans son voyage, ont donné les mêmes résultats.

M. de Humboldt a pensé que, quoique le fait n'eût été avancé avant lui par personne, il pouvait se trouver implicitement indiqué par des observations antérieures aux siennes; pour s'en assurer, il a calculé une série d'observations faites par une officier de la marine espagnole, Quevedo, et sa conjecture a été pleinement confirmée.

Les observations faites six fois par jour pendant tout le voyage du capitaine Beechey, en confirmant ce qui avait été annoncé jusque-là, qu'à partir des climats tempérés, la hauteur du baromètre diminuait à mesure qu'on s'approchait de l'équateur, a fait voir de plus qu'une semblable diminution avait lieu quand on s'avançait des latitudes moyennes vers les très-hautes latitudes. Ainsi, dans la zone tempérée, le mercure se soutient à une plus grande élévation que dans les deux zones contiguës; tout porte à croire que cet état statique tient à des courans aériens.

Les nombres de M. de Humboldt n'avaient pas été corrigés de la variation de la pesanteur; or, cette correction n'est pas à négliger, puisque la variation de l'équateur au pôle est de près d'un millimètre. (0^{mm}, 874.)

EXTRÊME ABAISSEMENT DE LA TEMPÉRATURE DANS LE NORD.

M. Arago annonce que le capitaine Back, qui avait été, comme on le sait, envoyé à la recherche du capitaine Ross, et qui, lorsqu'on apprit le retour de ce dernier, n'en reçut pas moins l'ordre de poursuivre son voyage, afin d'explorer les parties encore inconnues de la côte nord d'Amérique, vient de faire paraître la relation de son voyage. On y trouve de nombreuses observations de température, le thermomètre étant le seul instrument météorologique que M. Back eût pu conserver intact; dans un cas, il a vu le thermomètre de Farenheit descendre à 79° au-dessous de zéro, ce qui équivaut à —56°, 6 centigr. Cette observation porterait à croire que Fourrier, en estimant la température des espaces planétaires à —50° ou —60° avait été au dessus de la vraie température.

M. Poisson pense qu'au contraire la température de ces espaces est beaucoup plus élevée que ne l'a dit Fourrier.

LITHOTRITIE.

Nous avons parlé, dans notre dernier compte-rendu des séances de l'Académie, de la polémique engagée entre MM. Civiale et Leroy d'Etioles, sur la question de savoir lequel de ces deux messieurs est réellement inventeur de l'instrument nommé *brise-pierre*, à écrou brisé. M. Leroy d'Etioles répond aujourd'hui à la réclamation adressée par M. Ledain dans la dernière séance. « Pour prouver que l'idée des écrous brisés et articulés appartient à M. Civiale, on a cité, dit-il, le passage d'un n° de journal de janvier 1836 il faut que l'on n'ait pas lu la lettre qui accompagnait l'envoi de mon instrument; car j'indiquais, dans cette lettre, le numéro de juillet 1834 du *Journal des Connaissances Médicales*, où se trouve exprimée par moi cette idée, ainsi que l'avantage que l'on peut en retirer pour la rapidité de la manœuvre. Je dépose sur le bureau le numéro dont il s'agit; j'y joins l'écrou brisé primitif, et une autre variété de son application. »

— Un habitant de Marseille vient d'extraire de l'huile d'olive un poison très-violent. L'expérience en a été faite sur des chiens, et quelques gouttes ont suffi pour causer la mort immédiate.

Cette découverte n'aurait qu'une importance scientifique, si son auteur n'y avait joint celle d'un procédé pour détriter dorénavant les élèves de manière à en retirer un produit pur de tout alliage malsain. On distinguera donc à l'avenir l'huile avec ou sans poison. Heureusement la première ne produit que des effets bien lents, car en Provence, où toute la cuisine se fait à l'huile, il n'est pas rare de trouver des gens qui, comme Fontenelle, s'empoisonnent régulièrement trente fois par mois depuis quatre-vingts ans.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE EXTRAORDINAIRE DU VENDREDI 10 JUIN.

Présidence de M. Louyer-Willermay.

La parole est à M. Cruveilhier. Il vient faire connaître l'opinion des deux commissions réunies, sur le travail de M. Guérin. Sur onze membres présents à la réunion, neuf ont adopté pleinement les conclusions lues dans la précédente séance ; deux seulement ont trouvé trop absolues les expressions de *toujours* et *jamais* qui se trouvent dans deux conclusions du rapport, et en ont demandé la radiation ou tout au moins la modification.

M. Bricheteau déclare qu'il est l'un des membres de la minorité de la commission qui ont demandé la suppression des mots *toujours* et *jamais*. Il lui paraît, en effet, téméraire d'affirmer, d'une part, que l'on pourra *toujours* reconnaître qu'une déviation latérale est simulée, et de l'autre que les caractères de ces déviations ne se retrouvent jamais dans les déviations pathologiques. Il a examiné, avec le plus grand intérêt, la belle collection de plâtres et de pièces pathologiques que M. Guérin a mis sous les yeux de la commission, et a conclu d'après ces pièces. Le langage du rapport est trop absolu. Mais au début des déviations, il n'y a pas encore torsion des vertèbres; on prétend qu'elle existe toujours, parceque le fait n'est jamais vérifié que sur les cadavres, et alors que les déviations sont tellement avancées que ce caractère s'y rencontre. Mais il a bien vu certainement des courbures pathologiques, uniques, et sans torsion des vertèbres; comment donc parvenir à distinguer ces déviations de celles qui sont simulées? Delpech dit, dans son ouvrage sur l'orthomorphie, avoir observé des courbures latérales angulaires; la disposition des vertèbres doit rendre sans doute de tels faits très-rares, mais enfin M. Bricheteau croit à leur possibilité, et tout en reconnaissant que les recherches de M. Guérin lui donnent des droits à la reconnaissance des amis de la science et de l'humanité, il n'en persiste pas moins à penser que l'on en veut déduire des conséquences trop absolues.

La connaissance du fait de la *torsion* des vertèbres dans les courbures latérales du rachis, répond M. Cruveilhier, n'est pas chose nouvelle; presque tous les auteurs qui s'étaient occupés des difformités du rachis, l'avaient mentionnée comme plus ou moins immédiate, mais liée à la déviation ; mais ce qui appartient à M. Guérin, c'est d'avoir démontré, dans la formation des caractères anatomiques des déviations, quelle est le premier phénomène des déviations latérales; c'est d'avoir suivi et indiqué tous ses résultats, tous ses effets, c'est surtout l'application qu'il en a su faire. M. Bricheteau prétend qu'au début des déviations la torsion n'existe pas encore; c'est une erreur. Sans doute on ne peut ordinairement vérifier l'existence de cet état pathologique que sur les cadavres, mais puisque la gibbosité en est l'effet immédiat, elle en devient le symptôme caractéristique, et, dès qu'elle apparaît, on peut affirmer l'existence de la torsion. Si donc les sujets chez lesquels M. Bricheteau dit avoir vu des courbures pathologiques latérales, sans torsion apparente des vertèbres, présentaient une gibbosité, il est certain que la torsion, pour n'être pas appréciable, n'en existait pas moins. M. Bricheteau se retranche enfin sur la possibilité d'une erreur de diagnostic. Que prouverait une telle erreur? L'inhabileté du médecin et non la fausseté du principe.

M. Velpeau voudrait que la discussion roulât uniquement sur le point de science. Pour son compte, il essayera de ne pas s'en écarter. Peut-on distinguer une déviation artificielle de l'épine d'une déviation pathologique? D'après ce que les commissaires de l'Académie ont vu, il est permis d'affirmer que la distinction est toujours possible, qu'on ne peut jamais confondre ces deux lésions, et que chacune d'elles a ses caractères spéciaux bien tranchés; lorsque M. Bricheteau veut prouver le contraire, il prend isolément un des caractères d'une déviation, et s'attache à faire voir qu'il n'est pas constant ou pas toujours appréciable, et il en conclut l'impossibilité du diagnostic différentiel dans quelques cas. Ce n'est pas ainsi qu'il faut procéder; chaque espèce de déviation possède un certain nombre de caractères spéciaux, et c'est l'ensemble de ces caractères qui établit le diagnostic; ainsi la courbure artificielle latérale est toujours unique ; elle a un siège constant, elle décrit un arc étendu, elle est régulière, elle ne produit pas de gibbosité, elle incline le corps d'un côté, elle entraîne la formation d'un ou plusieurs plis à la peau entre la crête de l'os des îles et la dernière fausse côte, aucun de ces caractères ne se retrouve dans la déviation pathologique. Dans celle-ci la déviation se forme lentement, une première courbure entraîne nécessairement la formation d'une seconde courbure dite de balancement; leur siège est variable, elles sont courtes, et comme le corps des vertèbres se dévie avant les apophyses, il en résulte des modifications dans la charpente osseuse de la poitrine, et de là la gibbosité. C'est par tous ces caractères que les membres de la commission ont été convaincus qu'il existe des différences tranchées entre les deux espèces de déviations. Une courbure pathologique légère, a-t-on dit, pourrait être exagérée, et faire croire à l'existence d'une déviation simulée. Que prouve cette objection? un plâtre moulé sur une telle courbure rapportera l'empreinte de la simulation, il dira donc encore la vérité. Je maintiens donc les conclusions du rapport dans toute leur étendue.

M. Piorry désire faire connaître un signe que personne n'a signalé, et qui lui paraît propre à jeter du jour sur le diagnostic différentiel des diverses espèces de déviations : quand on percute de chaque côté la colonne épinière d'un homme sain, le son est le même des deux côtés. Quand on pratique cette percussion au contraire chez une personne gibbeuse, le son est mat du côté de la gibbosité, et clair du côté opposé ; cela tient à l'inclinaison du corps des vertèbres : on pourra donc dans quelques cas s'éclaircir de ce signe pour distinguer une courbure simulée d'une courbure pathologique.

M. Husson rapporte qu'il vient de voir avec M. Hervez de Chégoin, une courbure non-pathologique, qui ne présentait aucun des caractères des courbures dites simulées, et qui disparut très-promptement. Voici en outre ce que M. Alard lui écrit : « Une jeune personne de la maison de Saint-Denis avait depuis quelques temps une épaule très-saillante et une déformation du tronc. La santé générale était d'ailleurs parfaite, et rien n'annonçait chez cette jeune fille une altération quelconque des os. Le cas était embarrassant ; les parens s'alarmaient ; je la fis voir à M. Dubois, lequel, après un examen très-attentif, se rangea de mon avis, et décida qu'il n'existait pas de rachitisme. Il attribua la difformité à des rétractions musculaires, et conseilla de s'en tenir à des bains. En effet, la malade guérit, et redevint droite et bien faite au bout d'un mois. J'ai vu pareillement des rétractions musculaires produire des raccourcissemens des extrémités inférieures et la claudication comme dans la coxalgie, chez des jeunes personnes hystériques, et ces accidens se dissiper au bout d'un mois ou deux aussi rapidement qu'ils s'étaient présentés. Or, ajoute M. Alard, si des maladies musculaires peuvent à ce point déranger l'harmonie et l'équilibre du squelette, il est difficile de juger sur la conformation d'un plâtre moulé, si le dérangement qu'il représente est pathologique ou simulé ; on peut seulement voir s'il est rachitique ou s'il ne l'est pas, ce qui fait une importante différence dans le cas dont il s'agit. » Or, de ces observations de l'inspection des plâtres qui sont sous les yeux de l'Académie, et dont les uns présentent une courbure unique, et les autres absence de toute gibbosité malgré une déviation, M. Husson conclut qu'il n'est pas toujours possible de distinguer les courbures simulées de celles qui ne le sont pas ; il demande en conséquence avec M. Bricheteau la suppression dans les conclusions du rapport des mots *toujours* et *jamais*.

M. Cruveilhier ne vient pas contester les faits rapportés par MM. Alard et Petit, etc. Il fera remarquer seulement que tous ces faits de déviations spasmodiques peuvent présenter les caractères des déviations simulées, parce qu'en effet, volontaires ou non, les contractions musculaires sont susceptibles de produire en résultat les mêmes effets. MM. Alard et Husson reconnaissent eux-mêmes que dans ces cas, on a pu reconnaître qu'il n'existait pas de rachitisme, dont on pût distinguer les déviations simulées ou spasmodiques, ce qui serait la même chose au fond, des déviations par altération du tissu osseux, et cela prouve en faveur de l'opinion de la commission.

La question qui occupe l'Académie, dit M. Castel, est celle-ci : Y a-t-il des courbures simulées et des courbures réelles, et peut-on les distinguer les unes des autres? Il espère faire ressortir la réponse du simple exposé des faits. Les déviations simulées dépendent du système musculaire, les déviations pathologiques dépendent du système osseux. Voilà pourquoi les premières sont totales, étendues, uniques, et pourquoi les secondes sont partielles, courtes, multiples. On ne peut pas reconnaître à ces deux espèces de déviations les caractères de la torsion, etc., qui n'accompagnent que les courbures pathologiques. La colonne vertébrale peut s'infléchir d'une manière extraordinaire sous l'influence des contractions musculaires; on peut s'en faire une idée en voyant quel degré prodigieux d'inclinaison lui donnent ces femmes que l'on rencontre dans les rues portant au bras des paniers de linge. Quant à ces rétractions spasmodiques, dont on a cité les exemples et que l'on range parmi les courbures pathologiques, elles sont passagères, elles ne produisent aucun changement dans les pièces osseuses, tout se passe dans les muscles. Toute flexion simulée dépend donc du système musculaire, toute flexion pathologique dépend donc du système osseux, et c'est là ce qui rend si vraies les conclusions de la commission, ce qui rend facile la distinction entre ces deux espèces de déviations; il vote, par conséquent, pour l'adoption des conclusions de la commission.

M. Petit donne lecture de deux observations qu'il a communiquées verbalement à l'Académie dans la dernière séance.

M. Villeneuve voudrait que l'on cessât de s'occuper de généralités, pour s'attacher uniquement aux conclusions du rapport.

M. Guersent regarde comme très-juste la distinction établie par M. Castel entre les deux espèces de déviations : les unes sont osseuses, et les autres musculaires. Dans les premières, les courbures sont toujours multiples, dans les secondes, il n'en existe jamais qu'une seule. Il a eu l'occasion d'observer un exemple remarquable de cette dernière sur un jeune enfant. Ce malade avait passé la nuit dans un pré : à son réveil, il avait la colonne vertébrale toute fléchie latéralement. Apporté à l'hôpital des Enfans, il y fut guéri en quelques jours par l'emploi des bains.

On demande la mise aux voix de la proposition de M. Villeneuve : M. Adelon la combat. Il n'est pas possible, dit-il, de partager la discussion en discussion générale et discussion des articles; tout est connexe dans la question. Cette proposition n'a pas de suite.

La discussion ayant pris un caractère tout-à-fait scientifique, M. Bouilland vient avec plaisir y prendre part en rapportant un fait soumis en ce moment à son observation. Il s'agit d'un jeune homme atteint d'une luxation spontanée : on l'avait soumis à un traitement orthopédique, lorsqu'il y a quelque temps on crut devoir en suspendre l'emploi. Depuis ce moment la colonne vertébrale s'est incurvée, sans spasme, sans contraction musculaire ; la déviation ressemble à une déviation simulée, et cependant elle ne l'est certainement pas. L'explication que l'on donne de ces déviations lui paraît hypothétique ; il ne lui semble pas démontré qu'elles soient dues à des contractions spasmodiques des muscles.

M. Piorry raconte le fait suivant : une sage-femme hystérique fut affectée tout d'un coup d'un raccourcissement notable du membre abdominal du côté droit. M. Piorry crut d'abord à une luxation spontanée : il examina avec soin, et ne trouva aucun des signes connus de cette luxation ; il porta ses investigations sur la colonne vertébrale, elle fut trouvée dans sa rectitude normale; le seul symptôme qui accompagnât le raccourcissement du membre consistait dans l'obliquité du bassin. Un médecin appelé en consultation découvrit une carie de l'une des symphyses sacro-iliaques. On appliqua deux cautères; le membre reprit promptement sa longueur naturelle, mais le mal ne tarda pas à se reproduire.

Quoi qu'on en ait dit du caractère scientifique de la discussion, dit M. Guéneau de Mussy, il faut parler avec franchise. Le rapport a été fait dans l'intérêt d'une cause; on avait besoin de prouver que la déviation de Janny était simulée ; il a donc fallu trouver des caractères qui comprissent tous ceux que présentait cette malade. Loin de lui la pensée d'accuser les intentions, mais la préoccupation d'esprit a pu tout faire. Quoi qu'il en soit, on n'aurait pas dû poser des principes aussi absolus. Quels argumens a-t-on fait valoir pour prouver que la déviation de Janny était simulée? On a comparé le plâtre de cette fille avec celui que vous avait présenté M. Bouvier comme exemple de déviation factice, et de leur ressemblance on a conclu que la difformité de Janny était aussi artificielle. Mais d'abord la similitude n'était pas telle qu'on le prétend, car Janny Guéry présentait une saillie notable des deux épaules. Toutefois M. Guéneau de Mussy n'insistera pas sur cette remarque, mais il s'élèvera contre la prétention de prononcer d'après un seul plâtre ; il ne saurait adopter une telle manière de prouver

qui lui parait dangereuse en médecine légale. D'ailleurs Janny a été examinée par plusieurs médecins, par les commissaires de l'Académie et par ceux de l'Institut; aussi personne n'a constaté la réalité de sa courbure. Enfin cette courbure s'est redressée lentement et graduellement, ce qui achève de prouver qu'elle n'était pas factice. Tout ce que l'on a dit prouve seulement que les deux difformités se ressemblaient, mais non pas qu'elles fussent l'effet d'une même cause. Quant à l'argument tiré de l'existence d'une seule courbure, il n'est pas concluant; on trouve un exemple de déviation à courbure unique dans l'ouvrage de M. Pravaz; on en lit deux autres dans celui de Delpech; et l'un des faits rapportés par ce dernier auteur présentait cette particularité remarquable, que deux courbures séparées seulement par trois ou quatre vertèbres, existaient du même côté On ne peut donc pas conclure de ce qu'une courbure est unique, qu'elle soit simulée. En pareil cas il y a toujours claudication, parce que le bassin est incliné jusqu'à ce qu'une courbure de balancement vienne rétablir la rectitude du tronc. Il n'est donc pas juste de dire que l'on peut toujours distinguer une déviation simulée d'une déviation véritable.

M. Cruveilhier a vu avec peine qu'on voulait voir une question de personnes là où il n'y a qu'une question de science. Il imitera la franchise de M. Guéneau de Mussy. Oui, le rapport a été fait dans l'intérêt d'une personne; tout ce qui touche à un médecin, et à un médecin honorable comme M. Guérin, doit intéresser l'Académie. Elle n'intervient pas pour cela dans un débat judiaire, elle examine seulement la question de savoir s'il est possible de distinguer les déviations factices des déviations pathologiques, et elle prononce d'après ses lumières et sa conscience. Il y a, dit-on, de la précipitation dans son jugement; oui, sans doute, et dans un intérêt personnel on peut l'avouer encore, mais il n'y a pas eu de précipitation dans l'examen des faits; tous ont été examinés par les commissaires jusqu'à ce que leur conviction ait été complète et cette conviction est, que l'on peut toujours distinguer les courbures simulées des courbures pathologiques. Le rapport, ajoute-t on, a été fait dans l'intérêt d'une cause, il ne l'a été que dans l'intérêt de la vérité. Mais un reproche plus grave nous a été adressé par M. Guéneau de Mussy, celui d'avoir imaginé les caractères distinctifs des deux espèces de déviations, de manière à en faire un cadre dans lequel pût entrer le moule de Janny; ce reproche ne s'applique pas à la commission sans doute, et d'ailleurs M. Guéneau de Mussy le rétracte, il est donc inutile de s'y arrêter davantage. On prétend à tort que le jugement de la commission s'est formé par la comparaison de deux plâtres seulement; celui de Janny a été comparé à un très-grand nombre d'autres, à plus de cent plâtres d'abord, et ensuite à un très-grand nombre de pièces d'anatomie pathologique. Quant aux déviations à une seule courbure, M Cruveilhier les conteste; elles ont paru telles jusqu'ici, parce qu'on se bornait à l'examen de la direction des apophyses épineuses; mais quand on interroge les caractères indiqués par M. Guérin, caractères qui résultent de la torsion, on s'aperçoit aisément que les déviations supposés à une seule courbure en avaient deux, quelquefois trois; M. Cruveilhier montre plusieurs exemples de ce fait sur des pièces anatomiques.

On peut ramener à deux genres, dit M. Adelon, toutes les courbures de l'épine, soit réelles, soit simulées. Or, M. Guérin prétend que l'on peut toujours distinguer les unes des autres les déviations réelles et simulées. Quels caractères donne-t-il donc à cet effet? Selon lui, dans les déviations pathologiques, il y a toujours torsion du corps des vertèbres sur leur axe, et il prouve la constance de ce phénomène par un grand nombre de pièces pathologiques Un second caractère consiste dans la gibbosité. Tous les organes qui viennent en rayons sur la colonne vertébrale doivent également être changés dans leurs rapports par la torsion de leur point d'appui; c'est pour cela que les côtes s'élèvent, puis le scapulum, etc., et que la gibbosité se prononce. Comme le fait précédent, celui-ci est vrai sur le squelette. Le troisième caractère consiste dans la multiplicité des courbures : une première courbure nécessite toujours la formation d'une seconde dite de balancement. M. Guérin assure que ces trois caractères sont toujours appréciables sur les malades ou sur les plâtres qui en supportent l'empreinte. Enfin il ajoute un quatrième caractère à ces trois premiers, c'est la variabilité du siége de la courbure dans les déviations pathologiques, et sa constance dans les déviations simulées. Dans les déviations artificielles, au contraire, on ne trouve aucun de ces caractères; il n'y a par exemple qu'une seule courbure; les épaules ont un volume égal; les masses musculaires des gouttières vertébrales offrent le même développement; enfin on observe constamment un ou deux plis à la peau dans le flanc vers lequel le corps s'incline. A ces caractères différentiels, M. Guérin pense que l'on distinguera toujours les déviations simulées de celles qui ne le sont pas. La question est donc de savoir, continue M Adelon, si ces caractères sont toujours tellement appréciables qu'ils permettent constamment de porter un diagnostic assuré. Mais on a cité, dans cette discussion même, des faits qui prouvent que l'on est quelquefois embarrassé pour prononcer. Quand une déviation commence, plusieurs de ces caractères sont à peine marqués. Des hommes très-exercés en orthopédie déclarent que, dans certains cas, il faut avoir une grande habitude pour ne pas se tromper. Les signes fournis par M. Guérin sont donc convaincans sur le squelette; mais en est-il de même dans tous les cas sur les individus et sur les plâtres qui en donnent les empreintes? D'après ces considérations, M. Adelon, tout convaincu qu'il est de la vérité de ce qu'a avancé M. Guérin voudrait cependant que l'on se bornât à dire dans les conclusions, qu'avec de l'habitude et quand les déviations sont arrivées à un certain degré de développement, on peut distinguer celles qui sont artificielles de celles qui sont pathologiques.

La discussion est renvoyée à mardi prochain.

Séance du 14 juin. — Présidence de M. Louyer-Willermay.

La correspondance comprend :

1° Une lettre du ministre du commerce, qui adresse un rapport de M. Pissot de Beauvière, médecin à Vassy, sur la guérison, par suite de la vaccination, d'une jeune fille au dernier degré de marasme;

2° Un rapport sur une épidémie de variole à St-Barthélemy près Marmande, par le docteur Vincent;

3° Une lettre de M. le docteur Thivaud, à Montpellier, qui annonce comme spécifique de la blennorrhagie le nitrate acide de mercure en injections dans l'urètre;

4° Une notice sur un fauteuil-lit, par M. Pottet, étudiant en médecine. (M. Thillaye.)

5° Une lettre de M. Chatard de Baltimore, contenant une nouvelle observation sur l'efficacité du seigle ergoté dans l'accouchement;

6° Un mémoire sur quelques maladies observées dans les Flandres, par M. J. Guislain. (MM. Louyer-Willermay, Chomel, Ferrus et Baron.)

La correspondance comprend en outre quatre lettres écrites par MM. J. Guérin, Bouvier, Lachèze et Hossard, au sujet de la discussion relative au mémoire de M. Guérin Ces lettres sont très-étendues, dit M. le secrétaire perpétuel, et le conseil d'administration a décidé qu'on consulterait l'Académie à l'effet de savoir si la lecture de ces lettres aurait lieu dans la séance, ou si elles seraient renvoyées à la commission Dans ce dernier cas, la discussion serait renvoyée après le nouveau rapport de la commission. L'Académie est consultée : MM. Double et Lisfranc demandent si ces lettres sont purement scientifiques, et proposent, dans cette supposition, le renvoi à la commission. M. le secrétaire répond, au nom du bureau, que la lettre de M. Guérin est exclusivement scientifique et renferme des développemens et des faits nouveaux qui paraissent importans. La lettre de M. Bouvier a aussi le caractère scientifique; celle de M. Lachèze renferme aussi quelques renseignemens qui pourront éclairer la commission. D'après ces explications, l'Académie décide à une grande majorité que les quatre lettres seront renvoyées à la commission, et que la discussion sera reprise après le nouveau rapport de la commission.

Voici la lettre adressée par M. J. Guérin : comme cette lettre répond aux différentes objections adressées au mémoire de M. J. Guérin et au rapport de la commission, nos lecteurs la liront sans doute avec quelque intérêt.

A Monsieur le Président de l'Académie.

Monsieur le Président,

Je demande à l'Académie la permission de lui présenter quelques observations additionnelles à mon mémoire et au rapport qu'a bien voulu faire sa commission. Ces éclaircissemens ont pour but de rappeler, et de mieux préciser le point de science que j'ai voulu établir, et d'écarter ensuite des objections qui n'y ont point rapport et qui auraient l'inconvénient de jeter de l'obscurité sur la question.

J'ai voulu établir qu'il existe des caractères certains pour distinguer les déviations latérales de l'épine réelles, des déviations *latérales simulées par imitation.*

J'ai très-explicitement exprimé, au commencement de mon mémoire, que je n'entendais traiter que de ces deux ordres de difformités, et non pas des combinaisons de formes et de reliefs multiples qu'il est facile d'imprimer à la colonne vertébrale, aux muscles et aux épaules. Ma thèse s'était restreinte à deux termes de comparaison nets et précis : en l'étendant au-delà, on en a détruit naturellement la rigoureuse et j'ose dire la mathématique exactitude. Ainsi on a mis sous les yeux de l'Académie des plâtres de toutes les façons représentant toutes les contorsions possibles du tronc; on lui a présenté la combinaison de l'*excurvation*, de l'*incurvation*, de la *déviation latérale*, de *la rotation de l'épine*, entées ou non sur des déviations morbides. Par cet assemblage de formes bizarres qu'il eut été possible d'exagérer ou de multiplier bien au-delà de ce qu'on a fait, on a nécessairement ou détourné l'attention des faits simples que j'avais présentés, et jeté momentanément la confusion et l'obscurité là où j'avais cherché à établir l'ordre et la clarté. Je suis donc forcé de rappeler que mon travail et mes conclusions ont exclusivement trait aux *déviations latérales de l'épine pathologiques ou simulées*, et aux *déviations latérales seulement* : me réservant, comme je l'ai exprimé nettement dans mon mémoire, de traiter ultérieurement des autres formes *morbides* et *simulées* que peut affecter le rachis; j'ai même remis à une autre époque de traiter des déviations latérales simulées *par provocation et par exagération*. D'après ces explications, j'espère que l'Académie voudra bien éloigner de la discussion les faits qui ne s'y rapportent pas et qui pourraient la compliquer, l'embrouiller et la dénaturer; je serais heureux surtout qu'elle voulût bien faire prévaloir cette considération, savoir : que, pour juger de la valeur d'une objection ou d'un fait contre les distinctions que j'ai établies, il conviendrait préalablement de bien connaitre les caractères que j'ai indiqués; il serait indispensable d'avoir examiné les faits qui leur servent de base; car ce n'est pas une question de médecine générale établie sur des élémens généraux et connus que j'ai présentée à l'Académie et qui puisse être appréciée avec les données de la science acquise; je lui ai soumis des déterminations nouvelles, appuyées sur des faits anatomiques, physiologiques et pathologiques nouveaux, et qui demandent préalablement à être vérifiés et pris en considération pour apprécier rigoureusement les conséquences que j'en ai tirées et les objections qu'on leur oppose. N'est-ce pas dans cette vue que l'Académie a réuni ses deux commissions? Sur onze membres qui ont bien voulu prendre une connaissance approfondie de mes recherches, neuf ont déclaré être parfaitement convaincus, et deux seulement ont mis quelque restriction à leur adhésion entière. Ce résultat n'est-il pas fait pour donner quelque confiance à ceux qui n'ont pu voir par eux-mêmes, et ne doit-il pas inspirer quelque réserve aux personnes qui voudraient contester mes conclusions? Au reste, je demanderai aux honorables membres qui n'accepteraient pas la conviction de la majorité de leurs collègues, de me mettre à même de leur exposer, dans tous leurs détails, les faits qui font la base de mon mémoire; qu'ils veuillent bien m'accorder une heure, et j'accepte d'avance leur jugement. En attendant, qu'il me soit permis de répondre rapidement à quelques-unes des objections qu'on m'a faites.

On a avancé qu'il pouvait exister des déviations de l'épine à une seule courbure, et l'on a cité *l'opinion* de quelques auteurs et plusieurs planches de l'ouvrage de Delpech. Ces faits, fussent-ils vrais, n'ôteraient rien à la rigueur de mes démonstrations; car ainsi que l'a fort bien fait remarquer M. Velpeau, les distinctions qu'on établit entre deux ordres de faits dans les sciences d'observation, en médecine comme en histoire naturelle, ne sont pas établies sur un caractère seulement, mais sur l'ensemble des caractères, dont un ou quelques-uns peuvent manquer et être suppléés par la présence des autres. C'est ainsi qu'à supposer qu'il pût y avoir des déviations marquées à une seule courbure (ce qui n'est pas), il y aurait toujours les caractères tirés du siége de la courbure, de son étendue, de la torsion des vertèbres, du soulèvement des parties latérales du côté convexe et de leur dépression du côté concave. Mais, ainsi que je l'ai dit, il n'y a pas et il ne peut y avoir de déviation latérale caractérisée à une seule courbure. Premièrement, sur près de cent squelettes de déviations latérales qui se trouvent dans les différens musées de Paris, je défie qu'on m'en montre un seul qui contredise ma proposition; secondement, c'est que les déviations supposées jusqu'ici à une seule courbure en avaient une seconde ou une troisième qu'on n'appréciait pas, parce qu'on les diagnostiquait par la direction des apophyses épineuses. Or, ainsi que je l'ai démontré par les différentes pièces pathologiques du muséum de Clamart, toutes les courbures de l'épine commencent par les corps des vertèbres, et sont quelque temps inappréciables à la direction des apophyses épineuses, dont les sommets décrivent encore une ligne droite alors que les corps offrent déjà une ou plusieurs courbures; j'ai indiqué les caractères supplémentaires à l'aide desquels on peut diagnostiquer une courbure qui n'est pas encore appréciable par la ligne des épineuses. Enfin il ne peut exister de courbure unique sensible sans courbure de balancement, parce que l'extrémité supérieure de l'arc porterait l'extrémité supérieure du tronc hors de la ligne de gravité, et parce que l'extrémité inférieure doit, pour repasser de la ligne courbe à la ligne doite ou verticale, décrire nécessairement une courbe en sens inverse de la direction qu'elle abandonne. On ne peut donc pas, en bonne logique, objecter des *opinions* d'auteurs fort recommandables sans doute, à des faits réels qui les contredisent et que ces auteurs ne connaissaient pas. Je ferai remarquer d'ailleurs que les exemples de déviation à une seule courbure qu'on a cités de Delperb, montrent évidemment le contraire de ce qu'on a prétendu y voir. Les planches VIII (1), IX et X offrent d'une manière si incontestable des cas de courbures multiples, que si le commentaire de l'auteur pouvait laisser quelque doute, les faits copiés d'après nature déposeraient contre ses préoccupations. Je joins à ma lettre les planches dont il s'agit; il sera impossible, en y jetant les yeux, de ne pas y voir des courbures multiples et alternatives.

Plusieurs membre ont cité ensuite des cas de déviations pathologiques dont les formes seraient susceptibles de ressembler à celles des déviations simulées; telles seraient certains cas de déviations survenus brusquement à la suite de luxations spontanées et la flexion de l'épine par contracture musculaire.

J'ai eu occasion d'observer un assez grand nombre d'exemples de déviations consécutives à la coxalgie, et toujours j'y ai trouvé plusieurs courbures avec torsion de l'épine. Ces sortes de déviations offrent en outre un caractère tout spécial; la hanche du côté malade est élevée, proéminente, globuleuse, par suite de la maladie articulaire. Une observation incomplète et insuffisante a pu seule invoquer l'analogie de cet ordre de faits avec les formes des déviations simulées.

Quant à la flexion de l'épine par suite de contracture musculaire, ce n'est que par le plus étrange abus de mots et par la plus étrange confusion des choses, que l'on est parvenu à placer cette maladie parmi les déviations latérales de l'épine, et à lui donner cette dénomination. Quand on en vient à des substitutions de ce genre, il faut bien rappeler les choses à leur véritable sens et à leur stricte définition. Or, on entend par déviation latérale de l'épine cet état pathologique où un certain nombre de vertèbres décrivent un ou plusieurs arcs latéraux en dehors de la verticale, tandis que le reste de la colonne et le tronc tout entier sont maintenus dans la ligne de gravité. La flexion latérale de l'épine consiste, au contraire, dans l'inclinaison du tronc à droite ou à gauche, au moyen des articulations naturelles du rachis, et sans aucun des caractères inséparables des déviations pathologiques. Cette distinction est si rigoureuse, que beaucoup d'anciens auteurs et aujourd'hui même encore les Anglais et les Allemands, regardent les déviations latérales comme des luxations ou des subluxations des vertèbres, et n'y voient aucune analogie avec la flexion latérale du rachis. Je n'ai donc pas dû prendre en considération les rapports de formes qu'il pouvait y avoir entre une flexion volontaire et une flexion spasmodique de l'épine, quand j'ai dit qu'il n'y avait aucune ressemblance entre la véritable déviation pathologique et la déviation simulée. La flexion de l'épine par contracture et la déviation latérale appartiennent à deux ordres de *faits*, de *causes*, de *siége*, de *marche*, de *forme* et de *traitemens* différens, et ne peuvent par conséquent être confondus sous la même dénomination.

Maintenant j'irai plus loin; et quoique les faits relatifs à la flexion latérale du rachis puissent être écartés de la question par une fin légitime de non-recevoir, j'accepterai la tâche de démontrer qu'il est possible de distinguer sur le vivant et même sur le plâtre seul la flexion volontaire ou simulée du rachis de la flexion spasmodique ou par contracture. Qu'on ne suppose pas que mes distinctions soient théoriques, elles reposent sur une observation pratique rigoureuse : j'invoque à cet égard les souvenirs de MM. Andral fils, Marjolin, Guersent, Recamier et Lisfranc, qui ont vu à diverses époques un cas remarquable de flexion du rachis par contracture musculaire, dont le sujet se trouve encore à La Muette, et dont j'envoie le plâtre à l'Académie.

Sur le vivant, j'ai dit qu'il est impossible de méconnaître une véritable flexion du rachis par contracture. Je laisse de côté l'appréciation étiologique. L'impossibilité de redresser le tronc est telle, que l'on déchirerait plutôt les fibres musculaires, que de vaincre leur résistance. On sent du côté contracturé, pendant les efforts de redressement, les faisceaux musculaires comme des cordes dures, tendues, qui opposent une résistance invincible.

(1) On avait indiqué la planche VII par erreur sans doute, car cette planche représente une vue antérieure du tronc.

Cette disposition est la même pendant le sommeil que pendant la veille. Par la rétraction des muscles contracturés, des grand et petit oblique principalement, le flanc n'offre pas les deux ou trois sillons formés par le plissement de ces muscles et de la peau dans la flexion volontaire; il présente au contraire une concavité régulière, arrondie, à la surface de laquelle la peau est complètement lisse pour peu que la contracture soit déjà ancienne, et marquée par des lignes très-superficielles si la contracture est récente.

Sur le plâtre, quelques-uns de ces signes distinctifs sont très-appréciables. Ainsi les sillons qui sont si marqués comprennent toute l'épaisseur de la peau et des parois musculeuses dans la flexion volontaire du rachis, sont remplacés par une concavité lisse, régulièrement excavée. L'excavation décrit un arc de cercle sensible et presque concentrique avec l'arc de flexion de l'épine. Celui-ci est plus prononcé que l'arc de flexion physiologique, attendu que la rétraction par contracture dépasse les limites de la contraction physiologique. Telles sont les différences appréciables sur le plâtre et sur le vivant qui existent entre la flexion volontaire et la flexion spasmodique du rachis. Cet ordre de faits, je le répète, ne pouvait être logiquement admis dans la discussion; si j'ai suivi l'objection jusqu'au-delà des limites où je pouvais légitimement me retrancher, l'Académie n'y verra qu'une preuve de la haute considération que j'ai pour elle et pour chacun de ses membres en particulier.

Je n'ai rien à répondre aux doutes exprimés par quelques personnes sur la véritable cause et la portée de mon travail. Ce travail est un ensemble de faits et non d'opinions, et de faits physiques, palpables, accessibles à tous les yeux et à toutes les intelligences. Une critique théorique étayée de suppositions seulement, n'est donc pas fondée dans cette circonstance, et moins fondée que jamais; car en y réfléchissant bien, personne, je pense, ne blâmera un homme d'honneur de chercher à balancer, par une déclaration de la science et de ses pairs, les arrêts d'une justice à qui la loi interdit toute investigation de la vérité.

Agréez, etc.

JULES GUÉRIN.

— M. Pariset donne lecture du discours qu'il devait prononcer sur la tombe de M. Lerminier. Ce discours excite un vif intérêt et une approbation générale.

M. Cornac en demande le renvoi au comité de publication. Ce membre rappelle que plusieurs élections devraient être faites, l'une pour laquelle une commission a été nommée, l'autre par suite de la mort de MM. Jacquemin, Evrat et Bourdois de la Mothe.

M. Bousquet dit que la section de pathologie chirurgicale est convoquée demain dans ce but, et que le rapport sera fait bientôt.

— M. Bousquet donne lecture de la composition du prochain fascicule; qui contiendra un rapport de M. Itard et des mémoires de MM. Dupuy, Dubois d'Amiens, Malgaigne, Magistel, Clémot, Bousquet, et enfin l'éloge de Dupuytren par M. Pariset.

— M. Civiale, au nom de M. J. Cloquet et au sien, fait un rapport sur une observation de taille sus-pubienne, avec extraction d'un calcul vésico-prostatique, et mort; par M. Voisin, de Limoges.

Sur la remarque de M. Ollivier d'Angers, l'observation ayant été imprimée dans la GAZETTE MÉDICALE, le rapport est regardé comme non avenu.

— M. le docteur Niglio, de Florence, lit un mémoire sur le choléra asiatique et sur la marche qu'il a tenue en Italie en 1835.

— M. le docteur Manoury, de Chartres, donne lecture d'une observation sur une opération de lithotritie pendant laquelle l'instrument s'est faussé dans la vessie, accident qui a nécessité la taille hypogastrique. (Renvoi au comité de publication.)

— M. Bouvier présente une portion du squelette d'un individu âgé de 62 ans, qui, à l'âge de 30 ans, fut atteint de déviation du rachis, à la suite d'un effort violent, et dont le tronc penchait tellement à droite, qu'il ne pouvait conserver l'équilibre qu'en se soutenant sur un bâton. La courbure est située au point de réunion des lombes et de la région dorsale, qui a d'ailleurs conservé sa rectitude. Le thorax, incliné latéralement, touche la crête iliaque droite, sur laquelle les dernières côtes ont été fortement pressées. Le rachis, en avant, offre *quatre courbures inégales*, mais une seule se voit en arrière. Les vertèbres lombaires, tordues sur elles mêmes, devaient former, pendant la vie, *une gibbosité très-prononcée*; la première a éprouvé un amincissement considérable du côté concave de la courbure. Le thorax ne présente point de gibbosité.

Ce fait établit d'une manière certaine l'existence de déviations latérales simples, sans courbure de balancement suffisante pour rétablir l'équilibre. Il montre en outre que dans les déviations de ce genre, comme dans les courbures en S, l'incurvation ne peut être portée à un haut degré sans qu'il y ait en même temps torsion de l'épine et forte gibbosité. C'est d'ailleurs un exemple curieux de déviation survenue dans l'âge adulte par une cause accidentelle toute locale, sans carie ni rachitis. L'extrême amincissement de la première lombaire fait voir, contre l'opinion de Delpech, que l'affaissement cunéiforme n'est pas exclusivement propre aux déviations causées par le rachitis (1).

(1) Cette communication de M. Bouvier est complétement confirmative des conclusions de mon mémoire et du rapport de la commission. Quatre *courbures inégales*, une *forte torsion* et une *gibbosité très-prononcée*, en voilà plus qu'il ne faut pour caractériser la déviation pathologique la plus accentuée; ce serait se montrer trop peu difficile, que de regarder cet exemple de déviation à quatre courbures comme un cas de déviation à une seule courbure! ce serait vouloir perpétuer une erreur de diagnostic en présence de l'évidence qui la démontre.

(*Note du rédacteur de la* GAZETTE MÉDICALE.)

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

OPÉRATIONS REMARQUABLES DE LITHOTRIPSIE, par M. LEROY d'Etiolles.

Monsieur le rédacteur.

Dans un de vos précédens numéros vous avez inséré une observation de lithotripsie faite à l'Hôtel-Dieu sur une pierre qui avait pour noyau un éclat de bois, introduit dans la vessie par empalement; je vous en adresse aujourd'hui quelques autres dans lesquelles on pourra voir également des opérations entreprises dans les circonstances les plus défavorables, réussies au-delà des espérances qu'il semblait permis de concevoir. On jugera, par ces faits, combien il est difficile de tracer une délimitation entre la taille et la lithotripsie. Plus tard, pour ajouter à cette démonstration, je placerai, en opposition avec ces exemples, quelques relations de lithotripsies pratiquées dans des conditions reputées bonnes dont l'issue a été funeste.

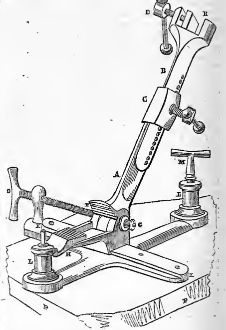
PLUSIEURS PIERRES VOLUMINEUSES ET DURES; HYPERTROPHIE DU COEUR; OEDÈME DES MEMBRES INFÉRIEURS, SURTOUT DU CÔTÉ DROIT; BROIEMENT PAR PERCUSSION ET PRESSION; GUÉRISON.

OBS. I. — M. Borkenstein de Christiania, officier supérieur d'artillerie au service de Suède, âgé de 50 ans, éprouva pour la première fois vers 1828 de la douleur en urinant, mais il negligea de s'assurer de la nature de son mal. Il était sujet à des attaques de goutte; les extrémites inférieures sont œdématiées, mais la droite beaucoup plus que la gauche; l'embonpoint général est fort considérable: la face présente habituellement une teinte bleuâtre légère, occasionnée par la prédominance de l'injection veineuse; à des intervalles de temps assez courts il y a des palpitations de cœur violentes, de la gêne dans la respiration et de la fièvre. En arrivant à Paris, M. Borkenstein s'etait confié aux soins d'un autre chirurgien, qui, voyant des conditions générales si défavorables, et trouvant en outre dans la vessie plusieurs calculs volumineux, parut assez peu disposé à pratiquer une opération. M. Breschet, qui fut appele en consultation, augmenta encore cette hésitation par le peu d'espoir qu'il semblait concevoir. On introduisit quelques bougies pour préparer le canal, mais après un mois on n'avait pas encore commence l'opération. M. Borkenstein était fatigue de ce retard, dont il n'appréciait pas les motifs; il s'était, depuis son arrivée, mis au courant des divers procedés employés pour détruire mécaniquement la pierre. il sut que ce chirurgien faisait encore usage de la pince à trois branches et de la perforation, tandis que je pratiquais habituellement l'écrasement avec le percuteur. Ce dernier mode lui paraissant préferable, il remercia le chirurgien auquel d'abord il s'etait confié, et je fus mandé par une lettre, dans laquelle ces motifs sont exposés. Les conditions me semblèrent mauvaises, et M. Breschet, auquel j'en parlai, me conseilla de bien réfléchir avant d'agir; car il n'y avait que fort peu de chances de guérison.

Je pesai donc avec attention toutes les circonstances. les symptômes indiquaient une maladie du système circulatoire; mais cet état durait depuis plusieurs années sans avoir empiré; il pouvait durer plusieurs années encore. L'œdème n'occupait que le membre droit, et d'ordinaire une maladie du cœur produit ce phénomène des deux côtés. Les palpitations et la gêne de la respiration n'étaient point constantes; souvent le cœur battait régulièrement; il n'y avait point d'impulsion, point de bruit de souffle ni de râpe · ces considérations me firent penser que l'affection du cœur était moins grave que plusieurs des symptômes pouvaient le faire supposer. Je me rassurai donc, et me déterminai à pratiquer telle opération que les conditions dans lesquelles je trouverais la vessie et la pierre me feraient paraître préférable. M. le docteur Delaroque, après avoir examiné le malade, me confirma dans cette pensée; il lui sembla que la gêne de la circulation tenait plutôt à une prédominance graisseuse des enveloppes du cœur qu'à toute autre cause.

Le 8 août je sondai M. Borkenstein en présence de MM. Heiberg, professeur de chirurgie à Christiania, et Wisbeck, chirurgien de l'hôpital de Berghen. Je trouvai plusieurs pierres volumineuses; mais comme la vessie n'était point contractée ni très-enflammée, malgré le contact de corps étrangers pendant plusieurs années, je pensai que la lithotripsie était praticable; et comme le malade désirait n'être pas prévenu du jour de l'opération, je proposai de la commencer à l'instant même, ce qui, après un moment d'hésitation et d'étonnement, fut accepté. J'introduisis en conséquence le percuteur, et, sans tâtonnement, je saisis le plus petit calcul; je l'ecrasai avec le compresseur à double effet; je pris ensuite un fragment, que j'écrasai de la même manière. Puis je retirai l'instrument, ne m'étant proposé dans cette première application que de faire cesser les appréhensions du malade. Dans la séance suivante, qui eut lieu trois jours après, je disposai l'etau, pensant que je pourrais avoir affaire à l'un des gros calculs. En effet, le premier qui fut saisi donnait à l'instrument un écartement de 16 lignes, et il ne l'avait pas été dans son plus grand diamètre. Il fallut pour le briser une percussion assez forte; je fus obligé dans plusieurs séances encore de faire usage du marteau. Les derniers fragmens furent ecrasés avec le compresseur. La destruction complète des calculs nécessita quatorze applications de sept à huit minutes chacune. Je fis ensuite deux explorations dans lesquelles je ne rencontrai rien.

Le détritus expulsé s'est trouvé du reste en rapport avec le nombre des séances et la durée du traitement, car il forme une masse d'un pouce et demi cube; bien que deux explorations n'eussent rien fait rencontrer, M. Borkenstein, à la fin de l'émission de l'urine, éprouvait encore une legère epreinte, qui lui faisait supposer l'existence de quelque parcelle de pierre; il désira que M. Civiale vé-



rifiât s'il était en effet complétement délivré. M. Breschet et M. Walther de Munich furent, sur ma demande, appelés à prendre part à cette exploration, qui ne fit rien découvrir dans la vessie.

Plusieurs chirurgiens étrangers, outre les deux Norvégiens que j'ai nommés précédemment, assistèrent à cette opération. Parmi eux je citerai MM. Save de Stockholm, Heiger de Vienne, etc. Dans le cours du traitement, qui dura deux mois, je fis pratiquer quatre saignées pour remédier à l'embarras de la circulation et à la dyspnée; je fis prendre la teinture de digitale, la teinture de colchique, et pour boisson habituelle du genièvre avec de l'eau sucrée. Après trois semaines de ce traitement, l'œdème de la cuisse et de la jambe droite avaient diminué de moitie. Il est inutile de dire que l'opération du broiement n'a débarrassé le malade ni de sa goutte ni des palpitations auxquelles il est sujet.

Les circonstances dans lesquelles cette opération fut entreprise étaient loin d'être favorables. La maladie du cœur et l'affection goutteuse devaient faire craindre qu'il ne survînt avant sa terminaison quelque chose de grave, cependant les deux maladies n'étaient point assez avancées pour ne pas laisser espérer plusieurs années de vie, et peut-être une guérison complète: il était donc rationnel et médical d'agir pour délivrer M. Borkenstein de ses calculs; mais laquelle des deux opérations était préférable? Je crois que c'était la lithotripsie; non parce qu'elle a réussi, mais parce qu'elle présentait en réalité plus de chances. En effet, l'embonpoint du malade aurait nécessité une plaie large et profonde, dont les bords n'auraient pas manqué de s'infiltrer, par suite de la disposition œdémateuse préexistante, augmentée par le séjour au lit. Si pourtant la vessie avait été contractée, alors il n'y aurait point eu à hésiter, la taille suspubienne eût été seule praticable.

PIERRE FRIABLE DE 22 LIGNES, DE FORMATION SECONDAIRE; RÉTENTION D'URINE; CATARRHE DE VESSIE; LITHOTRIPSIE PAR PRESSION; RÉSECTION D'UNE TUMEUR AU COL DE LA VESSIE; GUÉRISON.

OBS. II. — M. Francotte, de Liége, âgé de 45 ans, commença vers sa vingtième année à uriner lentement, mais à des intervalles de plus en plus courts. A trente ans l'emission de l'urine était devenue impossible en présence de témoins. Le jet alla encore en diminuant graduellement jusqu'à ce que le liquide finit par tomber perpendiculairement sans projection.

En février 1832, survint une incontinence d'urine pendant le sommeil. Une exploration avec la sonde ne fit rien rencontrer dans la vessie, mais elle fut suivie d'un catarrhe vésical contre lequel furent employés la belladone, le camphre, les bains, des sangsues, l'application d'un cautère, puis d'un seton au pubis, le tout sans succès.

En mars 1835, M. le professeur Lavacherie et M. le docteur Philips s'aperçurent de l'existence d'un rétrécissement situé vers le bulbe, à six pouces du méat urinaire; on mit en usage pour le détruire un traitement mixte par la cautérisation et la dilatation. Les sondes du plus gros calibre purent dès-lors passer librement, mais la facilité d'uriner n'en fut point accrue; et bientôt même la rétention d'urine fut complète, tandis que pendant le sommeil il y avait incontinence. Attribuant, avec raison, la rétention d'urine à une tumeur du lobe moyen de la prostate, et certains, par expérience, que la sonde à demeure serait inutile, les médecins de M. Francotte conseillèrent de prendre mon avis.

Je partis pour Liége à la fin de décembre 1835, et je trouvai le malade dans l'état qui vient d'être décrit : sa constitution paraissait fort détériorée par la souffrance, les insomnies et le catarrhe vésical; j'explorai la vessie en présence de MM. Combaire, Lavacherie et Philips : notre surprise à tous fut grande lorsque tout d'abord ma sonde rencontra un calcul volumineux de forme irrégulière et paraissant se rapprocher de celle d'un croissant embrassant le col de la vessie; sa dureté semblait peu considérable à en juger par la nature du choc de la sonde. Cette irrégularité de la pierre explique l'incontinence d'urine, car lorsque l'une des cornes ou prolongemens s'engageait dans le col de la vessie, il le tenait entr'ouvert, et laissait filtrer l'urine.

On concevrait difficilement que des médecins et des chirurgiens aussi habiles eussent méconnu l'existence d'un calcul de ce volume, si je n'ajoutais que depuis plus d'un an, ces messieurs n'avaient introduit dans la vessie aucune sonde métallique, et que M. Francotte se sondait lui-même. On sait en outre avec quelle rapidité se forment les pierres de phosphate triple.

L'idée de la taille répugnait fort au malade, et cependant les conditions dans lesquelles il se trouvait ne me permettaient ni de promettre à l'avance le succès de la lithotriptie, ni de l'entreprendre à Liége : je me déterminai à faire une tentative dans le but de m'assurer de la possibilité du broiement, elle eut lieu le lendemain en présence des médecins que j'ai nommés tout-à-l'heure : la pierre fut saisie et brisée avec une surprenante facilité; les branches du lithotribe courbe à deux mors donnaient un écartement de 22 lignes, l'écrasement fut opéré, partie avec la main, partie avec le compresseur à double effet; trois fois le calcul ou ses plus gros fragmens furent repris et écrasés : cette séance, qui ne dura guère que trois ou quatre minutes, ne fatigua pas le malade. Deux jours après, je fis, à la demande de M. Francotte, une seconde séance; elle eut, ainsi que nous devions nous y attendre, le même succès que la précédente, cependant le premier fragment qui fut saisi ne le fut pas sans quelque difficulté à cause de sa situation dans un enfoncement derrière la prostate.

Le surlendemain de cette opération, je retournai à Paris, et quinze jours après M. Francotte vint m'y rejoindre ayant supporté le voyage beaucoup mieux qu'il ne s'y attendait. Là, je continuai le broiement qui ne causait que peu de douleur et point de fatigue, laissant un intervalle de deux ou trois jours entre chaque application, et donnant issue au détritus au moyen d'une grosse sonde évacuatrice et d'abondantes injections. Après la huitième séance, le catarrhe de vessie avait beaucoup diminué, les besoins d'uriner s'étaient éloignés : après la douzième application, il n'y avait plus de pierre, le catarrhe avait disparu et le malade qui, lorsque je le vis à Liége, était obligé d'introduire sa sonde toutes les demi-heures ne ressentait plus maintenant le besoin d'uriner que toutes les quatre heures.

M. Francotte était donc débarrassé, sans aucun doute, de ses deux plus cruels ennemis, la pierre et le catarrhe : il avait pu reprendre ses habitudes sociales; la gaîté ainsi que la santé étaient revenues. Cependant il désirait vivement être débarrassé de la rétention d'urine, et bien que selon lui l'origine de sa maladie remontât à 25 ans, je ne désespérai pas de le débarrasser de cette incommodité. Je commençai par examiner dans quel état se trouvait le col de la vessie au moyen de ma sonde à inclinaison, et je reconnus à la partie inférieure et moyenne une tumeur faisant une saillie de six lignes, s'inclinant un peu à droite : je fis d'abord usage de mon dépresseur qui m'a déjà réussi tant de fois; mais après dix applications d'une heure chacune, il demeura sans effet et j'y renonçai. Je voulus alors pratiquer la ligature, ce que je fis en présence de M. Clemot, chirurgien en chef de l'hôpital de la marine, à Rochefort, mais à plusieurs reprises le fil glissa sans rien embrasser. Enfin j'introduisis un brise-pierre articulé de Jacobson, approprié à la trituration des fongus : après l'avoir ouvert dans la vessie, je le ramenai sur le col; la tumeur s'engagea dans l'anse, et par le rapprochement de la branche mobile, elle se trouva saisie. Je l'écrasai lentement par l'action de la vis, consultant les sensations du malade, puis j'en arrachai une portion par torsion. Un écoulement de sang assez abondant eut lieu immédiatement; je l'entraînai par des injections froides répétées à travers la sonde évacuatrice, dans les yeux de laquelle fut amenée la tumeur détachée. Le lendemain il y eut un peu de malaise, et un léger accès de fièvre, point de sensibilité au ventre dans la pression. Le second jour, M. Francotte était rétabli. Le soir de l'opération et pendant la nuit l'urine coula spontanément, mais la vessie ne se vida pas complètement; je crus devoir laisser une sonde à demeure pendant trois jours; l'urine, lorsque je l'ôtai, coulait moins bien qu'avant, et par instans elle ne coulait plus du tout. L'incontinence se reproduisit la nuit deux fois.

Six jours après la trituration et l'arrachement de la tumeur, je promenai la pierre infernale sur le pourtour du col; enfin il y a trois jours j'ai détaché une tumeur, du volume d'une amande, tout incrustée à sa surface d'une matière lithique. Des injections froides ont entraîné et tari le sang. Il n'y a pas eu le moindre accident.

J'ébarbai les lambeaux qui faisaient saillie sur le col quelques jours après, pour cela j'ai fait usage de l'instrument que je nomme écopeur; il ressemble à la sonde évacuatrice; une ouverture oblongue, très-large, située du côté de la convexité est fermée pendant l'introduction par une lame à bords tranchans; la sonde étant arrivée dans la vessie, la lame est tirée en arrière, puis la sonde elle-même est ramenée sur le col; le sommet de la tumeur ou ses lambeaux s'engagent dans l'œil resté ouvert par le retrait de la lame, et ils sont reséqués en poussant celle-ci. Ce procédé ressemble, comme on le voit, à celui d'Ambroise Paré pour les carnosités de l'urètre. J'ai terminé en touchant le point sur lequel s'implantait la tumeur ou plutôt sa base, avec le nitrate d'argent, au moyen du porte-caustique prostatique que j'ai soumis à l'examen de l'Académie des sciences, il y a un an. La vessie se vide aujourd'hui complètement. J'ai depuis présenté M. Francotte à MM. les commissaires nommés par l'Institut pour examiner mes travaux sur les tumeurs du col de la vessie.

Ce fait mérite d'intéresser sous plus d'un rapport : la pierre est manifestement de formation secondaire, et résulte de la rétention incomplète, puis de l'altération de l'urine. On peut suivre également très-bien le développement de la tumeur prostatique et du catarrhe de la vessie. La rapidité de la formation du calcul, l'irrégularité de sa forme; la prompte disparition du catarrhe sont encore dignes de remarque. Pour ce qui est de la rétention d'urine, de la tumeur du col et des opérations auxquelles elle a donné lieu, nous y reviendrons ailleurs.

BIBLIOGRAPHIE.

SUR LE DESSIN LINÉAIRE EN RELIEF ET L'USAGE EN CHIRURGIE DU FIL DE FER ET DU COTON; par Mathias MAYOR, D.-M. 1 vol. in-8° Germer-Baillière, libraire.

M. Mathias Mayor vient de publier un volume sous le titre suivant : *Sur le dessin linéaire en relief, et sur l'usage, en chirurgie, du fil de fer et du coton*; j'ai lu cet ouvrage avec le plus vif intérêt, et comme j'ai eu, dans ma pratique, l'occasion de vérifier quelques-uns des points chirurgicaux que l'auteur y traite et que je prédilectionne, je me félicite de pouvoir publier une analyse de cet ouvrage et les premières impressions que m'en a laissées la lecture.

L'ouvrage se compose d'une préface, d'une introduction, de dix chapitres et de deux planches lithographiées.

Dans sa préface, M. Mayor s'étonne de l'injuste oubli dans lequel la dynamique chirurgicale a laissé, jusqu'à ce jour, *les deux plus puissans leviers de l'industrie humaine*, le fil de fer et le coton : il l'attribue à la routine et surtout à la *susceptible nationalité*; puis il prévient que si, dans le cours de son ouvrage, il revient au coton, à l'hyponarthécie, ses premières amours, c'est pour trouver l'occasion de parler du fil de fer, dans toutes ses applications, avec la chirurgie surtout.

Dans l'introduction, l'auteur apprend à ses lecteurs qu'il a lu, en 1835, à l'Académie des sciences, une note sur le *dessin linéaire en relief*, à l'aide du fil métallique, mais qu'il passera outre, pour les entretenir de ce même fil de fer, appliqué à la confection d'un bassin, des pessaires, des attelles, des membres artificiels, des brayers, etc. Cette introduction se termine par l'énumération sommaire des avantages que les malades, les praticiens et les administrateurs pourront retirer des appareils fabriqués avec cette protéïque matière, dont les deux qualités distinctives sont exprimées par son épigraphe : *résistance et mollesse*. J'arrive au contenu des chapitres.

CHAP. I. — *Sur un bassin en fil métallique et sur le dessin linéaire matérialisé par le moyen de ce fil.* C'est déjà connu par l'Académie de médecine; un seul bassin de cette espèce peut de suite admettre, en se moulant, les dépressions variées, les écartemens et les déformations qu'il juge convenable au professeur de figurer. Comme il est *à claire-voie*, les élèves peuvent suivre et examiner tout ce qui s'y passera, et surtout se le procurer aisément, à cause de son bas prix : trois avantages incontestables et qui, je me plais à le prédire à son ingénieux inventeur, pourront enfin populariser l'enseignement encore si scientifiquement embrouillé de l'art obstétrical.

CHAP. II. — *Des pessaires*. Après un aperçu sur les différentes substances employées jusqu'aujourd'hui pour la composition des pessaires, M. Mayor établit avec raison, que l'inconvénient reprochable à tous, de ne pouvoir les ajuster instantanément et exactement à la conformation normale ou non des malades, disparaît en fabricant leur carcasse en fil de fer, que l'on garnit suffisamment avec l'ouate de coton, et que l'on recouvre avec du taffetas gommé; la description des pessaires de toute espèce, par cette méthode, finit ce chapitre plus contestable que le précédent. Ainsi, j'ai fabriqué, par nécessité aussi, puisque nécessité est mère de l'industrie, des pessaires *simples* et en *boule*, avec des bouteilles en caoutchouc, avec autant de simplicité, de facilité et d'économie que leurs correspondans en fil de fer rembourré, et je leur crois l'avantage d'être plus susceptibles de propreté, plus intromissibles et plus durables. Quant aux pessaires en *ombelles* et en *raquettes*, mon expérience ne peut rien en dire, mais ne pourrait-on pas greffer sur un pessaire simple en caoutchouc un bout de sonde de la même subs-

tance, après avoir trifurqué celle des extrémités qui doit joindre le corps annulaire de l'appareil? Si je compare, par occasion, ces pessaires de ma fabrique à ceux de M. Mayor, c'est tout simplement sous le commun rapport de l'économie et de la facilité de les improviser, deux qualités premières pour tous les appareils d'un chirurgien de campagne.

Chap. III. — *Sur le traitement des fractures.* Le même principe qui préside à la confection du bassin et des pessaires, sert de guide à l'auteur pour la confection de toute espèce d'attelles, et par conséquent aussi de l'appareil hyponarthécique. Ces nouvelles attelles sont des réseaux métalliques, dont un treillage ordinaire donne une idée assez juste pour me dispenser de les décrire. Ce qu'il importe de dire, c'est que ces réseaux métalliques, convenablement garnis, sont toujours assez flexibles pour s'adapter facilement aux formes et aux exigences du membre fracturé, et en même temps assez résistans pour s'opposer à tout déplacement nuisible; c'est enfin qu'ils permettent de réduire à une seule pièce les deux ou trois que réclame le traitement ordinaire des fractures. L'expérience appréciera tous ces perfectionnemens. M. Mayor rappelle, comme un principe inhérent et fondamental, que la puissance nécessaire pour réduire comme pour s'opposer aux déplacemens des fragmens, suffit, quoique légère, pourvu qu'elle soit perpendiculaire à l'endroit même par où la déviation s'opère ou tend à s'opérer. Ce principe, si mécaniquement vrai, est la base de tous les perfectionnemens hyponarthéciques dont M. Mayor a enrichi, jusqu'à présent, le chapitre réellement si pauvre de la thérapeutique chirurgicale, relatif aux fractures.

En lisant ce même chapitre, je n'ai pu maîtriser la surprise que m'a causée l'énoncé d'une dernière et audacieuse inovation de l'expérimentateur de Lausanne. Après avoir permis, à l'aide de la suspension *simple* hyponarthécique, la mobilité des membres abdominaux fracturés, sur le lit et hors du lit, voilà qu'aujourd'hui M. Mayor leur permet même de marcher à l'aide d'une *seule* béquille, persuadé qu'il est qu'on peut marcher aussi impunément avec une jambe cassée qu'avec un bras fracturé, pourvu que l'un et l'autres membre reposent sur une écharpe!

Chap. IV. — *De quelques objets de pansement.* Ce sont d'abord plusieurs nouvelles observations, qui tendent à confirmer l'innocuité du transport des fracturés, à la faveur de la *suspension.* Puis, comme une transition en amène une autre, M. Mayor venant à parler des irrigations continues d'eau froide si avantageusement et si généralement employées aujourd'hui dans les fractures comminutives, décrit sa manière, aussi simple que commode, de suppléer aux tubes, siphons et robinets d'usage. Son appareil est un vase de bois, suspendu au-dessus des malades, percé d'un ou de plusieurs trous au travers desquels passent autant de bouts de ficelle, le long desquels coule l'eau du vase jusque sur le membre malade.

Après un long article, déjà inséré dans le Journal des Connaissances médico-chirurgicales et dans son Nouveau Système de déligation, en faveur du coton et de la ouate, comme topique et comme remplissage, M. Mayor, en suivant avec son adroite persévérance le fil précieux des analogies, dit employer aujourd'hui, dans son hôpital, les mousselines au lieu du linge fenêtré et pour contenir la matière du cataplasme, ou recevoir l'enduit ou topique. Cette substitution est avantageuse sous plusieurs rapports, il ne faut qu'une raison droite et impartiale pour y croire; mais les administrations sont si routinièrement incrédules!...

Dans son hôpital aussi, il se sert du fil de fer pour maintenir les cataplasmes, selon toute leur étendue, pour résister à leurs faciles dérangemens et pour garantir de leurs poids les surfaces malades.

Chap. V. — *De quelques modifications apportées aux pansemens des fractures.* Ces modifications ont rapport au mécanisme employé pour favoriser la progression d'un homme, porteur d'une cuisse ou d'une jambe cassée, ainsi que je l'ai annoncé à la fin du troisième chapitre. Quand M. Mayor ajoute que les sept observations qu'il a recueillies, depuis qu'il fait usage de son écharpe scapulo-tibiale, *ont acquis, à ses yeux, l'autorité de la chose jugée*; M. Mayor se hâte peut-être trop de se complimenter. Aujourd'hui je me borne à souhaiter bien sincèrement que les expériences *extra muros* répondent à ces quelques succès dans un hôpital; et je ferai observer à l'auteur, que ce chapitre devrait changer de place avec le précédent.

Chap. VI. — Ce chapitre est la seconde et même la troisième édition de plusieurs mémoires, insérés dans les journaux de Paris ou déjà imprimes isolément. C'est: 1° un mémoire sur le traitement des fractures de la clavicule; 2° un autre sur la conduite à tenir dans les cas de fractures accidentelles du col du fémur; 3° sur l'appareil inamovible de M. Larrey; 4° sur l'appareil inamovible pour le traitement des fractures; 5° sur les amputations dans les fractures compliquées; 6° enfin sur la résection partielle du pied. L'importance pratique de tous ces articles mérite, à coup sûr, leur réimpression; mais elle ne justifiera pas M. Mayor auprès du public qui achète, quand celui-ci en retrouvera quelques-uns déjà insérés dans un autre ouvrage et sous un titre différent (1). D'ailleurs, l'accueil empressé qu'ils ont reçu de nos journaux les plus estimés, aurait dû tranquilliser l'auteur sur le silence dont il se plaint et à cause duquel il a jugé à propos de les réimprimer. Les communications toutes récentes de quelques notabilités chirurgicales, presque toutes en faveur de son cathétérisme forcé, ne prouvent pas notre «susceptible nationalité.» En se plaignant du silence des autres, M. Mayor m'autorise presque à me plaindre aussi du sien propre; quand, au sujet de l'hyponarthécie, il cite, dans son ouvrage, deux simples observations, sans dire un seul mot d'une méthode, fille de la sienne, et qui enregistre tous les jours de nouveaux succès. Je reviens à mon analyse.

Chap. VII. — *Des membres artificiels.* Il est facile de prévoir le parti que l'auteur retire du fil de fer, pour confectionner aussi des cuisses, des jambes et des bras artificiels, plus dégagés et plus légers que ceux fabriqués en bois ou en métal massif; mais conservent-ils autant de solidité et d'aplomb, c'est encore ce que nous apprendra plus tard l'expérience.

Chap. VIII. — *Quelques généralités sur les brayers.* Encore le fil de fer pour prendre mesure exacte d'un bandage quelconque, et même pour servir de carcasse à tous ceux que réclament les éventrations du premier âge. Pour moi, je ne pense pas que le fil de fer puisse ceindre les contours du tronc aussi flexiblement qu'un fil en tissu. Je ne pense pas non plus que le même fil de fer présente assez d'élasticité et de résistance pour servir à la fabrication d'un appareil herniaire.

Chap. IX. — *Quelques généralités sur les préparations anatomiques en fil de fer et en coton.* Représenter tous les détails cylindriques de la machine humaine, tels que nerfs, ligamens, canaux, avec le fil de fer, c'est possible; mais construire de toutes pièces un homme, avec tous ses rapports osseux et musculaires, avec tous les organes bien distribués, bien naturels quant à la forme et à la couleur, avec du fil de fer, du coton, de la mousseline et un pot de rouge: c'est le rêve d'une faiseuse de modes, presque aussi présomptueux que celui de Prométhée. Aussi M. Mayor est loin de le justifier, quand il ajoute: *Il suffit de vouloir et de ne douter de rien*...

Chap. X. — A part une note communiquée à l'auteur sur l'application du fil de fer à l'art vétérinaire, ce dernier chapitre est une suite des philantropiques illusions de M. Mayor; car, dans son zèle trop peu raisonné pour ce précieux fil métallique, il prédit qu'un jour les petits garçons trouveront avec lui des figures de géométrie, des lettres de l'alphabet, des cartes géographiques, des toporama, et que les jeunes filles, de leur côté, en feront des poupées.

Je comprends que ces détails, trop minutieux, peuvent se rattacher au *dessin linéaire en relief*, rigoureusement et non pas à merveille, comme l'auteur se plaît à le dire; mais encore, en tout et partout, le précepte de Gaubius est bon à suivre. *Melius est sistere gradum, quam progredi per tenebras.*

Malgré les pardonnables exagérations et les imperfections que nous avons signalées, cet ouvrage, comme ses aînés, se recommande à l'attention des chirurgiens et surtout à ceux qui exercent dans les campagnes, par l'indication de plusieurs procédés aussi simples qu'économiques, et par la nouveauté de plusieurs aperçus pratiques, qu'il importe à tous les amis du progrès d'expérimenter. Je citerai entre autres l'inutilité soupçonnée des compresses graduées pour maintenir l'écartement inter-osseux dans les fractures de l'avant-bras, et la réunion des deux membres abdominaux dans une seule gouttière hyponarthécique, ou sur le même plan incliné, pour le traitement plus facile de la fracture du col du fémur.

La manière d'écrire de l'auteur est toujours la même; même allure de franchise, même chaleur de conviction, même coloris; et si, d'après Buffon, *le style c'est l'homme*, j'engage tous mes confrères à lire cet ouvrage, pour connaître M. Mayor, sans faire le voyage de Lausanne.

Munaret, de Châtillon-de-Michaille.

(1) Nouveau système de déligation chirurgicale.

CONCOURS

POUR LA CHAIRE D'ANATOMIE.

(QUATRIÈME ÉPREUVE.)

Leçon d'après une préparation faite sur le cadavre. Quatre heures sont accordées aux candidats pour la dissection de leurs pièces, et une heure pour la préparation de la leçon.

M. Laurent a eu à démontrer le *genou*. Cette question, bonne en elle-même, et pouvant se prêter à de grands développemens et à d'importantes considérations pathologiques, n'était pas ce qui convenait à M. Laurent. La description a été incomplète et obscure. Nous persistons à croire que M. Laurent envisage l'anatomie sous un autre point de vue que les anatomo-topographes de notre époque, et que pour briller il lui faut autre chose que la description très-bornée d'une articulation.

M. Breschet. *Le larynx moins ses vaisseaux.* Comme il était impossible de montrer sur la même pièce toutes les parties du larynx, M. Breschet en a préparé plusieurs. La principale était un sujet entier sur lequel on voyait tous les rapports du larynx. D'autres pièces représentaient les cartilages, les ligamens, les muscles, les nerfs et enfin les parties intérieures, la membrane muqueuse, et les sinuosités du larynx. Malgré la rapidité qu'il a fallu mettre à préparer tant de choses en si peu de temps, on a remarqué qu'elles étaient disséquées avec beaucoup de soin, à l'exception d'une pièce inachevée, sur laquelle ce candidat voulait seulement faire voir l'anastomose qui unit les deux nerfs laryngés.

Après avoir défini le larynx et lui avoir assigné ses limites et ses rapports chez l'homme, M. Breschet l'examine successivement dans les différentes classes animales. Tous les vertébrés, dit-il, qui respirent l'air sont pourvus d'un larynx, tandis que ceux qui respirent par des branchies en sont dépourvus. Il rapporte à ce sujet une observation faite dans le cours de ses recherches d'anatomie comparée sur l'oreille, c'est qu'il y a une espèce de solidarité entre l'existence du larynx et celle du limaçon. Tous les animaux pourvus d'un larynx offrent aussi un limaçon, tandis que cette partie du labyrinthe ne se retrouve plus chez les poissons, ni chez certains reptiles. Il signale, en passant, les différences que présente l'organe vocal chez les cétacés, les reptiles et les oiseaux, et décrit le larynx double de ces derniers. Le larynx supérieur, dit-il, n'est qu'un organe modificateur des sons produits par le larynx inférieur, et remplit à peu près la même fonction que la main qu'on introduit dans l'extrémité évasée d'un cor de chasse. L'organe vocal, quel que soit l'animal où on l'observe, présente toujours la réunion de quatre parties essentielles à l'exécution de ses fonctions.

Il faut 1° un soufflet représenté par les poumons; 2° un porte-vent, la trachée-artère; 3° un organe de phonation, la glotte et 4° enfin un organe modificateur des sons, le tuyau vocal représenté chez l'homme par le pharynx, la bouche et les fosses nasales. Cette dernière partie présente de grandes modifications dans les différentes classes d'animaux. Déjà parmi les mammifères, dans l'importante famille des cétacés, nous voyons que le larynx s'ouvre exclusivement dans les fosses nasales, représentées par la poche des évents; chez les oiseaux, nous avons le larynx supérieur, etc.

Arrivant enfin à la description proprement dite du larynx humain, M. Breschet en examine successivement les cartilages, les muscles, les nerfs, les vaisseaux, les membranes et ligamens, les glandes et enfin la membrane muqueuse. L'intéressante question de l'origine de la distribution des nerfs du larynx a été fort bien traitée par ce candidat. C'est en parlant de la membrane muqueuse et de son trajet qu'il a décrit les ventricules du larynx ainsi que la forme et la dimension de la glotte chez les deux sexes et aux différens âges. Quoiqu'il ait passé rapidement sur toutes ces parties, le temps ne lui a pas permis d'achever entièrement la description du larynx. Il est descendu de la chaire au bruit des applaudissemens.

Ce qui distingue essentiellement les leçons de M. Breschet, c'est un esprit de haute philosophie naturelle; c'est une vaste érudition jointe à une expérience consommée; c'est une grande aptitude à poser et à résoudre les questions neuves de rapports généraux qui fécondent et font marcher la science, et sans lesquels elle resterait constamment dans l'aride et stérile description.

M. Bérard. *Le plexus axillaire et ses six branches de terminaison.* Un seul sujet a pu suffire pour cette préparation. Du côté droit, les parties qui recouvrent en avant ce plexus sont enlevées en masse et déjetées en dehors. Le corps des cinq dernières vertèbres cervicales et de la première dorsale sont enlevés pour faire voir l'origine des nerfs et les ganglions rachidiens. La clavicule est sciée et déjetée en dehors ainsi que les deux muscles pectoraux. De cette manière on peut voir d'un seul coup d'œil tout le plexus brachial, moins ses rapports. A gauche, on a conservé la clavicule ainsi que le petit pectoral pour maintenir les rapports.

Avant d'entrer dans les détails de sa description, M. Bérard croit devoir appeler un instant l'attention sur la manière de faire la préparation qui lui est échue par le sort. Il indique, en peu de mots, l'origine des différentes branches qui constituent le plexus axillaire, et décrit leur mode d'entrelacement pour former le plexus brachial. Il divise le plexus en trois portions, une sus-claviculaire, une post-claviculaire et une axillaire, examine successivement les rapports de chacune de ces portions et décrit les branches qui en émanent. Parmi ces branches, M. Bérard a placé un rameau sus-claviculaire qui, suivant M. Cruveilhier, traverse quelquefois un canal osseux que lui présente la clavicule; ce filet appartient au *plexus cervical.*

Passant à la description des branches de terminaison, il parle successivement du *nerf axillaire* ou *circonflexe*, à l'occasion duquel il rapporte des observations de paralysie du muscle deltoïde dans certains cas de luxation scapulo-humérale, résultant de la rupture de ce nerf, mais il lui fait donner un filet au muscle triceps brachial, ce qui n'est pas exact. A propos des nerfs *cutanés, externe* et *interne*, M. Bérard dit avoir souvent observé que les filets anti-brachiaux de l'externe étaient plus superficiels et ceux de l'interne plus profonds que les veines, de manière qu'en saignant sur le bord radial de l'avant-bras, on s'expose à blesser des filets nerveux tout aussi bien que lorsqu'on saigne du côté opposé. Le candidat indique avec exactitude les rapports du nerf médian avec l'artère brachiale; mais il lui fait donner un filet au brachial antérieur, ce qui n'est pas exact. Suivant lui le rameau interosseux se termine dans le muscle carré pronateur, tandis que ce nerf perce, comme on sait, le ligament interosseux pour venir se perdre sur le dos de la main.

En parlant des rapports du cubital le long du bras, M. Bérard appelle surtout l'attention sur son voisinage avec l'artère humérale et sur les méprises qu'on pourrait commettre lors de la ligature de cette artère, si l'on prenait le nerf cubital pour le médian. Il a omis de parler de la branche palmaire profonde de ce nerf.

M. Lebaudy. *Le périnée chez l'homme.* Ce candidat ne présente qu'une seule pièce; c'est un sujet adulte disposé de manière à bien montrer le périnée. Celui-ci n'est préparé que par la face inférieure. La préparation est faite avec beaucoup de soin et de netteté. La leçon de M. Lebaudy n'offre d'ailleurs rien de remarquable.

M. Chassaignac. *La région inguinale.* Sous le nom de région inguinale, M. Chassaignac ne comprend que la partie abdominale de l'aine, celle dans laquelle se trouve le canal inguinal, limitée en bas par le ligament de Poupart et en haut par deux lignes dont l'une, partant de l'épine iliaque antérieure et supérieure, et l'autre de celle du pubis, se rencontreraient vers l'ombilic.

Après avoir dit quelques mots sur la manière de préparer l'aine, et sur les différences qu'elle présente suivant les âges et suivant les sexes, il décrit successivement la peau de cette région, l'aponévrose superficielle et les artères sous-cutanées abdominales et leurs veines satellites, dans quelques branches, dit-il, peuvent, dans certains cas, prendre un développement considérable et s'introduire dans l'abdomen à travers l'ombilic; l'aponévrose du grand oblique et l'anneau inguinal externe; les muscles petit oblique et transverse, lesquels, dit-il, fournissent le muscle crémaster. L'opinion la plus générale jusqu'à ce jour, était que le testicule, en traversant le canal inguinal, entraînait quelques fibres des muscles petit oblique et transverse, pour former ainsi le crémaster; mais ce muscle existe lorsque le testicule est renfermé dans l'abdomen, et dans ces cas il se porte en dedans, au-devant du testicule. Le *gubernaculum testis* de Hunter n'est autre chose que ce muscle dont les fibres sont entremêlés d'une grande quantité de tissu cellulaire. Il est formé, dans le principe, de deux faisceaux, entièrement distincts des muscles de l'abdomen. Ces faisceaux sont insérés l'un sur l'épine iliaque antérieure et supérieure, et l'autre, plus fort, sur l'épine du pubis. Cette disposition est on ne peut plus évidente sur une pièce préparée naguère par M. Thomson.

M. Chassaignac décrit ensuite avec une rare sagacité les aponévroses *transversale* et *propre* du péritoine, les vaisseaux profonds de l'aine et enfin le canal inguinal.

Les pièces de M. Blandin étaient au nombre de trois. Elles étaient préparées avec le plus grand soin. L'aisselle, dit-il, est la région comprise entre le membre supérieur et le thorax. Elle se présente sous la forme d'une dépression triangulaire, limitée en avant par le rebord des muscles pectoraux; en arrière par le grand dorsal, le grand rond et par l'omoplate; et en dedans par la paroi thoracique. La capacité de l'aisselle varie suivant le développement et l'embonpoint des individus. La base du creux pyramidal que représente l'aisselle est tournée en bas et un peu en avant; son sommet en haut et un peu en arrière. Après avoir ainsi défini la région axillaire, M. Blandin décrit successivement les différens élémens qui constituent chacune de ses parties en commençant par la peau dont il fait ressortir les principaux caractères; il appelle surtout l'attention sur les nombreux follicules sébacés de l'aisselle qui peuvent s'hypertrophier, s'irriter et donner naissance à des abcès superficiels. Les fascias sont au nombre de deux, continus l'un avec l'autre.

Le premier est superficiel, vrai *fascia superficialis*, se continuant en avant avec les fibres du peaucier, et en arrière, au fond de l'aisselle, avec le *fascia coracoïdea* de M. Gerdy. Ce dernier inséré sur le bord inférieur du petit pectoral et sur l'apophyse coracoïde, forme une espèce de bride qui attire le fascia superficiel au fond de l'aisselle, et détermine ainsi la dépression des tégumens du creux de l'aisselle. La deuxième aponévrose de l'aisselle est le *fascia subclavicularis*, que M. Blandin décrit avec le plus grand soin. Après cela il parle des muscles, des vaisseaux et des nerfs intrinsèques. Ayant ainsi décrit les parois axillaires, il arrive à l'histoire des parties contenues, du paquet de vaisseaux et nerfs que M. Blandin nomme *extrinsèques*, parce qu'ils ne font que traverser l'aisselle. Cette leçon, faite avec tout l'éclat et la supériorité qu'on avait droit d'attendre de ce candidat, s'est terminée au bruit des plus vifs applaudissemens.

M. Broc. *Les muscles intrinsèques et les nerfs de la main.* Nous avons déjà saisi l'occasion de rendre justice au beau talent d'élocution et d'exposition déployé par M. Broc; sa dernière leçon a dépassé encore les premières, et ce n'est pas exagérer que de dire qu'elle a excité dans l'auditoire un véritable enthousiasme. Voilà un des plus beaux résultats que puisse donner cette institution des concours, d'élever tout d'un coup, au premier rang, parmi des concurrens d'ailleurs si redoutables, un homme supérieur dont le talent était resté jusqu'ici caché et comme enseveli dans l'obscure enceinte de quelque étroit amphithéâtre.

Avant d'entrer en matière, il s'étend assez longuement en considérations générales sur tout le membre supérieur. Il le compare à un compas brisé dont le premier terme serait constitué par le bras, le second par l'avant-bras, le troisième par la première rangée du carpe, la quatrième par la seconde rangée du carpe, et le cinquième enfin par la main. Celle-ci représente, toujours suivant

M. Broc, un compas multiple, divisé en cinq branches également brisées. Après ces considérations et d'autres analogues, M. Broc arrive enfin à son sujet, les muscles de la main. Il essaie de c mparer les muscles des deux éminences thénar et hypothénar, les décrit avec beaucoup d'élégance et de facilité. Il décrit ensuite les muscles lombricaux, et enfin les inter-osseux. Pour ceux-ci il suit l'ingénieuse méthode mnémonique adoptée par M. Croveilhier, c'est-à-dire qu'en prenant le doigt médius pour ligne moyenne, tous les inter-osseux d'oiseaux sont abducteurs et tous les palmaires adducteurs.

Cette exposition avait pris trop de temps à M. Broc pour qu'il pût faire une description complète des nerfs de la main. Il termine sa leçon désarticulant devant l'auditoire une énorme main de carton et un doigt plus colossal encore, voulant par là montrer aux personnes eloignées la disposition des differentes parties qu'il venait de décrire. Un tonnerre d'applaudissemens a couvert la leçon de M. Broc.

M. Michon. *Le nerf pneumo-gastrique du côté gauche.* La préparation de ce nerf qui devait exiger un temps considérable, était faite avec un soin qui dénote en M. Michon un habile anatomiste. Il examine ce nerf successivement dans ses portions cephalique, cervicale, thoracique et abdominale; décrit avec le plus grand soin et une grande aisance les moindres ramifications de ce nerf dans les differentes régions que nous venons d'énumérer. Les parties pathologique et physiologique de cette question sont traités avec le même soin. M. Michon a fait voir qu'il était au niveau de la science. Il est descendu de la chaire au bruit des applaudissemens.

VARIÉTÉS.

Eaux minérales d'Audinac Saint-Girons (Ariège), magnésiennes, ferro-gazeuses.

Situé aux confluens de deux rivières, Saint-Girons, est une des plus jolies villes du departement de l'Ariège. Ses environs sont célèbres par le lac de Bethmale, les forges d'Engomer, les grottes du Mas d'Azil et de Montesquieu, et par la vallée de Betlongue, si souvent comparée à la vallée de Campan.

Audinac touche à Saint-Girons et tire de ce voisinage un agrément inappréciable. Ses eaux sourdent dans un vallon charmant et d'une fraîcheur ravissante. Telle est leur pureté que rien ne peut l'altérer, ni les pluies, ni les vents, ni les orages; telle est leur abandance que rien ne peut les faire varier d'une manière sensible, ni les hivers les plus humides, ni les étés les plus brûlans. Insensibles à tout ce qui se passe à la surface de la terre, les sources d'Audinac versent incessamment leurs eaux limpides dans la proportion de 200 litres par minute.

L'importance médicale des eaux d'Audinac a attiré l'attention de la chimie. Un habile pharmacien de Toulouse, M. Magnes-Lahens, en a, le premier, fait une analyse exacte. Un jeune médecin de Paris, plein de zèle et d'avenir, M. le docteur Fontan, a voulu la répéter. Enfin elle a été revue par M. Barruel, dont le nom en chimie fait autorité. Tous s'accordent sur la composition des eaux d'Audinac, tous leur reconnaissent les mêmes principes. Il serait sans doute inutile et peut-être déplacé de reproduire dans cette courte notice les details de ces analyses; mais nous ne pouvons nous dispenser d'en consigner ici les principaux résultats.

Les eaux d'Audinac contiennent :

1° Du gaz acide carbonique;

2° Du sulfate, du carbonate de magnésie et du chlorure de magnésium;

3° Du bi-carbonate de fer en grande quantité;

4° Une petite quantité de sel calcaire;

5° Des sels à base de soude.

Enfin, les parois de la citerne où jaillissent les eaux sont tapissées de conferves de divers genres, et notamment de la famille des batrachospermum et des conjuguées de Vaucher.

Il est à remarquer qu'elles ne renferment ni acide hydro-sulfurique, ni sulfure; ce qui les sépare complètement de toutes les sources des Pyrénées.

En lisant cette analyse, on est frappé de l'analogie des eaux d'Audinac avec les eaux de Vichy. Ce sont de part et d'autre les mêmes principes, quoiqu'à des proportions un peu differentes. Ainsi, les unes contiennent plus de fer, les autres plus de gaz acide carbonique; celles-là sont plus riches en sels de soude, celles-ci en sels de magnésie. Du reste, les propriétés générales en sont à peu près les mêmes, et elles sont conseillées dans les mêmes maladies.

Les eaux d'Audinac sont particulièrement recommandées :

1° Dans les affections chroniques des membranes muqueuses, avec ou sans écoulement : telles sont le catarrhe pulmonaire et le catarrhe de la vessie, la gastrite et la leucorrhée, vulgairement désignée sous le nom de flueurs blanches.

Si l'on voulait chercher dans la composition des eaux la raison de cette efficacité, elle ne serait pas difficile à trouver. Qui ne connaît les heureux effets du gaz acide carbonique contre ces maladies? Nos plus grands médecins le préfèrent à tout autre médicament, même à l'eau de chaux et au quinquina coupés avec le lait, deux remèdes plus connus et plus usités contre les maladies dont nous parlons

Les malades atteins de gastrite et d'entérite chronique, recherchent avec avidité les boissons chargées de gaz acide carbonique; en sorte que l'on peut dire que l'instinct de leur conservation leur révèle le traitement qui convient le mieux à leur état.

2° Dans les maladie du foie, la jaunisse, la constipation, la mélancolie, l'hypocondrie, et dans tous les engorgemens du bas-ventre, si communs à une époque de la vie.

Les effets des eaux d'Audinac s'expliquent ici par ce qu'il y a en elles de *fondant* et d'*apéritif*, deux mots qui ont peut-être vieilli, mais d'un sens clair et facile à comprendre. Il est probable que ces effets sont dus aux sels, et principalement à la magnésie dont ces sources sont abondamment pourvues. A cet égard, elles rentrent dans les eaux de Sedlitz; aussi en partagent-elles les propriétés et sont-elles purgatives comme elles, lorsqu'on les prend à certaine dose.

3° Dans les calculs biliaires, dans la gravelle et dans les calculs vésicaux :

En attennant, en opérant le dégorgement du foie, les eaux d'Audinac aident sans doute les calculs qui s'y forment à descendre dans le tube digestif qui les rejette ensuite au-dehors. Elles agissent autrement sur les calculs des reins et de la vessie. Ici tout se passe selon les lois les plus vulgaires de la chimie. L'acide urique, sécrété en quantité trop grande pour être dissous dans l'urine ordinaire, se précipite et forme les calculs. Les eaux d'Audinac communiquent aux urines des propriétés alcalines qui, non-seulement arrêtent la formation des calculs commencés, mais encore qui dissolvent ceux qui existent déjà, en vertu de la propriété donnée aux acides et aux alcalis de se neutraliser réciproquement. Si la médecine était toujours aussi satisfaisante dans ses explications, elle mériterait de prendre place à côté des sciences exactes.

4° Dans la chlorose, les dérangemens de menstruation et leurs suites :

C'est surtout le bi-carbonate de fer si abondant dans les eaux d'Audinac, qui rend compte de leur utilité dans le traitement des maladies rangées sous ce titre. De tout temps on a préconisé les martiaux contre les affections de la matrice, et particulièrement contre les pâles couleurs. Ils sont encore fort usités de nos jours. Un habile praticien vient de leur donner une nouvelle vogue en composant des pilules qui doivent évidemment leurs vertus à l'association du fer et d'un alcali; deux principes qui, nous le répétons, abondent dans les eaux d'Audinac; mais il y aura toujours cette différence entre les deux remèdes, c'est que là ils sont réunis par la main de l'art, et ici, ils le sont par la main de la nature.

Il est bien d'autres qualités qui recommandent les eaux d'Audinac à l'attention des médecins et des malades. Et, par exemple, imagine-t-on rien de plus propre à relever les forces, à hâter les longues convalescences, que les eaux qui réunissent des sels, du gaz acide carbonique et du fer? Mais nous ne voulons pas trop enfler notre catalogue. Nous savons combien il est facile, en pareille matière, de se faire illusion : il ne faut pas que l'expérience des autres soit perdue pour nous.

Nota. Audinac est à 16 lieues de Toulouse; une diligence y arrive tous les jours en 8 heures de marche, et une ligne de p ste, qui conduit aux diverses eaux des Pyrén es, passe également à côte. En changeant de propriétaires, l'établissement vient de recevoir un accroissement considérable dans ses constructions, et des embellissemens qui en rendent le séjour aussi agréable qu'il est utile aux baigneurs

— Cours sur la génération, l'ovologie et l'embryologie, fait au muséum d'histoire naturelle en 1836; par M. le professeur Flourens, recueilli et publié par M. Deschamps, aide naturaliste au muséum; par livraisons, chez Trinquart, libraire, rue de l'Ecole de Médecine, n° 9.

Nous rappellerons prochainement l'attention de nos lecteurs sur ce cours, qui est remarquable par les qualités qui distinguent M. Flourens, dont on connaît l'esprit clair, méthodique et fécond en aperçus ingénieux.

— Une question toute nouvelle est présentement soumise à l'examen de M. le ministre de l'instruction publique. Une dame déjà reçue sage-femme, désirant completer ses études médicales, s'était présentée successivement aux facultés de médecine de Paris et de Montpellier pour être admise à en suivre les cours, y prendre des inscriptions et subir les examens nécessaires pour le grade d'officier de santé et même de docteur; les deux Facultés refusèrent, attendu la nouveauté du cas; c'est sur ce double refus en invoquant les réglemens universitaires qui ne contiennent aucune disposition contraire que la postulante s'est pourvue auprès de M. le ministre de l'instruction publique.

Le Rédacteur en chef, Jules Guérin.

PARIS. — IMPRIMERIE ÉVERAT ET COMPAGNIE, RUE DU CADRAN, n° 16.

Gazette Médicale

DE PARIS.

LA GAZETTE MÉDICALE DE PARIS (*Gazette de santé* et *Clinique des hôpitaux* réunies) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et équivaut à 6 feuilles in-8°. Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois. Pour l'Étranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Poissonnière*, n° 5, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

AVIS A MM. LES SOUSCRIPTEURS.

MM. les souscripteurs dont l'abonnement expire à la fin de ce mois, sont invités à le renouveler prochainement s'ils ne veulent pas éprouver d'interruption dans l'envoi du journal. Pour ne pas décompléter les collections, aucun numéro ne sera envoyé aux personnes qui n'auraient pas donné avis de leur renouvellement avant le premier juillet. On s'abonne dans les départemens chez tous les directeurs des postes et des messageries. La quittance d'abonnement sera présentée au domicile de MM. les Souscripteurs de Paris.

SOMMAIRE.

PATHOLOGIE INTERNE.

MÉMOIRE SUR L'ENDOCARDITE AIGUE; par B.-V. CAZENEUVE, sous-aide-major à l'hôpital militaire du Val-de-Grâce (1).

PREMIÈRE PARTIE. — HISTORIQUE ET OBSERVATIONS PARTICULIÈRES.

On désigne sous le nom d'endocardite l'inflammation du tissu séro-fibreux qui tapisse les cavités du cœur. L'inflammation peut être bornée à l'endocarde et au tissu cellulo-fibreux sous-jacent; mais le plus souvent elle se propage dans l'aorte ou l'artère pulmonaire. Quoique l'endocardite n'ait été bien étudiée que dans ces derniers temps, jetons néanmoins un coup d'œil rapide sur ce que les auteurs ont écrit sur cette maladie.

Baillie (*Anat. pathol.*, p. 53) a, je crois, le premier, décrit les concrétions fibrineuses adhérentes aux valvules, comme résultat de l'inflammation aiguë de l'endocarde.

Portal (*Anat. méd.*, t. 3, p. 77) dit avoir vu plusieurs fois cette membrane rouge dans toute son étendue, dans les oreillettes et les ventricules isolément. Il ajoute : « Cette inflammation est rarement limitée au cœur; elle est souvent réunie à celle du péricarde, du médiastin, des poumons, de l'estomac même, etc. »

Burns (*on Diseases of the earth*, Edinb., 1809); a trouvé la surface interne de l'oreillette gauche tapissée d'une lymphe plastique floconneuse; il a vu une autre fois la même altération dans l'oreillette droite; les valvules étaient sensiblement altérées, enflammées.

(1) Ce mémoire a servi de thèse inaugurale à l'auteur. Quoi qu'il se ressente un peu des idées du Val de-Grâce, nous l'avons trouvé assez important par les observations et les aperçus qu'il renferme pour être soumis à nos lecteurs. Le sujet est presque neuf encore et tout-à-fait à l'ordre du jour.

Feuilleton.

VOYAGE MÉDICAL EN FRANCE, EN ITALIE ET EN ALLEMAGNE, PAR LE DOCTEUR ED. LEE (1).

Le docteur Lee, membre du collége royal de chirurgie, est déjà connu dans la littérature médicale et dans la science par quelques ouvrages estimés. Il a publié dernièrement, sur *l'Italie et l'Allemagne rhénane*, des observations sur les climats et les sources minérales de ces contrées. Il est aussi l'auteur d'un *Traité sur les maladies nerveuses*. Pendant plusieurs années il a rempli les fonctions de chirurgien de l'hôpital St-Georges. Tels sont les *titres antérieurs*, comme nous disons ici, qui recommandent à notre attention les nouvelles *observations* qu'il vient de faire sur la médecine et la chirurgie italiennes, allemandes et françaises. Bien que son livre ne remplisse pas complétement son titre qui est fort long et quelque peu ambitieux, on y trouve du moins, à défaut d'une histoire sérieuse et approfondie des faits et des hommes, un résumé statistique fort intéressant des principaux établissemens médicaux du continent; on y trouve des chiffres, des dates, des noms, des mesures, enfin un *état de lieux* tracé avec l'exactitude et la ponctualité britanniques. Le docteur Lee est un touriste médical dans la rigueur du mot; il voyage à la manière anglaise, ses tablettes à la main, et voit scrupuleusement tout ce que les *guides* du voyageur ordonnent de voir. S'il entre dans un hôpital, il n'en sortira pas sans avoir déterminé géométriquement la longueur, largeur et hauteur des salles, compté le nombre des lits et des fenêtres; dans une université, il s'assure combien il y a d'amphithéâtres, et combien de bancs dans chaque amphithéâtre, et combien de places sur chaque banc. Il donne la liste et le nombre des professeurs et des élèves, la population de la ville et l'orientation des bâtimens dans les quatre points cardinaux. Toutes ces choses, du reste, sont certainement très-bonnes à savoir, et ces renseignemens positifs et précis valent mieux, malgré leur sécheresse, que la plupart de ces considérations générales prétendues profondes, mais le plus souvent vides et creuses, qu'on ferait tout aussi bien sans sortir de chez soi, et qui ne nous font guère connaître que l'esprit et l'imagination du voyageur, ce dont on pourrait se passer. C'est donc avec plaisir que nous allons accompagner M. Lee dans quelques-unes de ses excursions.

M. Lee commence son examen par la France. Nous nous attendions à quelques jugemens sur les choses et les hommes qui, venant d'un étranger, pouvaient être

(1) Observations on the principal medical institutions and practice of France, Italy and Germany; with notices of the universities, and cases from hospital practice. To which is added an appendix on animal magnetism and homœopathy; by Edwin Lee. (Londres, 1835. In-8°.)

Le docteur Boisragon a consigné dans l'*Edinb. med. and surg. journal.* t. 5, p. 254, 1809, l'observation d'une fille de seize ans, qui fut prise, après la disparition subite d'un rhumatisme articulaire aigu, de symptômes hystériques, pendant lesquels elle s'écria une fois : « Oh ! mon cœur ! je voudrais qu'il se rompît ! » Le pouls était dur, fréquent, à 120. A l'autopsie on trouva la surface interne du ventricule droit phlogosée ; les valvules mitrales et tricuspide étaient très-enflammées et tapissées d'une fausse membrane ; tous les autres organes étaient sains.

Kreysig (traduct. ital., 1819) parle de l'inflammation de l'endocarde dans plusieurs parties de son ouvrage. Après avoir cherché à démontrer l'identité de nature des enveloppes du cœur, il dit (t. 1, p. 164) : « Ces deux membranes (séreuse interne, séreuse externe) sont fréquemment enflammées simultanément et par la même cause ; cette inflammation n'est pas rare ; elle accompagne fréquemment la rougeole et la scarlatine. La connaissance de cette maladie doit avoir une grande influence sur la pathogénie du cœur. » Kreysig traite longuement des caractères anatomiques de cette inflammation ; quant aux symptômes, il ne les distingue pas de ceux de la cardite.

Corvisart (*Essai sur les maladies du cœur*, 3e édit., 1818) ne dit pas un mot de l'endocardite ; il dit même, p. 244, que l'inflammation ne se borne jamais exclusivement et isolément à l'un des tissus du cœur, mais qu'elle les intéresse tous au même degré ; et, dans la partie de l'ouvrage où il traite de l'incrustation des valvules, il dit : « De tous les tissus qui font partie de l'organisation du cœur, le fibro-séreux interne est en quelque sorte celui qui devient le plus fréquemment malade ; ce n'est pas qu'il soit sujet à un plus grand nombre de lésions de nature différente, car les altérations qu'il paraît susceptible d'éprouver peuvent toutes se rapporter aux endurcissemens cartilagineux ou osseux. » Corvisart ne s'explique pas sur la cause de cette incrustation. Si, dans un grand nombre de cas, l'ossification reconnaît pour cause une inflammation, et si cette lésion est la seule trouvée à l'autopsie, l'existence de l'endocardite est par cela même démontrée. Au reste, l'endocarde vit et sécrète ; il est par conséquent apte à contracter l'inflammation.

Dès 1821, M. le professeur Broussais résuma ses idées sur l'endocardite dans les propositions suivantes (*Examen des doctrines*, 2e édit.) : « Le cœur s'enflamme par sa membrane interne : c'est la cardite la plus ordinaire. Cette cardite affecte de préférence les orifices artériels, où elle devient souvent chronique et où elle produit l'obstacle au cours du sang, l'épaississement, les végétations, l'ossification, les ulcères, et par suite l'hypertrophie et l'anévrisme. L'irritation ou l'inflammation qui a débuté par l'appareil locomoteur produit souvent cette cardite en se fixant dans l'intérieur du cœur. L'irritation des différens tissus qui est assez intense pour parvenir au cœur, peut produire l'inflammation de ses deux membranes. » L'on voit que M. Broussais avait déjà signalé la coïncidence de l'endocardite avec le rhumatisme ; il a même dénommé l'inflammation de la membrane interne du cœur méningo-cardite. (*Comment. sur les proposit.*)

Laënnec (*Traité de l'auscultation*, t. 2) se montre très-difficile pour admettre l'endocardite ; il dit qu'elle est excessivement rare ; il examine longuement les altérations pathologiques décrites par les auteurs, et s'efforce de démontrer qu'elles sont toutes cadavériques ; il ne dit rien de la symptômatologie ni du traitement de cette maladie.

M. Simonnet (*Thèse inaugurale*, 4 janvier 1824) rapporte, sous le nom de cardite partielle, trois observations d'endocardite aiguë : l'une de ces phlegmasies est bien diagnostiquée le jour de l'entrée du malade à l'hôpital Beaujon ; l'autopsie justifia le diagnostic porté. M. Simonnet dit peu de chose de la symptomatologie ; cependant il signale le bruit de soufflet ; il indique aussi un caractère particulier du pouls comme pouvant servir à distinguer l'inflammation des valvules sigmoïdes des valvules ventriculaires.

Dans la même année parut l'ouvrage de MM. Bertin et Bouillaud. Ces auteurs traitent de l'endocardite à l'occasion de l'aortite, dont elle est souvent compliquée. Après avoir décrit les caractères anatomiques de cette inflammation, ils disent, page 69 : « Quant à l'inflammation de la membrane interne du cœur, elle est excessivement rare : l'analogie indique qu'elle doit être caractérisée par l'augmentation de la force et de la fréquence des battemens du pouls et du cœur.... L'observation confirme ce que l'analogie fait prévoir, etc. »

Dans sa première édition de la *Clinique médicale* (1826), M. Andral signale l'inflammation aiguë et chronique de l'endocarde comme cause d'hypertrophie du cœur ; mais il ne dit rien des symptômes ni du traitement de cette maladie.

Dans l'article *pathologie du cœur* (*Dict. méd.*, t. 9, p. 266), M. Littré consacre quelques pages à l'endocardite ; il dit peu de chose de sa symptomatologie.

M. Bouillaud (*Traité clinique des maladies du cœur*, 1835) parle longuement de l'endocardite. Après avoir rassemblé et analysé un grand nombre d'observations, il traite fort au long de l'anatomie pathologique, des symptômes et du traitement de cette maladie ; il insiste particulièrement sur la coïncidence de l'endocardite avec la péricardite et l'arthritis.

Il est aisé de voir, d'après ce qui vient d'être dit, que cette phlegmasie a été, pour ainsi dire, méconnue jusque dans ces derniers temps, et cependant je crois qu'elle est plus fréquente qu'on ne le pense généralement.

Je vais rapporter et analyser quelques observations d'endocardite aiguë recueillies à l'hôpital militaire du Val-de-Grâce, dans les services de MM. Broussais, Gase et Alquié.

GASTRO-ENTÉRITE TYPHOÏDE ; PLEURO-PNEUMONIE, ENDOCARDITE AIGUE ; MORT. AUTOPSIE.

OBS. I. — Tourneux, âgé de 22 ans, 37e de ligne, soldat depuis vingt-deux mois, en garnison à Paris depuis dix-huit, d'une forte constitution, ayant habituellement joui d'une bonne santé, a été pris, sans cause bien appréciable, le 13 juillet 1835, de céphalalgie frontale intense et de brisement des membres ; à ces symptômes sont venus s'ajouter une insomnie fatigante, des bourdonnemens d'oreilles, des nausées, des vomissemens de matière verdâtre, amère, de la soif, un peu de toux. Il n'a fait aucun traitement, et il a gardé le repos. Cet état a persisté jusqu'au 19, jour de son entrée à l'hôpital. Couché au n° 38 de la salle 8, service de M. Alquié, il nous a présenté, le 20, à notre première visite, les symptômes suivans : decubitus dorsal, un peu de stupeur ; face rouge, injectée ; céphalalgie intense ; peau chaude, sèche ; pouls assez développé, fréquent, 115 à 120 pulsations ; langue rouge sur ses bords, sale au centre et à la base, un peu collante ; soif vive ; empâtement de l'abdomen, qui est indolent à la pression ; un peu de météorisme vers le cœcum surtout ; deux selles un peu liquides dans les vingt-quatre heures ; toux peu fréquente ; ronchus et un peu de râle sibilant en arrière des deux poumons. *Gastro-entérite, imminence typhoïde*,

---

piquants. Mais telle n'est pas la manière de M. Lee ; il est très-sobre d'éloges et plus encore de critiques ; et en général d'appréciations morales et scientifiques ; il cherche avant tout les faits et la statistique. Or, comme nous connaissons ou sommes présumés connaître l'organisation médicale et celle de l'enseignement à Paris, nous pouvons nous dispenser de reproduire les détails fort exacts que notre voyageur a recueillis, tant par ses propres recherches, que dans l'*Almanach médical* de M. Bayle. Quelques remarques générales méritent cependant d'être citées.

M. Lee paraît approuver la division établie entre ceux qui préparent et vendent les médicamens et ceux qui les prescrivent ; c'est-à-dire entre le pharmacien et le médecin. En Angleterre cette distinction n'existe pas ; le médecin fournit lui-même les médicamens s'il le juge à propos, et le pharmacien prescrit lui-même ses remèdes. Les apothicaires sont médecins et les médecins apothicaires. Nos pharmaciens français ne sont représentés en Angleterre que par les droguistes qui vendent non les médicamens mais les matières premières nécessaires à leur confection.

Les médecins, suivant M. Lee, ne jouissent pas en France d'un aussi haut degré d'estime et de considération sociale qu'en Angleterre. En fait, cette opinion nous paraît fort douteuse, et les raisons qu'il en donne ne nous satisfont pas davantage. Nos honoraires sont plus modiques, soit, mais cette mesure arithmétique ne prouve rien, car les prix anglais, en toutes choses, sont supérieurs aux prix français, et si le tailleur paie plus chèrement son médecin, le médecin paie plus chèrement son tailleur, ce qui rétablit l'équilibre. Beaucoup de nos jeunes étudians sont pauvres et tirés des classes les plus humbles, ce qui n'arrive guères en Angleterre à cause des prix beaucoup trop considérables des études. Cette raison morale ne vaut guères mieux que la raison financière, car si la naissance et la fortune des médecins anglais comptent pour quelque chose dans les mœurs aristocratiques de la société anglaise, il n'en est pas de même en France, où ces titres ne sont ni invoqués, ni même mis en question.

De la profession passant à la science et à la pratique, M. Lee a constaté que la médecine physiologique est à peu près universellement abandonnée ; il signale le retour des praticiens français à l'hippocratisme, c'est-à-dire à la méthode qui subordonne le traitement aux indications et aux symptômes des maladies individuelles. Cela est très-vrai, mais d'une vérité un peu trop vague. Une remarque plus juste, c'est qu'il nous est resté de la théorie broussaisienne une sorte d'appréhension d'habitude pour l'emploi des remèdes porté dans les voies digestives, dont on fait un si fréquent usage en Angleterre et c'est ce qui a donné lieu à la *méthode endermique*. Il nous est resté encore un certain penchant aux déplétions sanguines qui, d'après les idées particulières de M. Lee, sont d'autant plus nécessaires dans notre système, que nous n'en aidons pas les effets par les purgatifs, ce qui nous oblige à les répéter fréquemment.

En général, notre timidité dans l'emploi des remèdes proprement dits, c'est-à-dire des préparations pharmaceutiques, et l'insignifiance de nos prescriptions qui se réduisent à des moyens hygiéniques, étonnent les médecins anglais. Tout ce que nous pouvons dire à cet égard, c'est que si cette circonspection peut être attribuée à l'influence des nos doctrines pathologiques, la confiance et la hardiesse des Anglais peut dépendre en partie de leur double fonction de médecin et de pharmacien, puisque M. Lee avoue lui-même que la manie assez générale, parmi les Anglais de s'administrer les remèdes les plus violens pour le moindre dérange-

rritation bronchique. (Diète, saignée douze onces, cat. abd., lav. amyl.) Le sang est fortement fibrineux, sans couenne; peu de sérum limpide surnageant le caillot. La nuit a été assez calme.

Le 21, céphalalgie moins vive; peau chaude, pouls moins développé et moins fréquent, 108 à 110 pulsations; léger encroûtement de la langue et des dents; du reste, à peu près même état. (40 sangs. dissem. abd., cat., lav. émoll., diète.) Le soir, un peu mieux; pendant la nuit, rêvasseries.

Le 22. Peau chaude, pouls médiocrement développé, 102 à 105 pulsat.; stupeur très-prononcée; soif vive; deux selles liquides dans les vingt-quatre heures; du reste, *idem*; un peu de gargouillement à la région iléo cœcale. (Diète, 30 sangsues vers la fosse iliaque droite.) Le soir, mieux.

Le 23. Peau chaude, halitueuse; quelques taches rosées lenticulaires sur le thorax et l'abdomen; la piqûre des sangsues est entourée d'une aréole brunâtre; pouls, 102-105 pulsations. (30 sangsues dissém. abd., diète, lav. amyl.) Nuit calme.

Le 25. Mieux très-sensible; la face a un bien meilleur aspect; la sueur persiste; sudamina nombreux disséminés sur l'abdomen, le cou et les clavicules; la langue s'humecte, l'inflammation gastro-intestinale diminue beaucoup; toux rare; la respiration vésiculaire se fait bien partout; pouls, 88 à 90 pulsations. (Diète, eau gommée, lav. émoll.) Nuit très-calme.

Le 26. Le mieux persiste, la peau est encore sudorale, le pouls a 72 à 76 pulsations; la langue est humide. (Diète, gomme.) Pendant la nuit, le malade s'est refroidi en allant sur la chaise.

Le 27. Peau chaude, pouls développé, raide, fréquent, 102 à 105 pulsations; un peu d'oppression et de toux sans expectoration. Saignée douze onces, diète, gomme.) Le sang est très-couenneux; la couenne supporte le caillot. Dans la journée, le malade se trouve un peu mieux.

Le 28. Crachats visqueux adhérens au vase; respiration fréquente; pouls raide, fréquent; le cœur soulève violemment le thorax; râle crépitant en arrière dans toute l'étendue du lobe inférieur du poumon droit; respiration vésiculaire au sommet de ce côté, ainsi que dans le poumon gauche; stupeur de la face. Diète, saignée 15 onces.) Le sang est couenneux.

Le 29. Pouls raide; fréquent, 118 à 120 pulsations; le cœur se débat et soulève violemment le thorax; décubitus sur le côté droit; son mat et bronchophonie à la base du thorax de ce côté; deux selles liquides depuis vingt quatre heures. (Quatre ventouses scarifiées sur le thorax droit.)

Le 30. Pouls, 128 à 130 pulsations; peau chaude et sèche; le râle crépitant est remplacé par le souffle bronchique; respiration fréquente (38 à 40); le cœur bat toujours très-fort; bruit de soufflet assez marqué au niveau de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche, et isochrone aux pulsations du pouls; météorisme; trois selles liquides. (Saignée, 12 à 15 onces; diète, gom.) Le sang est très-fibrineux et recouvert d'une couenne assez épaisse. Le soir, affaissement, teinte jaune paille de la face, pouls à 135 puls., irrégulier. (Saignée, 8 onces; vésicatoire à la jambe droite.)

Le 31. Altération profonde des traits; dyspnée très-grande; suppression des crachats; mêmes phénomènes du côté de l'auscultation pulmonaire; bruit de soufflet très-marqué à la région précordiale, soulevée par le cœur qui se débat et se tortille; pouls irrégulier, intermittent, petit, 135 à 140 puls. (Diète, eau gom., pot gom., catapl.) Le soir, affaissement très-grand; le malade n'est occupé qu'à respirer, 46 à 48 respirations; pouls à peine perceptible; peau froide, sueur glutineuse. Mort à huit heures et demie du soir.

AUTOPSIE CADAVÉRIQUE, FAITE ONZE HEURES APRÈS LA MORT; LE TEMPS EST MÉDIOCREMENT CHAUD.

Aucune trace de putréfaction; les cavités ne sont pas complétement refroidies.

Appareil respiratoire. La muqueuse laryngo-trachéale saine; celle des bronches, du côté droit surtout, offre une rougeur vive; elle est tapissée d'une petite quantité de mucus rougeâtre, visqueux. Léger épanchement séreux dans le côté droit du thorax; quelques adhérences faibles entre les deux plèvres de la base de ce côté: dans ce point aussi et dans l'espace interlobaire on trouve des fausses membranes aréolées, ressemblant assez à la membrane interne de l'estomac des ruminans: le lobe inférieur du poumon droit est complétement hépatisé; en arrière existe une infiltration purulente assez étendue; la lame tranchante du poumon hépatisée en rouge; le poumon se déchire avec assez de facilité: le lobe moyen un peu emphysémateux; le lobe supérieur et le poumon gauche sains.

Appareil circulatoire. Quelques taches graisseuses, rugueuses, saillantes sur l'oreillette gauche extérieurement; le cœur a son volume normal. Dans le ventricule droit existe un caillot fibrineux parfaitement organisé, blanchâtre, résistant, entourant les cordages tendineux, les valvules, et se prolongeant à travers les orifices de l'artère pulmonaire jusque dans les premières ramifications de ce vaisseau; dans le ventricule gauche on trouve aussi quelques concrétions, mais moins organisées. La membrane interne des cavités ventriculaires n'était pas sensiblement altérée: mais celle qui concourt à former les valvules ventriculaires et sigmoïde est d'un rouge vif, un peu pointillée, plus marquée dans le cœur droit que dans le cœur gauche: cette membrane, boursoufflée, rugueuse, se détache avec assez de facilité. Cette coloration écarlate existe aussi dans la membrane interne de l'artère pulmonaire et de l'aorte jusqu'à sa crosse; la tunique celluleuse de ce dernier vaisseau est fortement injectée; l'on voit assez bien les *vasa vasorum* se prolonger jusqu'à sa tunique moyenne: placée dans l'eau, la coloration anormale n'avait pas encore disparu vingt-quatre heures après; une macération plus long-temps prolongée (cinquante heures) a rendu cette artère parfaitement pâle; le tissu du cœur n'est pas altéré, la tunique interne de l'aorte abdominale, des crurales; celles des veines, étaient saines.

Appareil digestif. La muqueuse du pharynx et de l'œsophage saine; rougeur pointillée assez étendue de la muqueuse gastrique ramollie vers le grand cul-de-sac; consistance normale dans les autres points; injection de la muqueuse duodénale avec développement très-marqué de ses follicules; follicules isolés nombreux, très-saillans, avec injection du tissu cellulaire sous-muqueux vers la partie supérieure du jéjunum; de loin en loin, plaques agminées ressemblant assez bien à une barbe noire récemment faite. Dans le tiers inférieur de l'iléon, ces plaques deviennent plus nombreuses; elles sont très-étendues vers la valvule, où elles occupent toute la circonférence de l'intestin; dans ce point, deux petites ulcérations peu profondes et comme tapissées à leur centre d'une membrane séreuse. Le tissu sous-muqueux n'est pas sensiblement altéré; cœcum sain; injection fine avec rougeur vive et faible ramollissement de la muqueuse du colon gauche, de l'S iliaque et du rectum; ganglions mésentériques peu engorgés.

Rien d'anormal dans les annexes des organes digestifs, non plus que dans l'appareil urinaire. Rien de notable dans le cerveau et ses membranes.

Résumons les principales circonstances de cette observation; analysons quelques symptômes en les mettant en rapport avec les lésions cadavériques.

Ce malade nous présenta, lors de son entrée à l'hôpital, tous les signes d'une gastro-entérite aiguë, d'une irritation bronchique avec réaction fébrile intense. La phlegmasie abdominale pouvant expliquer la fréquence et la raideur du pouls, nous ne songeâmes pas à ausculter le cœur. De nombreuses émissions sanguines locales et générales enrayèrent les phénomènes morbides, et tout nous faisait espérer une convalescence prochaine et heureuse, lorsque Tourneux se refroidit. (Nous n'avons pas su s'il avait commis quelque imprudence.) Dès-lors le pouls devint dur, fréquent; on entendit bientôt un bruit de soufflet très-intense; à ces symptômes vinrent s'ajouter ceux d'une pneumonie aiguë avec recrudescence de la gastro-entérite. La fréquence, la raideur, la dilatation du pouls; plus tard son irrégularité, sa petitesse; l'agitation du cœur, ses mouvemens superficiels, le bruit de soufflet, l'absence de douleur, ne peuvent évidemment être rapportés qu'à une endocardite aiguë. Le bruit de soufflet me paraît dû à la gêne dans le jeu des valvules, et au frottement exagéré de la colonne sanguine contre les concrétions fibrineuses qui rétrécissaient les cavités ventriculaires. La rougeur de l'endocarde, chez un sujet mort depuis onze heures, sa friabilité, les concrétions sanguines, dénotent assez l'existence d'une inflammation de cette membrane. Les taches graisseuses trouvées à l'extérieur du cœur me semblent dépendre d'une irritation du péricarde. Je noterai

---

ment de santé, a été produite par l'exemple de cet autre abus qui proportionne les honoraires des médecins à la quantité des médicamens qu'ils ont fournis.

L'utilité de l'auscultation et de la percussion dans les affections thoraciques et abdominales, est justement appréciée par M. Lee, qui regrette que ces puissans moyens de diagnostic soient si peu répandus en Angleterre.

En chirurgie il signale une très grande différence entre la pratique française et la pratique anglaise. Il nous reproche particulièrement de négliger tout-à-fait le traitement interne dans les cas chirurgicaux, et semble réduire toute notre chirurgie à l'application des appareils et aux opérations; et il ajoute que la plupart de nos blessés ou opérés qui succombent, auraient été sauvés par un traitement interne plus rationnel, et notamment en maintenant l'exercice régulier des fonctions intestinales, au moyen des laxatifs, des toniques, des sédatifs, du mercure, des alcalis, etc. Car, selon lui, très-souvent les accidens les plus terribles qui compliquent les opérations, tels que les phénomènes nerveux et les inflammations internes dépendent de l'accumulation des matières fécales et de la constipation. Ces reproches nous semblent au moins exagérés et porter à faux. M. Roux, dans son voyage chirurgical en Angleterre, a reproché aux praticiens de ce pays de négliger le traitement préparatoire des sujets à opérer, ce dont M. Lee les justifie de toutes ses forces, disant que c'est là une des erreurs nombreuses dans lesquelles est tombé ce chirurgien, et il soutient même que nulle part sur le continent ces moyens préparatoires ne sont employés avec plus de soin et de rigueur qu'en Angleterre. Nous pouvons dire de même pour la question du traitement subséquent. Il y a peut-être un peu plus de fondement, sauf sa généralité, dans son observation, au sujet des appareils appliqués au moignon des membres amputés, qui semblent, dit-il, calculés tout exprès pour provoquer une réaction fébrile et empêcher la réunion par première intention. Il blâme fortement et nos bandelettes agglutinatives, et nos compresses, et notre cérat, et notre charpie, et nos bandages, et attribue à ce vice de pansement, non moins qu'à la diète rigoureuse et à la constipation, la plus grande partie des insuccès. Notre infériorité dans l'étude des maladies des yeux lui fournit aussi un motif assez plausible de faire à nos dépens l'éloge des médecins allemands et anglais sous ce rapport. En revanche, il n'a que des éloges pour nos méthodes dans le traitement des hernies, des calculs vésicaux, des brûlures, des maladies de l'urètre et de l'utérus.

En Italie, où nous arrivons maintenant, les institutions médicales sont réglées à peu près sur le même pied qu'en France; elles sont sous la direction du gouvernement, et tirent leur revenu, soit des propriétés dont elles sont dotées, soit de legs et donations. Dans la plupart des hôpitaux il y a un directeur investi de l'autorité supérieure, et les médecins sont choisis par concours. Le service est dévolu à des confréries religieuses. Les corps sont livrés partout à la dissection. La profession est divisée, comme en France, en médecins, chirurgiens et accoucheurs. La distinction entre la médecine et la chirurgie est d'ailleurs assez arbitraire, le rôle de chirurgien étant réduit à l'application des remèdes locaux et aux opérations manuelles.

Les méthodes et principes adoptés varient dans les différens états. A Florence et à Rome on suit la doctrine antiphlogistique plus rigoureusement qu'à Naples ou Milan; mais à l'exception de cette dernière ville, la pratique est infiniment inférieure à celle des médecins français. Le contre-stimulisme rasorien a considérablement perdu de ses partisans depuis quelques années. Les Italiens ne se pressent pas d'adopter les innovations; ainsi, par exemple, ils ignorent à peu près ce que

en passant l'injection vive de la tunique celluleuse propagée jusqu'à la tunique moyenne de l'aorte ascendante.

Le râle crépitant, les crachats visqueux, plus tard le son mat, la bronchophonie, la teinte jaune paille de la face, nous ont suffisamment indiqué l'existence d'une pneumonie qui a parcouru ses trois périodes. L'autopsie, en effet, nous a offert une infiltration purulente étendue.

Je signalerai la coïncidence de la pleuro-pneumonie et de l'endocardite; le froid, comme cause de cette double phlegmasie; l'amélioration de la gastro-entérite sous l'influence des sangsues sur l'abdomen. Cette amélioration a coïncidé avec l'apparition d'une sueur assez abondante, qui est devenue la cause du développement des sudamina qui se sont montrés à l'abdomen et sur les clavicules. La diarrhée survenue pendant les derniers jours de la maladie, était due à l'inflammation de la muqueuse inférieure du canal digestif trouvée à l'autopsie; l'entérite était évidemment en voie de résolution.

Les nombreuses saignées générales n'ont pu conjurer l'orage; le malade souffrait depuis long-temps, c'était une rechute, et les points de phlegmasie étaient très-étendus. Enfin je terminerai par une remarque importante: ce malade a présenté tous les symptômes d'une gastro-entérite typhoïde, avec encroûtement de la langue, météorisme, et ches sanguines à la peau. Pouvait-on attribuer ces symptômes à une altération primitive et profonde du sang? je ne le pense pas. Depuis deux jours seulement les phénomènes typhoïdes commençaient à diminuer, lorsque la pleuro-pneumonie et l'endocardite sont survenues; dès lors le sang s'est montré couenneux, riche en fibrine. Peut-on supposer que le sang, d'abord mou, noirâtre, altéré, a tout à coup perdu ces caractères, est devenu excitant, fibrineux, en un mot riche de vie?

BRONCHITES SUCCESSIVES; ACCÈS DE FIÈVRE INTERMITTENTE TIERCE; PNEUMONIE TUBERCULEUSE; ENDOCARDITE AIGUE; MORT.

OBS. II.—Bernard, soldat au 5e léger, âgé de 26 ans, d'une faible constitution, sujet à contracter des bronchites, ayant eu plusieurs fois des accès de fièvre intermittente tierce, entra à l'hôpital le 10 janvier 1835, accusant un mois de maladie. Couché au n° 27 de la salle 8, service de M. Alquié, il nous présenta, le 11 janvier, à notre premier examen, les symptômes d'une bronchite avec diminution de sonoréité au sommet du thorax du côté droit; il existait aussi des signes d'irritation gastro-intestinale; il est sujet au dévoiement depuis six mois qu'il est à Paris; il éprouve aussi le soir des exacerbations qui simulent des accès de fièvre intermittente. (15 sangsues sur l'épig., cat. sur l'abd., diète.)

Le 12. La bronchite persiste. (20 sangs. fossette sus-sternale; diète, gomme).

Le 15. Le sulfate de quinine est donné, à la dose de 5 décigr., dans une potion gommée; diète.

Sous l'influence de cette médication, du régime et du repos, les symptômes inflammatoires diminuèrent sensiblement; la diarrhée était passée, il restait encore de la toux avec expectoration muqueuse épaisse. Le malade réclamait hautement à manger: un régime lacté, puis la soupe, le quart, la demie d'alimens lui furent successivement accordés. Le malade ne se rétablit pas, il maigrit; le pouls était toujours un peu fébrile, avec exaspération le soir, simulant des accès de fièvre. Ausculté vers la fin de janvier, nous trouvâmes un son mat au sommet des deux poumons; du côté droit et dans le point correspondant, respiration faible, mêlée de râle muqueux; le sommet du poumon gauche respirait aussi très-peu. Nous ne doutâmes plus de l'existence d'une pneumonie tuberculeuse. La diarrhée persistait, mais le malade ne l'accusait pas, craignant d'être remis à la diète. Pendant tout le mois de février l'on suspendit, l'on recommença l'alimentation; la diarrhée était en permanence. Vers la fin de février, Bernard se procura des alimens: il eut une indigestion. Les selles devinrent alors plus fréquentes; le malade se refroidit en allant sur la chaise, et le 1er mars nous trouvâmes le pouls large, vif, assez régulier, fréquent (125 à 130); l'on eût dit sentir l'artère fémorale. L'auscultation nous fit constater l'existence d'une vaste caverne au sommet du poumon droit; du côté gauche, respiration obscure dans certains points; râle crépitant en bas et en arrière; la langue est assez belle; selles très-fréquentes (neuf, dix, en vingt-quatre heures. (Saignée douze onces; diète, gomme). Le sang est fortement fibrineux, recouvert d'une couenne épaisse; peu de sérum transparent.

Du 2 au 9, le pouls a conservé sa fréquence et sa raideur; il est intermittent; le cœur se débat dans le thorax qu'il soulève; beau bruit de soufflet et bruissement particulier isochrones aux pulsations du pouls, et s'entendant surtout très-bien du côté gauche, un peu en dehors du mamelon: les selles deviennent de plus en plus fréquentes; l'émaciation fait de très-rapides progrès, et la mort a lieu le 9, à dix heures du matin. Une saignée de 12 onces fut pratiquée le 2, le sang était encore très-couenneux. La digitale en poudre et en teinture; les lavemens amylacés, fortement opiacés, furent prescrits sans aucun résultat.

AUTOPSIE CADAVÉRIQUE FAITE VINGT-TROIS HEURES APRÈS LA MORT: LE TEMPS EST ASSEZ FROID.

Appareil pulmonaire. Adhérences très-fortes des plèvres costale et pulmonaire des deux côtés; vaste caverne à peu près vide au sommet du poumon droit; les deux lobes supérieurs étaient le siége de nombreux tubercules, d'hépatisation, d'infiltration et d'engouement; tubercules durs, quelques-uns suppurés, dans le lobe supérieur du poumon gauche; granulations nombreuses et forte congestion sanguine du lobe inférieur de ce côté.

Appareil circulatoire. Une cuillerée environ de sérosité citrine dans le péricarde; taches graisseuses et végétations nombreuses sur cette membrane; ces végétations ressemblent très-bien aux crêtes de coq vénériennes. Le volume du cœur n'a rien d'anormal; la séreuse interne des cavités droites du cœur est un peu rouge, celle du côté gauche est d'un rouge vif: cette coloration est plus intense et plus vive à l'orifice auriculo-ventriculaire, sur la valvule bicuspide et les sigmoïdes. Cette membrane, rugueuse, inégale, se détache avec assez de facilité du tissu fibreux qu'elle recouvre. Concrétions fibrineuses épaisses, inégales, sans mélange de sang, très-résistantes, absolument analogues aux pseudo-membranes, occupant l'intervalle des colonnes charnues, entrelacées aux tendons valvulaires et aux valvules du cœur. Le tissu de cet organe n'est pas sensiblement ramolli; il est rouge. Les trois tuniques de l'aorte sont très-injectées.

Appareil digestif. Estomac sain. Dans toute l'étendue de l'intestin grêle, depuis quatre pouces environ au dessous du duodenum, existent un très-grand nombre d'ulcérations, d'abord disséminées, puis plus nombreuses à mesure qu'on descend dans l'intestin; presque toutes ces ulcérations sont arrondies, taillées à pic et offrent toutes à peu près le volume d'une pièce de cinq sous, ou un peu moins; elles occupent toutes la circonférence de l'intestin, et n'affectent aucune préférence pour le bord libre. Dans quelques-unes de ces ulcérations, la muqueuse et la musculeuse sont détruites; la séreuse, dans ces points, est rouge, injectée; le tissu cellulaire sous-muqueux environnant quelques ulcérations est dur, épaissi, et forme un relief assez grand; quelques ulcérations dans le cœcum et le commencement du colon; injection inflammatoire de la muqueuse de l'S iliaque; les ganglions mésentériques très-développés, quelques-uns tuberculeux; le foie est un peu gros; la rate peu volumineuse, saine. Rien d'anormal dans les reins, le péritoine.

Le crâne n'a pas été ouvert.

Cette observation offre quelques points d'analogie avec la précédente. C'est après un refroidissement que ce malade a vu la toux augmenter et l'endocardite survenir; la membrane interne du cœur était aussi probablement irritée depuis long-temps. Chez notre malade, en effet, la phlegmasie chronique des bronches et du poumon devait sans doute faire sentir son influence sur l'organe central de la circulation, soit par sympathie ou propagation de l'irritation, soit par suite de la résorption purulente qui se fait incessamment chez les phthisiques. Il n'est pas très rare de voir survenir une endocardite pendant le cours d'une pneumonie tuberculeuse, suppurée; on en trouve plusieurs exemples dans l'ouvrage que M. Bouillaud a publié avec M. Bertin. Un cas de ce genre est consigné dans le *Traité sur l'anatomie des inflamma-*

---

c'est que l'auscultation, la percussion, la lithotritie, etc... Dans les cas chirurgicaux on emploie peu ou point de remèdes internes. La gangrène d'hôpital est la complication la plus fréquente et la plus meurtrière; mais la tempérance naturelle des Italiens et la pureté de l'air de leurs villes (fort contestable à notre avis) font moins redouter les inflammations violentes et les réactions générales, si communes en Angleterre après les opérations.

A Milan, ville de 120 mille âmes, il y a trois hôpitaux. Le plus important est *la Spodale Grande*, un des plus considérables de l'Europe; ses salles sont disposées sur deux étages, autour d'une immense cour carrée, d'une architecture imposante. La plupart des fournitures de services, telles que le pain, couvertures, linge, sont fabriquées dans l'établissement. Il peut contenir 2000 lits; les salles sont larges, hautes, bien aérées. Dans quelques-unes, outre les rangs de lits appliqués au mur, il y en a deux files disposées au centre. Cette accumulation et cette disposition des lits est adoptée généralement dans presque tous les grands hôpitaux d'Italie. Le service médical se fait par huit médecins, quatre chirurgiens, outre les aides, les internes.

Les maladies les plus communes dans le Milanais sont des fièvres de tous les types, produites par l'inondation permanente nécessitée par la culture du riz dans les plaines de la Lombardie; les inflammations thoraciques, la phthisie, et les rhumatismes. Le traitement, mieux entendu que dans les autres villes italiennes, est basé sur les indications; les purgatifs sont souvent employés (ce qui est, pour M. Lee, un témoignage de bons principes), surtout dans les fièvres intermittentes. Dans le rhumatisme et les affections des poumons, le tartre stibié supplée souvent à la saignée; le calomel, la squille et la digitale sont les médicamens les plus en usage.

Deux maladies plus répandues encore à Milan sont: le goître, qui affecte souvent les habitans des vallées près de Côme et de Bergame, et la pellagre dont les hôpitaux de Milan, de Bologne et de Parme offrent de nombreux exemples. Cette affection consiste en partie en une inflammation chronique de la peau, et spécialement des parties exposées à l'air et à la lumière, telles que les mains, le cou, les bras, et caractérisée par une éruption squammeuse noirâtre. L'épiderme se fend et se détruit sur plusieurs points. Le plus souvent il s'y joint une altération des organes digestifs et du système nerveux, accompagnée d'hypocondrie, de propension au suicide, de manie homicide. La maladie débute au printemps ou en été et se reproduit annuellement à ces époques. Après des attaques répétées, elle se termine par la paralysie, par des désorganisations viscérales ou l'aliénation mentale. C'est parmi les classes pauvres que règne exclusivement la pellagre; elle attaque surtout les vieillards, et plutôt les femmes que les hommes. On en attribue le développement, entre autres causes générales, à l'usage du pain de maïs avarié. Les altérations pathologiques trouvés après la mort, ne donnent aucune lumière sur la nature de la maladie. Le traitement se réduit à une nourriture fortifiante, à un régime tonique, au changement d'air.

A l'hôpital des fous, situé à un mille de la ville, les malades et les femmes tranquilles sont employés à divers travaux, de couture, de jardinage et autres services. Ce système, si heureusement appliqué en France par M. Ferrus, est adopté depuis long-temps dans plusieurs établissemens d'Italie.

A *Gênes* M. Lee n'a rien trouvé de satisfaisant, soit dans les méthodes, soit dans les établissemens. Il paraît considérer cette ville comme la plus arriérée de toute la péninsule italienne. A *l'hôpital des incurables*, où sont les insensés, on voit réunies ensemble, dans les mêmes salles, toutes les variétés de l'aliéna-

tions, par M. Gendrin. Dans le cas qui nous occupe, il est impossible de méconnaître une inflammation de la séreuse interne du cœur; les symptômes et les lésions cadavériques sont incontestablement ceux d'une endocardite aiguë. Ici encore agitation, convulsion du cœur; absence de douleur à la région précordiale, bruit de soufflet très-marqué. Je signalerai comme symptôme particulier le bruissement assez analogue au bruit que l'on fait en comprimant un meuble garni de crin neuf. Ce bruit ne dépendrait-il pas du frottement de la colonne sanguine contre les inégalités des concrétions fibrineuses trouvées dans les cavités gauches du cœur? Je signalerai l'injection des tuniques de l'aorte. Les végétations rouges trouvées à l'extérieur du cœur n'étaient-elles pas dues à une irritation ancienne du péricarde?

Les accès de fièvre intermittente tierce, long-temps continuées chez notre malade, ne me paraissent pas étrangers à la persistance, à la ténacité de la bronchite qui a amené le développement des tubercules. Les faits de ce genre sont assez nombreux dans la science; la manière d'agir de cette cause est facile à saisir. Je signalerai les frissons périodiques qui ont pu faire croire à des accès fébriles. Il n'est pas rare d'observer, vers la fin des phlegmasies suppurées et par suite de résorption purulente, des espèces d'accès fébriles dont le sulfate ne peut triompher. Je signalerai aussi ces ulcérations nombreuses, arrondies, disséminées, et n'affectant aucune préférence pour le bord libre de l'intestin. Sont-elles le résultat d'une simple inflammation qui aurait détruit la muqueuse et dans quelques points la musculeuse? L'inflammation ne se comporte pas ordinairement ainsi dans ces tissus; elle occupe une surface plus ou moins étendue, et n'est pas disséminée par places isolées. Ces ulcérations pourraient bien dépendre de l'inflammation des follicules; cependant ces follicules existent plus particulièrement vers le bord libre de l'intestin, et aussi vers la valvule iléo-cœcale. A la suite des gastro-entérites folliculeuses, c'est dans ces points que l'on trouve ces ulcérations dont la grandeur et la forme varient selon l'étendue et l'intensité de l'inflammation. L'absence de symptômes typhoïdes dans ce cas prouverait qu'ils ne dépendent pas spécialement de l'inflammation des follicules.

Enfin ces ulcérations seraient-elles le résultat de tubercules qui, développés dans le tissu cellulaire sous-muqueux, se seraient ramollis et vidés dans la cavité de l'intestin? cela ne serait pas impossible. La grandeur à peu près uniforme des ulcérations, leur forme sphérique, leur dissémination irrégulière, l'absence de phénomènes typhoïdes, la présence de tubercules dans plusieurs organes, militeraient assez en faveur de cette opinion. Je n'ignore pas que le développement de tubercules nombreux dans le tissu cellulaire sous-muqueux du canal intestinal est très-rare, mais il suffit qu'on y en ait observé quelques-uns et que cela puisse être.

GASTRO-ENTÉRITE AIGUE; ROUGEOLE; ENDOCARDITE AIGUE; MORT; AUTOPSIE.

OBS. III.—Berthelot, âgé de 22 ans, 46e de ligne, au service depuis un mois, à Paris depuis cette époque, d'une forte constitution, sujet aux épistaxis, fut pris le 23 mai 1835, après plusieurs jours de fatigue, de céphalalgie, d'accablement, de diarrhée précédée de coliques, d'épistaxis. Cette hémorrhagie nasale s'est renouvelée tous les jours jusqu'à son entrée à l'hôpital, le 26 soir. Couché salle 11, lit 29, service de M. Gasc, il nous a présenté, le 27, les symptômes suivans: prostration, un peu de stupeur, céphalalgie intense; injection de la face et des conjonctives palpébrales; insomnie; langue rouge sur ses bords, d'un blanc piqueté au centre; rougeur pointillée du fond de la gorge; soif vive; abdomen chaud; douleur augmentant par la pression, à l'épigastre, à la région splénique, et aussi vers la région iliaque droite, où existe un léger gargouillement avec météorisme; quatre selles liquides; toux fréquente, un peu convulsive; son clair du thorax, excepté à la région précordiale, où existe un son mat dans l'étendue environ de deux pouces et demi à trois pouces carrés; respiration vésiculaire partout; un peu de ronchus disséminé en arrière; le cœur est un peu hypertrophié; claquement valvulaire normal; pouls développé, fréquent (108 à 110); peau chaude et colorée. Saignée 16 onces; diète; gomme). Le sang est sans couenne; le caillot est mou, sérum transparent. Epistaxis et trois selles dans la journée.

Le 28. Apparition de boutons rubéoleux à la face et sur le thorax; céphalalgie un peu moindre. Du reste, même état. (30 sangs, abd.; fom. émoll.; diète; lav. amyl). Les sangsues ont fourni beaucoup de sang; dans la journée, deux selles liquides, deux épistaxis; les boutons se multiplient.

Les 29 et 30. Toux rubéoleuse, crachats muqueux, jaunâtres; respiration vésiculaire faible en arrière seulement; pouls développé (100, 104); trois épistaxis. La rougeole s'est montrée très irrégulièrement; quelques plaques rouges existent encore disséminées. (D., gomm.; pot. gomm.) Un peu d'agitation la nuit.

Le 31. Forte congestion du cerveau. Le malade veut toujours parler; langue encroûtée, déglutition difficile; météorisme; absence de selles et de douleur abdominale; crachats muqueux; un peu de râle sous-crépitant en arrière à gauche. (24 sangs. sur le trajet des jugulaires; cat. abdom., lav. frais) Les sangsues ont fourni peu de sang.

Le soir, excitation très-vive. (32 sangs. aux tempes).

Le 1er juin. Congestion du cerveau moindre; langue encroûtée; douleur vive à l'épigastre. pouls raide, vif (110 à 112). (15 sangs. épig.; catap. abd).

Le 3. La douleur épigastrique a disparu, on n'est plus sentie par le malade. Le cœur se tortille, se débat dans le thorax; ses battemens, superficiels, tumultueux, intermittens, ne sont pas en rapport avec les pulsations des artères radiales. Réponses justes. Du reste, même état Diagnostic: endocardite. (30 sangs. région précordiale; cat., diète, gomm.) Rêvasseries, agitation pendant la nuit.

Le 4. Pouls raide, vif (115 à 120); les battemens du cœur superficiels et tumultueux; le claquement valvulaire est marqué par un bruit de soufflet très-intense; douleur sourde à la région précordiale; inspiration sifflante; l'air traverse la glotte avec difficulté, un peu de sous-crépitation en arrière. (30 sangs. cœur; oxycrat sur le front; d.)

Le soir, grande agitation; le malade veut se lever: on met le gilet de force; râle trachéal des mourans; altération profonde des traits. (2 sin jambes.)

Le 5. Pouls raide, intermittent (130 à 135). Le cœur soulève violemment les parois; tintement métallique, bruit de soufflet prolongé et très-intense; réponses justes; altération des traits; le râle a disparu. (20 sangs. reg. précord.; looch kermétisé à 2 gr.; sinap. jambes). Mort à midi.

AUTOPSIE CADAVÉRIQUE FAITE DIX-NEUF HEURES APRÈS LA MORT; CHALEUR TEMPÉRÉE.

Appareil pulmonaire. La muqueuse respiratoire d'un rouge vif dans toute son étendue; celle qui recouvre les cordes vocales, boursoufflée, oblitère presque complètement les ventricules du larynx; mucus abondant, rougeâtre, écumeux, dans les dernières ramifications bronchiques. Plèvres à l'état sain. Les poumons occupent presque toute la cavité thoracique; œdème des deux poumons en arrière; en arrière aussi et à gauche existe un commencement d'hépatisation rouge. Le poumon est très-perméable dans les autres points

Appareil circulatoire. Le péricarde est en partie recouvert par le poumon gauche. Le cœur est un peu hypertrophié: quelques taches laiteuses sur sa face antérieure; dans l'oreillette gauche se trouve un caillot fibrineux, blanchâtre, parfaitement organisé, inégal, se prolongeant dans le ventricule de ce côté et assez adhérent à l'endocarde; dans le ventricule gauche existe aussi un caillot moins organisé, mais intriqué dans les colonnes charnues et les tendons valvulaires. Caillot mou, noirâtre, dans les cavités droites, dont la membrane interne est parfaitement saine; celle des cavités gauches présente une légère coloration rouge, plus marquée sur la valvule bicuspide. La tunique interne de l'aorte, des iliaques, des crurales, très-saine. Du sang noir dans l'aorte et la veine cave inférieure,

Appareil digestif La muqueuse du voile du palais, de l'arrière-bouche, d'un rouge pointillé, un peu ramollie et recouverte d'une mucosité blanchâtre pultacée. Œsophage sain. Estomac assez contracté; sa muqueuse, d'un rouge pointillé, sur-

---

tion mentale; les fous tranquilles se promènent dans la salle, et les furieux ou plus agités sont enchaînés à leur lit par les chevilles et les poignets. Les hurlemens, le bruit des chaînes, les agitations furieuses de ces malheureux forment un spectacle que M. Brierre de Boismont a comparé à celui d'un enfer. L'usage des chaînes et des traitemens violens n'a pas été encore abandonné en Italie, comme en France, où, grâce à Dieu, les vues de Pinel sont maintenant partout réalisées. A Turin il en est de même qu'à Milan. On emploie seulement un moyen, à peu près inconnu chez nous, la réclusion dans une chambre complètement privée de lumière. A Florence, on a substitué aux chaînes des espèces de menottes de cuir, qui ne remplissent qu'à demi le but de notre chemise de force, car elles ont l'inconvénient de gêner de trop près les mouvemens qu'il faut contenir, mais non réprimer absolument. A Rome, c'est bien pire: les malades n'ont le plus souvent ni souliers, ni habits. Les maniaques indociles sont maintenus en repos par des chaînes ou par un anneau de fer fixé au mur, dans lequel on leur serre le cou ou la jambe. Il n'y a non plus aucune distinction entre les diverses affections, qui sont confondues.

A *Parme* M. Lee a trouvé Rasori et Tommasini, ces deux fondateurs du contre-stimulisme, doctrine que le talent de ces deux illustres praticiens n'a pu soutenir même dans leur pays. A *Padoue*, l'établissement le plus intéressant est l'université, autrefois si célèbre, aujourd'hui si déchue. Dans la vaste cour de l'édifice, une longue série de bustes, représente les hommes illustres qui étudièrent à cette université, et c'est ainsi que l'Italie, en toutes choses, couvre des monumens de sa gloire passée sa décadence momentanée. Parmi ces bustes le voyageur anglais remarqua celui du grand Harvey. Dans ces dernières années trois professeurs renommés siégèrent encore dans les chaires de cette université: Caldani, pour l'anatomie; Brèra, pour la médecine clinique; et Ruggieri, pour la chirurgie et la pathologie A *Pavie*, toute pleine encore des souvenirs de Scarpa, la profession médicale est divisée en deux ordres, comme en France, les docteurs et les maîtres en chirurgie, qui représentent nos officiers de santé. L'anatomie y est surtout cultivée sous les auspices du professeur Panizza. Le musée offre une belle collection de préparations anatomiques.

L'université de *Bologne* est descendue plus bas encore que celle de Padoue. La plupart de ses membres les plus éminens en ont été chassés par les dernières révolutions; nous en avons recueilli quelques débris à Paris. Le nombre des élèves est réduit maintenant à quatre ou cinq cents. Parmi les hommes célèbres qui sont sortis de cette université, on cite Valsalva, Malpighi et Galvani, auquel un monument honorifique a été élevé dans une galerie de l'établissement. Les trois hôpitaux de Bologne n'ont rien offert d'important à M. Lee, si ce n'est la pellagre, aussi commune ici et aussi peu guérie que dans les villes précédentes.

Le bel hôpital de *Santa-Maria nuova*, à *Florence*, est, comme tous les autres, soumis à la surveillance d'un surintendant nommé et rétribué par le grand-duc. C'est un magnifique édifice construit dans le goût Florentin; il contient près de mille lits. Les malades sont soignés par des « sœurs de charité »; les cadavres des morts livrés à l'étude. Il y a deux amphithéâtres spacieux et commodes pour les opérations, un autre amphithéâtre pour les cours, un laboratoire anatomique et un cabinet d'anatomie pathologique. Ce dernier muséum, que M. Lee se contente de citer, est dû en grande partie aux soins de M. le docteur Zanetti, qui en a reçu la direction et la conservation, et qui s'acquitte de ce soin avec un zèle et une intelligence dignes des plus grands éloges Il y a à cet hôpital deux professeurs de médecine clinique, deux de clinique chirurgicale, qui reçoivent un trai-

tout vers le grand cul-de-sac, n'est pas sensiblement ramollie; celle du duodénum un peu injectée. Dans presque tout l'intestin grêle existe une arborisation fine et rapprochée, avec issue du sang hors des vaisseaux dans quelques points. A deux pieds environ du duodénum on trouve de nombreux follicules isolés, saillans, et quelques plaques agminées dans l'étendue de trois pieds. Vers la partie moyenne de l'intestin grêle, et dans l'étendue de quatre à cinq pouces, existe une infiltration sanguine sous-muqueuse. Le tissu cellulaire est très-tuméfié. La muqueuse dans ce point, luisante, tuméfiée, tapissée d'un mucus rougeâtre, est en rapport avec un paquet de lombrics assez gros. Vers le tiers inférieur de l'iléum, plaques agminées très-étendues, follicules isolés d'autant plus nombreux qu'on descend vers la valvule iléo-cœcale. La muqueuse qui recouvre ces plaques est rouge et sensiblement ramollie; matières fécales liquides dans le cœcum et le colon. La muqueuse du colon transverse est injectée et ramollie. Les ganglions mésentériques sont d'autant plus tuméfiés qu'on s'approche davantage du cœcum.

La rate est dans son état normal; le foie rouge, congestionné; appareil urinaire sain. Injection de la pie-mère; substance cérébrale saine.

En résumant les symptômes qui se rattachent à la phlegmasie du cœur, nous voyons le pouls, dès le début, raide, assez fréquent, mais parfaitement en rapport avec les contractions de cet organe. Tout à coup, sans que la gastro-entérite augmente d'intensité et sans qu'il survienne une autre phlegmasie, le pouls devient fréquent, raide, intermittent; les battemens du cœur sont violens, tumultueux, et ne sont plus en rapport avec les pulsations artérielles. Bientôt on constate un bruit de soufflet qui persiste jusqu'à la mort. A ces signes il était impossible de méconnaître une inflammation du cœur ou de sa membrane interne. Si les symptômes n'avaient pas été si souvent et si bien constatés, on pourrait élever des doutes sur l'existence de cette phlegmasie. En effet, l'endocarde n'est pas altéré; il conserve sa couleur normale, à l'exception de ces quelques rougeurs trouvées sur les valvules ventriculaires. L'on trouve ici des concrétions fibrineuses bien organisées.

Entrons dans quelques détails sur ce fait. L'endocarde n'est pas affecté, mais cette phlegmasie a duré seulement deux jours; il est possible que ce temps n'ait pas suffi pour l'altérer. L'endocarde n'est pas rouge; la rougeur peut avoir disparu après la mort; et d'ailleurs cette altération est-elle un signe anatomique indispensable de l'inflammation? Non, certainement. Sans citer les cas nombreux d'érysipèles à l'autopsie desquels on ne trouve plus aucune rougeur, je rappellerai que, dans les phlegmasies aiguës des membranes séreuses, ce signe manque assez souvent; et, par exemple, si, à l'autopsie d'un individu qui pendant la vie aurait présenté tous les symptômes d'une péritonite aiguë, on trouvait des pseudo-membranes molles, récentes, tapissant le péritoine, celui-ci n'offrant aucune injection sanguine, pourrait-on nier l'existence d'une péritonite? Nous nous trouvons ici absolument dans le même cas: l'endocarde est une membrane séreuse; la rougeur manque; nous avons, pour établir notre diagnostic, les symptômes observés pendant la vie, et, après la mort, la coagulation sanguine, qui peut être regardée comme la fausse membrane de l'endocarde. Au reste, que serait la médecine, si, pour établir la nature et le diagnostic d'une maladie, la lésion cadavérique était indispensable, et si, dans certains cas, les lésions vitales ne suffisaient pas?

L'endocardite est survenue pendant le cours d'une gastro-entérite aiguë avec rougeole. Je crois que cette complication n'est pas très-rare. Pendant que je recueillais l'observation précédente, un grand nombre de rubéoleux étaient traités dans l'hôpital. Mon collègue et ami le docteur Lombard m'a montré deux cas d'endocardite sur des rubéoleux couchés dans le service de M. Alquié. L'un de ces malades a succombé par suite d'une gangrène du poumon gauche; à l'autopsie nous avons trouvé des caillots fibrineux entourant les cordages tendineux et les valvules, très adhérens à l'endocarde, qui était rouge, ramolli, et s'enlevait avec facilité. L'autre malade avait vu tous les symptômes d'endocardite diminuer, lorsqu'il mourut des suites d'une bronchite pseudo-membraneuse, et dont la fausse membrane avait même été rejetée. L'endocarde était un peu rugueux, surtout aux valvules, qui étaient tapissées de concrétions fibrineuses.

Cette coïncidence de la rougeole avec l'endocardite et l'aortite a été déjà signalée par les auteurs. Portal (Anat. méd., t. III, p. 128), rapporte l'observation d'un enfant qui mourut des suites d'une rougeole rentrée: à l'autopsie on trouva la membrane interne de l'aorte rouge. Burns cite un cas semblable. Kreysig parle positivement de la coïncidence de l'endocardite et de la rougeole: il dit: (t. 1er p. 166 et suivantes), que dans toutes les rougeoles et scarlatines intenses, la membrane interne du cœur est enflammée; il est arrivé à cela par l'autopsie d'un grand nombre d'individus morts des suites de ces phlegmasies. Avant la connaissance de cette complication, il ne pouvait s'expliquer, dit-il, la force et la fréquence du pouls qui n'est pas en rapport avec l'intensité de l'angine. Il ajoute qu'il a eu le bonheur de sauver plusieurs rubéoleux en combattant cette complication. Kreysig trace avec tant de précision les caractères anatomiques de cette phlegmasie, qu'on ne peut présumer qu'il se soit trompé.

Au reste ce n'est pas seulement pendant le cours d'une rougeole intense qu'on voit survenir l'endocardite ou l'aortite; cette phlegmasie complique aussi assez souvent les varioles. M. Tanchou (Journal complém., t. XXIII, p. 90) dit avoir trouvé, dans plus de cinquante autopsies de varioleux, la tunique interne des vaisseaux rouge, enflammée. Bien que la rougeur ait été probablement cadavérique dans plusieurs faits rapportés par ce médecin, néanmoins il est probable que dans certains cas il y avait artérite. M. Bérard aîné (Dict. méd., art. *Artérite*, t. IV, p. 102), dit avoir observé ces colorations dans une épidémie de variole qui a régné à Angers, et aussi pendant une épidémie de péritonite puerpérale qui a régné à la Maternité. Pour M. Bérard, ces rougeurs sont cadavériques.

J'ai ouvert dernièrement au Val-de-Grâce le cadavre d'un militaire mort pendant la dessiccation d'une variole confluente. J'ai trouvé des concrétions fibrineuses très organisées dans le ventricule gauche; l'endocarde de ce côté et l'aorte étaient d'un rouge écarlate, les artères crurales saines.

J'ai donné, avec M. Alquié, pendant le mois d'octobre dernier, des soins à un enfant de douze ans (Thouvenin, rue Mandar, n° 14), qui eut une variole confluente, dont le début fut accompagné de délire, de convulsions. Après l'éruption, le pouls redevint calme et la maladie suivit une marche assez régulière; la suppuration était établie depuis trois jours, lorsque les boutons s'affaissèrent rapidement. Le malade fut pris le même jour de frissons; impossibilité de le réchauffer. Nous dûmes présumer une résorption purulente; le pouls devint raide, fréquent, *bis feriens*; le cœur soulevait violemment le thorax; l'auscultation faisait entendre un tintement métallique et un beau bruit de soufflet. Le malade éprouvait une douleur sourde, une gêne dans la région précordiale; il disait lui-même que son cœur était malade. Bientôt le délire survint; ces symptômes d'endocardite augmentèrent d'intensité,

---

tement, et plusieurs autres médecins et chirurgiens. Les cours faits à l'hôpital dépendent de l'université, dont le siége est à Pise, où sont conférés exclusivement les grades. Les inseuses, les vénériens et les militaires sont réunis à l'hôpital Saint-Boniface. La propreté scrupuleuse qui règne dans les hôpitaux de Florence est une suite des manières élégantes et polies de la nation toscane.

Il y a aussi à Florence un hôpital pour les enfans trouvés (innocenti), qui sert aussi de maison d'accouchement. Le nombre des enfans admis annuellement est de 4500 ce qui est beaucoup pour une ville de 80000 ames. La manière dont les enfans sont emmaillotés en Italie, et qui leur donne l'apparence d'une momie égyptienne, contribue à favoriser les dispositions naturelles de la population de cette partie de la Toscane au rachitisme.

Un des établissemens les plus importans de Florence, et qui a des analogues dans la plupart des villes d'Italie et dans quelques villes du midi de la France, c'est la *Société de la miséricorde*, qui date du commencement du XVe siècle. Elle se compose des personnages les plus considérables de la noblesse et de la bourgeoisie réunis librement et gratuitement dans le but de secourir les malades pauvres par leur service personnel et par leur bourse. Ils ensevelissent eux-mêmes les corps des personnes décédées, et en cas de meurtre, de maladie imprévue, de blessures, ils courent sur les lieux indiqués et portent eux-mêmes le malade à l'hôpital sur un lit couvert, ou à son domicile et lui laissent des secours. Les sociétaires s'assemblent dans une maison située place de la cathédrale, où les affaires sont dirigées par un comité. Un des leurs est continuellement de garde pour les cas qui se peuvent présenter, et sur son invitation ses confrères arrivent immédiatement pour remplir leurs pieuses fonctions. Il n'est pas rare, et nous en avons nous-même été témoins, qu'un grand seigneur se trouve appelé au milieu d'un dîner ou d'un bal, qu'il quitte à l'instant pour aller se rendre à son poste. Les *confrères* sont, dans l'exercice de leurs fonctions, couverts d'une espèce de *domino* qui leur cache entièrement la tête, et percé de deux trous pour les yeux. C'est le costume des *confréries de pénitens*, si multipliées avant la révolution de juillet dans la Provence et le Languedoc, et dont plusieurs s'étaient chargées d'un service analogue. Cet *incognito* ne rend que plus méritoire le dévouement de tous les jours, qui reste complètement ignoré et de ceux qui en profitent, et de ceux qui en sont les témoins.

Le *Muséum d'histoire naturelle* dépendant de l'Observatoire (Specola), offre peut-être la plus riche collection de pièces anatomiques en cire qui existe.

La pratique générale des médecins de Florence, incline au broussaisisme, ce qui s'explique par la nature des maladies régnantes, qui sont presque toutes des inflammations des voies pulmonaires, des pleurésies, des péripneumonies, si redoutées sous le nom de *mal di petto*, et des affections aiguës articulaires. La saignée, les sangsues sont la base du traitement; mais on les emploie à petites doses. La contre irritation directe par le tartre stibié est aussi souvent employée, et c'est là un des caractères les plus marqués de la médecine italienne dans ce siècle. La chirurgie n'offre rien de particulier à noter.

Il nous resterait, pour terminer notre voyage en Italie avec M. Lee, à visiter Rome et Naples; mais nous ne l'accompagnerons pas plus loin aujourd'hui, nous réservant de le suivre prochainement jusqu'en Allemagne, où les renseignemens sont plus abondans encore et plus nouveaux ou moins connus que ceux dont nous venons de donner un extrait à nos lecteurs.

---

et la mort arriva trois jours après, sans que les organes gastriques et pulmonaires, examinés chaque jour avec la plus scrupuleuse attention, aient présenté le moindre phénomène morbide. Des sangsues furent posées à la région précordiale et sur le trajet des jugulaires. Je n'ai pu obtenir de faire l'autopsie; mais je suis convaincu que chez cet enfant il y avait endocardite devenue mortelle. M. Barthelemy, chirurgien aide-major au Val-de-Grâce, m'a dit avoir observé un fait semblable; à l'autopsie, l'endocarde fut trouvé enflammé. Ces faits importans pourraient bien expliquer, dans certains cas, la violence du mouvement fébrile attribuée à l'altération du sang, et doivent engager les médecins à diriger leur attention du côté du cœur, pendant le cours des phlegmasies éruptives.

ENDO-PÉRICARDITE, PLEURITE CHRONIQUES; ANASARQUE; PARACENTÈSE; PÉRITONITE AIGUE. MORT. AUTOPSIE.

Obs. IV.—Mauger, âgé 38 de ans, sous-officier vétéran, d'une assez faible constitution, éprouva, en 1834, un point pleurétique du côté gauche pour lequel il resta trois mois au Val-de-Grâce. Pendant son séjour à l'hôpital ses jambes devinrent œdémateuses. Il sortit assez bien rétabli, quoique essoufflé au moindre mouvement. La nutrition, depuis sa maladie, a été toujours vicieuse. Dans le courant de mai 1835, Mauger s'aperçut que ses jambes et son ventre s'infiltraient. Entré au Val-de-Grâce, le 26 juin, et couché au n° 26 de la salle 8, service de M. Alquié, il nous a présenté les symptômes suivans : teinte ictérique générale; amaigrissement; son clair à la région précordiale; battemens du cœur superficiels; bruits de soufflet et de scie très-intense, isochrones à la systole ventriculaire, se prolongeant un peu durant la contraction des oreillettes; pouls mou, sans fréquence; infiltration des jambes et de l'abdomen. Depuis cette époque au 3 août, l'hydropisie a fait beaucoup de progrès; les membres abdominaux et les bourses étaient très-œdémateux; le ventre surtout, très-tuméfié, gênait, par son volume, les mouvemens du diaphragme; le malade ne pouvait rester qu'assis sur son lit; le décubitus horizontal augmentait la dyspnée; la fluctuation était très-facile à apprécier dans l'abdomen.

Le nitrate de potasse, la poudre de digitale furent prescrits sans aucun résultat; on fut même obligé d'en suspendre l'emploi, le canal intestinal les supportait difficilement.

Le 3 août. On retira, par la paracentèse, environ huit pintes de sérosité. Légère amélioration pendant les deux jours qui suivirent l'opération; mais bientôt il survint du dévoiement; le ventre, un peu météorisé, devint sensible à une légère pression, surtout vers l'ombilic; l'abdomen et les jambes s'infiltrèrent de nouveau.

Dans la nuit du 12 au 13, sans cause appréciable, le malade fut pris d'un délire nerveux; il craignait de passer pour fou à nos yeux et faisait tous ses efforts pour nous dissuader. Il s'imagina ensuite que nous voulions l'empoisonner, et dès ce moment il refusa de boire ni tisane ni potion; absence de mouvemens fébriles. Des sinapismes furent posés aux jambes sans aucun résultat. Le malade mourut le 15 au soir.

AUTOPSIE CADAVÉRIQUE, DIX-NEUF HEURES APRÈS LA MORT.

Le cerveau nous semble un peu rapetissé et ne pas occuper toute la cavité crânienne; léger épanchement opaque entre l'arachnoïde et la pie-mère : on dirait une légère couche albumineuse; injection de la pie-mère : le cerveau est aussi un peu sablé à sa périphérie; rien d'anormal dans le reste de l'encéphale.

Thorax. Poumon droit sain : les deux feuillets séreux de ce côté adhèrent ensemble par des lames celluleuses assez longues pour permettre quelques mouvemens à cet organe. Poumon gauche fortement refoulé en haut vers la colonne vertébrale. A la base du thorax, de ce côté, existent de fausses membranes bien organisées, traversées par des petites poches remplies de sérosité. Adhérence intime du sac fibreux du cœur avec le sternum et les cartilages costaux; les deux feuillets séreux du péricarde très-adhérens partout : on peut néanmoins les séparer dans quelques points. Le volume du cœur est deux fois plus grand que le poing du sujet, ses parois ne sont pas épaissies; les cavités ventriculaires, très-élargies, logeraient un gros œuf de poule. Le cœur est rempli de sang noir, peu coagulé. Aucune coloration anormale ni altération de l'endocarde du côté droit. La valvule bicuspide profondément altérée; entre ses deux feuillets séreux existe une ossification, une espèce de pétrification assez étendue; les cordages tendineux sont durs. Les valvules sigmoïdes de l'aorte, dures, épaissies, jouent mal; l'aorte parfaitement saine.

Abdomen. Environ six à huit pintes de sérosité mêlée d'un peu de pus dans la cavité abdominale, le feuillet pariétal du péritoine tapissé d'une pseudo-membrane molle; le tissu cellulaire sous-jacent très-injecté, rouge : cette coloration s'observe presque exclusivement autour de l'ombilic.

Altération profonde du foie : il offre cet état qu'on a désigné sous le nom de cirrhose; il est dur et rugueux à sa surface, comme ridé; ses granulations jaunâtres semblent hypertrophiées. La rate, plus petite que dans l'état normal, est dure, rugueuse. Rien de notable dans l'appareil urinaire.

Légère injection pointillée de la muqueuse gastrique vers son grand cul-de-sac; ses replis sont très-saillans. Rien d'anormal dans l'intestin grêle; quatre petites ulcérations dans la muqueuse du colon droit.

J'ai rapporté cette observation, tout abrégée qu'elle est, afin de présenter un cas d'endocardite chronique, avec coïncidence de péricardite et de pleurésie chroniques.

L'infiltration survenue en 1834, l'essoufflement et la gêne de la circulation survenues depuis, ne nous permettent pas de douter que la maladie pour laquelle Mauger séjourna à l'hôpital pendant trois mois ne fût une endo-péricardite avec pleurite aiguë, qui ont passé à l'état chronique et dont nous avons trouvé les traces à l'autopsie.

L'ossification des valvules ne dépendait pas de l'âge : le malade n'avait que trente-huit ans; il n'y avait aucune altération de l'aorte. L'ossification était donc le résultat de l'endocardite.

L'anévrisme du cœur, chez ce malade, me paraît être le résultat, 1° de l'obstacle au cours du sang, par suite de l'ossification valvulaire; 2° de la faiblesse musculaire du sujet; 3° de l'adhérence du péricarde aux parois thoraciques et des feuillets séreux entre eux. En effet, cette adhérence au sternum empêchait le cœur de réagir contre la colonne sanguine et ne pouvait s'opposer au reflux du sang : de là, ampliation du cœur; de là, double bruit de soufflet.

Je signalerai les caillots mous, noirâtres, trouvés dans le cœur. Il est évident que si les concrétions fibrineuses que nous avons trouvées dans les observations ci-dessus rapportées dépendaient exclusivement de la stase sanguine et non de l'inflammation, nous aurions dû voir ces concrétions plus organisées dans ce cas-ci, puisque l'obstacle à la circulation (ossification valvulaire) était plus grand. Absence de rougeur de l'aorte; absence aussi d'inflammation. L'hydropisie ascite dépendait au moins autant de l'altération du cœur que du foie; l'ictère était le résultat de la maladie du foie et de sa compression par la sérosité.

Je noterai aussi la péritonite survenue par suite de la ponction. J'ai vu, dans l'espace de sept à huit mois, pratiquer trois fois cette opération pour des hydropisies symptomatiques de phlegmasie des séreuses thoraciques. Chez ces trois malades la paracentèse a déterminé une péritonite aiguë, devenue mortelle chez deux.

L'inflammation chronique des séreuses du thorax n'a-t-elle pas prédisposé notre malade à la péritonite dont la ponction a été la cause occasionelle, ainsi qu'à l'irritation des méninges et de la périphérie du cerveau qui a donné lieu au délire?

ENDOCARDITE AIGUE. — GUÉRISON SOUS L'INFLUENCE DES ÉMISSIONS SANGUINES RÉPÉTÉES.

Obs. V.—Schlupp, âgé de 26 ans, 46e de ligne, d'une forte constitution, essoufflé quand il monte un escalier, fut pris, le 13 septembre, après avoir eu froid en montant sa garde, de gêne dans la région précordiale et de palpitations violentes qui l'obligèrent d'entrer au Val-de-Grâce le 15. Il fut couché au n° 56 de la salle 8. Le chirurgien de garde pratiqua le soir même une saignée de 14 onces.

Le 16. A notre première visite, ce malade nous présenta les symptômes suivans : palpitations violentes, battemens du cœur superficiels et très-visibles à l'œil nu; l'on dirait un petit marteau qui frappe les parois thoraciques; le point percuté par cet organe est très-borné; léger frémissement cataire; son mat à la région précordiale dans l'étendue environ de trois pouces à trois pouces et demi carrés; l'auscultation fait entendre un beau bruit de soufflet isochrone aux contractions ventriculaires; le bruit valvulaire a complètement disparu; tintement métallique très-intense; pouls raide, vibrant, large, fréquent (150, 154 puls.), parfaitement isochrone à la systole ventriculaire; aucune chaleur anormale de la peau. Le malade accuse une gêne, une oppression de la poitrine, que la percussion et l'inspiration n'augmentent pas; respiration vésiculaire dans les deux poumons. La langue est à peu près à l'état normal; peu de soif; rien de notable dans la partie inférieure du canal intestinal. Rien du côté du cerveau. (Saignée de 20 onces, renouvelée le soir; diète, gomme.) Le sang est fortement fibrineux, sans couenne; sérum transparent.

Le 17. Mieux; bruit de soufflet et tintement métallique moindres; pouls raide, fréquent (134 à 138 puls.); l'oppression a un peu diminué. (Saignée, 16 à 18 onces; 30 sangs. rég. précord., 4 grains de poudre de digit.) Le soir, la douleur, la gêne précordiale ont disparu.

Le 18. Amélioration très grande; bruit de soufflet peu marqué; le bruit valvulaire devient plus appréciable; pouls fréquent (102 à 106 puls.) (Diète; saignée de 12 onces, digit., 8 gr.)

Du 19 au 23. La digitale est continuée, et tous les symptômes diminuent peu à peu. Le 24, le pouls est à 60; le claquement valvulaire très-appréciable; point de bruit de soufflet; son mat à la région précordiale, dans l'étendue environ de deux pouces et demi carrés. (Quart d'alim. le matin; soupe le soir.) Le 30, sorti bien rétabli; le malade conserve son ampliation du cœur.

Il est impossible de méconnaître dans ce cas l'existence d'une endocardite aiguë. L'obscurcissement du claquement valvulaire, le bruit de soufflet; plus tard, la disparition de ce bruit, le retour du claquement valvulaire, nous indiquent assez que les valvules étaient altérées et gênées dans leurs fonctions.

Cette observation nous offre un cas d'endocardite aiguë simple, ce qui est assez rare.

Je signalerai l'hypertrophie du cœur comme cause prédisposante, le froid comme cause occasionelle de l'endocardite aiguë. Le pouls était très-fréquent, et il n'y avait pas de fièvre proprement dite, car la peau conservait sa chaleur normale. L'inflammation affectait un tissu peu sensible et surtout peu étendu.

Un traitement antiphlogistique très-actif et la poudre de digitale ont amené à bien cette phlegmasie.

(*La fin au prochain numéro.*)

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

DE LA DILATATION SUBITE, ou d'une nouvelle méthode employée par le professeur Lallemand pour détruire les rétrécissemens de l'urètre; par le docteur SIRUS PIRONDI.

On s'est beaucoup livré, dans ces derniers temps, à l'étude des maladies des voies urinaires, et spécialement à la manière de détruire les rétrécissemens de l'urètre. Chaque chirurgien a voulu apporter une modification nouvelle à telle ou telle des méthodes principales, et il faut convenir que si toutes ces modifications n'ont pu souvent être employées que par leurs auteurs, elles ont cependant beaucoup contribué à éclaircir l'histoire pathologique de cette affection.

Toutefois il est arrivé dans cette circonstance, comme pour bien d'autres analogues, que des faits très-intéressans et de nouvelles vues pratiques aussi utiles qu'ingénieuses ont souvent été ignorés, autant par un excès de modestie, que par cette temporisation si commune aux praticiens obsédés par une nombreuse clientelle.

Dans un des numéros de la GAZETTE MÉDICALE du mois de novembre 1835, j'ai cru utile de communiquer quelques réflexions sur les effets de la nouvelle méthode Lallemand dans le traitement des coarctations de l'urètre. Je m'abstins alors de décrire la méthode elle-même, car je devais attendre que l'auteur en eût parlé. Autorisé maintenant à passer outre une pareille réserve, je m'empresse de publier ce nouveau procédé opératoire, convaincu que par lui on peut parvenir à des résultats heureux, bien plus promptement que par tous les autres moyens connus.

Quatre grandes méthodes principales peuvent embrasser tous les procédés opératoires imaginés jusqu'à aujourd'hui, pour détruire les rétrécissemens de l'urètre: la *dilatation*, la *cautérisation*, les *scarifications* et les *injections*. Toutes les modifications qui ont été tant multipliées, surtout dans ces derniers temps, se rattachent spécialement ou à la dilatation ou à la cautérisation, comme les deux méthodes le plus généralement employées. Quant à la scarification et aux injections (y compris les courans continus d'eau tiède (1), on les a employées plus rarement, et presque toujours comme complément des autres méthodes.

Il est inutile d'examiner ici minutieusement tous les avantages et inconvéniens reconnus à chacune de ces méthodes; cet examen critique a été fait depuis longtemps par les partisans exclusifs de chaque procédé. Mais si chacun, pour faire valoir celui qu'il emploie, a cherché à démontrer les défauts de tous les autres, on en compte peu qui, pour éviter à la fois tous les inconvéniens, aient choisi dans chaque méthode ce qu'ils croyaient d'une application plus heureuse. Cet éclectisme chirurgical exige un jugement droit et un grand esprit d'observation; il exige surtout que souvent on sacrifie des idées préconçues, ou du moins qu'on les modifie singulièrement; aussi ne faut-il pas s'étonner si l'éclectisme en chirurgie est aussi rare que partout ailleurs. La dilatation a ses avantages ainsi que la cautérisation; mais autant l'une que l'autre ne peuvent être employées dans tous les cas.

La dilatation, telle qu'on la connaît généralement et que je nommerai *lente*, est plus simple et presque aussi efficace que toutes les autres méthodes. Toutefois elle expose à des récidives, et c'est dans ces cas précisément que par la cautérisation on eût obtenu de meilleurs effets. De son côté, la cautérisation, si utile dans certains cas, ne saurait être employée pour tous indistinctement; on risquerait d'augmenter le mal, plutôt que de le diminuer. C'est dans cette alternative, ou de s'exposer à une récidive par la dilatation lente, ou de risquer d'augmenter le mal par la cautérisation, qu'il fallait savoir réunir dans l'une et l'autre méthodes ce que l'expérience avait démontré de plus utile, et c'est précisément ce qu'a fait le professeur Lallemand.

La méthode donc que nous allons décrire rentre dans le même cadre que les autres, puisqu'il s'agit de dilater le canal, et de le cautériser au besoin; cependant on verra qu'elle en diffère essentiellement, et surtout de celle que ce même professeur avait présenté en 1825, dans son excellent ouvrage sur les maladies des Voies génito-urinaires.

Il résulte des différens travaux publiés récemment sur l'anatomie pathologique des coarctations de l'urètre, qu'on peut les diviser en deux classes principales, sujettes sans doute à bon nombre de variétés. Dans l'une, en effet, on peut placer les rétrécissemens déterminés par l'engorgement du tissu cellulaire sous-muqueux, et dans l'autre ceux où réellement la muqueuse, à la suite d'un travail morbide, devient plus épaisse et plus dure; dans ces cas, heureusement les plus rares, elle peut encore offrir des brides transversales ou longitudinales, suite des inflammations chroniques et répétées qui ont existé primitivement sur cette membrane. Il existe des cas également où ces deux affections se trouvent réunies sur le même canal.

(1) Méthode préconisée par M. Serres d'Uzès.

Dans ces deux espèces bien différentes d'une même affection, on sent que la thérapeutique doit aussi varier; et tandis que par une compression modérée on pourra combattre un engorgement, il faudra quelque chose de plus pour détruire en partie, ou modifier au moins l'épaississement et l'endurcissement de la muqueuse. C'est de cette manière qu'on peut se rendre compte du mode d'agir de la dilatation et de la cautérisation.

En effet, on ne peut supposer que l'élargissement de l'urètre, à la suite de la dilatation lente, soit dû au tissu fibreux du canal qui se serait prêté à cette distension, et aurait fini par conserver le calibre que lui donnent les dernières sondes. S'il en était ainsi, l'urètre ne jouirait plus de sa contractilité ordinaire, ce qui nuirait à ses fonctions; et d'ailleurs ce n'est pas ce qui arrive, car après qu'on a enlevé la dernière sonde, le canal revient promptement sur lui-même. Si la dilatation réussit donc à combattre certains rétrécissemens, c'est que l'engorgement sous-muqueux est détruit par la compression exercée par la sonde sur l'épaisseur des corps caverneux, ou seulement les parois du canal. On voit tous les jours la compression être employée par les chirurgiens pour combattre les engorgemens sur différentes parties du corps; et si la dilatation lente ne réussit pas plus souvent, c'est que la compression qu'elle exerce contre les parois de l'urètre n'est pas suffisante pour détruire les engorgemens que la muqueuse recouvre. Un pareil fait ne pouvait échapper à l'observation de M. Lallemand, et il a pu juger déjà *à priori*, que ce que l'on ne pouvait obtenir par une compression trop lente, céderait aisément en augmentant le degré de cette compression, c'est-à-dire, en la pratiquant dans le plus court espace de temps possible. M. Mayor, de Lausanne, est parvenu plus tard à un résultat analogue, à la différence près qu'il préconise la dilatation forcée, hautement blâmée par M. Lallemand, et qu'il se sert d'ailleurs des sondes métalliques à la fois trop grosses et en trop petit nombre: autant de circonstances qui, toutes réunies, déterminent souvent une violente inflammation, dont le moindre inconvénient est d'augmenter le rétrécissement qui existait déjà. Je passe, au reste, sous silence tous les autres accidens fâcheux, plus rares sans doute, auxquels on s'expose par la méthode de M. Mayor; ils ont été suffisamment signalés par plusieurs chirurgiens.

Nouveau procédé de M. Lallemand. Après s'être assuré, soit par un cathétérisme explorateur (s'il est possible), soit par les signes rationnels, que la dysurie et tous les autres phénomènes morbides dépendent réellement de l'existence d'un ou de plusieurs rétrécissemens; après avoir surtout bien constaté l'absence d'un état inflammatoire, du moins aigu, dans l'urètre, on prépare le malade à l'opération par quelques bains généraux, ou simplement de siége, par un régime doux et des boissons rafraîchissantes. On procède ensuite à l'introduction de la première sonde en gomme élastique.

Il est rare qu'avec un peu d'habitude et beaucoup de patience on ne parvienne, dans la plupart des cas, à introduire dans la vessie la sonde n. 3; toutefois si l'on éprouve trop de difficulté, et si l'on a en vain essayé, à plusieurs reprises différentes, de placer le numéro 3, on ne doit point fatiguer le malade par une obstination qui pourrait lui être nuisible: on choisit une sonde d'un plus petit calibre, et au besoin même, on a recours aux cordes à boyau. Dès qu'on a franchi l'obstacle et que la sonde a pénétré dans la vessie, on la fixe par les moyens ordinaires, et on recommande au malade le repos et autant que possible la diète; les boissons rafraîchissantes cependant doivent être toujours continuées.

Si la sonde est entrée avec facilité, on revient auprès du malade deux heures après, et l'on examine par un léger mouvement de *va et vient* si la sonde est libre ou non dans le canal de l'urètre: dans le premier cas on la retire pour y substituer un numéro plus fort; dans le second cas on la laisse encore en place pendant une heure au moins. On continue ensuite à changer les sondes toutes les deux heures, et d'heure en heure même, ayant soin de ne jamais retirer celle qui est en place, si on ne s'est pas assuré d'abord qu'elle n'est point serrée fortement par les parois de l'urètre. Souvent on peut sauter un numéro, et passer, par exemple, du 5 au 7 ou du 7 au 9, si l'on trouve que les sondes pénètrent très-facilement (1).

On parvient de cette manière dans deux ou trois jours, et parfois dans l'espace de vingt-quatre heures, à introduire le n. 14 et à dé-

(1) Comme la sonde qu'on introduit le soir dans la vessie doit rester placée jusqu'au lendemain matin (car il est bon de laisser reposer le malade pendant la nuit), c'est alors surtout qu'on doit tâcher d'introduire un numéro un peu fort.

truire ainsi des engorgemens qui diminuaient souvent des trois quarts le calibre de l'urètre.

Dès qu'on a retiré la dernière sonde, l'urètre revient peu à peu à son calibre ordinaire; mais il était nécessaire de la soumettre d'abord à la distension produite par le n. 14, car sans cette forte compression on ne parviendrait pas à détruire les rétrécissemens.

A mesure qu'on change les sondes, on les trouve de plus en plus chargées de mucosités; c'est un dégorgement à la fois nécessaire et utile. Si d'ailleurs la présence des sondes détermine une trop forte irritation, on la traite par la saignée, les bains locaux, etc., ainsi qu'on agit dans les cas ordinaires.

Lorsqu'on a éprouvé, dès les premiers cathétérismes, beaucoup de difficulté à pénétrer dans la vessie, et particulièrement si la maladie est très-ancienne, il est à présumer qu'il y a dans le canal plus qu'un engorgement sous muqueux, et on peut soupçonner conséquemment l'existence de véritables callosités. Dans ce cas il faut laisser reposer le malade deux ou trois jours, et avoir recours ensuite à la cautérisation. La position des rétrécissemens étant à peu près fixée d'avance, on y porte le caustique par les moyens connus : il est rare qu'une seule cautérisation ne suffise pas à consolider la guérison, déjà très-avancée par la compression.

Peu de jours après avoir appliqué la cautérisation, quelques petites escarres sortent du canal, entraînées par le jet des urines; et la seule recommandation qui reste alors à faire à l'opéré, est de continuer pendant deux ou trois semaines à introduire dans la vessie, tous les soirs en se couchant, une sonde élastique n. 8 ou 9. Cette précaution, à laquelle le malade doit se soumettre lors même qu'il n'y aurait pas eu besoin d'employer la cautérisation, suffit pour que l'urètre conserve désormais son diamètre ordinaire.

La dilatation ainsi pratiquée a l'avantage, sur les autres méthodes, de jouir de la même efficacité en exposant à moins d'accidens; et son plus grand mérite, en outre, est d'abréger de beaucoup la durée du traitement, tout en facilitant l'emploi de la cautérisation lorsqu'elle est nécessaire. D'un autre côté, les malades s'y soumettent bien plus volontiers; car on sait quels préjugés a fait naître, dans ces derniers temps surtout, l'abus de la cautérisation.

Voilà trois ans et plus que le professeur Lallemand emploie avec succès cette méthode que nous distinguerons sous le nom de *dilatation subite*; et bon nombre de ses élèves, auxquels il l'a communiquée, ont eu également à s'en louer. J'ai souvent eu occasion de la voir employer par mon père, et j'ai moi-même consigné ailleurs (1) le résultat des observations qui me sont propres; aussi je ne doute pas qu'elle ne soit adoptée avec empressement par tous ceux qui seront à même de la voir mettre en pratique ou de la pratiquer.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

RÉPONSE A SIR CHARLES BELL, AU SUJET DE LA LITHOTRITIE; par M. CIVIALE (2).

Toute doctrine qui a pour appui un grand talent et une position éminente exerce de l'influence, alors même qu'elle a été déduite des pures spéculations, ou de données inexactes. Celle que sir Charles Bell vient d'émettre, au sujet de la lithotritie, ne peut donc manquer d'avoir un certain retentissement.

Ce n'est pas la première fois qu'on remarque, dans les publications faites en Angleterre sur l'art de détruire les calculs vésicaux, des erreurs graves que je me serais empressé de relever, s'il n'eût été évident que les écrits qui les contenaient devaient naissance à l'intérêt personnel plutôt qu'au désir de répandre la connaissance d'une opération incontestablement utile. Le silence et le mépris sont la seule réponse qu'un homme qui se respecte doive à des libelles. Mais ici la position a changé; car la science seule se trouve intéressée dans la question que vient d'aborder l'une des illustrations chirurgicales de l'Angleterre. Aussi hésité-je d'autant moins à prendre la défense de la lithotritie, que l'article de sir Charles Bell ne saurait altérer ni la haute estime que m'inspire son noble caractère, ni l'admiration que je professe hautement pour son profond savoir et ses importans travaux. J'espère donc qu'il accueillera mes réflexions avec bienveillance.

Personne ne contestera la justesse des remarques qui servent d'introduction à l'article de sir Charles Bell. Que la pierre impose des tortures aux malades; que les dangers de la taille fassent naître l'anxiété dans leur esprit et dans celui du chirurgien; que le vague des moyens de diagnostic inspire une pénible inquiétude; que l'opération exerce une influence profonde sur le moral des calculeux et des assistans, etc.; ce sont là autant de points à l'égard desquels les avis n'ont jamais été partagés, et nul encore ne s'est avisé de contester que, pour faire convenablement les incisions de la cystotomie, il fallût être anatomiste et chirurgien exercé. Quant aux précautions à prendre, lorsqu'on extrait la pierre, et au ridicule de ceux qui jugent le mérite du lithotomiste d'après le nombre de minutes qu'il emploie pour terminer une opération, tous les praticiens qui voient, dans l'exercice de leur art, autre chose qu'une occasion de briller et de parler aux yeux, sont unanimes à ce sujet; et je me félicite de trouver les opinions émises dans ma quatrième lettre sur la lithotritie, en accord parfait avec celles de sir Charles Bell. Il ne serait cependant pas juste de confondre la marche mesurée qu'il convient de suivre dans toute opération chirurgicale grave, avec la lenteur qu'occasionent les tâtonnemens rendus nécessaires par des obstacles imprévus, ou impossibles à écarter. Ces dernières circonstances doivent entrer en ligne de compte, toutes les fois qu'il s'agit d'apprécier une méthode quelconque. Lorsqu'elles se présentent, le chirurgien peut *regarder sa montre*, et compter les minutes, sans donner à penser qu'il a *reçu une éducation impropre*; car les minutes sont longues pour le malade placé sous le couteau de l'opérateur.

Mais il est un point sur lequel j'adresserai quelques remarques à l'honorable chirurgien de l'hôpital de Middlesex; je veux parler des circonstances qui font rencontrer si souvent encore des calculs volumineux, ou en très-grand nombre, et des lésions organiques plus ou moins profondes. Il est malheureusement trop vrai que la plupart des malades qui craignent d'avoir la pierre reculent autant que possible devant les moyens capables d'éclairer sur la source de leurs maux; car, ce qu'ils redoutent le plus, c'est de voir leurs soupçons se convertir en certitude. Mais cette pusillanimité ne naît pas de la maladie, elle tient à la terreur qu'inspire la taille, seule ressource que l'art ait possédée jusqu'à nos jours. Un homme atteint de la pierre ne voit, d'un côté, qu'atroces souffrances ayant la mort seule pour terme, et, de l'autre, qu'une effroyable opération dont la douleur paralyse tout courage. Faut-il donc s'étonner de son hésitation, alimentée d'ailleurs par les conseils des praticiens les plus sages qui veulent, avec raison, qu'on n'opère qu'à la dernière extrémité? Sir Charles Bell a entrevu l'influence morale que commence à exercer un moyen curatif moins effrayant et moins périlleux que la cystotomie. Déjà en effet les malades tardent moins à réclamer les secours de l'art. Cette influence aura une portée bien autre encore, lorsque les chirurgiens eux-mêmes, pénétrés de leur devoir, et n'écoutant que la voix de l'humanité, cesseront d'entretenir le doute sur les avantages de la nouvelle méthode; lorsque, surtout, abjurant tout esprit de système, ils voudront bien ne plus envisager les faits à travers le prisme de leurs préventions.

A l'occasion de la destruction des calculs dans la vessie, sir Charles Bell fait quelques remarques sur la sensibilité que certains tissus possèdent dans l'état morbide, et qu'on ne reconnaît point, dit-il, au moment de l'examen, mais qui tardent peu à se développer et à produire les plus graves accidens. Il se fonde sur les douleurs locales et les troubles généraux qui succèdent parfois à la simple introduction du doigt dans le rectum, pour explorer la prostate, et spécialement au passage d'une sonde ou d'une bougie dans l'urètre. Mais d'abord cette douleur consécutive, ces mouvemens fébriles, ces accidens nerveux, etc., sont des phénomènes exceptionnels, et qui se rattachent à des prédispositions inconnues; on ne les observe pas, à beaucoup près, chez tous les malades qui ont été sondés. En second lieu, l'expérience journalière constate qu'ils ne se voient guères qu'après les premiers cathétérismes ou les premières explorations, et que l'introduction réitérée des instrumens, au lieu de fatiguer les parties, en diminue la sensibilité à tel point, qu'après un certain nombre de répétitions, il n'y a plus ni douleur locale, ni symptômes généraux. La lithotritie n'a fait que confirmer cette vérité, en ce qui concerne l'urètre et le col vésical; mais elle a prouvé aussi, ce qu'on avait ignoré jusqu'alors, que le même résultat a lieu dans la vessie; et c'est là un fait important qui grossit la liste de ceux par rapport auxquels l'expérience ne confirme point les spéculations de la théorie.

Dans l'appréciation qu'il a faite de la sensibilité, d'après les conséquences entraînées par quelques opérations de lithotritie, sir Charles Bell me paraît avoir été induit en erreur, pour avoir négligé une observation que j'ai faite depuis longtemps, savoir : que dans certains procédés de brisement de calculs, notamment celui qu'il adopte, la ma-

(1) GAZETTE MÉDICALE de 1835, n° 48, p. 764.

(2) Cet article qui sert de réponse à une leçon clinique et critique de sir Ch. Bell, insérée dans le *London Medical Gazette*, a été adressée à ce journal et devra paraître à Londres en même temps que nous la publions à Paris.

(*N. du R.*)

nœuvre froisse et meurtrit les parois vésicales, surtout lorsqu'elle n'est point exécutée avec toutes les précautions nécessaires. Ces lésions, quoique peu douloureuses, peuvent avoir des suites graves, comme je l'ai prouvé ailleurs, en indiquant le moyen de les éviter. Mais l'honorable chirurgien de l'hôpital de Middlesex a trop de lumières et d'équité, pour vouloir attribuer à la méthode elle-même ce qui résulte uniquement d'un de ses procédés et des fautes qui peuvent être faites dans la mise en œuvre de ce procédé. D'ailleurs si la sensibilité occulte de la prostate et du col ou des parois de la vessie jouait, dans la lithotritie, le rôle qu'il lui attribue, de quelle influence ne serait-elle pas aussi dans la cystotomie, celle surtout qui se pratique au périnée, et qui est presque la seule qu'on emploie en Angleterre! Car, dans cette opération, il ne s'agit plus d'un simple frottement produit par le passage d'un instrument; ce sont des incisions profondes, des distensions, des froissemens, des déchirures. Ces effets ont lieu dans les cas même les plus simples, et l'on ne saurait calculer quelles en sont l'étendue et la gravité, lorsque la pierre a beaucoup de volume. Aucun malade ne survivrait à de pareils désordres, si l'opinion de sir Ch. Bell était fondée. Heureusement elle ne l'est pas; et l'expérience a prouvé aux cystotomistes qu'on peut agir, même avec une certaine force, sur le col vésical sans s'exposer à de si grands accidens.

M. Bell insiste beaucoup sur les sensations que produit la lithotritie, et spécialement sur les douleurs qui surviennent après l'opération; car il reconnaît que le malade en éprouve peu pendant sa durée, ce qui n'est toutefois pas sans exception. Juger une question de pratique d'après un petit nombre de faits, est un écueil que mon illustre confrère n'a pas su éviter. Quelques malades placés hors des conditions favorables que j'ai nettement tracées, ont effectivement éprouvé des douleurs par suite de l'application de la lithotritie; mais ce sont là des cas exceptionnels. Dans la grande majorité, au contraire, les souffrances diminuent à dater du jour où l'opération commence : c'est un fait à l'égard duquel on ne peut plus élever le moindre doute. Ainsi ces surcroîts de douleurs pour les séances consécutives, et ces dangers qui semblent à M. Bell rendre l'opération si formidable, si souvent mortelle, n'existent point à proprement parler.

La direction de l'urètre et le passage d'instrumens droits par ce canal, ont fourni matière à tant de recherches et de controverses, qu'on ne devait guère s'attendre à les voir reparaître sur le tapis. L'honorable chirurgien de Middlesex revient cependant sur ces questions, et reproduit des argumens auxquels on a cent fois répondu. Il y a d'autant plus lieu d'en être surpris, que ses connaissances profondes en anatomie et sa vaste pratique chirurgicale, l'ont certainement mis en mesure de réduire à leur juste valeur, et l'espèce de convention tacite qu'on avait admise pour la direction de l'urètre, et les motifs qui ont fait donner à la sonde ordinaire la courbure qui lui est propre; comme aussi de reconnaître la facilité avec laquelle ce canal peut être ramené à la direction rectiligne. L'expérience journalière constate que l'introduction des sondes droites est facile, peu douloureuse et exempte de dangers. Sur quoi donc se fonde Sir Charles Bell, pour admettre que ces instrumens violentent l'urètre et le col vésical, et qu'ils sont très-dangereux? Il a oublié de le dire. Faut-il répéter sans cesse qu'avec les instrumens droits on ne fait, à la vérité, d'une autre manière, que ce qui s'opère avec les instrumens courbes, et tous les jours avec les sondes elles-mêmes? Dans l'un et l'autre cas, en effet, on redresse l'urètre. Lorsqu'une sonde ordinaire a été introduite, la partie qui occupe l'urètre est droite, et toute la partie courbe se trouve dans la vessie, puisqu'en explorant ce viscère on abaisse le pavillon jusqu'à rendre l'instrument parallèle aux cuisses du malade. Les instrumens courbes qui servent au brisement des calculs sont dans le même cas : une fois qu'on les a introduits dans la vessie ils agissent sur l'urètre comme les instrumens droits; la seule différence consiste dans la manière de les introduire. Or, cette différence constitue un procédé soumis à des règles précises que j'ai fait connaître, et qui ont reçu la sanction d'une expérience déjà longue. J'avoue que je ne puis comprendre ni les difficultés qui ont arrêté quelques chirurgiens dans l'introduction des instrumens droits, ni les inconvéniens qu'on leur reproche, puisqu'en définitive ils n'agissent sur l'urètre qu'à la manière des instrumens courbes et des sondes ordinaires que personne ne songe à incriminer. C'est un devoir pour les hommes placés aux sommités de la science, de ne rien adopter ou rejeter légèrement, et de laisser au vulgaire les frivoles motifs de ses déterminations.

Les indications que Sir Charles Bell a tirées, soit de ses considérations préliminaires, soit de quelques rapprochemens, font pressentir qu'en abordant d'une manière directe la question de la lithotritie, il cédera trop facilement aux préventions contre lesquelles toute découverte a toujours à lutter. Ainsi on regrette qu'il n'ait pas fait connaître cette méthode dans toute l'étendue de son application et avec la variété des procédés qu'elle comporte; qu'il lui ait attribué des inconvéniens dont elle est exempte; enfin qu'il ait fondé son opinion, soit sur des cas exceptionnels et des accidens qui n'ont point de connexion directe avec l'opération, soit même sur des suppositions gratuites.

J'ai fait connaître, dans plusieurs écrits, les procédés par lesquels la pierre se trouve successivement saisie, écrasée, broyée, repoussée ou extraite; et l'expérience a confirmé mes préceptes, que personne ne songe plus à contester. Cependant M. Bell nous apprend qu'on ne peut pas toujours dégager l'instrument, que ses branches se courbent ou se brisent, et que plusieurs malades ont été victimes de pareils accidens. Il donne les détails d'un cas dans lequel l'instrument a été si bien faussé, qu'on n'a pu le retirer, et que le malade est mort par suite de la cystotomie, qu'on avait été obligé de pratiquer. Il ajoute qu'on a plus d'une fois laissé dans la vessie des fragmens qui ont servi de noyau à de nouvelles pierres, et que des débris de calculs engagés dans la pince ont rendu la sortie de l'instrument difficile et douloureuse.

En Angleterre comme partout, les débuts de la lithotritie ont probablement été signalés par quelques malheurs, et je suis loin d'élever le moindre doute sur les faits trop nombreux dont parle sir Ch. Bell. Assurément on a fabriqué de mauvais instrumens. Tous ceux qui les ont employés n'avaient sans doute pas une très-grande habitude de la manœuvre; peut-être même n'a-t-on pas toujours agi avec les précautions nécessaires; probablement encore on a eu recours à la nouvelle méthode dans des cas placés en dehors de sa sphère. De toutes ces circonstances réunies, sont nés des malheurs presque inséparables de la pratique d'une opération nouvelle. Mais que peut-on conclure de là contre la lithotritie?

Ce qui frappe d'abord, c'est que M. Bell confond dans la même proscription les divers instrumens qu'on a proposés et dont le mécanisme et l'action sont si différens. C'est en parlant des instrumens droits qu'il cite le fait malheureux que je viens de rappeler, et qui cependant se rattachait à l'emploi de l'instrument courbe. Mais ce fait déjà ancien prouve seulement que l'appareil et le procédé dont l'opérateur se servait, au début de sa pratique dans Londres, avaient des défauts. Or, ces défauts ont été corrigés depuis, et, chaque jour, les plus incrédules peuvent se convaincre de l'utilité du percuteur, depuis les importantes modifications qu'il a subies. Tel qu'il est aujourd'hui, cet instrument agrandit la sphère de l'application de la nouvelle méthode; il facilite le traitement et en abrège la durée. C'est à lui, d'ailleurs, que M. Bell a donné la préférence dans ses tentatives de lithotritie; car, lui aussi, a essayé cette méthode qu'il conseille dans certains cas. Comment donc concilier ces dispositions favorables avec les inconvéniens et les dangers attribués par lui aux instrumens mis en usage, dont il finit par déclarer qu'on ne doit s'en servir que pour *déboucher des bouteilles?*

Sir Charles Bell dit qu'une seule opération ne suffit pas pour débarrasser le malade. Présentée ainsi d'une manière absolue, l'assertion n'est point exacte. Chacun sait que la durée du traitement par la lithotritie est subordonnée au volume des pierres, à leur nombre et à l'état des organes. Or, toutes les fois que le malade se trouve dans des conditions favorables, c'est-à-dire qu'il se fait opérer de bonne heure, on peut le délivrer en une séance de cinq minutes au plus. Sur 300 cas, il y en a près de 50 dans lesquels ce peu de temps m'a suffi; et constamment alors j'ai employé la pince à trois branches que tant de chirurgiens, surtout en Angleterre, croient si défectueuse.

En décrivant l'application de la lithotritie par l'un et l'autre procédé, et mettant cette opération en regard de la cystotomie, le chirurgien de l'hôpital de Middlesex est tombé dans de graves erreurs, tant sur la manœuvre que sur ses effets. Mais il serait trop long de les relever une à une, et je me borne à les signaler en masse. Dans le parallèle que je viens de publier, on trouvera les preuves les plus convaincantes que M. Bell a été grandement trompé tant par des esprits chagrins qui n'ont pas craint d'altérer les faits, que par l'interprétation inexacte du petit nombre de ceux qu'il a été à portée d'observer lui-même. Les faits nouveaux que la pratique d'un grand hôpital ne manquera pas de multiplier, suffiront pour changer son opinion sur le compte d'une méthode à l'aide de laquelle j'ai obtenu déjà la guérison de plus de 300 malades dont 22 médecins, et parmi lesquels se trouvent les sommités médicales de l'époque, Dubois, Edholm, Lisfranc, etc. Voilà certes une puissance contre laquelle viendront se briser les armes de la prévention et les bruits de l'envie.

Quant aux doutes qu'on a cherché à faire naître sur les résultats de ma pratique, et qui ont pu tenir en suspens l'opinion des étrangers, j'avais un infaillible moyen de les lever, en invoquant la publicité. J'ai donc fait connaître le nom de chaque malade et les circonstances de chaque opération. Ces documens sont déposés, depuis plusieurs an-

nées, à l'Institut, où l'on peut les consulter. Quelques personnes avaient cru y trouver des preuves contraires à ce que j'avançais; une vérification exacte a démontré qu'elles s'étaient trompées, et l'on apprécie aujourd'hui ces assertions hasardées par lesquelles on s'était flatté un instant de surprendre la religion d'un de nos corps savans. Quant au parti qu'on avait voulu tirer de quelques expressions vagues d'un rapport fait à l'Académie des sciences, et des erreurs qui s'étaient glissées dans un autre rapport à la même Académie, il suffit de rappeler que les mêmes commissaires dans les paroles desquels on prétendait voir que j'avais perdu un malade sur quatre, ont proclamé, en 1835, que, sur 244 malades opérés par moi, en 1833, 236 étaient guéris, 5 étaient morts et 3 avaient continué de souffrir. Je ne reproduis ces faits anciens que pour montrer à quel point on est parvenu à altérer la vérité. Les chirurgiens qui n'ont pas été, comme les commissaires de l'Académie, en position de se convaincre de ces altérations de faits, ont dû éprouver quelque répugnance à ne pas croire vraies des assertions présentées avec les couleurs de la bonne foi. C'est sous de telles inspirations peut-être que mon honorable confrère de Middlesex a éprouvé son injuste accès de mauvaise humeur contre l'art de broyer la pierre.

Tout n'est cependant pas grave et sérieux dans sa publication. On a déjà vu qu'il avait fait une légère excursion dans le comique. En voici un autre exemple assez curieux : Un chirurgien français, fixé à Londres, refusa cent guinées d'un malade qu'il avait opéré et en exigea quatre cents. Quelque temps après, le malade, ayant ressenti de nouvelles douleurs, eut recours à M. Bell, qui découvrit une pierre et reçut une livre sterling. L'auteur, après nous avoir fait connaître ainsi le prix de ses visites, s'étonne de la différence entre cette somme et celle qui fut jetée dans *l'immense gosier du cormoran parisien*. Assurément le chirurgien dont parle M. Bell, est bien libre de taxer ses opérations comme il l'entend; mais comment peut-il sortir de là un reproche contre la lithotritie ?

A l'occasion de ce fait, sir Charles Bell donne à entendre que l'opérateur français avait laissé dans la vessie des fragmens qui avaient servi de noyau aux pierres nouvelles. Je ne discuterai point avec lui sur la portée que peuvent avoir ces suppositions; mais je répéterai encore que l'instrument et le procédé dont on avait fait choix, sont insuffisans pour débarrasser complétement la vessie. Dans tous les cas, ce serait un argument, non contre la méthode elle-même, mais contre un procédé qui a été beaucoup trop vanté. CIVIALE.

GONFLEMENT DES EXTRÉMITÉS INFÉRIEURE ET SUPÉRIEURE GAUCHES, DU COU ET DE LA PARTIE LATÉRALE GAUCHE DE LA TÊTE, suivi d'abcès dans la région inguinale du même côté, survenu chez une nouvelle accouchée; par J.-E. CHEVALLEY DE RIVAZ, D.-M. P., médecin de l'ambassade de France à Naples.

OBS. — La femme d'un marin de Ste-Lucie à Naples, âgée de 37 ans, d'un tempérament bilioso-sanguin et d'une bonne constitution, ayant eu 7 enfants qu'elle a tous allaités et deux fausses couches, qui s'étaient passées néanmoins sans accidens, étant accouchée fort heureusement pour la huitième fois, le 14 février 1833, fut affectée, 8 jours après d'un engorgement de la région inguinale gauche, qui envahit bientôt toute la cuisse du même côté, avec chaleur et sécheresse de la peau, douleurs aiguës dans tout le corps, suppression des lochies et de la sécrétion du lait, et fièvre. La malade n'ayant pas exécuté les prescriptions du premier médecin qui fut appelé, l'engorgement ne tarda pas à augmenter de volume et à s'étendre aux articulations du genou et tibio-tarsienne du même côté, avec gonflement douloureux du bras et de l'avant-bras du côté gauche, taches rougeâtres sur toutes les parties engorgées, mais principalement autour du genou, du coudepied et du poignet.

Examinée par moi la première fois, le 1er mars, outre les symptômes que je viens de rapporter, elle était affectée d'une fièvre intense, son pouls donnait 120 pulsations; la pression était douloureuse sur tous les points engorgés, lesquels ne conservaient point l'impression des doigts; la langue rouge, sèche, et la peau dans le même état de sécheresse noté ci-dessus. La malade se plaignait d'une grande soif, et elle n'était point allée à la selle depuis trois jours. Prescription : 12 sangsues sur la région inguinale; fumigation des extrémités inférieures, avec vinaigre et fleur de sureau; eau d'orge pour boisson; toutes les trois heures deux grains de poudre de James et lavemens émolliens.

Le 2 mars. La malade a passé une nuit meilleure que les précédentes, mais l'engorgement de la cuisse a augmenté, spécialement à la région inguinale et sur le trajet des vaisseaux. La fièvre continue, et un ver lombric a été rendu par l'effet des lavemens. La sécrétion lactée est toujours nulle. Prescription : renouveler la fumigation prescrite la veille; continuer l'eau d'orge, les lavemens; appliquer un cataplasme sur la région inguinale, et ajouter un grain de calomel à chaque prise de poudre de James.

Le 3 mars. La nuit a été passable; une selle extrêmement fétide a eu lieu sans lavement. Le gonflement de la cuisse a un peu diminué, ainsi que celui du bras; mais la peau continue de rester sèche; la langue est toujours rouge, et la pression continue d'être douloureuse; les taches du genou, du coudepied et du poignet seules persistent. Même prescription que la veille.

Le 4 mars. La malade a été inquiète toute la nuit: un second ver lombric a été rendu. Aux symptômes déjà existans sont venus se joindre une vive céphalalgie et un gonflement de toute la partie gauche du cou et de la tête, avec impossibilité de soutenir la vue de la lumière, et douleurs insupportables dans le conduit auditif. Je fais continuer les remèdes prescrits les jours précédens, et j'y joins outre cela l'application, sur tous les points engorgés, d'étoupe ordinaire avec laquelle je les fais envelopper en entier.

Le 5 mars. La nuit a été calme et la malade a beaucoup sué. Ce matin amélioration prononcée et diminution notable du gonflement de la tête, du bras, de la cuisse et de la jambe. La fièvre a également diminué; les taches rougeâtres observées autour du coudepied et du poignet, ont presque disparu; la rougeur de la langue et la soif sont moindres. Un peu de toux est survenue avec léger râle sibilant au côté droit seulement.

Prescription : continuer l'eau d'orge et l'édulcorer avec du sirop de gomme; les poudres de James et de calomel, l'application de l'étoupe, et vésicatoire au bras.

Le 6 mars. L'amélioration est allée toujours en augmentant; d'abondantes évacuations alvines avaient eu lieu. La langue est dans l'état normal et la peau est légèrement halitueuse. Les cataplasmes appliqués sur la région inguinale ont amené l'ouverture d'un abcès qui a produit l'écoulement d'une grande abondance de matières séro-sanguinolentes. La sécrétion du lait commence à se faire, et la malade désire des alimens.

J'ordonne la continuation des remèdes prescrits et je permets, à dater de ce jour, qu'on commence à alimenter la malade avec du lait et du bouillon.

Le lendemain la malade était en pleine convalescence, et le 10 mars elle était dans un état satisfaisant, lorsque, le 15 du même mois, elle fut atteinte d'un érysipèle à la jambe qui avait été malade; mais le 20 elle en était entièrement guérie, et elle se trouva en état de nourrir elle-même son enfant, qui avait beaucoup souffert pendant la maladie de sa mère.

NOTE SUR LA FORMATION PROBABLE DE L'EAU SULFUREUSE D'ENGHIEN, et comparaison de ses propriétés chimiques avec celles des eaux des Pyrénées; par OSSIAN HENRY fils, membre de l'Académie royale de médecine.

L'eau minérale sulfureuse d'Enghien près Montmorency, qui sort par plusieurs sources d'un terrain dont le gypse fait la base avec le calcaire, est connue il y a long-temps par la belle analyse de Fourcroy et Vauquelin, et depuis par les nombreux travaux analytiques qu'elle a suggérés soit à MM. Longchamps et Frenoy, soit à MM. Boulland et Henry fils. Toutes les sources d'Enghien n'ont pas été connues à la même époque, mais successivement; et il en est une découverte seulement depuis quinze à dix-huit mois par M. Boulland, médecin et gérant de l'établissement thermal. L'eau qui les alimente offre une composition identique qui présente cependant parfois quelques variations fort légères dans les proportions relatives des ingrédiens qui la minéralisent, variations d'ailleurs très-ordinaires pour les eaux minérales naturelles prises à la même source ou à des sources très-voisines, et qui dépendent d'influences que nous ne connaissons pas toujours bien.

L'eau minérale qui sourd à Enghien est une eau sulfureuse du genre de celles désignées par Anglada sous le nom d'*hydrosulfatées sulfuriquées*; c'est-à-dire que la base en est un *hydrosulfate* neutre associé à un petit excès d'*acide hydrosulfurique* libre (gaz hépatique, hydrogène sulfuré). Cet hydrosulfate, qui est à base de chaux et de magnésie, s'y trouve mélangé à d'autres substances salines ou acides, etc. Ainsi l'on y rencontre les *chlorures de sodium* et de *magnésium*, les sulfates de chaux et de magnésie, puis de la silice, de l'alumine, des traces de matière organique et surtout des bicarbonates calcaire et de magnésie, que tient encore en solution un certain excès d'acide carbonique libre mêlé à quelques bulles d'azote.

La composition chimique que M. Henry fils a donnée de ces eaux est la suivante, rapportée pour 1,000 centimètres cubiques d'eau ou 1,000 grammes.

SOURCE COTTE OU DU ROI.	QUANTITÉS.	SOURCE DE LA PÊCHERIE.	QUANTITÉ.
Substances volatiles.			
	grammes.		gramm.
Azote.	0,047		0,010
Acide carbonique libre.	0,248		0,254
Acide hydrosulfurique libre.	0,018		0,016
Substances fixes.			
Carbonates { de chaux.	0,330		0,400
Carbonates { de magnesie.	0,038		0,030
Hydrosulfates { de chaux. de magnésie. {	0,117		0,119
Chlorure de sodium (muriate de soude).	0,050		0,021
Chlorure de magnésium. (Idem de magnésie.)	0,010		»,»»»
Sulfates { de chaux.	0,075		0,061
Sulfates { de magnésie.	0,105		0,073
Silice et alumine.	0,040		0,051
Matière organique.	quant. ind.		0,025
Total.	1,048	Total.	1,060

Les travaux de M. Longchamps ont prouvé également l'identité de ces eaux.

FORMATION PROBABLE DE L'EAU D'ENGHIEN.

M. Chevreul a pensé que cette eau avait lieu par la décomposition du sulfate calcaire sous l'influence de certaines matières organiques ; M. Henry fils, dans son analyse, a rappelé cette opinion, et l'a étayée d'expériences à l'appui, ainsi que de nouveaux exemples de formation d'eaux semblables prises à Billazais, à Passy près Paris, etc. Quoiqu'on ignore à quelle profondeur et dans quel point cette décomposition s'effectue, toujours est-il qu'elle paraît avoir lieu dans un foyer commun, et que l'eau sourd ensuite de la terre par plusieurs issues. Il résulte à la fois de cette décompositinn 1° des hydrosulfates de chaux et de magnésie ; 2° de l'acide carbonique qui réagit d'une part sur les carbonates du calcaire, pour les faire bicarbonates et les rendre solubles; et de l'autre peu à peu sur ces hydrosulfates terreux pour les décomposer partiellement en dégageant sans cesse cette petite quantité d'acide hydrosulfurique dont on sent l'odeur près des sources, et dont on reconnaît l'influence sur le cuivre et sur toutes les peintures à la céruse de l'établissement des bains. Les autres sels sont enlevés au terrain par l'action dissolvante de l'eau. Il n'est pas probable que l'air soit la cause décomposante de ces hydrosulfates et par suite de la production de l'hydrogène sulfuré, car on ne trouve pas, par l'analyse de l'eau intacte, d'indices d'hydrosulfates, qui se formeraient nécessairement dans cette circonstance.

L'eau d'Enghien, qui est naturellement froide et à 12° de chaleur environ, peut être chauffée dans des appareils appropriés à la température de 100° de chaleur au moins, sans perdre aucune de ses propriétés sulfureuses. Aussi, comme il est reconnu aujourd'hui que la chaleur naturelle des eaux minérales ne présente pas de différence avec celle qu'on leur imprime artificiellement, il en résulte que l'eau d'Enghien chauffée ainsi peut offrir à la thérapeutique les mêmes ressources que les eaux naturellement thermales. De plus, sa richesse en principes sulfureux est bien supérieure à celle des eaux sulfureuses des Pyrénées; car si, d'après les belles analyses de M. Anglada sur ces eaux(1) et celles de divers chimistes sur l'eau d'Engbien (2), on prend pour la moyenne la plus élevée des eaux de Barèges, Cauterets, Saint-Sauveur, Bonnes, etc., la proportion du principe sulfureux (hydrosulfate neutre de soude formé d'acide hydrosulfurique 14,4, de soude 27,8, et d'eau 57,8), on aura pour 1000 grammes d'eau hydrosulfate neutre de soude cristallisé 0,159 gr., c'est-à-dire acide hydrosulfurique 0,023 gr. $= \frac{23}{10,000^{es}}$ de l'eau, tandis que la moyenne la moins avantageuse des eaux d'Enghien donne en acide hydrosulfurique total 0,064 gr., c'est-à-dire les deux tiers en plus ou les $\frac{64}{10,000^{es}}$ de l'eau analysée.

Il est d'ailleurs démontré que certaines eaux des Pyrénées ne fournissent que des quantités minimes de ce principe sulfureux, puisque les eaux de Verten, d'Escaldes, de Moligtz, d'Arles, de Vinça, de la Preste, n'en offrent que :

0,0085 gr.—0,0048 gr.—0,00627 gr.—0,0061 gr.—0,0037 gr.—0,0019 gr., 0--0201 gr.

RÉPONSE A L'HISTOIRE D'UNE TÊTE PHRÉNOLOGIQUE.

Monsieur.

Avant tout, il faut de la bonne foi.

J'ai lu, dans la GAZETTE MÉDICALE du 21 mai 1836, une lettre intitulée : Histoire d'une tête phrénologique. L'observation m'ayant paru assez importante pour être vérifiée, je suis allé, quelques jours après, voir la collection de Gall au Jardin des Plantes où elle se trouve, et voici ce que j'ai eu occasion d'observer.

On trouve, en effet, dans une des armoires de cette collection, la première à gauche en entrant, une calotte de crâne portant le numéro 279, sur laquelle est écrit : « Madame la baronne Franck, mélancolique avec penchant au suicide, s'est donné la mort en se précipitant par une fenêtre. Gall faisait remarquer sur cette tête un grand développement des organes de la circonspection. »

La calotte de ce crâne, comme on l'a fort exactement observé, est éburnée ; elle est circulairement sciée et porte un petit trait de scie sur l'occipital, tout cela est vrai.

La calotte ainsi désignée, dit la lettre, *est seule ; plus loin on trouve une partie antérieure de la base d'un crâne étiqueté 261, et marquée comme étant le crâne d'un musicien*. Cela n'est pas exact. Au-dessous de la calotte décrite plus haut et sur la même tablette de l'armoire, se trouve une base de crâne qui porte en effet sur le milieu du frontal le numéro 261 accompagné du chiffre 4 placé plus loin. Cette base de crâne n'est pas du tout indiquée comme celle d'un musicien ; c'est simplement la base du crâne de la baronne Franck. Les deux morceaux de crâne sont superposés comme le sont toujours les deux portions d'un crâne qu'on a scié. Il scrait même à peu près impossible que Gall eût pris cette base de crâne pour montrer l'organe de la musique, car la calotte a été sciée à trop peu de distance des orbites pour que l'organe de la mélodie fût resté sur la partie du frontal de la base du crâne.

Sous le numéro 253, ajoute l'auteur de la lettre, on trouve la partie postérieure d'une base de crâne, coupée par deux traits de scie au niveau des conduits auditifs, et étiquetée, marchand érotique.

Cela, et j'en suis bien fâché pour l'auteur de la lettre, est complètement faux. La base de crâne qui porte le numéro 261, et qui appartient à la calotte numérotée 279 est d'une seule pièce et entière, ainsi que j'ai pu m'en convaincre en l'examinant dans tous les sens. Sur un des temporaux, il est vrai, il y a un numéro 355 et non 253 ; mais, je le repète, cette base de crâne est entière et d'un seule pièce ; l'auteur de la lettre n'a donc pu la voir en deux morceaux séparés s'adaptant parfaitement ensemble.

Si le médecin qui a fait cette observation avait pris la peine de regarder 5 ou 6 crânes de ceux qui sont à côté de celui-ci, il aurait vu que souvent le chiffre n'est pas le même sur la calotte que sur la base, que souvent il y a deux ou trois chiffres sur la même calotte ou sur la même base de crâne, ce qui ne veut pas dire que Gall ait donné la même calotte ou la même base de crâne comme appartenant à plusieurs individus différents.

J'ai répondu à cette lettre, assez insignifiante du reste, non pour convertir quelqu'un à la doctrine de Gall, mais simplement pour réfuter une calomnie que l'on a été assez hardi pour lancer contre Gall, en face d'un fait patent à tous les yeux, et pour montrer quelle est la *bonne foi* de ceux qui appellent les phrénologistes des *charlatans* ou des *niais*.

Agréez, etc.

DAMIENS, D.-M. P.

Jardin des Plantes, le 16 juin 1836.

Monsieur,

Je viens de voir une lettre de M. Damiens à M. Leuret, qui accuse l'article inséré dans la GAZETTE MÉDICALE, par ce dernier, d'annoncer des faits qui ne sont pas exacts. Je crois devoir vous avertir que ce que M. Leuret a dit est parfaitement vrai et que c'est moi-même qui, en arrangeant la collection, me suis aperçu que les trois positions de crânes, portant les numéros 261, 279 et 353, attribués par le catalogue à trois crânes différens, n'étaient que les portions d'un seul et même crâne ; j'ignore comment M. Damiens a fait pour s'assurer de la prétendue inexactitude du fait avancé par M. Leuret, car je n'ai point eu sa visite et je ne pense pas qu'il ait pu examiner, *dans tous les sens*, ce crâne à travers les vitres. M. Leuret aurait pu citer un autre exemple de pareille méprise. Il y a encore dans la même collection un frontal et un pariétal qui portent également un numéro différent, qui ont également fait partie de la même tête.

Si M. Damiens veut se donner la peine de venir me trouver, je lui montrerai tout ce que j'avance ici.

LAURILLARD,
Conservateur du Musée d'anatomie comparée.

---

(1)

		gramm.	
Escaldas	donnent en hydrosulfate de soude cristallisé	0,035	pour 1,000 grammes d'eau.
Vernet		0,0593	
Moligtz		0,0436	
Vinça		0,0259	
Arles	—	0,0425	
		0,0318	
Lapreste	—	0,0127	

(2) Acide hydrosulfurique, total : 0,09—0,088—0,085—0,064—0,065—0,059—0,039—0,044—0,045, etc.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 20 JUIN 1836.

CORRESPONDANCE.

M. Guérin écrit qu'en examinant un insecte hexapode aptère, placé par Latreille dans son ordre des thysanoures, il a observé sous les segmens abdominaux et à côté d'appendices comparables aux fausses pattes des crustacés, de petits sacs membraneux d'une organisation semblable à celle des organes respiratoires d'un grand nombre de crustacés inférieurs. Cette découverte de branchies chez un insecte, est, dit l'auteur de la lettre, un fait qui me semble important sous plusieurs rapports, et surtout parce qu'il établit un point d'union entre deux classes que l'on croyait bien séparées.

— M. Geoffroy-St-Hilaire présente plusieurs dessins faits par M. Werner, d'après l'orang nouvellement arrivé au Muséum. Ces dessins sont d'une vérité frappante; ils ont obtenu les suffrages unanimes de l'Académie; ils ne font d'ailleurs que confirmer la haute opinion qu'ont tous les connaisseurs du beau talent de l'auteur.

RECHERCHES SUR LES PROPRIÉTÉS DU COMPOSÉ QUE FORME L'ALBUMINE AVEC LE BICHLORURE DE MERCURE; par M. LASSAIGNE.

De tous les composés que le bichlorure de mercure forme avec les matières organiques, le plus remarquable est sans contredit celui qu'il produit avec l'albumine. On sait que c'est sur l'insolubilité de ce composé, dans lequel les propriétés corrosives du sublimé sont neutralisées, que M. Orfila établit le premier en 1816, d'après de nombreuses expériences, que l'albumine ou blanc d'œuf était l'antidote le plus certain de ce poison mercuriel.

On a fait, pour déterminer la composition de cette combinaison, quelques expériences qui, suivant l'auteur du mémoire, sont loin d'être décisives, et qui l'ont déterminé à entreprendre les nouveaux essais dont il présente les résultats à l'Académie.

Une solution filtrée d'albumine, préparée en délayant deux blancs d'œufs dans six fois son poids d'eau distillée, a été précipitée par un excès de solution de sublimé corrosif. Le composé qui en est résulté, recueilli sur un filtre et lavé à plusieurs reprises avec l'eau distillée à la température ordinaire, se présentait sous forme d'une masse blanche tout à fait insipide et analogue au caillé du lait. Dans cet état, ce précipité, quoique bien égoutté, renferme de l'eau combinée dans la proportion de 81, 5 à 82 p. 100. En se desséchant il se racornit, devient transparent, et prend une légère teinte jaunâtre, comme l'a observé M. Orfila. Ce précipité ainsi desséché présente des propriétés nouvelles, car les agens chimiques qui le dissolvaient facilement à froid lorsqu'il venait d'être récemment précipité, n'ont plus maintenant aucune action dissolvante sur lui, ou n'en ont qu'une très-faible.

Sous ce rapport on pourrait, suivant M. Lassaigne, établir un rapport entre ce composé et certains oxides métalliques, qui sont solubles, soit dans les acides, soit dans d'autres composés, tant qu'ils se présentent à l'état d'hydrates, mais qui deviennent peu ou point solubles, lorsqu'ils ont été privés de leur eau de combinaison.

Le précipité récent n'est pas aussi insoluble dans l'eau qu'on l'avait prétendu, puisque soumis à des lavages multipliés et prolongés pendant 12 heures, il s'en dissolvait toujours assez dans les dernières portions d'eau pour que sa présence y fût indiquée par les hydro-sulfates, l'ammoniaque et le nitrate d'argent.

Le précipité récent se dissout très-facilement dans les solutions alcalines et acides, et dans les chlorures, bromures et iodures de métaux alcalins. Si on le met en contact avec un des chlorures à base de potassium, de sodium ou de calcium, la dissolution est instantanée. Le liquide est incolore, présente une saveur salée légèrement styptique, comme les composés mercuriels solubles, et jouit, comme ceux-ci, de la propriété de précipiter en peu de temps du mercure sur une lame de cuivre décapée qu'on y plonge.

Les acides phosphorique, sulfureux, hydro-sulfurique, arsénique, acétique, oxalique, malique et para tartrique, dissolvent de même, avec une grande facilité, le précipité récent; au contraire, les acides nitrique, sulfurique, hydro-chlorique, hydriodique, iodique et gallique ne peuvent le dissoudre.

La dissolution du précipité dans la solution saturée de chlorure de sodium ou dans celle d'hydro-chlorate d'ammoniaque, présente entre autres propriétés celle de produire avec le proto-chlorure d'étain, employé en petite quantité un précipité blanc insoluble qui devient gris-noirâtre sur-le champ par l'addition d'un excès de ce chlorure métallique. Mais si avant que cette dernière réaction se soit manifestée, on met le précipité blanc formé dans le premier instant en contact avec une solution de potasse caustique ou d'ammoniaque, il devient tout à coup noir et se comporte comme du proto-chlorure de mercure. Ces effets, conformes à l'action connue et directe du proto-chlorure d'étain sur la solution du deuto-chlorure de mercure dénotent assurément, dit M. Lassaigne, que le mercure existe dans ce composé sous ce dernier état, et non, comme on l'a prétendu, à l'état de proto-chlorure.

Un autre fait vient confirmer le résultat de l'observation précédente.

Une portion de la solution du précipité albumineux dans la solution du chlorure de sodium, a été placée dans un tube de verre bouché, et fortement agitée avec six fois son volume d'éther sulfurique. La solution s'est coagulée, et il y a eu séparation de la plus grande partie de l'éther, qui a surnagé bientôt au-dessus du dépôt floconneux. Cette portion d'éther, isolée avec soin au moyen d'un entonnoir effilé, a été recueillie dans une capsule de verre et soumise à l'évaporation, elle a laissé un résidu blanc peu abondant, d'une saveur un peu salée, et ensuite très-âcre et styptique. Cette matière redissoute par l'eau distillée, s'est comportée comme une combinaison de deuto-chlorure de mercure et de chlorure de sodium; sa solution aqueuse se précipitait en flocons jaunes par la potasse, en rouge coquelicot par la solution d'iodure de potassium, en blanc par l'ammoniaque et le nitrate d'argent; enfin elle laissait déposer du mercure métallique sur une lame de cuivre décapée.

M. Lassaigne s'étant assuré, par les expériences que nous venons de rapporter, que le mercure existe à l'état de bichlorure dans le composé albumineux en question, a cherché à en déterminer les proportions.

2,150 grammes de ce précipité hydraté, représentant 0,430 de ce composé anhydre, ont été calcinés dans un creuset de platine avec du carbonate de soude. Le charbon provenant de cette calcination, lessivé à l'eau chaude, a produit une solution qui, après saturation par l'acide nitrique, a fourni 0,050 grammes de chlorure d'argent. Cette quantité de chlorure est équivalente à 0,028 grammes de bichlorure de mercure. On serait donc, par là, autorisé à regarder le composé albumineux comme formé de :

Albumine,	93,45
Bichlorure de mercure,	6,55
	100,00

« Désirant vérifier, poursuit M. Lassaigne, si l'albumine dans ce composé se trouve en rapport défini avec le bichlorure de mercure, j'ai dû chercher le poids atomique de la première pour le comparer à celui du second. Quoique les nombres présentés par divers chimistes pour exprimer la composition atomique de l'albumine ne soient pas basés sur sa capacité de saturation, à défaut d'élémens plus exacts, j'ai pris les nombres consignés dans la chimie de Thompson, nombres qui, au reste, doivent inspirer de la confiance, puisqu'ils se rapprochent beaucoup de ceux que l'on peut déduire de l'analyse de l'albumine faite par MM. Gay-Lussac et Thénard.

» Le calcul que j'ai fait à cet égard me porte à considérer ce composé comme résultant de l'union de 10 atomes d'albumine et de 1 atome de bichlorure de mercure. Ce résultat, fourni par le calcul, se rapproche, à quelques millièmes près, de celui obtenu par l'expérience rapportée ci-dessus, comme le montre la comparaison suivante.

	Analyse.	*Calcul.*	*Composit. atomique.*
Albumine.	93,45	93,33	10
Bichlorure de mercure.	6 55	6.67	1

En terminant son mémoire, M. Lassaigne fait l'examen de l'action qu'exerce sur la fibrine la solution de bichlorure de mercure. La combinaison dans ce dernier cas, comme dans celui de l'albumine, est instantanée et a lieu sans qu'il y ait décomposition du chlorure.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 21 juin. — Présidence de M. Louyer-Willermay.

La correspondance n'offre aucun intérêt.

M. TRILLAYE fait trois rapports sur trois notices adressées à l'Académie par le ministre de l'instruction publique.

La première est relative à un appareil imaginé pour soumettre les jambes à l'action de la chaleur sèche ou humide.

Dans le deuxième il s'agit des avantages incalculables que présenterait, sous le rapport de la salubrité, la substitution du liége à la filasse dont on se sert ordinairement pour garnir le piston de la seringue.

Le troisième fait connaître une modification apportée dans la forme des bassins employés par les malades qui ne peuvent exécuter ni supporter les mouvemens indispensables pour, à l'aide des vases habituels, satisfaire à certains besoins.

Le premier appareil est une invention insignifiante et ridicule; la substitution du liége à la filasse est une de ces idées qui ne sont ni utiles ni nuisibles, et qu'il faut laisser au caprice du public le soin d'apprécier. Quant au bassin nouveau, appelé par son inventeur *bassin arsènèrédrique*, dénomination empruntée à la langue grecque, afin, dit M. le rapporteur, que les gardes-malades le retiennent plus aisément. Son ouverture au lieu d'être ronde est oblongue, configuration plus convenable à la disposition de l'organe urinaire mâle, qui, lors des évacuations alvines, n'est presque jamais inactif. La commission propose donc de l'encourager par l'approbation de l'Académie.

Ces rapports et leurs conclusions sont adoptés.

RAPPORT SUR UN APPAREIL A EXTENSION CONTINUE POUR LES FRACTURES DES EXTRÉMITÉS INFÉRIEURES, imaginé par M. le docteur WILLIAMS, médecin à Washington. — M. Larrey, rapporteur.

Cet appareil ressemble presque absolument à celui de Boyer; l'unique différence est que l'auteur a attaché à la traverse sur laquelle la vis prend son point d'appui, une attelle interne qui ne sert d'ailleurs nullement ni à l'extension, ni à la contre extension; encore cette innovation se retrouve-t-elle en partie dans les planches de M. Bell.

M. Larrey repousse d'abord la méthode elle-même à cause de ses inconvéniens; le plan incliné, quoique meilleur, a encore des inconvéniens, et M. le rapporteur préfère son appareil inamovible, qui lui a nombre de fois réussi, chez des individus qui, ayant eu le corps ou le col du fémur fracturé, traités par cette méthode, marchent sans appui ni claudication. (On remédie au raccourcissement du membre par une chaussure appropriée).

La commission propose d'adresser des remercimens à l'auteur. — Adopté sans discussion.

RAPPORT SUR UN NOUVEAU PROCÉDÉ POUR RÉDUIRE LES LUXATIONS DU FÉMUR; par M. COLLIN, aide-major au 28e de ligne. — M. Renoult, rapporteur.

Nous avons eu déjà occasion plusieurs fois de faire mention de ce moyen, employé par quelques chirurgiens sur la fin du dernier siècle, retrouvé ensuite par

M. Collin, et tout récemment par M. Després, à Paris. (Voir à la correspondance).

M. Renoult analyse d'abord une observation rapportée par M. Collin dans sa thèse, soutenue à Montpellier, le 7 mai 1832; plus quatre observations qui ont été publiées au moins la plupart dans le *Bulletin de Thérapeutique*, et reproduites par la Gazette Médicale. De ces cinq observations, quatre ont trait à des luxations en haut et en-dehors, une à une luxation en bas et en dedans.

La commission pense que ce procédé simple et ingénieux mérite les encouragemens de l'Académie, et pourrait être essayé dans les hôpitaux. Elle propose donc d'adresser des remercimens à l'auteur, d'inscrire son nom sur la liste des candidats aux places de correspondans et de déposer honorablement son travail dans les archives. — Adopté sans discussion.

Rapport sur un mémoire intitulé : considération pratique sur la méthode du placement, et nouveaux moyens proposés soit pour la rendre plus applicable dans les cas difficiles, soit pour la suppléer dans les mêmes; par M. E. Mouchon, pharmacien à Lyon. — M. Derosne, rapporteur.

M. Mouchon propose l'emploi d'un disque inférieur percé de petits trous et recouvert d'un papier joseph également percé, sur lequel il place la poudre végétale dont il veut extraire les principes solubles. Sur ce premier point, la commission pense que ce disque est souvent utile; mais il avait déjà été proposé par M. Boullay, et il constitue une partie de la cafetière à la Debelloy.

Dans les cas où la methode de deplacement ne lui réussit pas, M. Mouchon mêle dans un mortier la poudre vegetale avec une petite quantité d'eau, fait une pâte qu'il presse fortement, ajoute une petite quantité d'eau pour donner à la pâte un peu de liquidité, et jette sur un entonnoir garni d'un filtre. Cette opération réiterée deux ou trois fois, épuise, selon l'auteur, une matière vegétale de ses principes solubles. La commission pense que ce procéde donne des produits *toujours moindres* que la methode de déplacement, et en outre susceptibles de s'alterer.

Elle propose de remercier l'auteur de ses recherches, et de déposer son mémoire aux archives. —Adopté sans discussion.

—M. Berthomé a la parole par un tour de faveur, pour lire un long mémoire sur ses pommades anti-dartreuses, dont nous avons donné la composition lors du rapport qui en fut fait à l'Académie, et qui furent alors rejetées comme un *farrago indigeste*.

M. Cornac s'élève avec chaleur contre cette insistance de M. Berthomé, qui semble ainsi prendre la tribune de l'Académie comme un trépied pour annoncer ses drogues.

M. Berthomé étant correspondant, il n'y a pas lieu à faire de rapport.

—M. Bris et obtient également un tour de faveur, et demande à l'Académie de se réunir en séance secrète pour entendre la lecture d'un mémoire sur la vaccine, où l'auteur paraît avoir pour but de demontrer que la vaccine est complétement dégénérée.

On s'élève de toutes parts contre cette demande. Sur la proposition de M. Adelon, le manuscrit de M. Brisset sera communiqué au conseil d'administration, qui decidera jusqu'à quel point il y aurait du danger à divulguer les découvertes de l'auteur au public médical qui assiste aux séances de l'Académie.

Séance levée à 5 heures.

BIBLIOGRAPHIE.

Traité élémentaire de thérapeutique médicale, par A. Trousseau, agrégé à la Faculté de médecine de Paris, et Pidoux, D.-M. — Premier volume; 700 pages in-8°.

Il y aurait eu de la témérité à publier un Traité de thérapeutique semblable à celui que nous annonçons, il y a quelques années, à l'époque où toutes les médications se réduisaient, pour ainsi dire, à une seule, à la médication antiphlogistique, et où les seules discussions qu'il fût permis de soulever étaient toutes renfermées dans le cercle étroit des saignées locales et générales, de l'eau de gomme et de quelques révulsifs. Disons plus, c'est que quelle qu'eût été sa valeur intrinsèque; il n'aurait obtenu qu'un médiocre succès; les esprits n'y étaient point préparés. Car, malgré l'influence immense qu'aujourd'hui on ne peut refuser à la presse, malgré la facilité avec laquelle nous passons journellement d'un système à un système différent ou même opposé, il aurait été impossible d'obtenir par une seule publication, un changement aussi considérable dans la direction des études médicales, que celui qui depuis dix ans s'opère continuellement sous nos yeux et sur lequel (nous croyons avoir le droit de le direici), les efforts continuels et non interrompus de la Gazette médicale n'ont pas été sans influence. L'époque nous paraît donc heureusement choisie par les auteurs pour la publication de cet ouvrage; publication à laquelle l'un d'eux avait preludé par de nombreuses et utiles recherches sur l'emploi de divers agens médicamenteux. Honoré de la confiance du savant praticien dont plusieurs fois nous avons reconnu dans le cours de ce volume les pensées toujours si profondes et ingénieuses et si souvent justes, M. Trousseau, que M. le professeur Récamier a depuis longtemps associé à son service de l'Hôtel-Dieu, s'est trouvé dans une position si favorable pour faire une série d'expériences cliniques et thérapeutiques, qu'il est peu de médiamens dont il n'ait pu par lui-même observer un grand nombre de fois les effets. On sait avec quelle hardiesse et souvent quel bonheur ces essais furent suivis par M. Trousseau, dont le nom nous semble suffisant pour assurer le succès d'un traité de thérapeutique. Voyons donc comment les auteurs ont conçu la tâche qu'ils avaient à accomplir et le plan qu'ils ont adopté. Nous examinerons ensuite de quelle manière ils l'ont exécuté.

Ils commencent d'abord par exposer toute la différence qui existe entre la thérapeutique et la matière médicale, que l'on a trop souvent confondues. Il n'est rien de plus facile que de faire une longue liste de substances médicamenteuses ou de formules médicales arrangées suivant un ordre quelconque. C'est sans doute là une des raisons pour lesquelles nous avons tant de formulaires depuis quelques années, et pourquoi la plupart des auteurs qui écrivent aujourd'hui sur la pathologie, manquent rarement de mettre un recueil de prescriptions à la fin de leur ouvrage, croyant sans doute satisfaire ainsi à ce besoin que l'on éprouve de toutes parts de faire de la thérapeutique. Mais ce n'est pas là ce que réclament les praticiens; ce n'est pas tant la formule qu'ils désirent connaître, que les conditions dans lesquelles elle doit être employée, que les indications qui doivent les guider dans son emploi. Et tel est en effet l'objet réel de la thérapeutique; celui vers lequel les auteurs ont dirigé tous leurs efforts. Voici comment ils expliquent eux-mêmes la marche qu'ils ont suivie.

« Au lieu de restreindre le mot *médication* à ne signifier que l'ensemble des effets immédiats ou primitifs produits sur l'organisme par les agens de la matière médicale, nous lui avons fait embrasser plus spécialement l'étude de leurs effets éloignés ou thérapeutiques; puis de là, sans craindre les excursions dans le champ de la pathologie, toutes les fois que cela nous semble utile pour l'intelligence de la méthode curative, dont il faut développer les règles, nous remontons au sein de cette science et la faisons servir, tant qu'elle s'y prête, aux besoins de notre sujet. De cette manière nos chapitres *médication* sont de véritables leçons de pathologie, faites du point de vue thérapeutique auquel tout est ramené. La source réelle des indications y est toujours recherchée et distinguée de toutes les autres qui ne sont pas elle, avant l'art de remplir ces indications, et le résultat de cette dernière opération vient à son tour confirmer ou infirmer la légitimité de la première donnée. En un mot, les choses quiindiquent sont constamment appréciées sous toutes leurs faces pratiques avant les choses indiquées.

» Quand tous les agens d'une classe de médicamens possèdent des propriétés médicales identiques ou analogues, nous n'exposons d'eux que ce qui est relatif à la matière médicale; puis, dans le chapitre *médication*, nous considérons à notre manière toutes les indications thérapeutiques auxquelles ils sont applicables. Si parmi eux il en est plusieurs qui, indépendamment des propriétés génériques de la classe, jouissent de quelques vertus spéciales qui les rendent capables de satisfaire à des indications spéciales aussi, nous nous y arrêterons pour en faire toute l'histoire thérapeutique particulière, sauf à les comprendre de nouveau dans la *médication* dont ils font partie; ou bien nous n'y revenons plus si l'expérience ne l'a consacré que dans le traitement des cas spéciaux à l'occasion desquels nous avons épuisé son étude. »

La classification adoptée dans un ouvrage scientifique est ordinairement ce qui offre le plus de champ à la critique; et cependant la plupart des auteurs qui ont écrit sur la matière médicale ou sur la thérapeutique, ont tenu à donner chacun une classification particulière. Aujourd'hui cependant, nous devons le dire, on voit moins d'engouement pour ces classifications symétriques qui donnaient lieu à tant de discussions générales et presque toujours inutiles. Les classifications, même mauvaises, sont indispensables pour les sciences qui comprennent un grand nombre de divisions, tel'es que la botanique et la chimie. Sans une classification, tous les faits que comprennent ces sciences seraient isolés et accableraient la mémoire même la plus heureuse; mais en thérapeutique, quand une fois on a admis avec tous les praticiens les groupes de médicamens désignés sous le nom d'antispasmodiques, de stimulans, de narcotiques, etc., toute autre classification devient inutile. Aussi nous louons les auteurs de n'avoir point attaché d'importance à donner une nouvelle classification. « Pour ce qui est des classifications en matière médicale, disent-ils, et de celle bien connue que nous avons cru devoir suivre, nous n'y attachons que peu d'importance et abandonnons volontiers ses défauts aux reproches de la critique. Il y a des médicamens qui excitent, d'autres qui évacuent, etc.; tout le monde en convient, et cela nous suffit pour établir des excitans, des tempérans, des évacuans, etc.

Le premier volume, le seul qui soit encore publié, ne contient que trois ordres de médicamens, les antispasmodiques, les narcotiques et les excitans. Le reste sera compris dans le second volume qui sera partagé en deux parties. La première comprendra les médicamens excitans généraux et spéciaux, les médications excitantes locales, les médicamens et la médication toniques, les médicamens altérans et la médication altérante. La seconde traitera des évacuans et de la méthode évacuante, des sédatifs, des tempérans, des astringens et de la médication sédative, des antiphlogistiques et enfin des anthelmintiques. D'après cet exposé, il est évident que non-seulement le second volume sera beaucoup plus étendu que le premier, mais encore qu'il contiendra la plupart des points les plus importans de la science.

On ne peut s'attendre à trouver dans l'examen que nous allons faire du premier volume une analyse exacte des différens sujets dont il y est question. Un ouvrage de ce genre ne se prête point à l'analyse. Au milieu d'un grand nombre de faits connus, on en trouve qui sont plus ou moins récens et accompagnés de discussions dont la seule mention suffirait pour nous faire dépasser, de beaucoup, les limites qui nous sont prescrites. Notre rôle est donc de signaler ici la direction que les auteurs on suivie dans leurs recherches, l'esprit qui a présidé à leurs jugemens, et de chercher à pressentir, d'après ce premier volume, quelle sera la valeur de l'ouvrage entier.

Disons quelques mots d'abord de la division du travail qui semble devoir être la même pour toutes les parties. Le chapitre des antispasmodiques va nous en fournir un exemple. L'étude des antispasmodiques est divisée en deux parties différentes; dans la première, les auteurs exposent successivement, par exemple pour la valériane, d'abord et très-brièvement quelques-uns de ses caractères botaniques, ensuite son action physiologique, c'est-à-dire son action sur l'homme en santé, puis son historique et son action thérapeutique, enfin ses préparations, ses doses, son mode d'administration. La seconde partie nous offre d'importantes considérations sur la médication antispasmodique considérée d'une manière générale; avec de nombreuses divisions, le tout ne comprenant pas moins de 126 pages.

S'il est important de réunir les faits qui s'offrent à nous dans des circonstances analogues, il ne l'est pas moins de se tenir en garde contre ce besoin de systématiser, de rapporter tout à une même cause ou à un petit nombre de causes, qui est le résultat du progrès que font chaque jour, sous nos yeux, les sciences exactes. Pour nous, nous regardons l'étude des spécificités en médecine, en pathologie et en thérapeutique comme d'une haute importance, et nous voyons, avec plaisir, les auteurs du traité de thérapeutique suivre cette direction. Ainsi les antispasmodiques qui, par quelques thérapeutistes, sont confondus avec les excitans ou les narcotiques, ne sont, pour M. Trousseau, que des antispasmodiques. « De nos jours, dit-il, l'esprit de système ne sachant que faire de l'action incontestable des antispasmodiques, a pris le parti de nier leur efficacité d'abord; puis, cette négation ne prévalant pas contre l'expérience du siècle, on les a laissés tomber dans l'oubli en remontant plus haut, et en voulant prouver que puisque les progrès de la médecine moderne avaient destitué les spasmes de leur rang de maladie primitive, on n'avait plus à s'en occuper dans le traitement, qui devait être dirigé tout entier contre la lésion organique. Cette opinion a tenu peu de temps devant les faits, et on a fini par déclarer que ces maudits antispasmodiques étaient des remèdes très-excitans, très-incendiaires. Nous déclarons ici que les auteurs qui ont soutenu ces propositions, ont écrit au coin de leur feu, et n'ont aucune connaissance des faits qu'ils ont avancés; que ces faits, ils les ont ployés de force pour compléter, bon gré malgré, une doctrine qui en avait besoin. Non, la valériane, les gommes fétides ne sont pas des excitans, ce sont des antispasmodiques, et voilà tout. Nous les défions de produire une fièvre artificielle, la plus éphémère possible, avec une once de poudre de valériane, comme nous les défions de calmer une femme vaporeuse avec une once d'eau-de-vie ou une quantité quelconque d'ammoniaque. » Cependant il est des antispasmodiques qui possèdent, outre leur propriété spécifique, une propriété stimulante, et qui se trouvent sur la limite de la classe des stimulans: ce sont le musc, le camphre et l'éther.

L'étude de la médication stupéfiante fournit encore de nombreux exemples de propriétés spécifiques, « et démontre qu'à certains agens il est donné de stupéfier telle ou telle portion du système nerveux et d'augmenter au contraire l'action de telle autre. Ainsi, tandis que les solanées vireuses, à quelque dose qu'on les administre, déterminent toujours le relâchement des muscles de l'iris et, par conséquent, les stupéfient complètement, l'opium, au contraire, augmente l'action musculaire de cette membrane, et l'iris se contracte au point que la pupille devient presque imperceptible; tandis que par l'opium, le plan musculaire des intestins est frappé de stupeur, le mouvement péristaltique du canal intestinal semble augmenté par la belladone et la stramoine; contrairement à ce que nous observions tout à l'heure pour l'iris, tandis que les solanées provoquent un délire bruyant et expansif, et une agitation musculaire considérable, les papavéracées jettent dans un anéantissement profond. »

Les nombreux extraits que nous venons de présenter suffiront pour faire connaître la ligne que se proposent de suivre les auteurs du *traité de thérapeutique*, l'indépendance où ils se sont placés relativement aux systèmes qui sont le plus en vogue aujourd'hui, et l'intervalle qui sépare leur travail des autres ouvrages du même genre.

Si nous n'étions resserrés par l'espace, nous signalerions quelques-unes des parties dont la lecture nous a offert le plus d'intérêt. Ainsi le résumé des belles recherches de M. le professeur Récamier, sur la pneumonie ataxique et sur son traitement par le musc, et l'historique de diverses autres médications où les auteurs ont fait preuve de beaucoup d'érudition; peut-être aussi signalerions-nous quelques dissensions un peu longues, quelques distinctions obscures et des omissions importantes, surtout à l'article de l'opium. Ainsi nous n'avons point vu qu'il y fût question du traitement des phlegmasies et surtout de la péritonite par l'opium à haute dose, tel qu'il a été employé par le docteur Graves de Dublin, avec succès, même dans des cas où la péritonite était le résultat d'une perforation intestinale. Mais ces défauts sont peu graves dans un ouvrage d'une aussi longue haleine, car les deux parties qui restent encore à paraître seront bien volumineuses, si les auteurs continuent leur travail sur le même plan et avec la même richesse de détails, et tout le luxe d'érudition qu'ils ont déployé dans cette première partie.

VARIÉTÉS.

ARRÊTÉ DU MINISTRE DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE RELATIF AU RENOUVELLEMENT DES JURYS MÉDICAUX.

Vu les dispositions des lois du 19 ventose et des 21 germinal an XI, et celles des arrêtés du 20 prairial et du 25 thermidor, même année, en ce qui concerne les jurys de médecine;

Vu les listes de candidats présentés par MM. les préfets des départemens en exécution de ces dispositions et conformément à la circulaire du 16 mars 1836; arrête:

Art. Ier. Au 12 avril 1836, terme auquel doivent cesser les fonctions des membres des jurys de médecine, prorogés par l'ordonnance royale du 22 mars 1834, les membres desdits jurys de médecine cesseront leurs fonctions, s'ils ne sont réélus par le présent arrêté.

Art. II. MM. les médecins ou chirurgiens ci-après désignés, sont nommés membres des jurys de médecine dans les départemens, et ils entreront immédiatement en exercice à ce titre, pour cinq ans, à partir du 12 avril 1836.

DÉPARTEMENS.	NOMS ET PRÉNOMS.	DOMICILE.
Ain.	Martin, Aimé. Pacoud, Denis-François.	St-Rambert. Bourg.
Aisne.	Missa. Blaise.	Soissons. Laon.
Allier.	Drecq, Pierre. Avizard, Isaac.	Moulins. Id.
Alpes.	Honnorat, Simon-Jude. Itard, Irénée.	Digne. Id.
Alpes (Hautes).	Couttelene. Œuf.	Gap. Id.
Ardèche.	Joyeux, Vital-Louis). Peyrot, Isaac-Étienne.	Privas. Silhac.
Ardennes.	Amstein, Jean-Nicolas-Isidore. Toussaint, Jean.	Mézières. Id.
Ariége.	Trinqué, Jean-Claude-Amédée. Anglade, Jean-Baptiste.	St-Girons. Foix.
Aube.	Pigeotte. Colin.	Troyes. Nogent-sur-Seine
Aude.	Bellemanière, Jacques. Barbieux, aîné.	Carcassonne. Id.
Aveyron.	Rogery. Rozier.	St-Géniez. Rodez.
Bouches du Rhône.	Lautard. Robert.	Marseille. Id.
Calvados.	Pellerin, Charles. Lafosse, Jean-Prosper.	Caen. Id.

Cantal.	Miguel, Dominique. Seguiniol, Jean.	Aurillac. Id.
Charente.	Tourette, Henri. Blanlœuil, Etienne.	Augoulême. Id.
Charente-Infér.	Gongeand-Bompland. Clairian.	» »
Cher.	Lebas, père. Fernault.	Bourges. Id.
Corrèze.	Lacoste-Dumons. Ventejoux, Joseph.	Tulle. Id.
Corse.	Versini, Dominique. Cauro, André.	Ajaccio. Id.
Côte-d'Or.	Naigeon. Vallea, fils.	Dijon. Id.
Côtes du Nord.	Rault, René. Lemoine, François.	St-Brieuc. Id.
Creuse.	Cressans, Léonard. Lacroix, Jean-Baptiste.	Gnéret. Id.
Dordogne.	Vidal. Boissat.	Périgueux. Id.
Doubs.	Vertel, Augusin. Loiseau.	Besançon. Id.
Drôme.	Salet, père, Jean-Jacques. Girodet, Jean-Louis-Cesar.	Valence. Id.
Eure.	Bichard, Ambroise. Goulliart, Jean-Marie-Joseph.	Evrenx. Id.
Eure-et-Loire.	Cosmes. Semen.	Chartres. Id.
Finistère.	Delaporte. Vellhers.	Brest. Quimper.
Gard.	Pleindoux, Augustin. Fontaine, Cincinnatus, fils.	Nîmes. Id.
Garonne (Haute).	Naudin. Dupau, Amédée.	Toulouse. Id.
Gers.	Campardon, Barthélemy. Cortade, Jean-Louis.	Auch. Id.
Gironde.	Grateloup, Jean-Baptiste-Sylvestre. De Saint-Cricq.	» »
Hérault. V. L'arrêté spécial du 14 avril 1836.	Dugès. Delmas. Broussonnet.	Montpellier. Déjà nommés par l'arrêté spécial du 14 avril 1836.
Ile-et-Vilaine.	Godefroy, Auguste-César. Noblet, François-Julien.	Rennes. Id.
Indre.	Testaud-Marchain, Jean-Baptiste. Carraud-Caignault, Claude.	Chateauroux. Issoudun.
Indre-et-Loire.	Bretonneau. Haime.	Tours. Id.
Isère.	Billerey. Breton.	Grenoble. Id.
Jura.	Jousserandot, Louis-Nicolas. Roland, Pierre-Simon.	Lons-le-Saulnier. Id.
Landes.	Dufau, Jean-Julien. Dufour, Jean-Marie-Léon.	Mont-de-Marsan. Saint-Sever.
Loir-et-Cher.	Desparanches. Desfray.	Blois. Idem.
Loire.	Vial. Imbert.	St-Étienne. Boanne.
Loire (Haute).	Calemard de la Fayette. Porral.	Le Puy. Id.
Loire-Inferieure.	Fonré. Lafond, Julien.	» »
Loiret.	Lanoix, Pierre. Banque, Hugues-Felix.	Orléans. Id.
Lot.	Souilhac, Jean-Pierre. Dariole, Jean-François.	St-Céré. Cahors.
Lot-et-Garonne.	Laffore, Pierre-Marcelin. Pons, Pierre.	Agen. Id.
Lozère.	Barbot, Aristide. Boudon, Jean-Thomas-Frederic.	Mende. Marvejols.
Maine-et-Loire.	Lachèse, Grégoire. Negrier, Charles.	» Angers.
Manche.	Descops. Leterreux.	St-Lô. Id.
Marne.	Rin, Pierre-Felicite. Gilbert-Savigny, Simon-Pierre.	Châlons. Reims.
Marne (Haute).	Robert, Antoine-Joseph-François. Colombot, Pierre-Claude.	Langres. Chaumont.
Mayenne.	Bucquet, Jean-Baptiste-Denis. Lemercier-Motterie, François-Bene.	Laval. Mayenne.
Meurthe.	Serrières, Sébastien. De Haldat, Charles-Nicolas-Alexis.	Nancy. Id.
Meuse.	Champion, Louis. Colson, Joseph-Clément.	Bar-le-Duc. Commercy.
Morbihan.	Lagillardaie. Lorvol.	» »
Moselle.	Mousseaux. Willaume.	» »
Nièvre.	Arloing. Robert.	» »
Nord.	Brigandat, Jean-Baptiste. Lestiboudois, Thémistocle.	Lille. Id.
Oise.	Colson, Louis-Auguste. Warmé, Nicolas-Augustin.	Beauvais. Id.
Orne.	Boislambert. Chambay, Germain-Victor.	Alençon. Id.
Pas-de-Calais.	Mercier, Pierre-Philippe. Leviez, Benjamin-Guilbert.	Arras. Id.
Puy-de-Dôme.	Fleury. Peghoux.	Clermont. Id.
Pyrénées (Basses).	Casenave. Terrier.	Pau. Id.
Pyrénées (Hautes).	Duplan, Jean-Marie-Thérèse. Dumestre.	» Tarbes.
Pyrénées (Orient.)	Bonnafos, Emmanuel. Massot, Paul.	Perpignan. Id.
Rhin (Bas). V. l'arrêté spéciale du 14 avril 1836.	Coze, Jean-Baptiste-Rosier. Ehrmann, Charles-Henry. Tourdes.	Strasbourg. Déjà nommés par l'arrêté spécial du 14 avril 1836.
Rhin (Haut).	Morel, Louis-Gabriel. Macker, François-Joseph.	» »
Rhône.	Polinière. Dupasquier.	» »
Saône (Haute).	Billot, Jean-Alexis-Élisabeth. Batbernon, Claude-François-Nicolas.	Vesoul. Id.
Saône-et-Loire.	Carteron, Jean-Baptiste. Circaud, Gabriel-François.	Macon. Laclayette.
Sarthe.	Gendron, Esprit. Lecouteux, Aristide.	Château-du-Loir. Le Mans.
Seine. V. l'arrêté spécial du 14 avril 1836.	Richerand. Cruveilhier. Andral.	Paris. Déjà nommés par l'arrêté spécial du 14 avril 1836.
Seine-Inférieure.	Leudet, Émile. Des Alleurs, Charles-Alphonse-Auguste.	Rouen. Id.
Seine-et-Marne.	Calahre-Debreuse, Elie. Pascal, Felix.	Melun. Brie-Comte-Rob.
Seine-et-Oise.	Noble. Longueville.	Versailles. St-Ger.-en-Laye.
Sèvres (Deux).	Palastre, Mathieu. Bodeau, Andre.	» »
Somme.	Barbier, Pierre-Jean-Baptiste-Grégoire. Josse, François de Paul Angelique.	Amiens. Id.
Tarn.	Delbosc, Jean-Marc. Jauzion, Andre.	Treillet, arrond. St-Paul. [d'Albi.
Tarn-et-Garonne.	Combes-Brassard, Jean-Michel. Bous, fils, André-Louis.	Montauban. Id.
Var.	Cavalier, Jules-César. Jeard, Charles-Jean-Baptiste.	Draguignan. Id.
Vaucluse.	Clément, frère, Franç.-Bonnet-Agricol. Chauffart, Hyac.-Étienne-Denis-Marie.	Avignon. Id.
Vendee.	Bouchet, Louis. Joffrion, jeune.	Bourbon-Vendée. Fontenay.
Vienne.	Barilleau. Arlin.	Poitiers. Id.
Vienne (Haute).	Mazard, Pierre. Coudert de Sardent, Joseph.	Limoges. Id.
Vosges.	Garnier. Drappier.	Epinal. Id.
Yonne.	Paradis, Pierre-François-Joseph. Courot, Edme.	» »

ART. III. MM. les préfets sont chargés, chacun en ce qui concerne son département, de l'exécution du présent arrêté.

Paris, le 27 mai 1836.

PELET.

Pour ampliation pour le ministre et par délégation:
Le maître des requêtes chef de la division du secrétariat,

Le Rédacteur en chef, JULES GUERIN.

PARIS. — IMPRIMERIE ÉVERAT ET COMPAGNIE, RUE DU CADRAN, N° 16.

N° 27. (TOME IV. — 1836.) SAMEDI 2 JUILLET 1836.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La Gazette médicale de Paris (*Gazette de santé* et *Clinique des hôpitaux* réunies) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et équivant à 6 feuilles in-8°. Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois. Pour l'Étranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Poissonnière*, n° 5, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

PATHOLOGIE SPÉCIALE.

MÉMOIRE SUR L'ENDOCARDITE AIGUE; par B.-V. CAZENEUVE, sous-aide-major à l'hôpital militaire du Val-de-Grâce.

SECONDE PARTIE. — HISTOIRE GÉNÉRALE DE L'ENDOCARDITE AIGUE.

L'endocardite peut être aiguë ou chronique, générale ou partielle, et dans ce dernier cas, on l'observe spécialement sur les valvules. Nous trouvons encore ici un fait à l'appui de cette observation si souvent répétée, que l'inflammation sévit de préférence sur les orifices rétrécis de nos organes.

L'endocardite peut être simple; le plus souvent elle est compliquée d'une autre phlegmasie; on la voit surtout coïncider avec la péricardite, l'arthrite rhumatismale, la pleuro-pneumonie, les phlegmasies éruptives; on l'a vue compliquer une épizootie de gastro-entérite aiguë qui a régné en 1825 parmi les chevaux à Paris et dans les départemens voisins. Presque toujours l'inflammation se propage aux artères ou aux veines qui partent ou se rendent au cœur.

Anatomie pathologique. Nous allons nous occuper successivement de l'état de l'endocarde, du tissu sous-séreux, du produit de l'inflammation, et de l'état du sang en contact avec les surfaces enflammées.

1° Si l'inflammation a duré peu de temps et a été peu intense, l'endocarde conserve son poli, et la rougeur peut être légère; mais si l'inflammation a duré plus long-temps, la rougeur est plus vive: elle occupe une étendue variable et semble avoir été faite avec un pinceau. Quelquefois pointillée, elle n'offre jamais, ou presque jamais, une véritable arborisation; ce que l'on concevra facilement si l'on considère la ténuité des vaisseaux des membranes séreuses. Cette coloration varie depuis le rose jusqu'au rouge foncé; celle du cœur droit a paru presque toujours plus foncée que celle du cœur gauche: la différence du sang qui traverse ces cavités peut n'être pas tout-à-fait étrangère à cette différence de coloration. Si l'inflammation a été très-intense et a persisté long-temps, l'endocarde est mou, rugueux, comme réticulé (Gendrin), ulcéré; il est aisé de le détacher du tissu sous-jacent. Le tissu sous-séreux est injecté: on y trouve quelquefois de petits abcès, comme on l'a remarqué surtout dans l'épizootie de 1825, déjà signalée et observée par MM. Dupuy, Girard, Bouley et Andral. Le tissu musculaire du cœur participe quelquefois à l'inflammation, et offre, dans ces cas, un léger ramollissement.

Quand la rougeur, l'épaississement, l'ulcération de l'endocarde exis-

---

Feuilleton.

VOYAGE MÉDICAL EN FRANCE, EN ITALIE ET EN ALLEMAGNE, PAR LE DOCTEUR ED. LEE.

(Voir le n° du 25 juin de la Gazette médicale.)

Nous avons promis d'accompagner M. Lee à Rome, à Naples et en Allemagne, après l'avoir suivi dans ses excursions en France et dans la haute Italie. Nous espérons que cette seconde partie de son ouvrage n'offrira pas moins d'intérêt que la première.

Nous avons plus d'une fois eu l'occasion de parler, dans la Gazette, des institutions médicales et en général de la médecine en Italie: nous avons même donné sur Rome quelques détails résultant de nos observations personnelles (n° du 7 septembre 1833); mais le long séjour de M. Lee dans cette ville l'a mis à même d'étudier avec plus de fruit et d'étendue. D'ailleurs les observateurs ne voient pas tous les mêmes choses ni de la même manière, quoique placés devant les mêmes objets; et un Anglais n'observe pas comme un Français. Il en est de même pour Naples: les observations de M. Lee pourront s'ajouter sans inconvénient à celles que notre confrère le docteur Requin a bien voulu nous communiquer il y y a deux ans.

La médecine est tombée plus bas encore à Rome que dans le reste de l'Italie. Quelques hôpitaux sont dans un état honteux, et la mortalité y est très-grande.

Les phlegmasies aiguës pulmonaires sont, comme l'observe très-bien M. Lee, les maladies les plus communes dans l'hiver et le printemps: elles sont en général d'une très-grande gravité, et passent très-fréquemment à l'état phtysique chronique, quand elles n'enlèvent pas le malade. Les émissions sanguines, quoique généralement en usage contre ces redoutables pneumonies, ne paraissent pas avoir une influence marquée soit sur leur marche, soit sur leur résultat. Le tartre stibié est employé aussi contre les inflammations, mais à des doses moins fortes qu'on ne le faisait il y quelques années. Dans les affections bronchiques, l'acide prussique et les sédatifs sont les remèdes les plus ordinaires. Lorsque des accidens généraux viennent compliquer une maladie chirurgicale, le médecin est appelé, et c'est lui qui dirige souverainement le traitement, le rôle de chirurgien étant réduit, dans ce cas, à l'application des remèdes externes et aux opérations.

Une maladie assez fréquente à Rome, et que les Italiens désignent sous la dénomination populaire d'*accident* (accidente), est l'apoplexie. Ces morts subites dépendent quelquefois d'une maladie du cœur.

Parmi les affections nerveuses il en est une assez singulière, et qui se retrouve

tent simultanément, il est impossible de nier l'inflammation, et tous les auteurs sont d'accord sur ce point : il en est bien autrement quand il n'existe qu'une rougeur sans autre altération de tissu.

Déjà Chaussier avait élevé quelques doutes sur la nature de ces rougeurs : il plaça des fragmens d'aorte dans du sang et vit cette artère se colorer. Laennec répéta la même expérience avec le même résultat. Les expériences nombreuses de MM. Rigot et Trousseau (*Archives de médecine*, t. 12 et 14, année 1826—27), ont démontré qu'il existait des rougeurs évidemment cadavériques; que ces rougeurs étaient d'autant plus marquées et plus constantes que le sang était plus liquide, plus mou; que l'autopsie était faite à une époque plus éloignée de la mort du sujet. Peut-on distinguer ces colorations cadavériques de celles qui sont le résultat d'une inflammation? Cette question a donné lieu à un très grand nombre de recherches sans être complètement résolue. Je vais énoncer rapidement les travaux entrepris sur cette coloration et celle de l'aorte, la membrane interne de ce vaisseau n'étant qu'un prolongement de l'endocarde, et offrant à peu près les mêmes conditions d'organisation.

C'est surtout J.-P. Franck (*De curandis hominum morbis*, p. 118 et 205) qui appela l'attention des médecins sur la rougeur des vaisseaux : il accorda une grande importance à ces colorations, et en fit le caractère anatomique d'une fièvre continue de mauvaise nature.

Kreysig, Portal, Tanebou, regardèrent aussi ces rougeurs comme des indices d'inflammation aiguë. Les expériences déjà signalées de MM. Rigot et Trousseau ébranlèrent fortement cette opinion; et aujourd'hui plusieurs médecins (Louis, *gastro-entérite*, t. 1, p. 340; Andral, *clinique méd.*, t. 3; Bérard, *dict. de méd.*, t. 4, p. 111; Rayer, *maladies de la peau*, t. 1, p. 535, etc., etc.), regardent comme cadavériques toutes les rougeurs qui ne sont pas accompagnées d'autres signes d'inflammation, tels que ramollissement, ulcération des tuniques.

Laennec (*traité de l'auscultation*, première édition) annonça que la rougeur écarlate était inflammatoire, la violacée cadavérique; plus tard, dans sa deuxième édition, il dit que la rougeur ne suffit pas pour établir cette distinction.

Hogdson (*maladies des artères et des veines*, trad. par Breschet), regarde la grande vascularité de la tunique moyenne comme un indice d'inflammation.

M. Gendrin (*histoire anatomique des inflammations*, t. 2, p. 15), d'après plusieurs expériences et quelques faits cliniques, avance que dans les colorations inflammatoires la rougeur n'est pas uniforme, et va en décroissant dans les diverses tuniques; que constamment les *vasa vasorum* sont injectés; la tunique interne, souvent réticulée, est quelquefois pointillée : dans les colorations cadavériques, la rougeur est uniforme dans les trois tuniques de l'artère et cesse brusquement; les *vasa vasorum* ne sont jamais injectés.

Plusieurs médecins, convaincus que la rougeur ne suffit pas pour établir cette distinction, ont cherché ailleurs la solution du problème. Ainsi, M. Casimir Broussais (*Thèse de concours*, 1829) dit que les rougeurs cadavériques disparaissent rapidement par la macération dans l'eau, tandis que les rougeurs inflammatoires résistent à cette macération; il ajoute : « Si vous détachez avec soin la membrane interne, elle paraîtra translucide si la rougeur était inflammatoire; elle est au contraire rouge ou d'un rouge jaunâtre dans les colorations cadavériques. »

M. Letierce (*Thèse inaug.*, 1829), admettant les idées de M. C. Broussais sur la macération, ajoute qu'en râclant avec un scalpel une artère, on en fait sortir tout le sang, si la rougeur est cadavérique; ce qui ne s'observe pas quand la rougeur est inflammatoire. M. Cruveilhier (art. *Artères, Dictionnaire de méd. et chir. prat.*) regarde la coagulation du sang comme le signe anatomique de l'inflammation.

Enfin, MM. les professeurs Broussais (*Examen des doctrines*, t. 4, p. 303) et Bouillaud (*Traité clinique des maladies du cœur*) s'efforçant de rapprocher les symptômes observés des lésions cadavériques, de voir comment les aberrations de vitalité désorganisent nos tissus, l'anatomie pathologique n'étant pour eux que le complément de nos connaissances sur la nature des maladies, pensent qu'on doit regarder comme résultant de l'inflammation toutes les rougeurs existant à une époque assez rapprochée de la mort, et chez un individu qui pendant la vie a offert des signes d'inflammation des organes circulatoires.

Il est aisé de voir, d'après ce qui vient d'être dit, combien cette question a été diversement résolue. Je ne reprendrai pas chacune de ces opinions pour les analyser; cette tâche, très-difficile, me mènerait trop loin. J'ai répété les diverses expériences faites par les auteurs. Voici le résumé de mes observations.

J'ai vu, à des momens plus ou moins éloignés de la mort, des colorations cadavériques dans les artères d'un très grand nombre de chevaux égorgés aux écarrissages de Montfaucon; j'ai plusieurs fois placé des fragmens d'aorte dans du sang provenant de saignées faites à des hommes atteints de maladies diverses, et voici ce que j'ai observé :

Le sang altéré, mou, liquide, imbibe les tissus avec plus de rapidité que le sang qui est dans des conditions opposées, et tout ce qui peut favoriser cette liquidité ou cette altération du sang favorise ces colorations. Ainsi, des fragmens d'artères placés dans du sang rendu plus liquide par l'addition d'une certaine quantité d'ammoniaque, ou dans du sang qui a éprouvé un commencement de fermentation putride, étaient assez fortement colorés après deux et trois heures de macération dans ce liquide; tandis qu'il fallait, à la même température, près de vingt-quatre heures pour obtenir une égale coloration dans le sang tiré récemment d'une veine. Ainsi, de deux artères carotides remplies de sang, l'une d'elles exposé à l'air, l'autre placée dans de l'huile, celle-ci était huit jours après parfaitement pâle, celle-là très-colorée : ainsi, ces rougeurs s'opèrent avec beaucoup plus de rapidité pendant l'été que pendant l'hiver. J'ai trouvé constamment les colorations cadavériques d'un rouge violacé, par plaques, par zones, plus foncé dans les endroits les plus déclives. Si les artères séjournaient peu de temps dans le sang, les tuniques interne et externe étaient seulement colorées; la tunique moyenne devenait rouge si la macération était plus long-temps prolongée. En raclant avec un scalpel, je n'ai pu faire disparaître la rougeur. Ces colorations cadavériques diminuent rapidement par le lavage, et disparaissent complètement par la macération dans l'eau : six à huit heures, terme moyen, suffisent pour cette décoloration.

Quant aux colorations inflammatoires, j'ai répété les expériences de Sasse. J'ai mis de la poudre de cantharides en contact avec l'artère crurale d'un chien; j'ai injecté de l'alcool dans la veine jugulaire externe d'un autre chien; j'ai aussi pratiqué plusieurs ponctions dans le cœur de ces animaux, et voici ce que j'ai remarqué. Je dois dire par

---

plus ou moins dans la plupart des villes d'Italie. Elle consiste en une perversion morbide, spéciale, de la sensibilité des nerfs olfactifs à l'égard des fleurs et des parfums agréables; cette exaltation de l'odorat est assez forte pour déterminer fréquemment des convulsions; et ce qui est plus remarquable encore c'est que la vue seule de fleurs artificielles suffit quelquefois pour produire les mêmes effets. Ce curieux phénomène de sympathie pourrait peut-être être expliqué, selon les belles recherches de Tiedemann, et autant que l'anatomie peut expliquer ces sortes de faits, par les connexions des nerfs ciliaires et de ceux du ganglion ophthalmique avec le nerf ethmoïdal de la cinquième paire, qui sort de l'orbite et se ramifie dans la membrane pituitaire.

M. Lee dit à peine quelques mots sur les fièvres intermittentes; nous ajouterons quelques détails à ses trop courtes observations. Ces fièvres, produites suivant l'opinion des savans et du peuple par le mauvais air (*la malaria*, *l'aria cattiva*), sont, comme on sait, endémiques pendant l'été, non-seulement à Rome, mais encore sur tout le littoral de la Méditerranée, depuis Terracine jusqu'aux environs de Livourne, et même jusque vers la rivière de Gênes, et sur plusieurs points dans l'intérieur. Toutes les terres basses exposées à la malaria sont en général connues sous le nom de *maremmes*. Les terrains sont formés de débris volcaniques recouverts sur plusieurs points par les alluvions du Tibre et autres rivières, et par la décomposition des matières végétales. La *maremme* s'étend comme une large ceinture le long de la mer, s'enfonçant rarement plus loin que 25 milles dans les terres. Tout le haut pays fermé par deux chaînes de montagnes volcaniques, le *Cimino* au nord, et les monts *Albano* et *Algido* au sud-est, est arrosé de sources abondantes, richement boisé et habité par une population industrieuse et bien portante. Le mauvais air ne règne donc que dans le plat pays. Mais dans la maremme même on trouve certaines étendues de terre, qui semblables à des oasis, sont préservées de ces effluves pestillentielles, soit par leur élévation, soit par d'autres causes locales. Telles sont : la *Tofanz* avec ses mines d'alun, la colonie de *Monte Romano*, primitivement peuplée par les enfans trouvés de l'hôpital de Rome, la ville de Montefiascone, bâtie sur un sommet isolé au milieu d'une plaine insalubre, etc.

Si l'on en croit, M. de Tournon, préfet de Rome pendant l'occupation française, excellent administrateur et observateur, qui s'était entouré de toutes les lumières possibles pour éclaircir ce grand problème d'hygiène publique, les causes *de l'aria cattiva* sont d'abord la nature du sol et du climat, et ensuite les eaux stagnantes et la décomposition des matières végétales. Les premières de ces causes ont dû exister de tout temps, même alors que les terres étaient habitées et cultivées : quant à la seconde, elle n'est sans doute que secondaire puisqu'aux environs de Rome, où il n'y a pas de marais, l'air est aussi malsain que dans les marches d'Ostie et de Macarese, et il n'est pas probable que ces marécages éloignés, et encore moins les marais pontins plus éloignés encore, et séparés de Rome par les monts Albano, influent sur l'air de cette ville. M. Lee répète, après tant d'autres, que la maladie romaine vient des marais pontins, et il assure que depuis le dessèchement partiel de ces marais, sous Pie VI, les fièvres intermittentes ont diminué à Rome. Mais cette opinion ne se fonde sur rien de certain. Il est beaucoup plus probable que les causes morbifiques tiennent à la nature même du sol. La région malsaine, de formation volcanique, contient en effet d'abondantes sources hydro-sulfureuses et hydro-carboniques, d'où la chaleur du soleil, pendant l'été, fait sortir des miasmes nuisibles. Il est vrai qu'un habile expérimentateur, M. Brocchi, n'a rien trouvé de particulier dans la

avance que ces expériences sont trop peu nombreuses et m'ont peu servi : cependant j'ai constamment trouvé coagulé le sang qui était en contact avec la surface enflammée ; la rougeur toujours écarlate, une fois pointillée, le plus souvent ne différant pas d'une teinture faite par un pinceau ; les trois tuniques de l'artère toujours injectées ; la celluleuse une fois infiltrée. Je n'ai pas distingué cette différence de coloration dans les trois tuniques de l'artère signalée par M. Gendrin ; les vaisseaux des chiens dont je me suis servi étaient assez peu volumineux. Placés dans l'eau, la rougeur a disparu, mais beaucoup plus lentement que dans les imbibitions cadavériques.

Il est, je l'avoue, bien difficile de prendre un parti dans ce conflit d'opinions ; toutefois, je pense qu'on peut regarder comme résultant d'une inflammation les rougeurs écarlates avec coagulation du sang trouvées à une époque rapprochée de la mort, chez un individu qui a présenté des signes d'inflammation des organes circulatoires, quand on n'a aucun indice de putréfaction ou d'altération profonde du sang.

Une autre question se présente ici tout d'abord : comment s'opèrent les rougeurs inflammatoires? Est-ce par imbibition et de dedans en dehors ; ou bien est ce par la sugillation du sang qui, après avoir rempli les *vasa vasorum*, traverserait la tunique moyenne et arriverait à l'interne? MM. Cruveilhier et Bouillaud pensent que c'est par imbibition. Je crois qu'elles peuvent s'opérer des deux manières. Les faits rapportés par Hogdson et autres, les expériences de M. Gendrin doivent nous faire admettre que, dans un bon nombre de cas au moins, ces colorations se font par sugillation. L'analogie nous fournira une preuve de plus : en effet, il n'est pas très-rare de voir, dans quelques péritonites ou pleurésies aiguës, des rougeurs par bandes, uniformes, absolument analogues à celles qu'on rencontre dans la tunique interne des artères. Il est possible aussi que dans certains cas la matière colorante se fixe à la membrane interne ramollie, rugueuse.

2° Comme les autres séreuses, l'endocarde enflammé devient le siége d'une sécrétion anormale ; il se forme des pseudo-membranes qui, détachées, sont entraînées par le courant sanguin : l'on explique ainsi pourquoi le plus souvent on ne les trouve pas à l'autopsie. Cependant il n'en est pas toujours ainsi, et Baillie, Burns, Kreysig, Bouillaud, Piorry, etc., ont vu les diverses cavités du cœur tapissées de ces sécrétions morbides, ces pseudo-membranes molles, tomenteuses, blanches, assez résistantes, comparées par Kreysig à la fausse membrane du croup, sont quelquefois très-adhérentes à l'endocarde, qui s'enlève quand on veut les détacher. Le pus sécrété, devenant une cause puissante de coagulation sanguine, peut occuper tout d'abord le centre du caillot ; ou bien suinter à travers ces concrétions et se réunir en foyer à leur centre ; ou bien enfin, entraîné par le sang, devenir une cause d'abcès métastatiques.

3° Un des effets les plus fréquens de l'endocardite aiguë, c'est la coagulation d'une partie du sang contenu dans les cavités du cœur. Ces concrétions fibrineuses, désignées autrefois sous le nom de *polypes du cœur*, sont albumineuses, blanchâtres, et ressemblent assez bien, quand elles sont récentes, à la couenne épaisse qui recouvre le sang sorti de la veine d'un individu affecté de pleurésie ou de pleuro-pneumonie aiguë : mais à mesure qu'elles vieillissent, elles deviennent plus pâles, plus résistantes ; l'on voit à la longue s'y développer des vaisseaux sanguins ; quelquefois l'on trouve des cristallisations, des végétations assez analogues aux crêtes-de-coq, aux choux-fleurs vénériens. Ces concrétions enveloppent les cordages tendineux, se propagent jusque dans l'origine des vaisseaux, enveloppent les valvules, en gênent les mouvemens, et, les fixant aux parois du cœur, deviennent une cause fréquente d'insuffisance valvulaire. D'abord libres, ces concrétions contractent des adhérences plus ou moins intimes, quelquefois même assez fortes pour enlever, par la traction, l'endocarde malade. Il est, dans certains cas, difficile de distinguer les concrétions fibrineuses bien organisées des pseudo-membranes.

Plusieurs médecins ont élevé des doutes sur la cause de ces concrétions fibrineuses. Ainsi, pour Corvisart, Laennec, Hope, etc., elles sont le résultat d'une stase sanguine, et peut-être aussi d'une disposition particulière du sang. Ils se fondent pour cela sur ce qui se passe dans les tumeurs anévrismales, et sur ce que l'on observe, disent-ils, ces concrétions plus fréquemment chez les individus cacochymes que chez les individus robustes. Toutefois l'adhérence de ces polypes à l'endocarde embarrassait un peu ces médecins ; mais Laennec avança que les caillots, d'abord formés par suite de la stase sanguine, irritent l'endocarde et contractent avec lui des adhérences par suite d'inflammation. Cette explication, quoique admissible à la rigueur dans certains cas, est bien gratuite et n'a pour elle aucun fait bien observé. Au reste, Laennec s'efforce même de prouver que l'adhérence des concrétions avec l'endocarde n'entraîne pas nécessairement après elle l'idée d'inflammation, puisque, dit-il, les plaies dont les bords sont immédiatement rapprochés guérissent sans inflammation ; des corps étrangers contractent avec nos organes des adhérences sans le moindre phénomène d'inflammation, etc. Je ne suivrai pas cet auteur dans les citations qu'il fait, le temps ne me le permet pas. Ce qui se passe dans les artérites et les phlébites m'autorise à regarder certaines concrétions fibrineuses bien organisées comme le résultat d'une endocardite.

D'après M. Gendrin, l'inflammation aiguë du système artériel détermine constamment une altération notable de sang. M. Lecanu a trouvé, par l'analyse, beaucoup moins de matière colorante que dans l'état habituel.

Si l'inflammation passe à l'état chronique, il survient de nouvelles altérations : la membrane fibreuse qui forme la charpente du cœur, et surtout des valvules, s'hypertrophie, s'endurcit ; il ne tarde pas à s'y développer des incrustations ossiformes, comme nous l'avons vu dans notre quatrième observation.

Etiologie. Les causes de l'endocardite me paraissent nombreuses ; je les distinguerai en prédisposantes et occasionnelles. division que j'admets faute de meilleure. Parmi les premières, je signalerai l'usage abusif des boissons alcooliques, un état de pléthore, une irritabilité du système sanguin, une hypertrophie du cœur, l'existence d'une phlegmasie séreuse. Tout le monde sait avec quelle facilité les tissus analogues s'affectent dans l'économie. On voit en effet communément, sous l'influence de la cause la plus légère, une péritonite survenir chez un individu déjà porteur d'une phlegmasie séreuse. La pleurite, la péricardite, l'endo-péricardite, compliquent souvent l'arthritis. M. Bouillaud pense même que, dans plus d'un tiers des rhumatismes articulaires aigus, il existe simultanément une phlegmasie de l'une ou des deux enveloppes du cœur. Ces faits expliquent très-bien les cas où l'on voyait le mouvement fébrile persister après la disparition du rhumatisme ; les cas

---

composition chimique de l'air de Rome, mais on sait que la chimie ne peut atteindre à des elemens si subtils. Une observation fort importante, quoique contraire aux opinions universellement admises, c'est que le mauvais air, loin d'être propagé par l'accumulation de la population, est en raison directe de l'abandon des terres et de la dispersion des individus. M. de Tournon assure que les endroits les plus sains de Rome sont ceux où la population est le plus serrée et le plus entassée, tandis que les points occupés par des jardins et les grands espaces libres sont annuellement infectés. Nos propres observations confirmeraient ce principe.

Quoi qu'il en soit de ces opinions, les fièvres intermittentes déciment encore aujourd'hui la population romaine, comme aux temps d'Auguste et de Constantin, et les médecins en sont encore à rechercher la véritable cause et le véritable siége de ces maladies comme à l'époque de Torti et de Baglivi. La médecine moderne a seulement une ressource que n'avait pas l'ancienne, le quinquina, qui est à peu près exclusivement employé dans ces affections, et qui les guérirait infailliblement si la permanence de la cause morbifique ne ramenait les malades à l'hôpital huit jours après qu'ils en sont sortis.

Maintenant nous rejoindrons M. Lee pour lui emprunter quelques observations sur les hôpitaux de Rome et spécialement sur l'hôpital St-Jacques, (San Giacomo) consacré aux maladies chirurgicales. Dans notre numéro du 7 septembre 1833 nous avons suffisamment fait connaître l'hôpital du St-Esprit, où l'on traite les affections internes.

L'hôpital St-Jacques est situé dans la rue du Cours (il Corso), au cœur même de la cité. Il renferme environ 340 lits. Les salles des hommes sont au rez-de-chaussée, celles des femmes au premier étage. Les lits sont placés sur une double file suivant l'usage général et pernicieux de l'Italie. Le traitement interne y est presque nul, il se réduit à quelque timides saignées, des boissons rafraîchissantes et plus rarement à des préparations laxatives ou opiacées. Les pansemens se font avec de la simple charpie et des cataplasmes émolliens. La mortalité à la suite des blessures ou des opérations est extrêmement forte ; elle dépend en partie de la gangrène d'hôpital qui survient fréquemment, et qui se développe même très-facilement sur les plaies les plus légères. La taille latérale est à peu près exclusivement employée dans la lithotomie, et il va sans dire que la lithotritie est à peine connue de nom. L'anévrisme est traité par la compression, la diète sévère et la digitale ; si ces moyens échouent, on pratique l'opération, dans laquelle on emploie des ligatures d'attente. L'hydrocèle est le plus souvent traité par l'injection. Dans la cataracte, on préfère généralement la méthode par abaissement. M. Lee ne nomme, parmi les praticiens de Rome, que M. Sisco, professeur de clinique à San Giacomo. Les deux autres hôpitaux de *Saint-Jean* et de *la Consolation* n'offrent rien d'intéressant.

Les renseignemens que nous devons à M. Requin sur les hôpitaux et l'état de l'art à Naples, nous autorisent à n'emprunter à M. Lee qu'un petit nombre d'observations.

La pratique des médecins napolitains est hippocratique, l'administration des remèdes étant déterminée par l'observation des symptômes dans chaque cas particulier. On y est plus sobre de saignées qu'à Rome et à Florence. Le tartre stibié et la poudre de James sont généralement employés dans les maladies aiguës. Dans la syphilis, les frictions mercurielles sont appliquées à la plante des pieds et continuées pendant vingt minutes environ chaque fois, par un infirmier dont la main est couverte d'un gant de peau. Les opérations graves ne se prati-

nombreux, où le mouvement fébrile n'étant pas en rapport avec l'intensité et l'étendue de l'inflammation articulaire, on avait admis l'existence d'une fièvre essentielle rhumatismale. Ainsi, à mesure que l'observation devient plus rigoureuse, que la physiologie pathologique est mieux comprise, on voit s'écrouler cet échafaudage de fièvres essentielles si hardiment et si victorieusement attaquées par le célèbre auteur de l'Examen des doctrines. Il résulte des observations cliniques et des expériences de M. Desclaux (Thèse, 1835) que, dans presque toutes les péricardites intenses, l'endocarde est plus ou moins enflammé : cela s'observe surtout quand la péricardite siége plus particulièrement à la base du cœur, dans ce point de séparation des oreillettes et des ventricules où les deux séreuses sont presque en contact.

Enfin, comme pour toutes les maladies, nous admettrons pour l'endocardite une prédisposition spéciale.

Causes occasionnelles. Le froid humide, et surtout les alternatives de froid et de chaud, sont une cause fréquente d'endocardite : cette cause agit ici comme dans la pleuro-pneumonie, l'arthritis, etc.

L'inflammation des artères et des veines peut, en se propageant, arriver jusqu'à l'endocarde. Ainsi, Hodgson dit avoir vu deux fois la ligature de la crurale et de la brachiale amener une endocardite ; Cline et Abernethy citent des cas analogues. Dans les cas qui nous occupent, l'inflammation arrive à l'endocarde par continuité de tissu ou par le transport du sang contenant des principes hétérogènes.

Les injections irritantes, l'introduction de globules mercuriels ou autres dans le cœur, comme l'ont fait MM. Cruveilhier et Gaspard, les plaies de cet organe peuvent aussi déterminer une endocardite.

J'ai déjà dit que l'endocardite compliquait assez souvent les phlegmasies éruptives ; c'est probablement par suite de la fièvre intense qui les accompagne que s'opère cette inflammation du cœur. Au reste, il n'est pas très-rare de voir survenir une endocardite pendant le cours d'une phlegmasie aiguë longtemps fébrile. L'explication de ce fait est aisée : tous les organes s'affectent par suite d'exagération dans leurs fonctions ; on voit, en effet, les articulations s'enflammer par suite de marches forcées ; l'estomac, le cerveau, le poumon, par suite d'excès d'alimens, de travaux intellectuels, de l'action de chanter, de déclamer. L'on voit aussi l'œil s'enflammer pour avoir trop longtemps fixé des objets exigus. Pourquoi le cœur jouirait-il du privilége de ne pas s'enflammer par suite des mêmes causes physiologiques, lui organe si mobile ?

J'ai eu occasion de constater plusieurs fois, chez des individus convalescens d'une gastro-entérite aiguë grave, l'existence d'une irritation dans le cœur ; quelques-uns d'entre eux, après un temps plus ou moins long, m'ont offert tous les signes d'une altération profonde de cet organe.

Si je ne craignais d'être trop long, et si je n'écoutais que l'intérêt et l'importance d'une telle cause, sous le rapport de la pathogénie du cœur, je citerais textuellement plusieurs faits observés avec soin. Naguère encore était couché, au n° 65 de la salle 8, un malade qui, après avoir été bien guéri d'une bronchite intense, conservait une grande fréquence du pouls. L'auscultation du cœur nous fit constater un bruit de souffle assez fort. L'application de sangsues à la région précordiale, plus tard l'emploi de la digitale à l'intérieur et à l'extérieur, triomphèrent de ces accidens morbides ; le malade sortit de l'hôpital bien rétabli.

Les faits de ce genre ne doivent pas être très-rares dans la pratique des médecins qui traitent mollement, dès leur début, les phlegmasies aiguës.

J'ai dit que les grands mouvemens fébriles pouvaient être considérés comme des causes puissantes d'endocardite. Nous avons déjà vu cette phlegmasie compliquer fréquemment l'arthritis aiguë, les pleuro-pneumonies, les maladies éruptives, qui sont les phlegmasies les plus fébriles ; on l'a vue aussi compliquer une gastro-entérite aiguë qui régna épidémiquement en 1825 sur les chevaux. M. Scoutetten a consigné, dans un numéro des Annales de la médecine physiologique, l'observation d'une endocardite suivie d'ulcération survenue pendant le cours d'une gastro-entérite aiguë. Ces faits importans nous engagent à traiter énergiquement les phlegmasies aiguës et à ausculter le cœur si, les symptômes d'une phlegmasie diminuant, il existe encore une grande fréquence du pouls.

C'est probablement par l'intermédiaire du système nerveux, par sympathie ou bien par les vaisseaux sanguins, que, dans ces cas, l'endocardite survient. Pourquoi l'inflammation affecte-t-elle spécialement l'endocarde, les autres tissus de l'organe étant épargnés ? Je ne sais si l'on peut répondre à cette question d'une manière satisfaisante ; mais sait-on pourquoi, à la suite des marches forcées, c'est plutôt la synoviale articulaire que les muscles qui s'affectent ? comment, à la suite d'un exercice trop longtemps prolongé de l'organe de la vue, c'est la conjonctive, plutôt que le globe oculaire, la rétine, qui s'enflamme ? Et cependant ces faits sont bien réels.

Corvisart ayant vu assez d'analogie d'aspect entre les végétations trouvées dans le cœur et celles qui existent aux environs de l'anus chez quelques individus affectés de syphilis, crut pouvoir leur reconnaître une origine commune, le virus vénérien. L'observation dans les hôpitaux consacrés au traitement des maladies syphilitiques, n'a pas justifié l'opinion de Corvisart ; bien plus, l'on sait que les phlegmasies consécutives des maladies vénériennes s'observent surtout à la peau, sur les orifices muqueux ou sur les organes de la périphérie ; sous ce rapport, le cœur en serait pour ainsi dire à l'abri.

Je ne pense pas que les passions puissent amener, d'une manière directe, une endocardite ; elles agissent bien plus sur le système nerveux, et par suite sur le parenchyme du cœur ; cependant, à la longue, l'endocarde doit aussi s'affecter.

Symptômes. Nous distinguerons les symptômes en locaux ou fonctionnels de l'organe, et en sympathiques ou de réaction.

1° La douleur à la région précordiale manque le plus souvent, comme il ressort de nos observations et de celles de M. Bouillaud. Ce n'est peut-être que dans les cas où l'endocardite est compliquée de péricardite ou de pleurite que cette douleur existe : toutefois le malade éprouve dans cette région une oppression, un sentiment de malaise, une véritable douleur interne. Nous voyons, au reste, pour l'endocardite, ce que l'on observe dans d'autres phlegmasies : ainsi, la pneumonie est véritablement douloureuse quand la plèvre, et surtout la plèvre pariétale, participe à l'inflammation ; l'encéphalite est surtout douloureuse quand elle est superficielle et que les méninges participent à l'inflammation.

2° La main posée sur la région précordiale est fortement percutée par le cœur, qui se débat, se tortille dans le thorax ; ses battemens sont superficiels, précipités, intermittens. Ces palpitations aiguës n'existent

---

quent que dans le printemps ou l'automne, sauf dans les cas d'urgence. Dans l'amphithéâtre destiné aux opérations, on a peint sur le mur une main ouverte avec un œil au milieu. Cet emblême veut dire apparemment que le chirurgien doit avoir des yeux au bout des doigts.

Parmi les établissemens médicaux de Naples, il convient de citer spécialement la maison d'aliénés à Averse : c'est le plus considérable et le mieux entendu des hospices de ce genre en Italie, bien que ses avantages aient été exagérés dans beaucoup de relations. Mais l'intéressante notice sur les hospices d'aliénés d'Italie, par M. Brierre de Brismont, est trop connue en France pour qu'il soit nécessaire d'y revenir. Les articles de M. Requin déjà cités (15 et 22 mai 1834) peuvent d'ailleurs satisfaire complètement la curiosité des lecteurs de la GAZETTE MÉDICALE sur ce point.

En sortant de Naples, nous entrons par une transition un peu brusque en Allemagne. Les renseignemens fournis par M. Lee sont nombreux ; mais il nous reste si peu de place, que nous serons forcés de les abréger de beaucoup et de ne choisir que les plus importans. Nous laisserons notamment de côté tout ce qui a rapport aux universités allemandes, sujet qui a été traité déjà dans la GAZETTE avec tous les développemens convenables, dans les *Lettres sur les universités étrangères* (numéros du 17 avril, 10 et 17 juillet, et 25 décembre 1830, et 8 janvier 1831). Nous nous occuperons exclusivement de la médecine.

Les hôpitaux d'Allemagne, dit M. Lee, sont placés, ainsi que ceux de France et d'Italie, sous la direction du gouvernement ; mais ils sont inférieurs sous le rapport de leur étendue et de leur organisation intérieure. Ils tirent leurs revenus de certaines taxes imposées aux paroisses et aux districts, et par les contributions annuelles des classes inférieures, qui achètent par là le droit de s'y faire recevoir en cas de maladie. Quelques malades, en outre, paient une petite somme chaque semaine pour leur entretien. Les médecins ont un traitement fixe ; ils ne sont pas choisis par l'élection, mais nommés par le gouvernement. Des gardes-malades salariés font le service à défaut des confréries religieuses existant dans les autres pays. Les cadavres sont livrés à l'étude, quoique l'anatomie pathologique ne soit pas cultivée avec beaucoup de zèle. Les visites des médecins et chirurgiens ont lieu tous les jours, et plus tard qu'en France et en Italie.

La pratique médicale est généralement indépendante de toute théorie exclusive, et se rapproche, sous ce rapport, beaucoup plus de la méthode anglaise que de la méthode française. Les émissions sanguines, soit par la lancette, soit par les sangsues, sont relativement moins employées qu'ailleurs ; mais le traitement interne est très-actif. On use beaucoup aussi des bains, tandis que les tisanes, les infusions et les potions adoucissantes ne sont guère administrées que comme véhicules de médicamens plus énergiques.

L'auscultation et la percussion n'ont pas trouvé beaucoup de partisans en Allemagne, bien que l'origine de ces méthodes exploratrices soit due aux travaux d'un Allemand, Avenbrugger. La lithotritie, suggérée aussi, sinon inventée par un autre Allemand, Gruthuysen, n'a guère jusqu'ici été pratiquée qu'à Berlin. Dans les cas chirurgicaux on donne souvent des remèdes internes, mais excepté peut-être à Berlin, le traitement des maladies chirurgicales est très inférieur à celui des Français et des Anglais.

A Stuttgard les fièvres nerveuses sont assez communes ainsi que la chlorose. Les saignées, les sangsues, les laxatifs, les acides minéraux introduits dans une potion mucilagineuse, les lavemens, les lotions froides sur la tête, et les toniques dans certains cas, sont la base du traitement. Dans le rhumatisme on em-

pas toujours; quelquefois même, quand il y a endo-péricardite, on sent à peine les battemens du cœur.

3° Il ne m'a pas été donné de constater, dans les observations que j'ai recueillies, l'existence d'une voussure à la région précordiale signalée par M. Bouillaud.

4° La région précordiale fournit le plus souvent, par la percussion, un son mat dans une étendue variable et plus grande que dans l'état normal. Ce défaut de sonoréité dépend évidemment de la congestion du cœur et surtout des concrétions fibrineuses qui, le plus souvent, tapissent les cavités de cet organe. La marche et les symptômes particuliers à la péricardite avec épanchement et à l'hypertrophie du cœur feront suffisamment distinguer la matité qui accompagne ces maladies de celle qui dépend d'une endocardite.

5° Comme dans les autres phlegmasies thoraciques, l'auscultation mérite, dans l'endocardite, une attention spéciale; elle est à peu près indispensable pour arriver à un diagnostic certain.

L'on entend quelquefois un tintement métallique superficiel, dû évidemment à la percussion du cœur contre les parois thoraciques. Au début de la maladie, les pulsations du cœur sont éclatantes, le bruit des valvules s'entend; mais bientôt ce bruit devient moins sonore, il diminue peu à peu et disparaît complétement. L'on entend alors, au niveau des orifices du cœur, un bruit de soufflet plus ou moins intense, le plus souvent isochrone à la systole ventriculaire, quelquefois aussi appréciable pendant les deux mouvemens de l'organe. Ce bruit de soufflet existe le plus souvent dans l'endocardite d'une certaine intensité; et si, dans quelques cas, on ne l'a pas trouvé, c'est qu'on auscultait ou trop haut ou trop bas, ou trop à gauche ou trop à droite. C'est en plaçant plus convenablement mon oreille que, plusieurs fois, j'ai entendu et fait constater des bruits de soufflet, de scie, méconnus par des personnes assez exercées d'ailleurs à l'auscultation.

Dans certains cas, on entend un bruissement que j'ai comparé au bruit produit par la pression d'un meuble garni en crin; j'ai déjà dit à quoi j'attribuais cette particularité.

M. Bouillaud a aussi signalé un piaulement qui lui semble dû, au moins dans les cas peu nombreux où il l'a observé, à l'oblitération plus ou moins forte des orifices artériels par des caillots sanguins. Ces divers bruits sont quelquefois très-difficiles à constater, masqués qu'ils sont par les râles pulmonaires. Dans ces cas, on redoublera d'attention pour s'assurer s'ils sont isochrones aux contractions du cœur ou à la dilatation pulmonaire, ou mieux on engagera le malade à suspendre momentanément sa respiration.

C'est surtout à M. le professeur Bouillaud qu'on doit l'heureuse application de l'auscultation à la maladie qui nous occupe.

Quant aux phénomènes de réaction, ils varient selon l'intensité de l'inflammation, selon le point de l'endocarde affecté et surtout selon l'irritabilité du sujet.

Le pouls, dès le début, est le plus souvent large, fréquent, dur, *bis feriens*, intermittent; il n'est pas toujours en rapport avec les pulsations du cœur: ainsi, dans certains cas, celui-ci se contracte deux fois et l'on ne sent qu'une pulsation artérielle; ainsi le cœur bat très-fort et le pouls est petit. Cette particularité a lieu surtout quand l'inflammation prédomine sur le tissu séro-fibreux des valvules aortiques. Les intermittences du pouls offrent de très-nombreuses variétés, non-seulement sous le rapport du type, mais encore de l'époque à laquelle ces intermittences se montrent. Quelquefois c'est dès le début et leur disparition coïncide avec une diminution de la maladie; d'autres fois c'est vers le milieu; enfin, deux fois j'ai vu l'intermittence survenir en même temps que les phénomènes morbides commençaient à diminuer.

Le pouls est toujours fréquent, mais cette fréquence n'entraîne pas nécessairement après elle l'idée de fièvre dans l'acception donnée à ce mot. Nous avons vu, en effet, dans notre cinquième observation, le pouls très-fréquent, sans chaleur anormale de la peau. M. Bouillaud rapporte (page 206, tome II, ouvrage cité) une observation analogue. On concevra facilement cette particularité, si on se rappelle que le mouvement fébrile est en général en raison directe de l'étendue et de la vitalité du tissu enflammé; et si l'on a égard ensuite au peu d'étendue et de sensibilité de l'endocarde.

Le pouls offre-t-il quelque particularité selon que l'inflammation siége sur les valvules ventriculaires ou sur les valvules artérielles? M. Simonnet répond affirmativement. Il pense (et il rapporte trois observations à l'appui) que quand l'inflammation existe spécialement sur les valvules de l'aorte, le pouls présente un caractère particulier, qu'il a nommé frottement globulaire, et qu'on reconnaît à une sensation assez analogue à celle que produirait le passage de quelques globules dans l'artère radiale. Il ne m'a pas été donné d'observer un tel symptôme.

La respiration, dès le début, n'est pas sensiblement altérée; mais bientôt le poumon s'engoue, l'air entre avec peine dans les dernières ramifications, le malade éprouve une dyspnée plus ou moins intense. Dans certains cas, on voit survenir rapidement une infiltration souvent bornée aux extrémités inférieures, mais qui devient quelquefois générale.

Comme toutes les phlegmasies aiguës, l'endocardite peut se terminer par résolution; dans ces cas, les symptômes diminuent peu à peu; les bruits du cœur et ses pulsations reviennent à leur état normal, et tout rentre dans l'ordre. Elle peut amener la mort: cette terminaison fâcheuse arrive le plus souvent par l'aggravation des phlegmasies qui l'accompagnent. Toutefois je conçois très-bien que l'endocardite puisse devenir mortelle par suite des troubles de la circulation, et dans ces cas, tous les symptômes augmentent d'intensité: l'anxiété est extrême; le malade, tourmenté par l'idée de la mort, cherche de l'air; une infiltration générale survient, et la mort termine cette scène de douleur. Mais telles ne sont pas les terminaisons les plus fréquentes de l'endocardite. Souvent méconnue ou traitée mollement, elle se perpétue; elle passe, comme on le dit, à l'état chronique; alors de nouveaux symptômes, dépendant de nouvelles altérations organiques, s'observent: les battemens du cœur diminuent de fréquence et de force; plus tard, frémissement à la région précordiale; l'auscultation fait entendre au niveau des orifices du cœur un bruit de râpe, de scie, de soufflet, le plus souvent isochrone à la systole ventriculaire. Pour surmonter l'obstacle apporté à la colonne de sang par l'incrustation et l'épaississement des valvules, le cœur redouble d'efforts et s'anévrismatise, si ses parois sont molles et ne résistent pas, comme nous l'avons vu dans notre quatrième observation; il s'hypertrophie, au contraire, dans les cas où la nutrition est active et où les parois du cœur se contractent avec force. A ces signes, l'on ne peut méconnaître une induration des valvules avec rétrécissement des orifices.

---

ploie les vésicatoires, les purgatifs et les diaphorétiques: tels que le tartre stibié, la poudre de Dower et le gayac. Dans les phlegmasies abdominales, on administre les purgatifs quand les symptômes aigus sont un peu tombés. Dans la sciatique on applique des vésicatoires non point sur le trajet du nerf, mais au-dessous du genou, de manière à entourer la jambe. Cette méthode, dit-on, est plus efficace et plus prompte. Dans les névralgies on applique avec beaucoup de succès la morphine par la méthode endermique; et la strychnine dans quelques cas de paralysie.

L'université de Tubinge est la seule du royaume de Wurtemberg; sa prospérité actuelle, sous le rapport médical, est due en grande partie à Autenrieth, qui en fut nommé recteur en 1819, et qui y professa long-temps la clinique médicale. Le docteur Rapp y professe en ce moment l'anatomie normale et pathologique; le docteur Reicke, la chirurgie; le docteur Gmelin, la pathologie et la matière médicale.

A Prague, les anciens *us* scholaires ne sont pas entièrement abandonnés, car on y enseigne la clinique en latin au lit des malades. Cette méthode a cependant l'avantage d'épargner au patient des explications souvent peu rassurantes sur son état; précaution qu'on néglige trop dans beaucoup de cliniques faites en langue vulgaire. A l'époque de la visite de M. Lee au principal hospice de Prague, on traitait les rhumatismes aigus et chroniques par l'ingestion de l'eau chaude, prise en grande quantité, et, dit-il, avec succès. Il paraît que cette méthode a pris naissance depuis peu à Munich, d'où elle s'est répandue dans d'autres parties de l'Allemagne. Nous ne savons pas si cette méthode a été essayée en France.

L'anatomie est très-superficiellement étudiée dans les états autrichiens et la chirurgie passe pour y être très-négligée.

L'établissement le plus intéressant de la Saxe est le fameux hospice royal pour les aliénés, à Sonnenstein, le plus beau et le mieux organisé de toute l'Allemagne. Nous reproduirions ici les remarques de M. Lee, si la GAZETTE MÉDICALE n'avait jamais donné sur cet établissement une notice plus complète, communiquée par M. Brière de Boismont. (1832, n° du 11 décembre).

Dans l'hôpital S.-Jacques à Leipsig, M. Lee remarqua la préférence marquée accordée au traitement par l'émétique sur la saignée dans la pneumonie. La méthode rasorienne paraît avoir eu plus de succès là qu'ailleurs, mais nous voudrions en connaître la raison. Il y a à Leipsig un hôpital homœopathique spécial, cette ville étant la capitale de la doctrine. M. Lee, curieux d'examiner les faits racontés par la renommée, fut étonné de n'y trouver que huit lits, dont l'un était occupé depuis plusieurs mois par un phthisique, dont l'état ne s'était nullement amélioré. Sur un autre de ces lits se trouvait un individu affecté de delirium tremens qu'on traitait depuis longtemps avec des décillionnièmes de grains d'arnica, qui, assurait-on gravement, procuraient un sommeil profond. Il vit en outre un cas de nécrose du tibia, une affection cutanée de nature syphilitique, combattue avec le souffre, le carbone, l'or, administrés à doses homœopathiques, mais ces armes trop inégales n'avaient pû, jusque là, empêcher les progrès du mal. Ces exemples ainsi que quelques autres n'étaient guère propres à convertir M. Lee à la nouvelle doctrine, qui lui inspirait d'ailleurs, sous le rapport théorique, une antipathie assez prononcée comme on le voit dans son *appendix*.

A *Berlin*, principal centre de l'activité scientifique en Allemagne, les institutions médicales sont nombreuses et fortes. Il y a un hôpital général très-vaste, un hôpital plus petit pour la clinique chirurgicale, un hospice spécial de 40 lits pour les juifs, et huit hôpitaux militaires.

L'hôpital principal, dit de la *Charité*, (*Kranken-Haus*), est un bel édifice, à

L'endocardite peut-elle se terminer par gangrène? M. Bouillaud semble l'admettre; il rapporte deux observations (XXII et XXXIX, ouvrage cité) à l'appui. Ces deux observations ne me semblent pas bien concluantes. Les altérations trouvées dans les deux cas pourraient bien dépendre, au moins dans l'un des deux, d'un commencement de putréfaction. J'ai eu occasion de voir un cas analogue à la trente-neuvième observation déjà signalée. Le sujet que j'ai observé était un sapeur-pompier, qui, en tombant au Gymnase, se cassa la jambe gauche, et fut couché salle 20, lit n° 5, service de M. Gama, chirurgien en chef. La fracture était comminutive avec plaie extérieure: l'on essaya de conserver le membre; un appareil fut appliqué. Bientôt la gangrène s'empara de la jambe, et son ablation fut faite. Deux jours étaient à peine écoulés, que la gangrène envahit successivement le moignon, la cuisse, le tronc. Le malade mourut neuf jours après sa chute, sans avoir présenté aucun symptôme d'inflammation du système circulatoire. L'autopsie, faite vingt-deux heures après la mort, par un temps assez froid, nous fit voir une rougeur très-vive dans presque toute l'étendue du système vasculaire (artères, veines). Rougeur violacée de l'endocarde avec caillot mou dans le cœur: celui-ci était très-emphysémateux. Dans la grande saphène se trouvait une masse en putrilage, brunâtre, fétide. Météorisme très-marqué; emphysème du tissu cellulaire du canal digestif. Ces colorations me semblent dépendre d'une imbibition favorisée par la liquidité et l'altération du sang. L'endocardite ne me paraît pas même avoir existé dans le cas qui nous occupe (1).

Lorsque l'endocardite est simple et que les symptômes précédemment indiqués sont bien tranchés, il est en général facile d'en établir le diagnostic. Il en est bien autrement quand elle est compliquée d'une phlegmasie des organes thoraciques. Dans ces cas difficiles, l'habitude de l'auscultation et l'habitude clinique deviennent indispensables.

Les phlegmasies qu'il est le plus facile de confondre avec l'endocardite, sont la péricardite et la cardite, ou inflammation du parenchyme du cœur.

Je vais essayer d'en établir le diagnostic différentiel.

Dans le plus grand nombre des cas la péricardite est accompagnée d'une douleur vive, aiguë, superficielle, augmentant par la percussion et par les mouvemens du malade; les pulsations du cœur sont souvent profondes, obscures; on dirait que cet organe n'ose pas se dilater. L'auscultation fournit un bruit de cuir neuf, de frôlement ou de frottement; rarement un bruit de soufflet qui, dépendant de la compression du cœur par l'épanchement, est ordinairement profond; il augmente, diminue, ou disparaît selon la quantité de liquide épanché. La région précordiale rend un son mat dans une grande étendue, et présente assez souvent une voussure très-marquée; le pouls est petit, concentré, vif, mais toujours en rapport avec les contractions du cœur. Les lipothymies sont rares, comme l'a surabondamment montré M. Louis dans son beau mémoire sur la péricardite; l'orthopnée n'est pas poussée très-loin, et l'infiltration des extrémités n'a lieu que par suite d'un épanchement considérable dans la cavité du péricarde.

Dans l'endocardite, au contraire, la douleur précordiale est rare; les battemens du cœur très-développés et superficiels; le son mat de la région précordiale en général assez borné; le tintement métallique fréquent; le bruit de cuir neuf et de frôlement nuls; le bruit de soufflet presque constant, simple ou double, et toujours superficiel; le pouls développé, arrondi, souvent sans harmonie avec les battemens du cœur. Ce symptôme est fort important et mérite la plus grande attention; l'orthopnée est fréquente; l'infiltration séreuse quelquefois très-rapide et aussi très-fréquente.

Bien que la différence des symptômes semble très-tranchée, néanmoins, dans un bon nombre de cas, il est très-difficile de distinguer une endocardite d'une péricardite; de plus, nous avons dit que ces deux phlegmasies existaient souvent simultanément. Au reste, l'erreur n'est pas grave, puisque le traitement est absolument le même.

Si l'on peut distinguer, dans certains cas, une endocardite d'une péricardite, peut-on aussi distinguer l'endocardite de la cardite?

L'inflammation du parenchyme du cœur est si peu connue, qu'il est impossible, je crois, d'établir une distinction entre les symptômes de ces deux phlegmasies, qui d'ailleurs coexistent assez souvent. Au reste, les phénomènes morbides dépendent autant des modifications éprouvées par le parenchyme du cœur, que de l'endocardite lui-même. Nous trouvons, sous ce rapport, une assez grande analogie dans les phlegmasies de l'encéphale: les symptômes attribués à l'arachnitis sont évidemment dus à la congestion cérébrale, à l'encéphalite périphérique qui accompagne constamment l'inflammation des méninges.

Pronostic. Le pronostic de l'endocardite aiguë très-intense est grave et assez souvent mortel; mais si l'inflammation n'est pas très-vive, on peut espérer de la voir céder à un traitement approprié; toutefois je dois dire que la tendance à l'ossification des valvules, par suite de leur inflammation, est toujours une chose fâcheuse. Toutes choses égales d'ailleurs, l'inflammation des valvules est plus grave que celle qui occupe un autre point de l'endocarde. Au reste, le pronostic de l'endocardite, comme celui de la plupart des phlegmasies, varie selon une foule de circonstances: ainsi il varie selon l'idiosyncrasie, la force ou la faiblesse du sujet, selon que l'endocardite est simple ou compliquée, et, dans ce cas, selon qu'elle survient au début ou à une époque plus ou moins avancée de la maladie; il varie aussi selon la cause qui lui a donné naissance.

Traitement. Le traitement de l'endocardite est tout antiphlogistique: les saignées générales, les saignées locales, soit par les sangsues, soit par les ventouses scarifiées à la région précordiale, seront plusieurs fois répétées, afin de juguler, s'il est encore possible, la maladie. Il ne faut pas craindre de trop affaiblir les malades; la cause des faiblesses et des longues convalescences n'est pas tant la soustraction d'une grande quantité de sang, que la persistance d'une phlegmasie pendant un temps plus ou moins long. Toutefois les saignées devront être proportionnées à la violence de l'inflammation et aussi à la force du sujet. Je ne sais jusqu'à quel point, dans la maladie qui nous occupe, pas plus que dans les autres phlegmasies, on peut doser les émissions sanguines. En médecine il faut vraiment individualiser tous les cas.

La diète et le repos le plus absolu seront observés.

L'application d'un large vésicatoire à la région précordiale, lorsque déjà les phénomènes d'irritation ont diminué, s'est montrée très-utile. M. Bouillaud, qui a fréquemment employé ce moyen avec succès, con-

(1) Sans nier la possibilité de cette terminaison de l'endocardite, je crois qu'elle doit être excessivement rare, 1° à cause de la texture de l'organe; 2° parce que la mort arriverait avant que la gangrène pût avoir lieu.

---

trois étages, consacré aux maladies aiguës et chroniques, et aux aliénés. Il contient huit cents lits. Les salles sont petites mais bien éclairées et aérées. Le service médical est fait par six médecins, deux chirurgiens, un chirurgien ophthalmologiste, et autres praticiens subordonnés. Les visites ont lieu le matin et l'après-midi. Les leçons cliniques se font au lit du malade. La surintendance de l'établissement est sous la direction d'un directeur, le docteur Kluge.

La division des insensés est placée au second étage, et séparée du reste de l'hôpital. Les malades sont au nombre de 150. Comme il n'y a pas de terrain pour la promenade et les exercices, ils ne quittent jamais leurs chambres; le traitement médical paraît être fort négligé et insuffisant, et tout traitement moral est rendu impossible par la disposition du local.

Il y a dans cet hôpital une salle de 16 lits pour les maladies des yeux, dirigée par le professeur Jungken, qui jouit d'une grande réputation dans cette spécialité et dont les leçons cliniques sont très-suivies. Sa méthode de traitement est antiphlogistique et révulsive; pour l'opération de la cataracte, M. Jungken n'a pas de méthode exclusive, il se décide pour l'abaissement ou l'extraction suivant les cas.

La clinique chirurgicale est professée par M. Rust, professeur très estimé et très-suivi, mais il ne pratique pas lui-même les opérations, ce soin étant confié à M. Diffenbach.

Les maladies syphilitiques sont traitées dans les salles du dernier étage, parce-que, pendant le traitement, les malades ne peuvent ni sortir, ni recevoir des visites. Il y a 50 lits pour les femmes et 30 pour les hommes, proportion qui n'est pas la même à Paris. Le traitement diffère essentiellement de ce qui se pratique ailleurs: il consiste spécialement en une rigoureuse abstinence, le pain, le lait et la soupe étant les seuls alimens permis. Le mercure n'est jamais employé; les remèdes ordinaires sont le sulfate de magnésie, les sels neutres et la salsepareille. Quand le mercure a été employé avant l'admission du malade, on administre le soufre pendant quelques jours. La durée du traitement est de trois à quatre semaines. La blennorrhagie aiguë est traitée également par la diète et les antiphlogistiques, et à l'état chronique par le cubèbe, le copahu, etc.

Les docteurs Bartels et Wolf sont spécialement chargés du service médical.

La suite des observations de M. Lee sur la pratique médicale et chirurgicale des médecins de Berlin, n'offre pas moins d'intérêt que les précédentes; mais nous sommes forcés de nous arrêter ici; nous n'avons pas voulu d'ailleurs dispenser nos lecteurs de lire son livre, qui contient beaucoup plus que nous n'avons pu en donner dans ces sommaires extraits.

— Traité de thérapeutique et de matière médicale, par A. Trousseau, docteur et agrégé de la Faculté de médecine de Paris, médecin des hôpitaux et hospices, membre de la Légion-d'Honneur, et H. Pidoux, docteur de la Faculté de médecine de Paris. Cet ouvrage formera 2 vol. in-8° qui paraîtront de la manière suivante: Le premier volume, de plus de 700 pages, est en vente, prix 8 fr.; la première partie du tome 2, qui se composera de 500 pages, paraîtra le 15 juillet prochain, prix 7 fr.; la deuxième et dernière partie, qui se composera également de 500 pages, le 1er novembre prochain, prix 5 fr. On souscrit à Paris, chez Béchet jeune, libraire de la Faculté de médecine, place de l'École-de-Médecine, 4; et chez tous les libraires des départemens.

seille de ne pas attendre, pour y avoir recours, que l'éréthisme inflammatoire soit entièrement passé.

La digitale pourra être administrée soit à l'intérieur, soit par la méthode endermique. Dans le premier cas, l'on devra préalablement s'assurer de l'intégrité des voies digestives : on donnera 10, 15, 20 gouttes de teinture dans une potion, ou bien en pilules ; dans le second, on posera 10, 15, 20 grains de poudre de digitale, ou bien 2 et 3 grains de son extrait sur la surface avivée du vésicatoire.

J'ai vu employer avec avantage ce médicament à l'extérieur et à l'intérieur, mais seulement dans les cas où, par suite des émissions sanguines répétées, l'irritation du cœur commençait à diminuer. Ainsi j'ai vu l'application prématurée d'un vésicatoire à la région précordiale aggraver tous les symptômes; on fut obligé de le sécher et de revenir à un traitement antiphlogistique actif. La digitale, donnée en pilules, ne produisit d'abord aucun effet; après les saignées, ce médicament se montra fort utile et fit rapidement disparaître l'intermittence survenue vers la fin de la maladie. Le sujet de cette observation intéressante sous plusieurs rapports est un nommé Fouassier, couché encore, par suite de nombreux écarts de régime, au n. 2 de la salle 17. J'ai observé un fait absolument analogue sous le rapport de l'emploi de la digitale et de l'apparition de l'intermittence, sur le nommé Leroy, soldat, couché au n. 7 de la salle 8. Je regrette de ne pouvoir donner ici les détails de ces deux observations intéressantes.

D'après plusieurs faits, je ne sais pas si la digitale peut être utile dès le début d'une phlegmasie du cœur, comme on l'a conseillée.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ITALIENS.

I. ANNALI UNIVERSALI DI MEDICINA.

Le cahier double pour février et mars contient huit articles originaux : 1° *considérations pathologiques et pratiques sur le traitement de la pellagre*, par Baronani ; premier article; nous attendrons la fin pour en rendre compte; 2° *Des origines historiques, de la nature spécifique de la syphilis et de ses moyens préservatifs*, par Uberti; 3° *Coup d'œil sur les guérisons obtenues à l'hôpital des aliénés de Crémone durant l'année* 1835, par Rossi; 4° *revue clinique de l'école de chirurgie pratique de Padoue pendant trois années, de* 1830-31 *à* 1832-33, par Signoroni; chapitres 8 et 9 traitant des fistules et des cancers; 5° *histoire d'une métastase purulente*, par Linoli; 6° *réflexions médico-légales sur un empyème guéri par l'opération*, par le même; 7° *histoire de trois operations de lithotripsie par la méthode de Heurteloup*, par Cantoni; 8° *de l'utilité du sulfate de quinine à hautes doses dans le traitement du choléra-morbus*, par Putelli.

Le cahier d'avril a quatre articles originaux : 1° *de la fréquente coïncidence de l'arthrite avec la péricardite et l'endocardite*, par Gola; 2° *histoire raisonnée de deux cas d'empoisonnement par l'arsenic*, par Platner, de Cattanei et Novati; 3° *histoire raisonnée d'une hémorrhagie hémorrhoïdale chronique*, par Freschi; 4° suite de la *Revue clinique de l'école de Padoue*, par Signorini, chapitre 10, traitant des arthrocaces.

DE LA FRÉQUENTE COÏNCIDENCE DE L'ARTHRITE AVEC LA PÉRICARDITE ET L'ENDOCARDITE; par GOLA.

L'auteur ne se propose que de confirmer, par des faits qui lui appartiennent, les observations de M. Bouillaud; et il y aurait d'autant moins d'intérêt à reproduire ces faits, que nous publions en ce moment un long et important travail sur la même question. Il suffit de dire que, sur 1318 malades reçus en 1835 dans l'hôpital de St-Jean-de-Dieu, à Milan, il y en eut 56 affectés d'arthrite. Sur ce nombre, trois succombèrent, l'un à une endo-péricardite, le second à une arachnite, et le troisième à une cystite, phlegmasies qui compliquèrent l'arthrite. Quarante-deux furent soumis à un traitement régulier, et onze furent surpris, dans le cours de la maladie, avec plus ou moins de violence, les uns d'endocardite ou de péricardite simple, les autres de péri-endocardite. Tous furent conduits plus ou moins promptement à un parfaite guérison.

L'endocardite chronique est une affection assez rare, comme suite de l'arthrite; l'auteur en a recueilli un cas qui, malgré quelques lacunes dans les détails, lui paraît un type plus complet des désordres de cette affection que les quatre observations publiées par M. Bouillaud. En voici la traduction littérale.

OBS. — Il entra à l'hôpital au mois de janvier, un vieillard de 70 ans, accusant une gastralgie chronique. Sa maladie datait de quatre ans; et elle était arrivée à ce point que le mouvement d'une seule articulation occasionait de nombreuses douleurs. L'émaciation, l'épuisement des forces, ajoutaient encore à ses souffrances. Son transport à l'hôpital dans une saison aussi rigoureuse, un jour de neige, lui fut si fatal, qu'en trois jours il succomba, avec les signes d'une gêne extrême de la respiration.

Dans l'exploration de la region précordiale, j'avais entendu un bruit de soufflet très-clair, approchant du bruit de scie. Du reste l'agonie du malade avait empêché de pousser bien loin les recherches.

Autopsie. Le péricarde dans l'état sain. Le cœur était un peu plus volumineux que dans l'état normal, et l'hypertrophie était repartie également sur les deux ventricules. L'oreillette gauche était saine; l'endocarde du ventricule gauche notablement épaissi et phlogosé; sur les valvules bicuspides et sur les sigmoïdes aortiques se voyait une couche membraneuse de nouvelle formation, de l'épaisseur d'une demi-ligne, de couleur blanche; en la détachant on trouvait au-dessous le tissu des valvules comme dans l'état sain; mais il n'en était pas ainsi des valvules mitrales, sur lesquelles, après avoir enlevé la couche pseudo-membraneuse, on reconnut que l'endocarde était épaissi et cartilaginifié. La même altération se retrouvait sur les valvules tricuspides et les sigmoïdes de l'artère pulmonaire. Les petits tendons des fibres charnues des deux ventricules, bien que toutes les cavités du cœur eussent été largement ouvertes et l'organe mis en macération pendant douze heures, offraient une teinte rouge-écarlate, ainsi que les bords des valvules auxquels s'inséraient ces tendons.

HISTOIRE RAISONNÉE DE DEUX CAS D'EMPOISONNEMENT PAR LE DEUTOXIDE D'ARSENIC; par les docteurs PLATER, DE CATANEI et NOVATI.

Cet article, très-long, est presque entièrement consacré à l'histoire de deux autopsies et aux recherches chimiques qui ont eu pour objet et pour résultat de constater la nature du poison. Les trois auteurs n'ayant été appelés que pour examiner la cause de la mort, n'ont donc eu aucune part au traitement; et les personnes qui l'avaient dirigé ne paraissent pas avoir eu connaissance de la propriété antidotique du peroxide de fer hydraté. Au total donc ce travail offrirait peu d'intérêt, sans quelques expériences tentées dans le but de reconnaître par quelle voie l'arsenic attaque les centres nerveux. Ernest Platner avait pensé que c'était par l'intermédiaire des nerfs; d'autres ont accusé l'absorption par les vaisseaux.

Pour éclairer cette question, on administra à un chien de moyenne grosseur 12 grains d'arsenic en suspension dans l'eau distillée, par une ouverture faite à l'œsophage qui fut ensuite étreint par une ligature. Peu de temps après l'animal fut pris d'une grande angoisse; dans l'espace d'une heure il eut deux déjections alvines. Puis il alla s'étendre près du feu, faisant des contorsions et poussant des hurlements par intervalles. La respiration était grave, laborieuse; les battemens du cœur très-faibles, à peine sensibles. Mort après trois heures environ.

A l'autopsie on trouva : les méninges profondément injectées de sang veineux; le cerveau participait un peu aussi à cette injection. Les poumons étaient gorgés de sang noirâtre; le cœur et les gros vaisseaux énormément remplis de sang, qui était également noir et dans les cavités droites et dans les cavités gauches, et avait la consistance de la gélatine. Le cœur vidé de sang paraissait très-flasque et uniformément rougeâtre dans ses cavités, hormis que, dans le ventricule gauche, sur la paroi correspondante à la cloison des ventricules, existaient deux taches d'un rouge sombre, irrégulières, produites par des ecchymoses. Nous négligeons le reste de l'autopsie, inutile d'ailleurs pour les résultats.

Sur un second chien on réséqua les nerfs qui se distribuent au membre postérieur gauche; et après s'être assuré que ce membre était entièrement privé de la sensibilité musculaire, on appliqua, sur une plaie faite au-dessous de la résection, 15 grains d'arsenic en poudre très-fine. La plaie fut ensuite étroitement réunie par suture, toute la jambe enveloppée de bandes, et l'animal muselé pour l'empêcher de lécher la plaie. Une heure après environ, le chien commença à donner des signes d'abattement. Il y eut beaucoup de vomissemens et de déjections alvines; en un mot, il offrait les mêmes symptômes que l'autre chien, mais il ne mourut qu'après quatre heures et demie. Immédiatement après la mort les membres étaient flasques; mais le lendemain ils présentaient une rigidité extraordinaire. Les lésions trouvées à l'autopsie furent les mêmes que dans l'expérience précédente; seulement il n'y avait pas d'ecchymose dans le cœur; on trouva de la sérosité épanchée dans les plèvres; le tube digestif était bien contracté, et la vessie pleine d'urine.

Evidemment les nerfs ne pouvaient être ici accusés; la transmission avait dû se faire par les veines ou par les lymphatiques. Les trois auteurs essaient de déterminer la part de ces deux ordres de vaisseaux,

question à peu près insoluble; mais ils ajoutent d'autres expériences sur le sang des deux chiens ainsi mis à mort, qui font voir de combien de difficultés sont entourées ces recherches ardues de physiologie. Quelque diligence, quelque exactitude que l'on mît à analyser le sang de ces chiens, on ne trouva pas la moindre trace d'arsenic métallique. En faudrait-il conclure que le poison avait passé par une autre voie? nullement, car sur un autre chien on injecta par la veine fémorale environ 2 grains de deutoxide d'arsenic en suspension dans l'eau; la mort suivit presque immédiatement. On ouvrit l'animal; on recueillit du sang des vaisseaux, des oreillettes, des ventricules du cœur; on le soumit à l'analyse chimique, et l'on ne put en aucune manière y démontrer la présence de l'arsenic.

II. BULLETTINO DELLE SCIENZE MEDICHE.

EXPÉRIENCES FAITES SUR LE SANG DES CHOLÉRIQUES; par le docteur Giacinto NAMIAS.

Le choléra a enfanté tant de théories, de discussions, de recherches qui devaient aboutir à de si minces résultats, qu'il est peu de questions en pathologie aussi fastidieuses pour la grande majorité des médecins. L'intérêt se réveille quand l'épidémie s'approche, et décroît quand elle s'éloigne; en sorte qu'on pourrait dire qu'il est en raison inverse du carré des distances. Aussi tandis que l'Italie, étreinte par le fléau, remplissait ses journaux de littérature cholérique, nous nous sommes gardés d'y toucher; et si nous nous écartons de cette règle en faveur des expériences de M. Namias, c'est qu'elles ont été tentées sous un point de vue tout nouveau, et peuvent avoir une portée assez étendue en pathologie.

Ces expériences ont été faites à Venise, lorsque le choléra y régnait, dans les derniers mois de l'année 1835; l'auteur avait pour témoin et pour collaborateur le professeur Rima. Voici le détail des principales.

Exp. I. — A l'hôpital de Saint-Daniel succomba, le 25 octobre, dans la période algide, Antonio Gambin, âgé de 50 ans, après vingt-quatre heures de maladie. On trouva dans les cavités du cœur le sang noir et en grumeaux, avec une ou deux concrétions polypiformes. L'expérimentateur prit de ce sang grumelé le volume d'environ une fraise, et le déposa sous la peau de la cuisse d'un vieux et gros lapin. Pour cela il rasa le poil, divisa la peau, et, avec le manche du scalpel, refoula de chaque côté de l'incision le tissu cellulaire sous-cutané, de manière à y former une poche pour recevoir le sang; après quoi la plaie fut soigneusement réunie par suture. Ce procédé fut suivi dans toutes les expériences suivantes. Les animaux n'en paraissent que peu souffrir.

Cinq jours après l'opération le lapin devint triste; ses déjections alvines étaient moins solides que de coutume, et l'on crut voir sur le sol de la matière glutineuse et blanchâtre; il mourut le dixième jour. A l'autopsie le sang du cœur fut trouvé noir et grumeleux, avec un peu de concrétion fibrineuse; la vessie était pleine d'urine; le sang inoculé était épanché dans les tissus voisins de la plaie, dont les lèvres avaient leur consistance normale; la surface interne de toute la peau parsemée de taches bleues qu'on aurait pu prendre pour des ecchymoses; aucune autre altération.

La mort de l'animal et les résultats de l'autopsie montraient donc que, dans le sang des cholériques morts durant la période algide, il y a des principes hostiles à la vitalité et suffisans pour faire périr un gros lapin sans altérer manifestement la structure de ses organes.

Exp. II. — Le sang extrait du cœur du lapin précédent, fut porté de la même manière, en égale quantité, sous la peau d'un autre lapin. Vingt-quatre heures après il était mort, et on trouva sur le sol les mêmes apparences de matière blanchâtre. L'autopsie montra les mêmes désordres que dans la première expérience.

Il semblait résulter de ces deux essais que non-seulement le sang d'un homme cholérique suffit pour empoisonner un lapin, mais qu'il communique même au sang de ce lapin la propriété d'agir aussi énergiquement sur des animaux de même espèce. Si le second lapin est mort plus rapidement, cela peut tenir à sa jeunesse. En effet, on inocula du sang pris dans le cœur de ce deuxième lapin à un troisième et à un quatrième plus gros et plus forts, ils succombèrent en six jours avec les mêmes phénomènes.

Ces expériences furent répétées diverses fois et donnèrent toujours les mêmes résultats. Huit et dix grains de sang ainsi altéré, inoculés à deux gros lapins, l'un pesant trois livres, l'autre trois livres et demie les tuèrent dans l'espace de six jours. Il ne restait qu'une objection à résoudre; le sang d'un individu mort de toute autre affection que le choléra ne pouvait-il pas donner lieu aux mêmes symptômes, et au lieu d'un empoisonnement cholérique, la mort ne surviendrait-elle pas seulement par l'effet de la lésion locale ou par la résorption du sang putréfié?

Sur un lapin du poids de deux livres quatre onces, on inséra sous la peau sept grains de sang liquide, noir, fétide, recueilli dans le cœur d'un homme mort d'une gangrène intestinale. Un mois après l'opération, l'animal était sain et vigoureux.

On prit du sang d'un individu mort d'anévrisme, et on en inséra douze grains sous la peau d'un lapin pesant trois livres et quatre onces. Quatorze grains du même sang furent inoculés à un lapin de la même race, mais plus jeune et ne pesant que deux livres deux onces. Vingt-six jours après, le plus gros lapin était gai et bien portant, le plus jeune, lent et amaigri, offrait au lieu de l'inoculation une lésion si considérable qu'il ne semblait pas qu'il pût y survivre.

Il paraît donc démontré qu'il existe dans le sang des cholériques une propriété vénéneuse, capable de se transmettre, par l'inoculation, au sang d'individus d'une autre espèce. Mais le sang possède-t-il également cette propriété dans toutes les périodes du choléra? M. Namias avait été conduit, par des inductions théoriques, à penser qu'il devait la posséder surtout dans la période algide; et les expériences suivantes semblent indiquer qu'en effet il est moins altéré dans la période de réaction.

Une femme atteinte du choléra, mourut le troisième jour après une réaction incomplète. On inocula douze grains de son sang à un lapin, même quantité à un second; et on en fit avaler deux scrupules à un troisième. Tous les trois survécurent; mais dans la loge des deux premiers on trouva, pendant plusieurs jours, des taches fort nombreuses produites par la dessiccation d'un fluide glutineux et blanchâtre. Le dernier, qui avait été tenu isolé, rendit le sang qu'il avait avalé, et les jours suivans il vomit de la matière blanchâtre pareille à celle que nous avons décrite. Toutefois, un jeune chien auquel on avait inoculé quatre scrupules du sang d'une femme morte du choléra en 72 heures avec une réaction incomplète, succomba lui-même au 4e jour. On voit que la question reste douteuse et réclame de nouvelles expériences.

L'auteur avait résolu de tenter des essais du même genre avec les liquides des diverses sécrétions, et d'inoculer avec le sang divers agens médicamenteux, dans le but de découvrir le moyen le plus efficace de neutraliser ses propriétés pernicieuses; mais le choléra disparut de Venise, et avec lui la possibilité de continuer ces expérimentations. Depuis lors Venise a été soumise à une nouvelle invasion du fléau; si M. Namias a donné suite à ses projets, nous aurons soin de tenir nos lecteurs au courant des résultats.

III. IL FILIATRE-SEBEZIO, GIORNALE DELLE SCIENZE MEDICHE.

NOUVELLE OBSERVATION DE HERNIE VAGINALE ÉTRANGLÉE par F. PETRUNTI, professeur de clinique chirurgicale à l'université royale Degli Studii, etc.

L'observation qu'on va lire, et qui est due au chirurgien napolitain le plus renommé de l'époque actuelle, présente un grand intérêt à raison du mode de déplacement des viscères, et des phénomènes singuliers qui en furent la suite, et enfin du traitement hardi qui devint nécessaire. C'est un fait tout nouveau dans la science, et qui mérite à ce titre d'être reproduit dans tous ses détails; nous laisserons parler l'auteur.

OBS. — La signora Bonone, âgée de 40 ans, tempérament cholérique-sanguin, mère de six enfans dont elle est toujours heureusement accouchée, constitution saine, avait constamment joui d'une bonne santé lorsque, allaitant son dernier enfant âgé déjà de 17 mois, elle se crut enceinte de nouveau en se sentant prise des symptômes ordinaires, mais particulièrement en voyant manquer ses règles et son lait diminuer. Aux premiers symptômes, passé le second mois, il se joignit du tenesme et des douleurs, comme si elle était sans cesse au moment d'avorter. Après quelques jours survinrent des douleurs plus ou moins vives dans tout l'abdomen, accompagnées de nausées et même de quelques vomissemens. Enfin la fièvre s'alluma, et des convulsions hystériques de diverses formes obligèrent la malade à garder le lit et à appeler le médecin. Celui-ci ne vit au premier abord qu'une fièvre gastrique, et en effet la malade en offrait tous les caractères. On employa donc les purgatifs, les incisifs, les émétiques: mais la nature n'obéit point aux premiers, et se révolta contre les autres; il fallut recourir aux sédatifs et au bain, mais sans succès positif. Plus d'un mois s'écoula dans cette incertitude, avec des selles et des urines très-rares; et alors la fièvre revenant à intervalles, commençant par le froid, s'apaisant par des sueurs, bien que sa marche ne fût pas franche, on essaya le sulfate de quinine; mais la malade disait que ce médicament *lui dévorait ses viscères*; et de fait il accrut les douleurs, les vomissemens, le tenesme, les contractions utérines, la constipation. Enfin la rétention des urines devint complète, et c'est alors que je fus appelé.

La malade était agitée, inquiète, ne pouvait rester un seul moment sans faire

des efforts comme pour aller à la selle ou pour accoucher; elle se plaignait moins du besoin d'uriner que de celui de rendre les matières fécales; et elle éprouvait du soulagement à s'asseoir sur le vase de nuit; elle etait fréquemment prise de vomissemens, de convulsions, de lipothymies. La fièvre était forte, la langue sèche et chargée, le pouls petit et frequent, la prostration extrême; la peau etait couverte de sueurs froides, l'abdomen douloureux, meteorise, dur et tendu particulièrement entre les deux crètes iliaques. A cet aspect je déclarai que ce gonflement énorme des deux côtés du ventre ne pouvait être produit par une simple rétention d'urine En effet, l'urine évacuée, la tumeur abdominale diminua au-dessus du pubis, mais non sur les côtés Je portai le doigt dans le vagin, et je trouvai l'utérus sain à la vérité, mais porté sous l'arcade pubienne, dans une rétroversion complète (1), et maintenu dans cet état par une tumeur oblongue qui, de la partie supérieure et postérieure de l'utérus, descendait jusqu'au milieu de la face posterieure du vagin. Cette tumeur était douloureuse, circonscrite, tendue, et paraissant en partie fluctuante entre mes deux doigts, l'indicateur de ma main gauche ayant été introduit dans le rectum. Dans ces circonstances, qui n'aurait pensé qu'il s'agissait d'un abcès par congestion lactée, puisque le lait avait disparu et que la malade se croyait enceinte de deux mois? Je conseillai en conséquence d'ouvrir l'abcès avec précaution par le vagin plutôt que par l'anus, bien que la tumeur fît plus saillie dans le rectum; mais je voulais éviter l'infiltration des matières fecales.

Je fis l'opération, aidé du professeur Cattolica. L'index de la main gauche étant porté dans le vagin, et ayant reconnu le point le plus mou et le plus fluctuant de la tumeur, je dirigeai sur ce doigt un long bistouri tenu de la main droite, et le plongeant dans l'abcès je l'incisai de haut en bas, en prenant garde de léser les parties voisines. Il en jaillit d'abord un flot de sérosité sanguinolente, suivie d'un ichor très-fetide; mais notre surprise ensuite fut extrême en voyant sortir par la plaie et descendre à la vulve une masse volumineuse d'epiploon gangréné. Quelle difficulté, disions-nous, dans le diagnostic des tumeurs! Au lieu d'un abcès, c'était une hernie epiploique recto-vaginale, gangrenée par un étranglement lent et chronique, revenue à l'etat d'irritation aiguë par l'effet du temps, des moyens employés mal à propos et de la gangrène. J'enlevai le plus que je pus de la portion mortifiée, qui s'élevait à plusieurs onces, et j'étreignis le reste avec une ligature serrée le plus haut possible, dans le double but de faire tomber rapidement le reste, et de laisser dans la plaie une sorte de bouchon qui empêchât de descendre d'autres portions de l'epiploon ou des viscères.

Après cette operation, la malade rendit immédiatement une immense quantité de matières fecales, et l'utérus, qui était vide, reprit sa position normale. Durant vingt jours la suppuration se fit bien; la ligature tomba avec une portion de l'épiploon; mais la réapparition des règles absentes depuis quatre mois empêcha de tenir la plaie dilatée, et durant dix jours qu'elles coulèrent, elle se rétrécit presque jusqu'à se fermer. Alors, soit que l'épiploon et le sac herniaire continssent encore des parties mortifiées, soit qu'une nouvelle portion se fût étranglée, les accidens reparurent comme la première fois, et l'opération dut être répetée. On fit sortir beaucoup de matière corrompue comme la première. Le professeur Sementini qui assista à cette seconde opération, observant la fetidité du pus, proposa de faire dans le sac des injections d'hydrochlore. Je les pratiquai tellement affaiblies, que l'acidité se sentait à peine sur la langue; mais la femme souffrit de vives douleurs; je les répétai plus étendues encore et m'en trouvai très-bien, le pus s'étant amelioré en qualité et ayant beaucoup diminué en quantité. Le reste de l'epiploon gangrené se détacha, le sac herniaire se retrecit, et la plaie offrit l'aspect le plus simple. Je me contentai alors de faire journellement dans la plaie des injections tantôt détersives, tantôt astringentes, à l'aide d'une sonde flexible que d'abord j'introduisais dans la plaie, devenue après deux mois presque fistuleuse.

Pour restaurer les forces de la malade, on l'envoya à la campagne, après avoir instruit une de ses filles de la manière de faire les injections. Celle ci, un jour, poussant trop haut, la sonde elastique dépassa le collet du sac et injecta dans le peritoine la décoction de kina avec la teinture de myrrhe qui constituait le liquide ordinaire A l'instant la femme ressentit d'atroces douleurs dans tout l'abdomen; la péritonite et la fievre s'allumèrent, et après trois jours reparut la tumeur, comme une nouvelle hernie Tout-à-coup, le 7e jour, avec un traitement purement antiphlogistique, chose surprenante! tous les symptômes disparurent en peu d'heures, et l'on observa dans les urines des sédimens puriformes très-abondans.

La plaie guérit ensuite en peu de jours, la nouvelle inflammation ayant oblitéré le sac et sa communication avec le péritoine. La malade resta seulement un peu courbée en avant dans la marche, éprouvant un sentiment de tension du pubis à l'estomac, lorsqu'elle voulait se redresser; phénomène dû aux nouvelles adhérences morbides de l'épiploon. Mais peu de temps après ces adhérences s'allongeant, elle a pu marcher droite et libre, et elle jouit à présent d'une parfaite santé.

La science possède peu d'exemples de hernies vaginales; et dans tous les cas publiés, la hernie était intestinale; ce qu'explique fort bien la position antérieure de l'épiploon. Toutes aussi étaient réductibles et maintenues par des pessaires; une seule fait exception, mais elle ne fut découverte qu'à l'autopsie. (*Dict. des sciences méd.*, Art. *hernies*). A part ces deux circonstances qui seules déjà donneraient un grand prix à l'observation, elle est instructive sous divers autres rapports; ainsi l'auteur fait remarquer : 1° le siége spécial de la hernie, à la face postérieure du vagin, et disséquant davantage les fibres du rectum dans lequel on la sentait plus saillante, ce qui la devrait faire appeler *hernie rectale* ou *anale*, plutôt que hernie vaginale; 2° la durée de l'étranglement, qui marche plus rapidement dans les hernies inguinales; c'est qu'ici il y a un anneau fibreux qui manque dans notre cas; 3° la difficulté du diagnostic; 4° la délitescence qui couronna l'œuvre de la guérison; 5° la nouveauté de l'opération qui n'avait encore été tentée par personne, et qui bien que pratiquée la première fois pour un abcès présumé, le fut bien la seconde fois pour une hernie reconnue.

Mais l'utilité la plus grande qu'on en puisse retirer, c'est qu'elle établit un sûr diagnostic de l'étranglement des hernies vaginales, en le fondant spécialement sur la forme de la tumeur, sur les douleurs comme d'enfantement, et sur la position et l'état anormal de l'utérus. Est-il bien vrai qu'avec ces données il ne restera plus aucune espèce de doute? Nous n'oserions l'affirmer; mais nous laisserons à l'expérience future le soin de le démontrer.

(1) Il est probable qu'il y a ici une érreur de rédaction, et que l'auteur a voulu dire antéversion. Voici le texte : *Spinto (l'utero) sotto l'arco del pube, nella pienezza della retroversione.*

IV. IL SEVERINO, GIORNALE MEDIO-CHIRURGEICO.

DEUX OBSERVATIONS D'ANÉVRISMES DE L'ARTÈRE INTERVERTÉBRALE, SUITES DE PLAIES, TERMINÉS PAR LA MORT; par le professeur Cattolica.

Nous avons reproduit, il y a quelques mois, un procédé de ligature de l'artère vertebrale pour les cas d'anévrismes de cette artère; les deux observations recueillies à la clinique de l'hôpital des Incurables à Naples, par M. Cattolica, font voir qu'en effet ce procédé pourrait devenir d'une importance réelle.

L'individu qui fait le sujet de la première observation présentait une tumeur anévrismale à la partie supérieure du côté gauche du cou, suite d'une blessure qu'il avait reçue quelque temps auparavant. L'inutilité des moyens employés d'abord, conduisit à pratiquer la ligature de la carotide primitive correspondante, dans l'espoir d'intercepter ainsi le cours du sang dans le vaisseau anévrismatique. Mais malgré cette opération, la tumeur continua à battre comme auparavant, sa distension toujours croissante détermina enfin sa rupture, et par suite une hémorrhagie insensible qui enleva le malade en six jours.

A l'autopsie, on trouva une tumeur du volume d'un œuf d'oie, remplie de caillots, derrière l'angle de la mâchoire inférieure; et le trajet des artères de ce côté du cou ayant été mis à nu, on constata que l'anévrisme apartenait à l'artère intervertébrale qui avait été lésée dans la blessure.

Le sujet de la seconde observation avait aussi reçu au côté gauche du cou, immédiatement derrière l'angle de la mâchoire inférieure, un coup d'un instrument piquant et tranchant à la fois, qui donna lieu à une abondante hémorrhagie. La plaie réunie par première intention et traitée par des lotions astringentes, se cicatrisa en huit jours. Mais bientôt l'hémorrhagie reparut; on l'arrêta par les mêmes moyens; huit jours après elle reparut encore. Le malade fut conduit à l'hôpital, où une nouvelle hémorrhagie se déclara, et fut derechef arrêtée; mais la tumeur devenait de plus en plus volumineuse; la peau s'amincit au centre et devint livide, et une escarre se forma. On réunit en consultation les divers professeurs de l'établissement, et la ligature de la carotide primitive fut résolue; mais le professeur Cattolica eut l'idée judicieuse, avant de serrer la ligature, de comprimer le vaisseau entre deux doigts, afin de s'assurer si cette compression faisait cesser les battemens de la tumeur. Et s'étant ainsi aperçu que la tumeur gardait ses pulsations, il renonça à la ligature et réunit la plaie par première intention. On traita la tumeur par la compression et par les styptiques; on commençait à soupçonner que l'anévrisme apartenait à l'artère vertébrale. La dégénération de la surface externe de la tumeur augmenta de jour en jour; une fièvre gastrique se déclara, et le malade mourut après deux mois de séjour dans l'hôpital.

A l'autopsie, on mit à découvert avec grand soin la carotide primitive, et y ayant fait une incision, on y injecta de l'eau; mais pas une goutte ne s'épancha dans la tumeur anévrismale qu'on avait préalablement vidée des caillots sanguins qu'elle contenait. Cette circonstance donnait plus de force à l'idée d'une lésion de l'artère vertébrale; mais cette présomption passa bientôt à l'état de certitude, quand, ayant incisé l'artère vertébrale à son origine et y ayant poussé des injections à diverses reprises, on vit le liquide s'échapper librement à chaque fois dans la tumeur.

Le rédacteur du *Severino*, M. Castellacci, a présenté à l'Académie médico-chirurgicale de Naples, au sujet de ces deux observations, une série de questions à résoudre.

« 1° Dans les cas de plaie de l'artère vertébrale, quel est le traitement à suivre pour empêcher la formation d'un anévrisme?

» 2° Lorsque l'anévrisme est formé, peut-on d'abord espérer la guérison sans recourir à une opération, ou bien l'opération est-elle indispensable?

» 3° Si l'opération est jugée nécessaire, quels préceptes doivent diriger le chirurgien pour la pratiquer sans léser les nerfs et les vaisseaux voisins de l'artère, et pour prévenir le reflux du sang dans la tumeur par les anastomoses? ».

M. Rouchi, président de l'Académie, a chargé les professeurs Grillo et Castellacci de faire sur le cadavre les expériences nécessaires pour arriver à la solution de ces questions, et d'en donner un rapport.

Malgré tout le talent des savans commissaires, il est bien difficile qu'ils arrivent à quelque chose de positif avec des expériences sur le cadavre. Les anévrismes de l'artère vertebrale sont fort rares sur le vivant, ou peut-être n'ont-ils pas été suffisamment étudiés. C'est le diagnostic qui est ici la chose la plus incertaine, et la première chose à élucider. La compression de la carotide primitive nous paraît cependant un moyen assez sûr, et nous ne comprenons pas comment M. Gattolica est resté dans l'incertitude sur la nature de l'anévrisme après avoir mis cette compression en usage. Tout au plus aurait-il pu soupçonner que la tumeur recevait du sang de la carotide de l'autre côté; mais si l'on comprime les deux carotides et que les battemens persistent dans l'anévrisme, il nous paraît hors de doute qu'il appartiendra à l'artère vertébrale. Si la blessure avait lieu plus bas, la difficulté serait tout autre à cause du voisinage des nombreuses artères qui viennent de la sous-clavière, et le diagnostic resterait probablement fort obscur.

Maintenant, l'anévrisme vertébral reconnu, quel est le meilleur moyen de le traiter? On peut, sans doute, essayer d'abord la compression, la glace, les astringens, moyens douteux, mais qui ont réussi cependant dans quelques lésions analogues. La ligature du tronc artériel est une ressource extrême, et qui, à raison de sa difficulté, ne sera jamais tentée que par le plus petit nombre des chirurgiens. Il nous paraît qu'un moyen assez efficace consisterait ici dans l'incision étendue de la tumeur, l'évacuation des caillots, et la compression sur l'ouverture de l'artère à l'aide de charpie imbibée d'une liqueur astringente. L'artère placée dans un canal osseux pourrait plus que tout autre être comprimée ainsi avec succès; et ce mode de traitement aurait même sur la ligature du tronc artériel cet avantage, qu'il obvierait également au retour du sang par les anastomoses.

OBSERVATIONS D'ISCHURIE GUÉRIE PAR LE PROCÉDÉ DE SOMERVAIL; par le professeur GRILLO.

La première de ces observations concerne un militaire septnagénaire, qui, au troisième jour d'une fièvre bilieuse, accusa une ischurie vésicale, qui fut rebelle à tous les moyens communément employés. L'introduction d'une sonde ayant amené l'issue d'une grande quantité de sang en place d'urine, le professeur Grillo fut appelé et réussit à pénétrer dans la vessie d'où il tira une quantité d'urine très considérable. L'ischurie persistant, il fallut répéter le cathétérisme, et même laisser à demeure une sonde flexible, lorsque la période d'accroissement de la fièvre fut passée. On était au 120e jour, et il n'y avait aucun espoir de guérison, lorsque le malade ayant pénétré la gravité de son état se livra à une colère violente, qui fut suivie de fièvre grave avec de très-fortes douleurs de coliques, en sorte qu'il était nécessaire de déboucher fréquemment la sonde; et enfin, dans un spasme violent, la sonde s'échappa de la verge. Il survint des douleurs dans la vessie qui se propagèrent au pénis; l'ischurie et l'angoisse reparureut; la fièvre continuait toujours. M. Grillo prescrivit alors le remède de Somervail avec une légère modification. (*Gomme arabique, une demi-once, dissoute dans une livre et demie d'eau pure; ajoutez trois grains de résine de camphre, et cinq grains de muriate d'ammoniaque*). Il ordonna de prendre à l'instant le quart de ce mélange, et le reste dans l'espace de trois heures. Le malade n'en avait pas encore pris la moitié qu'il rendit des urines en quantité suffisante, d'abord avec un peu de gêne, mais ensuite avec toute facilité. On continua quelque temps l'administration du remède, qui fut abandonné plus tard, le malade étant revenu à une parfaite santé.

Le résultat fut également heureux chez un autre individu sexagénaire, qui, par des causes rhumatismales, se trouvait affligé depuis trente heures environ d'une ischurie vésicale.

V. OSSERVATORE MEDICO.

MÉMOIRE SUR L'APOPLEXIE UTÉRINE; par GENNARO GALBIATI (1).

Une affection très-grave, que l'on a confondue avec les convulsions ordinaires dont elle a l'apparence, attaque quelquefois les femmes à l'improviste dans les derniers mois de la grossesse, ou dans le travail, ou après l'accouchement même, tue l'enfant avec la mère si elle se manifeste avant l'accouchement, et fait encore succomber la mère si elle arrive après; c'est ce que nous appelons l'*apoplexie utérine*.

(1) Cet article est extrait des *Memorie chirurgiche* publiés récemment par M. Galbiati; il offrait trop d'intérêt pour être abrégé; nous en donnons donc la reproduction litterale.

La maladie commence par une espèce d'attaque d'épilepsie. Les lèvres, les mâchoires, les yeux, les pieds, les mains, se meuvent convulsivement. Le sang se porte à la tête; la face devient livide et tuméfiée; la langue presque noire se gonfle tellement qu'elle ne peut plus être contenue dans la bouche, et qu'elle s'avance entre les dents et les lèvres où elle est souvent blessée. Une écume sanguinolente est rejetée de la bouche sous les efforts d'une respiration interrompue, anhélante, et qui fait craindre à chaque instant une suffocation imminente. Le pouls est en général petit et fréquent.

Après que cet effrayant paroxysme a duré cinq à dix minutes, les premiers mouvemens convulsifs cessent; la lividité et le gonflement de la langue et de la face disparaissent; la respiration devient stertoreuse; les membres sont immobiles et frappés de paralysie; les sens externes et interoes demeurent perdus comme ils l'étaient dans la période épileptique; la malade tombe dans un état d'apoplexie.

Cette période apoplectique, toujours plus longue que la première, dure 10 à 20 minutes. Elle cesse enfin, et la malade s'éveillant comme d'un sommeil, recouvre, au moins dans la première invasion de la maladie, les sens internes et externes, la parole et les mouvemens volontaires. Mais à mesure que les accès se répètent, les sens ne reviennent plus qu'imparfaitement, en sorte que quelquefois les femmes demeurent comme dans le coma vigil, ouvrant les yeux dès qu'on leur adresse la parole, d'autres fois prononçant des paroles, mais ne répondant point à celles qu'on leur adresse.

Tel est, pour nous, le premier stade de la maladie, caractérisé par la succession des trois périodes, d'épilepsie, d'apoplexie et de tranquillité.

Cet état de tranquillité ne dure qu'un temps. La convulsion recommence avec les mêmes caractères, et après avoir duré plus ou moins, elle passe à l'état apoplectique comme auparavant. Puis la maladie faisant des progrès et les accès se répétant, la période apoplectique n'est plus suivie d'un état de tranquillité, mais elle est remplacée par une nouvelle période d'épilepsie; et elles se succèdent désormais l'une à l'autre sans intervalle de calme, de sens et de raison.

Tel est, pour nous, le second stade de la maladie, caractérisé par ces deux seules périodes qui se succèdent tour à tour, l'épilepsie et l'apoplexie.

Enfin, après un violent accès convulsif, ou bien les convulsions devenant d'abord rares et diminuant beaucoup d'intensité, les malades tombent dans un état apoplectique permanent, qui peut durer un jour, deux jours au plus, et ne finit qu'avec la vie; voilà ce qui constitue, pour nous, le troisième stade de la maladie.

Pour l'ordinaire la maladie passe par ces trois stades et devient mortelle. Mais quelquefois il arrive qu'elle s'arrête au premier stade, et ne passe pas brusquement au second; alors on peut espérer de la guérir avec les moyens médicaux seuls, sans recourir aux ressources de la chirurgie. Nous en avons vu deux exemples.

Nous avons aussi observé que quelquefois le premier stade est très-court et non-observable, et que la maladie commence au deuxième; et alors elle suit une marche plus précipitée.

Quand la maladie est déjà au deuxième stade, et que le fœtus est encore dans l'utérus, l'expulsion de l'enfant est le seul moyen d'entraver la succession fatale des symptômes, soit que la délivrance soit due à la nature ou qu'elle soit provoquée par l'art.

Dans le troisième stade, le fœtus est déjà mort, et la mère, même après la délivrance, est difficilement retirée de l'état apoplectique, qui d'ordinaire se termine par la mort.

La maladie qui nous occupe dépend originairement de l'irritation de l'utérus. En effet, nous l'avons observée plus souvent chez les femmes arrivées aux derniers mois de la grossesse, qui avaient l'utérus distendu par deux fœtus; et d'autre part l'unique moyen de l'arrêter est de vider la matrice. Les symptômes apoplectiques mêmes, au moins dans le début, ne proviennent point de la compression, mais de l'irritation du cerveau, et celle-ci est sympathique de l'irritation de l'utérus; autrement ils ne cesseraient pas pour se reproduire, en alternant avec les symptômes épileptiques.

Quand le mal est arrivé au troisième stade et que l'apoplexie est complète et permanente, alors le cerveau est réellement comprimé.

Cette maladie ayant été jusqu'à présent confondue à tort avec les convulsions ordinaires, fréquentes dans l'accouchement chez les femmes hystériques et sensibles, mais qui d'ailleurs cèdent facilement et n'entraînent point de graves conséquences, rien de stable et de précis n'a encore été établi pour le traitement. Chez quelques observateurs seulement qui assurent l'avoir vue dans le travail de l'enfantement quand l'orifice utérin était déjà dilaté, on trouve qu'après avoir épuisé les autres moyens, l'accouchement ne se faisant pas, on a eu recours à

l'extraction du fœtus. Ils ont suivi en cela cette règle générale, que tous les symptômes graves qui se déclarent pendant le travail, si on ne peut les vaincre autrement, réclament la sortie du fœtus par les moyens de l'art.

Mais quand la maladie fait invasion sur la fin du huitième mois de la grossesse ou dans le cours du neuvième, ou après l'accouchement, quels ont été les moyens employés? On ne trouve sur ce point qu'un profond silence, comme si l'affection n'avait jamais été observée à l'une de ces trois époques. M. Amantea seul a tenté une fois d'extraire l'enfant chez une fille du marquis de Turris, affectée de cette maladie durant le travail de l'enfantement. Mais l'opération n'ayant sauvé que l'enfant et ayant été fatale à la mère, l'opérateur retomba dans l'ancienne erreur, de croire la maladie supérieure aux ressources de l'art.

Pour nous, aujourd'hui, après le grand nombre de faits que nous possédons, nous pouvons assurer que l'apoplexie utérine est curable, et qu'on peut, lorsqu'elle survient avant le travail, sauver à la fois la mère et l'enfant en employant les moyens convenables et en temps opportun.

La maladie provenant d'une irritation communiquée à l'origine des nerfs et au cerveau par l'utérus, il faudra diriger le traitement vers l'utérus et vers le système nerveux tout ensemble. Notre pratique a démontré que quelquefois la maladie peut être vaincue, dans le premier stade, par les seuls agens médicinaux; que, passé le deuxième, elle poursuit irrésistiblement son cours jusqu'à la mort, à moins que l'irritation utérine; que cette irritation cesse d'ordinaire quand l'utérus est complétement vidé et contracté; que, si cette évacuation de l'utérus arrive dans le premier stade ou au début du second, on sauve à la fois la mère et l'enfant; mais que, si l'utérus ne se vide que vers la fin du second stade, on éprouve de la difficulté à sauver l'enfant; enfin que, dans le troisième stade, l'enfant est toujours mort, et c'est avec la plus grande peine qu'on parvient à sauver la mère. Voici donc la conduite à tenir.

On pratiquera au début des saignées générales, puis on appliquera des sangsues au voisinage du pubis et aux tempes. Non que la maladie dépende d'une réelle pléthore, ni que jamais, même dans le premier stade, nous l'ayons vue se terminer sous l'influence des saignées; mais il faut diminuer la masse du sang qui, dans la période épileptique, opprime les poumons et la tête, et éloigner l'engorgement des vaisseaux cérébraux qui se fera dans le dernier stade.

Après les saignées, le bain général est le moyen le plus direct et le plus utile. Dans les deux cas où nous avons vu la maladie se terminer heureusement dans le premier stade, sans évacuer l'utérus, c'est par les saignées, puis par les bains que le succès a été obtenu.

Si malgré les saignées et les bains, la maladie passe au second stade, ou si elle se montre tout d'abord dans ce second stade, on donne un bain, à moins que la femme n'en ait déjà pris un antérieurement; et il faut songer à vider l'utérus, dont la distension agit dans cette circonstance comme une cause d'irritation violente et insurmontable.

L'opération est facile quand la maladie s'est déclarée au milieu du travail; l'orifice utérin est dilaté en totalité ou en bonne partie; ou au moins il est assoupli. Il est donc facile de faire pénétrer doucement la main dans l'utérus, de rompre la poche des eaux et d'extraire le fœtus par les pieds. Que si le travail était avancé et déjà la tête logée dans l'excavation du petit bassin, l'extraction devrait se faire à l'aide du forceps. On retire l'enfant vivant, et la mère se rétablit d'une manière parfaite.

Mais lorsque l'on tente l'extraction du fœtus sur la fin du deuxième stade, quand il est près de passer au troisième, c'est-à-dire lorsque l'état apoplectique est continu et seulement encore interrompu par de courtes et rares convulsions, le fœtus est déjà mort, et on ne le retire que mort. Nous avons déjà dit que quand le troisième stade est confirmé, le fœtus est mort, et le plus souvent la mère ne peut être rappelée de l'état apoplectique, et meurt avec son enfant.

Souvent, peu de temps après qu'on a procuré l'extraction du fœtus et de l'arrière-faix, la maladie se termine, et la femme recouvre peu à peu le calme et l'usage de ses sens, principalement quand on a agi au début du deuxième stade. Mais quelquefois plusieurs heures se passent avant ce résultat désiré; les symptômes épileptiques alternent avec les apoplectiques, et la maladie ne cède que par degrés. Cela arrive surtout quand on a opéré tard.

Les moyens que nous avons vus les plus efficaces pour accélérer la cure dans ces circonstances, sont le bain et l'emploi du musc. On ne peut introduire ce médicament non plus qu'aucun autre par la bouche; nous le donnons en lavemens, en augmentant la dose. Il est également fort utile dans l'apoplexie utérine qui survient après l'accouchement, et qui est plus difficile à vaincre, attendu qu'elle n'offre aucune prise aux ressources de la médecine et de la chirurgie. Il faut toujours prescrire les saignées avant de l'administrer, et lui associer les bains.

Après l'extraction du fœtus et de l'arrière-faix, il y a un autre accident à craindre, principalement quand la contraction de l'utérus demeure incomplète à cause de la continuation de l'état apoplectique: c'est l'hémorrhagie, que nous avons vu d'ailleurs arrêter avec les moyens accoutumés.

Enfin les convulsions, en disparaissant, laissent après elles une fièvre qui parcourt une période aiguë et dure rarement une semaine, plus souvent une quinzaine de jours. Elle est ordinairement bénigne, et le bain est le meilleur remède à lui opposer.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 27 JUIN 1836.

M. Gandin adresse un paquet cacheté contenant l'exposition des résultats auxquels il est parvenu relativement aux moyens d'employer sans danger, pour l'éclairage des grandes villes, la lumière Drummond, c'est-à-dire celle qui provient de la combustion d'un mélange d'hydrogène et d oxigène sur la chaux.

— A l'occasion de la communication faite par M. de Nervaux à la précédente séance, et relative à des rossignols, M. Gélinot transmet une observation analogue, concernant un serin femelle. Un petit, âgé de dix à douze jours, et encore sans plumes, etant tombé avec son nid, fut maltraité dans sa chute, et dès ce moment, craignant à ce qu'il parait la répétition de l'accident, il s'obstina à rester sur le fond de la cage, s'élançant du nid chaque fois qu'on l'y voulut replacer. Au bout de trois jours, la mère, qui n'avait que ce petit et qui seule en prenait soin (le mâle s'était envole), avait fait sur cette planche un nouveau lit aux dépens des matériaux qui garnissaient le premier.

EMPLOI DE L'ESSENCE DE TÉRÉBENTHINE DANS LES BLESSURES FAITES PAR DES REPTILES OU DES INSECTES VENIMEUX.

M. Tschiffely annonce qu'il a vu, au Brésil, employer avec grand succès cette essence comme remède externe, pour combattre les accidens survenus à la suite de la morsure de trois espèces de serpens à crochets, qu'on regarde dans ce pays comme très-redoutables. Il paraît, au reste, d'après un cas rapporté par l'auteur, cas dans lequel le malade n'avait subi aucun traitement, que, pour une de ces espèces au moins, la morsure ne peut entraîner la mort du blessé. On emploie aussi, à ce qu'il semble, ce remède contre la piqûre du scorpion; et l'auteur de la lettre pense qu'on devrait l'essayer contre la rage.

—Le président, M. Charles Dupin, annonce que les héritiers de M. Rumford font hommage à l'Académie des beaux appareils avec lesquels Lavoisier a fait ses grandes découvertes.

TEMPÉRATURE DU CORPS DES OISEAUX SENSIBLEMENT INDÉPENDANTE DES VARIATIONS DE L'AIR ENVIRONNANT.

M. Arago présente quelques observations à ce sujet, à l'occasion d'observations faites pendant le voyage au Nord du capitaine Back.

On a déjà fait à diverses reprises des experiences relatives à cette constance de la température intérieure chez les animaux à sang chaud, quand on les place dans un milieu dont la température est beaucoup plus élevée; mais on est assez peu d'accord sur la puissance qu'ont ces mêmes êtres pour conserver leur chaleur quand ils se trouvent dans un milieu beaucoup plus froid. Voici le resultat de quelques-unes des observations faites par le capitaine Back sur deux espèces d'oiseaux très-communes dans les régions glacées de l'Amérique qu'il a parcourues.

	CÉLINOTE NOIRE d'Amérique.	TEMPÉRATURE du corps.	TEMPÉRATURE de l'atmosphère.
1833.—Le 26 oct.	(mâle)	—43°,3 cent.	+12°,7 cent.
Le 28	—	—43°,0	+15°,0
Le 29	(femelle)	—42°,8	+ 8°,3
Le 29	—	—43°,3	+ 3°,0
1834.—Le 18 mai.	—	—42°,8	+ 1°,1
	LAGOPÈNE des saules.		
1834.—Le 5 janv.	(mâle)	+42°,4	—19°,7
Le 7	—	+43°,3	—32°,8
Le 11	—	+43°,3	—35°,8

HOMMES TUÉS PAR LA CHUTE D'UN AÉROLITHE.

On ne trouve, dit M. Arago, dans les longues listes d'aérolithes qui ont été dressées depuis quelques années, qu'une seule indication de pareil évènement (celle qui se rapporte à un capucin tué aux environs de Milan), et le fait même n'est pas trop bien établi, car rien ne prouve que la pierre qui causa l'accident ne se fût pas détachée de quelque édifice ou n'eût été lancée d'un lieu voisin.

De pareilles méprises, comme on le sait, ont eu lieu quelquefois, surtout avant l'époque où l'on a appris à reconnaître, à leur composition, l'origine terrestre ou atmosphérique des pierres. Mais si on pouvait conserver des doutes quand le fait avait lieu dans une ville ou un village, on en avait bien moins sujet si c'était

en rase campagne, et enfin il y aurait eu certitude pour un cas arrive en pleine mer. Or, il parait que ce dernier cas a été observé plus d'une fois. Ainsi M. Babinet, consultant à ce sujet un savant qui connait jusque dans leurs moindres détails les relations d'une multitude de navigateurs, M. Eyriès, en a reçu l'indication suivante :

« Olaüs Ericson Williman, Suédois, entra comme volontaire, en 1647, au service de la compagne hollandaise des Indes orientales. Il raconte qu'en mer, tandis que le navire voguait à pleines voiles, une boule qui pesait huit livres tomba sur le pont et tua deux hommes.

» La relation de Willman se trouve dans un recueil suédois imprimé en 1674, en un volume in-4°, à Visingsbourg, île du lac Vetter. »

M. Babinet a, depuis, trouvé dans la collection de M. Laugier, qui avait fait, comme on le sait, de nombreuses analyses d'aerolithes, un morceau auquel était jointe la note suivante :

« Ce fragment a été détaché d'une masse considérable tombée sur une chaumière, près de Roquefort, à Sesquett. Elle tua le fermier et plusieurs bestiaux, et fit un trou de cinq pieds. »

ORANG-OUTANG.

M. Geoffroy Saint-Hilaire fait une nouvelle communication relative à cet animal, et insiste principalement sur la disposition des muscles élevateurs de la mâchoire, dont les masses musculaires, au lieu d'être placées au-dessus du point d'attache, sont placées obliquement et se portent si fort en arrière, qu'elles font paraître la partie postérieure de la tête beaucoup plus volumineuse qu'elle ne l'est réellement. M. Geoffroy fait remarquer que cette disposition des muscles, par rapport à l'os qu'ils meuvent, rappelle à certains égards ce qui s'observe dans le crocodile.

A la précédente séance, M. Geoffroy avait présenté quatre beaux dessins au crayon, faits par M. Werner, pour servir à l'intelligence de son travail sur l'orang; il en met quatre nouveaux sous les yeux de l'Académie. Ces dessins montrent la tête de l'orang vue sous trois aspects differens les pieds et les mains, l'animal grimpant à une corde, montant sur un arbre, marchant sur les quatre extrémités, et enfin assis pour manger. Cette dernière figure surtout met en évidence l'extrême brièveté du tronc, qui n'a guère qu'une fois et demie la longueur de la tête.

ÉTHERS ORGANIQUES A ACIDES NON VOLATILS.

M. Guerin-Vary communique les résultats de ses recherches sur ces composés; il a ete conduit, dans son travail, à établir les conclusions suivantes

Les acides tartrique et paratartrique convertissent l'alcool en acides tartro-vinique et paratartro-vinique, et l'esprit de bois en acides tartro-méthylique et paratartro-méthylique. Ces transformations s'opèrent instantanement à l'aide de la chaleur; elles s'opèrent aussi à la température ordinaire, au bout d'un temps qui est d'autant moins long que le thermometre est plus élevé.

Il n'existe pas une difference aussi grande qu'on le suppose entre le pouvoir étherifiant des acides tartrique et paratartrique, et celui de l'acide sulfurique.

L'éthérification de l'alcool et de l'esprit de bois étant produite par les acides tartrique et paratartrique seuls, sans l'intervention de l acide sulfurique, l'auteur est porté à croire que tous les acides, même ceux qui sont faibles, pourvu qu'ils soient solubles dans l'alcool ou dans l'esprit de bois, sont susceptibles de produire l'etherification sans qu'il soit besoin d'employer un acide inorganique énergique.

L'acide tartro-vinique cristallisé peut être représenté par deux atômes d'acide tartrique anhydre, un atôme d'éther et un atôme d'eau; ou bien par un bitartrate d'éther monohydraté.

L'acide paratartro-vinique cristallisé ne diffère de l'acide tartro-vinique que par un atôme d'eau; sa composition et sa capacite sont les mêmes que celles de cet acide.

Il est à remarquer qu'ici comme dans l'acide paratartrique, le seul excès d'un atôme d'eau ôte à ce produit toute action sensible sur la lumière polarisée.

Les tartro-vinates et les paratartro vinates qui contiennent de l'eau de cristallisation, la perdent par leur exposition dans l'air sec. Dans ces sels desseches les acides sont équivalens chacun à deux atômes d acide tartrique; ils ne diffèrent sous ce point de vue des sulfo-vinates correspondans, que parce que l'acide sulfurique remplace l'acide tartrique.

Les acides tartro-methylique et paratartro-méthylique correspondent parfaitement aux acides tartro-vinique et paratartro-vinique; il en est de même des sels que forment les premiers acides à l'egard des sels qu'on prépare avec les seconds.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 28 juin. — Présidence de M. Louyer-Willermay.

Cette séance a été occupée par la discussion d'un rapport à conclusions défavorables qui a été renvoyé à la commission. A 4 heures et demie l'Academie s'est formée en comite secret pour entendre le rapport de M. Guerbois sur les titres des candidats à une place vacante dans la section de pathologie externe. Ce comité secret parait avoir été fort animé. Nous empruntons les détails qui suivent à la *Gazette des hôpitaux.*

— Le conseil de l'université a rejeté la demande de la dame qui, déjà reçue sage-femme, voulait être admise à suivre les cours de l'École de médecine et y prendre des inscriptions.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

OBSERVATIONS DE LUXATION DE LA CUISSE EN HAUT ET EN DEHORS, réduite après vingt-quatre heures, par la méthode de M. Després; recueillie dans le service de M. Laugier, et suivie de réflexions par M. Diday, interne.

Obs. — Le nommé Vessière, Antoine, âgé de 28 ans, employé aux déménagemens, d'une bonne constitution, bien conforme avant l'accident actuel, tomba de sa hauteur, le 9 juin 1836, au moment où il mettait le pied sur la première marche d'un escalier; il portait alors une lourde fontaine en grès, qui, glissant de son dos sur la hanche droite, le renversa par terre; voilà les seuls renseignemens qu'il put nous donner sur les circonstances de sa chute. Quoi qu'il en soit, il fut dès-lors dans l'impossibilité de faire un pas pour se relever; on le transporta de suite à l'hôpital Beaujon, où nous constatâmes l'etat suivant :

Membre inferieur du côte droit dans l'adduction et la rotation en dedans, la cuisse est à demi flechie sur le bassin, et les mouvemens par lesquels on essaie de changer cette situation du membre sont si douloureux qu'il est impossible de les porter au point de rendre à la cuisse sa direction naturelle. Le grand trochanter forme dans la fosse iliaque une saillie assez considerable; cette éminence est rapprochee de l'épine iliaque anterieure et supérieure de 6 lignes de plus que celle de l'autre côte, elle est aussi plus voisine de l'épine iliaque posterieure et supérieure de 14 lignes de plus que dans l'etat normal. Ces signes, auxquels se joint un raccourcissement de près d'un pouce du membre inferieur, raccourcissement que ne peut diminuer une traction même assez forte, indiquent manifestement cette espèce de luxation du femur qu'on a nommee en haut et en dehors, mais qui, dans ce cas particulier, s'est produite, par l'effet d'un déplacement consécutif, plus en arrière de la cavité cotyloide qu'on ne l'observe ordinairement. Ajoutons qu'aucune trace extérieure de contusion ne s'observa ni alors ni plus tard autour de la hanche, non plus que dans aucun autre point; la douleur etait vive, mais uniquement bornée à l'articulation malade. Pendant la nuit pouls fréquent, développé, agitation, insomnie. Le lendemain, 10 juin, M. Laugier, avant d'essayer la réduction, prescrivit une saignée de 16 onces environ, mais qui ne provoqua ni défaillance, ni syncope; une heure après on proceda à la reduction de la manière suivante :

Le malade étant couché sur un brancard haut d'un pied seulement et fort etroit, un aide assura l'immobilité du bassin en embrassant solidement les crêtes iliaques avec les deux mains soutenues de tout le poids de son corps; un second, placé du côté sain, fit l extension en saisissant de la main gauche, au-dessus des malleoles, la jambe dont il se servit comme d'un levier du premier genre, pour attirer la cuisse en avant, le point d'appui étant fourni par son avant-bras droit passé sous le jarret; l'action par laquelle le membre etait tiré se trouvait donc augmentée de tout l effet d'une disposition aussi avantageuse des forces, sans compter la puissance considerable qui devait en outre résulter de l'effort par lequel cet aide penché en avant, à cause du peu d'elévation du brancard, tendait à se relever en redressant le tronc. M. Laugier, placé à genoux du côté malade, embrassa largement le grand trochanter avec la paume de la main droite; puis, l'extension ayant eté operée peu à peu jusqu'à amener la flexion de la cuisse sur le bassin au-delà de l'angle droit, et sans qu'aucune question eût eté faite pour détourner l'attention du malade, il repoussa d'arrière en avant le grand trochanter, et en moins de 15 secondes la tête rentra sans résistance et avec un bruit caractéristique dans la cavité cotyloïde. Le membre avait regagne de suite sa longueur et sa conformation primitives, et des mesures prises avec soin et comparativement avec celles du côté opposé, montrèrent que les extrémités osseuses etaient revenues à leurs rapports naturels; le malade n'avait que peu souffert, et ses douleurs cessèrent dès ce moment; il fut reporte dans son lit, les jambes maintenues rapprochées par un bandage placé autour des genoux. Quinze sangsues furent appliquées le lendemain dans l'aine pour prévenir ou modérer l'inflammation, que l'on avait lieu de craindre; en effet, les jours suivans, quoique le malade assurât ne pas souffrir, le membre de ce côte avait acquis, en longueur, trois lignes de plus que l'autre, ce qui n'existait pas au moment de la réduction. Les resolutifs furent continues ainsi que le repos. L'excès de longueur du membre disparut peu à peu, et le 18 juin, le malade pouvait sans douleur fléchir et étendre la cuisse; il demandait aussi qu'il lui fût permis de se lever, mais la prudence fait un devoir de le retenir encore quelques jours au lit.

Ce nouvel exemple de réduction par la méthode que M. Després a fait connaître est sans doute aussi concluant que possible en faveur de ce moyen; cherchons donc quel est le mécanisme d'un procédé par lequel on obtient sans efforts, sans douleurs trop vives, le résultat auquel on n'arrivait autrefois qu'après de longues et pénibles tentatives, aussi fatigantes pour le malade que décourageantes pour le chirurgien.

Pour avoir une théorie satisfaisante, il est, je crois, indispensable, ici comme partout, de repousser toute explication trop exclusive, et de s'efforcer principalement de tenir compte de tous les élémens que comporte la question. Deux genres de causes bien différens s'opposent communément à la réduction des luxations; les unes vitales pour ainsi dire, résultent de la contraction musculaire qu'on cherche en général plus à vaincre qu'à éluder; les autres dépendent de circonstances physiques, matérielles, variables suivant chaque espèce de luxation; ce sont l'interposition ou la tension des parties fibreuses, ou surtout le degré de force et le mode particulier d'enclavement suivant lequel les extrémités osseuses sont retenues appliquées contre les parties avec lesquelles existent leurs nouveaux rapports. Nous avons donc à déterminer

successivement comment on est, dans notre cas, parvenu à triompher de ces deux ordres d'obstacles si différens par leur nature. Il est certain que dans les luxations du fémur, comme dans celles du bras, on réussira plutôt à obtenir la réduction en neutralisant la contraction des muscles à l'aide de la position demi-fléchie, qu'en tentant de lutter par la force contre la résistance qu'ils opposent à une traction faite suivant l'axe du membre placé dans l'extension; mais cette condition avantageuse, et que l'on produit aussi dans le procédé adopté depuis M. Malgaigne pour la réduction des luxations scapulo-humérales, est-elle la seule circonstance à laquelle on doive attribuer la facilité de la réduction dans le fait que nous avons rapporté? Nous croyons que dans le cas particulier de la luxation du fémur en haut et en dehors, il s'effectue par le fait de la demi-flexion, entre les surfaces articulaires déplacées, un changement de rapports dont nous allons chercher à établir en même temps le mécanisme et les conséquences.

Si l'on parvenait à faire prendre à la tête d'un os luxé, par rapport à la cavité dans laquelle on cherche à opérer sa réduction, une situation telle qu'aucun muscle ne pût s'opposer à ce qu'elle parcourût le chemin qu'elle doit suivre pour y rentrer, il est clair que l'on se serait mis dans les circonstances les plus propres à obtenir sans effort le résultat qu'on se propose; or, la tête du fémur n'est pas (lors d'une luxation récente) assez solidement fixée dans la fosse iliaque externe pour qu'elle ne puisse suivre les mouvemens que tendent à modifier ses nouveaux rapports; si donc l'on fait décrire à l'extrémité inférieure du membre un mouvement d'arc de cercle en avant (notons que pour bien comprendre les expressions par lesquelles nous désignons la situation relative des parties, on doit toujours les rapporter à l'individu considéré dans la station verticale), l'extrémité supérieure ou la tête devra nécessairement, par une sorte d'effet de bascule, suivre un trajet en sens opposé, c'est-à-dire, venir se placer en arrière de la cavité cotyloïde; or, dans ce nouveau rapport, il n'existe aucun muscle disposé de manière à empêcher le mouvement d'arrière en avant que lui imprimera la main de l'opérateur au moment de la coaptation; on aura donc, par cette simple élévation de la cuisse, transformé une situation dans laquelle les puissances musculaires pouvaient atteindre leur maximum d'action pour s'opposer aux efforts de la réduction, en une position si favorable que la plus simple pression exercée directement sur le grand trochanter, n'étant alors neutralisée par aucune force en sens inverse, suffit pour opérer la rentrée du fémur dans sa cavité articulaire. Nous devons, pour être juste, dire que ce changement de rapports est, comme nous l'avons déjà fait observer, considérablement facilité et puissamment aidé dans ses heureux effets par le relâchement des muscles, ce dont il faut aussi tenir compte.

Parmi les causes matérielles qui rendent difficile la réduction de la luxation en haut et en dehors, on doit sans doute compter comme une des plus puissantes le frottement de la tête du fémur contre la fosse iliaque externe, lors des tractions par lesquelles on cherche à l'attirer de haut en bas, et l'obstacle qu'oppose à la rentrée de cette tête la saillie considérable formée par le rebord de la cavité cotyloïde, saillie contre laquelle tendent à l'appliquer les efforts d'extension exercés suivant l'axe naturel du membre.

Remarquons à ce sujet que, dans les préceptes posés pour la réduction de la luxation du fémur, on s'est peut-être un peu écarté des règles générales adoptées au sujet du sens dans lequel doit être faite l'extension. On recommande partout, en effet, de tirer d'abord le membre dans la direction où l'a laissé le déplacement, et cette précaution a pour but de dégager l'extrémité osseuse avant de chercher à la remettre dans sa cavité primitive. Or, essayer la réduction d'une luxation du fémur en haut et en dehors, en suivant les conseils donnés par les auteurs, n'est-ce pas évidemment, quant à ce temps de l'opération, la même chose que si, dans une luxation de l'épaule, on cherchait à repousser directement de has en haut l'humérus dans la cavité glénoïde? Cette manœuvre resterait sans succès tant qu'on n'aurait pas, par une extension préalable, mis la tête de l'humérus dans la possibilité de reprendre sa place ordinaire sans être arrêtée par le rebord de la cavité glénoïde. Les mêmes conditions anatomiques se retrouvent dans la luxation du fémur; mais si l'on a le soin de faire placer du côté sain l'aide chargé de l'extension, on peut non-seulement conserver à la cuisse le degré d'adduction dans laquelle l'avait mise la luxation, mais exagérer même encore cette attitude; et l'on a par là un sûr moyen d'éviter l'obstacle que nous venons de signaler. Lorsqu'en effet on tire sur le membre mis dans cette position, le bord inférieur du col prenant un point d'appui sur le rebord de la cavité cotyloïde, la tête du fémur qui représente une des extrémités du levier se trouve dégagée et parcourt sans le moindre frottement le trajet par lequel elle doit passer pour effectuer sa rentrée.

On trouve encore dans cette méthode un avantage qui nous a été indiqué par M. Laugier, c'est celui d'avoir une situation du membre telle, que la force d'extension et celle de coaptation puissent agir dans un même sens. Si l'on se rappelle en effet ce que démontre l'observation générale, savoir que dans la luxation du fémur en haut et en dehors la tête, quels que soient ses autres rapports, se trouve constamment sur un plan postérieur à celui de la cavité cotyloïde, on comprendra facilement que l'extension, suivant la méthode ancienne, tirant la tête de l'os de haut en bas, tandis que la main du chirurgien la repousse d'avant en arrière, la puissance qui la sollicite à reprendre sa place ne peut pas être représentée par la somme de ces deux forces, puisqu'elles sont de directions différentes, mais doit seulement être égale à la résultante de leur action combinée. Par la flexion de la cuisse on acquiert au contraire la faculté de donner la même direction à la traction faite par l'aide et à la répulsion qu'exerce l'opérateur, et conséquemment de pouvoir doubler le produit de ces deux forces sans qu'il soit besoin d'augmenter en rien leur énergie. Ce changement d'attitude permet même de diminuer l'intensité de chacune d'elles, puisque l'on est certain de compenser cette perte par une disposition plus avantageuse de ces forces.

Résumons actuellement en deux mots les avantages de cette méthode, en les appréciant par ce que la théorie nous apprend de son mécanisme et la pratique de ses effets. En l'employant, on obtient :

1° Le relâchement des muscles placés dans la direction du déplacement;

2° La translation de la tête du fémur dans un lieu tel qu'aucune puissance musculaire ne peut gêner sa rentrée dans la cavité cotyloïde;

3° La possibilité de dégager suffisamment la tête avant l'extension, et de diminuer par là le frottement qui s'oppose à sa réduction;

4° L'unité de direction des forces déployées et par l'aide chargé de l'extension, et par la main de l'opérateur au moment de la coaptation. L'ensemble de ces dispositions favorables a produit une réduction facile et prompte, puisque deux aides ont suffi pour l'opérer en moins de quinze secondes.

Cette réduction a également été obtenue presque sans douleur; car, si l'on n'a pas détourné l'attention du malade par des questions pressantes, ce n'est ni par oubli, ni par défiance pour la valeur de ce moyen, c'est uniquement parce que la résistance musculaire et les signes extérieurs des souffrances parurent trop faibles pour en réclamer ici l'emploi. La supériorité de cette méthode, sous le rapport du peu de douleurs qui résultent de son application, nous semble donc parfaitement établie, et nous trouvons la raison de cette innocuité tant dans l'absence de tout tiraillement musculaire, que dans la possibilité d'agir en conservant au membre l'attitude où l'a mis la luxation.

Le peu d'élévation et l'étroitesse du lit est encore une circonstance qu'il ne faudrait pas négliger, puisqu'elle rend beaucoup plus sûres et plus aisées l'extension, la contr'extension et la coaptation.

En analysant avec soin les moindres détails de l'observation ci-dessus rapportée, nous croyons que l'on trouvera dans la description du manuel opératoire de la réduction les conditions les plus propres à assurer le succès d'une tentative de ce genre. L'observation minutieuse des règles que nous avons indiquées dans le cours de ce travail nous semble même si importante pour la réduction, que nous n'hésitons pas, et la promptitude du succès justifie sans doute cette confiance, à proposer la conduite tenue par M. Laugier comme un modèle à suivre jusque dans ses moindres détails en pareille occurrence, persuadés que la réduction s'obtiendra avec la même facilité dans tous les cas où l'on aura exactement reproduit toutes les circonstances que nous avons mentionnées (1).

H. DIDAY.

LETTRE SUR LA DÉCOUVERTE DES CANAUX VEINEUX DES OS; par M. FLEURY, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Clermont-Ferrand.

Monsieur le rédacteur,

Je viens de lire dans le dernier numéro de la *Revue des Deux-Mondes* (15 juin), un article sur Dupuytren dans lequel, en parlant de la découverte des veines des os, on me fait dire que je n'ai pas voulu

(1) On trouve dans le compte-rendu de l'Académie de médecine l'analyse d'un rapport fait par M. Renoult sur cinq succès semblables, obtenus par la même méthode dont M. Collin revendique la priorité. Mais la facilité avec laquelle ces luxations ont été réduites, ne s'expliquerait qu'en partie, si nous n'avions démontré que dans la plupart des cas elles sont incomplètes.

(Note de M. Malgaigne).

me fourrer entre deux voleurs. Permettez-moi, monsieur le rédacteur, d'emprunter les colonnes de votre estimable journal, pour rendre compte de ce qui s'est passé entre MM. Chaussier, Dupuytren et moi, relativement à cette découverte, et pour démentir une expression offensante à la mémoire de deux hommes dont l'un m'a honoré de sa bienveillante protection, l'autre de son amitié.

Pendant que j'étais aide d'anatomie à l'école de médecine, Dupuytren était prosecteur; nous étions chargés de préparer les leçons d'anatomie du professeur Leclerc. Lorsque Dupuytren devint chef des travaux anatomiques, je le remplaçai comme prosecteur. La plus grande intimité régnait entre nous. Nous étions jeunes alors et plus occupés des intérêts de la science que de nos intérêts personnels. Nous continuâmes à nous livrer ensemble à des recherches qu'il fallut interrompre pour préparer une série de pièces anatomiques destinées à meubler le Muséum de l'Ecole, que Thouret, son directeur, venait de faire construire. La première année fut consacrée aux préparations du système osseux; celles de la tête m'échurent en partage. J'eus l'idée d'enlever avec un ciseau et un maillet la table externe des os du crâne afin de mettre en évidence le diploë. Cette préparation ne m'avait pas été demandée par le professeur Chaussier, comme il l'a dit dans la préface de l'ouvrage qu'il a publié en 1807. En y travaillant, je trouvai entre les deux tables des os plats du crâne des canaux bien distincts dont on avait ignoré l'existence jusqu'alors. Je m'empressai de les faire voir à Dupuytren. Le lendemain je les mis à découvert sur le cadavre, et après avoir fait la ligature des artères carotides et des veines jugulaires, nous y injectâmes du mercure d'abord, ensuite des graisses colorées. Ces deux substances ayant pénétré dans les veines ainsi que dans les sinus méningiens, nous en conclûmes que les canaux que j'avais découverts étaient destinés à loger les veines des os plats du crâne. Des recherches ultérieures nous apprirent que leur développement était toujours en rapport avec celui du système veineux, et que leur capacité augmentait avec l'âge. Dupuytren s'empressa de lire à la Société de l'École de Médecine une notice sur ces canaux qu'il fit voir sur la pièce que j'avais préparée : il présenta cette découverte comme nous étant commune. En poursuivant nos recherches, nous trouvâmes les canaux veineux des os courts et épais, ceux des extrémités des os longs, enfin ceux des cartilages. Leur description ainsi que celle des veines qu'ils renferment fit partie d'une suite de propositions que Dupuytren présenta à l'École-de-Médecine en 1801, pour son admission au doctorat. Je m'estimai heureux d'avoir contribué à lui fournir l'occasion de traiter un sujet neuf dans sa dissertation inaugurale.

Je quittai Paris en 1807; deux ans après je reçus du professeur Chaussier une lettre très-flatteuse accompagnée de l'ouvrage qu'il venait de publier sur l'encéphale. Je ne pus m'empêcher de sourire en voyant que l'auteur cherchait à persuader au public qu'il m'avait mis sur la voie d'une découverte dont il m'attribuait tout l'honneur sans dire un mot de Dupuytren, dans la thèse duquel il avait largement puisé. Je savais que le professeur de physiologie et le chef des travaux anatomiques ne vivaient pas en bonne intelligence, et je fus convaincu que cet oubli était volontaire; mais je n'avais pas à me mêler de leurs querelles, et je remerciai Chaussier sans lui parler de Dupuytren. Ma lettre était à peine partie, quand j'en reçus une de ce dernier écrite *ab irato*. « J'ai voulu, disait-il, en annonçant à la Société de l'Ecole de médecine la découverte des canaux veineux des os, unir nos deux noms afin de perpétuer le souvenir de notre amitié. Nous ne devons pas souffrir qu'un homme qui n'y a pris aucune part vienne se placer entre nous. C'est une infamie contre laquelle vous devez réclamer. » Je lui répondis que je serais toujours disposé à rendre hommage à la vérité s'il m'en fournissait l'occasion, mais que je ne voulais pas engager une polémique dont il devait prendre l'initiative, puisqu'il était le seul qui eût écrit et que c'était de lui que Chaussier avait omis de parler. Je finissais ma lettre en lui disant que j'attachais peu d'importance au rôle que Chaussier voulait jouer dans cette affaire. J'ignore si ma réponse lui déplut. Je l'ai vu plusieurs fois depuis. Il n'a jamais été question entre nous des canaux veineux des os, et cette découverte n'eût pas été l'objet d'une réclamation de ma part, si je n'avais craint par mon silence d'accréditer le propos que l'on me prête.

Agréez, etc.

FLEURY,
Chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu.

— Une femme, Marie Desfeux, connue dans le pays sous le nom de Marie Chamborin, est morte la semaine dernière, dans la commune du Marais-au-Curé, près Pontorson, à l'âge de 106 ans. Cette centenaire avait conservé toutes ses facultés.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

HISTOIRE PHYSIOLOGIQUE ET PATHOLOGIQUE DE LA SALIVE considérée spécialement sous le rapport de ses usages, du rôle que joue ce fluide dans les fonctions digestives et dans les affections gastriques, par le docteur AL. DONNÉ. 120 pages in-8°. Paris, 1836.

Nous retrouvons dans ce travail les recherches publiées l'an dernier, par M. Donné, sur les *caractères chimiques de la salive considérée comme moyen de diagnostic dans quelques affections de l'estomac*, et dont nous avons rendu compte à l'époque où elles parurent (V. GAZETTE MÉDICALE, année 1835, p. 630.) Nous éviterons autant qu'il nous sera possible de répéter ce que nous avons déjà dit ailleurs, à moins que ce ne soit indispensable pour l'intelligence complète des nouvelles recherches consignées dans cette publication qui offre une histoire à peu près complète de ce fluide, ou au moins tout ce que l'on sait d'important dans l'état actuel de la science sur cette matière.

L'attention n'a été appelée sur l'histoire chimique de la salive que dans ces derniers temps; mais, quant à ses usages physiologiques, on peut dire qu'il n'y a rien été ajouté depuis ce qu'en a dit Haller. On s'est pourtant souvent occupé de l'influence du fluide salivaire, particulièrement sous le rapport de son action digestive, mais sous tous ces points de vue différens la science est restée complétement stationnaire, ainsi qu'il est facile d'en juger, puisque la dissertation de Siebold, publiée en 1797, est encore aujourd'hui le mémoire original dans lequel puisent tous les auteurs qui écrivent sur ce sujet et auquel ils renvoient leurs lecteurs; cette dissertation n'a, d'ailleurs, que le mérite de l'érudition et de représenter fidèlement l'état de la science à l'époque à laquelle elle a paru.

L'étude des physiologistes qui se sont occupés de la salive démontre que ce fluide a été considéré tantôt *à priori*, et tantôt expérimentalement comme étant destiné à humecter la bouche, à faciliter les mouvemens de la langue, etc.; la seule différence qui existe entre les anciens et les modernes, c'est que les premiers se sont à peu près contentés d'assertions, ont avancé les faits sans preuves, et que les derniers au contraire se sont efforcés de déterminer par des expériences directes la part que prend la salive aux phénomènes de la digestion.

Le caractère alcalin de la salive dans son état normal est complétement démontré aujourd'hui, tant par les recherches de MM. Tiedmann et Gmelin, qui ont constaté l'alcalinité de ce fluide dans toutes les classes d'animaux où il existe, que par celles d'un grand nombre d'autres physiologistes; mais aucun ne s'est occupé de rechercher l'usage auquel cet alcali était destiné, aucun n'avait constaté sa réaction sur le suc gastrique. C'est ici que nous arrivons aux travaux propres de M. Donné, dont il va nous donner lui-même une idée dans le passage suivant : « Ce n'est pas que la propriété particulière de la salive sur laquelle j'insiste ne fût connue depuis long-temps, puisqu'elle avait été déjà indiquée par Duvernay, et depuis lors, les nombreuses recherches qui ont été entreprises sur le suc gastrique, à dater de Spallanzani jusqu'à Montège, et depuis celui-ci jusqu'à MM. Tiedmann et Gmelin, Lassaignes et Leuret, auraient assurément dû mettre sur la voie; mais il suffit de lire ces auteurs pour se convaincre que personne n'a encore songé au rôle que, selon moi, la salive joue dans l'estomac, ni à expliquer la cause des variétés que l'on trouve dans la composition de ce suc, particulièrement sous le rapport de son acidité, par son mélange avec la salive; il est même curieux de voir que l'influence de la salive ait été si complétement oubliée et méconnue au milieu de la diversité d'opinions émises sur la nature du suc gastrique; et cependant cette influence de la salive est naturelle, elle indique si bien les variations que chaque expérimentateur a trouvées dans le degré d'acidité du suc gastrique, cette influence me paraît si incontestable, que je crains bien que l'on ne voit rien de nouveau dans mon travail, et que l'on n'y trouve qu'une conséquence tirée de faits existans et tout exprimés dans ces auteurs. »

Il paraît évident à l'auteur qu'il est arrivé pour le suc gastrique quelque chose d'analogue à ce qui est arrivé pour la salive; long-temps la véritable nature de cette dernière humeur a été méconnue, parce qu'on la rencontre tantôt alcaline, et tantôt acide et tantôt neutre; or, on en a conclu qu'elle était susceptible de prendre dans l'état normal ces trois caractères. De même, pour le suc gastrique, on a supposé que sa composition changeait naturellement suivant la période de la digestion, sans songer que les différens degrés d'acidité qu'il présente tiennent tout simplement à son mélange avec une plus ou moins grande quantité de salive dont l'alcali libre neutralise plus ou moins l'acidité de ce suc;

aussi le suc gastrique contient-il une notable proportion de chlorure et même de sulfate de sodium.

Le fait le plus important que M. Donné signale dans cette brochure, c'est donc la réaction qu'exerce la salive sur le suc gastrique dont elle sert à neutraliser l'excès d'acide, ce qui explique très-facilement les différens degrés d'acidité que présente ce suc.

Si nous admettons avec l'auteur qu'il se sécrète moins d'acide dans l'estomac quand cet organe est vide que quand il contient des substances à ramollir et à chymifier, il paraît rationnel d'admettre aussi avec lui qu'une partie de l'acide du suc gastrique est neutralisée par le liquide alcalin qui découle sans cesse des glandes salivaires, pénètre dans l'estomac et se mêle intimement à lui. On ne peut concevoir, en effet, qu'un acide et une base salifiable, telle que la soude se trouvent en contact sans se combiner et se neutraliser mutuellement; il faut donc tenir compte de l'action de la salive sur le suc gastrique que l'on trouve affaibli au point de n'être plus sensiblement acide.

M. Donné a voulu constater expérimentalement la quantité d'acide que la salive ordinaire peut neutraliser et il a pris la sienne pour sujet de ses expériences. D'après l'analyse de la salive donnée par M. Berzelius, ce fluide contient 0,2 de soude sur mille parties; ces deux dix millièmes de soude peuvent saturer quatre dix millièmes d'un tiers d'acide chlorydrique contenant la moitié de son poids d'eau. En faisant l'essai directement, il a trouvé que 24 grammes de sa salive recueillie le matin à jeun neutralisaient un centigramme du même acide concentré. Le résultat fourni par l'expérience directe est donc à peu près d'accord avec ce que donne le calcul.

Il est important aussi de constater à peu près quelle quantité des acides de l'estomac la salive peut neutraliser, mais pour cela il faudrait connaître la quantité de ce fluide qui est sécrétée dans les 24 heures, ce qu'il est très-difficile de faire même d'une manière très-approximative, cette quantité variant, comme on le sait, par une multitude de causes accidentelles; et de là les estimations souvent très-éloignées les unes des autres qui ont été fournies par les auteurs. C'est donc ce que M. Donné a cherché à établir par des expériences faites sur lui-même, et qui l'ont amené à ce résultat auquel, du reste, plusieurs physiologistes étaient déjà arrivés avant lui, que la sécrétion de la salive ne doit pas s'éloigner, pendant les 24 heures, de 390 grammes.

Or, si l'on calcule maintenant ce que 390 grammes de salive peuvent saturer d'acide chlorydrique concentré, on verra que cette quantité équivaut à 16 centigrammes de cet acide; mais pour arriver à des conclusions positives sur ce point, il faudrait en outre connaître aussi exactement la quantité de l'acide exhalé par la muqueuse gastrique; mais nous n'avons aucune donnée certaine sur ce point que M. Donné doit chercher à éclaircir par de nouvelles recherches, pour que celles qu'il a publiées ici obtiennent toute l'importance pratique qu'elle nous semble mériter.

Il est permis, en effet, de conclure des faits énoncés jusqu'ici, que l'on doit attribuer le sentiment d'aigreur et d'ardeur qui se manifeste quelquefois à la gorge et dans l'œsophage, à ce que l'excès de l'acide gastrique n'est plus suffisamment neutralisé par la salive, soit parce que cet acide est sécrété en trop grande quantité, soit par suite des altérations de la salive elle-même. L'influence des altérations du suc gastrique sur la muqueuse de l'estomac est loin d'avoir été encore déterminée; quelques auteurs ont été même jusqu'à leur attribuer la production du cancer qui s'observe si souvent dans cet organe; mais sans combattre ni admettre cette opinion qui nous semble bien hypothétique, il n'en est pas moins démontré pour nous, que dans une foule de cas les symptômes fournis par le pyrosis, ressemblent singulièrement aux symptômes du cancer de l'estomac commençant, et que souvent, dans ces cas-là, il suffit de l'usage des alcalins pour faire disparaître tous les symptômes. Eh bien, si, chez ces sujets, la salive au lieu d'être alcaline, comme dans l'état normal, devient acide, on voit qu'elle doit exercer aussi quelque influence sur la production sinon de l'état morbide primitif, au moins des phénomènes secondaires de la maladie; il est bien probable qu'alors l'acidité de la salive se lie à l'augmentation de l'acidité du suc gastrique, et à une tendance de la plupart des fluides du canal digestif à l'acidité. Mais quelle est la cause de cette altération du fluide fourni par les glandes salivaires et par la muqueuse gastrique? L'attribuera-t-on constamment à l'inflammation de la muqueuse gastrique? Mais dans l'état actuel de la science les premiers élémens de l'étude de la gastrite nous manquent; nous ne connaissons ni les symptômes, ni les lésions qui la caractérisent. Aussi dans la seconde partie de cette brochure dont nous ne parlerons pas ici, parce qu'elle n'est qu'une reproduction du travail déjà indiqué et dont nous avons déjà longuement entretenu nos lecteurs, M. Donné rapporte un certain nombre d'observations dont les sujets, après avoir offert l'acidité de la salive pendant la vie, ont présenté après la mort des ramollissemens de la muqueuse gastrique; mais il aurait été nécessaire, il nous semble, de démontrer d'abord que ces cas étaient des exemples de gastrite, et que le ramollissement trouvé après la mort dans l'estomac n'appartenait pas à ces ramollissemens signalés par M. Carswell, et qui, à notre avis, sont bien plus fréquens qu'on ne le pense communément, et même ne peuvent être distingués facilement de ceux qui seraient inflammatoires. Nous renvoyons ici à l'article déjà marqué de la Gazette médicale, et terminons en disant, comme nous le fîmes alors, que les recherches physiologiques et pathologiques de M. Donné sur la salive, nous paraissent d'un haut intérêt, et doivent être continuées. Si, à l'aide de nouveaux faits il peut arriver à démontrer, ce qui nous paraît encore incertain, que l'acidité de la salive se lie constamment à un état phlegmasique de l'estomac, et qu'elle forme un caractère certain de la gastrite, il aura fait faire un pas immense à la science et spécialement à la médecine pratique,

Traité des maladies cancéreuses. Ouvrage posthume de G.-L. Bayle, médecin de l'hôpital de la Charité et de l'empereur Napoléon; précédé du portrait de l'auteur et d'une notice historique sur sa vie et ses ouvrages; revu, augmenté et publié par son neveu J.-L. Bayle, D.-M., etc. Tome 1, 560 pages in-8°. Paris, 1833.

Vingt ans bientôt se sont écoulés depuis la mort de Bayle, dont nous annonçons ici l'ouvrage posthume, et pourtant, malgré les nombreuses recherches qui depuis cette époque ont été faites sur le cancer, son travail ne paraît en arrière de l'état actuel de la science sur aucun des points que nous avons parcourus. C'est là un fait assez remarquable, et une épreuve qu'un bien petit nombre des ouvrages publiés de nos jours seraient en état de supporter.

Ce traité tout entier n'est qu'une collection de faits soit anatomiques, soit pathologiques; et quand des faits ont été observés par un homme tel que Bayle, ils possèdent toujours une grande valeur. D'ailleur l'éditeur, qu'une louable piété filiale a porté à mettre au jour le travail de l'un des chefs de l'école anatomique à laquelle ont appartenu Laënnec et Dupuytren, s'est chargé d'y joindre les travaux récens les plus importans, et ceux surtout qui tendent à rapporter le développement de toutes les affections cancéreuses à une altération primitive du sang. Faisons connaître rapidement les causes du retard qu'a éprouvé cette publication.

Bayle avait, peu de temps avant de mourir, en 1816, désigné M. Cayol pour suivre et diriger l'impression de son ouvrage qui était entièrement achevé à l'exception de quelques généralités sur lesquelles on n'a trouvé que quelques notes. En 1817 M. Cayol commença l'impression de ce traité et les douze premières feuilles, c'est-à-dire une portion considérable de ce premier volume, étaient imprimées lorsque des circonstances particulières lui firent suspendre ce travail qu'a repris de nouveau M. Bayle neveu, et qu'il promet de compléter en deux volumes. Nous appelons de nos vœux l'époque où l'ouvrage sera complété par la publication du second volume, car ce n'est qu'alors que nous pourrons présenter une analyse de ce nouveau travail de l'auteur des *recherches sur la phthisie pulmonaire* et de plusieurs bons articles du grand *Dictionnaire des sciences médicales*, et le comparer aux travaux publiés sur le même sujet par M. Récamier et quelques savans anatomistes français et étrangers. En attendant, faisons connaître en peu de mots le contenu du premier volume.

Une *Notice historique* sur Bayle était indispensable au commencement de cet ouvrage. Elle contient, outre ce qui appartient nécessairement à un travail de ce genre, une courte indication des principaux travaux publiés par Bayle depuis sa thèse dans laquelle il avait fait connaître une espèce de pustule maligne qui n'avait point encore été décrite jusqu'au *Traité des moladies cancéreuses*, que la mort vint l'empêcher de livrer au public.

Nous trouvons ensuite une introduction dans laquelle sont étudiés les caractères généraux des affections cancéreuses, la description anatomique des diverses formes sous lesquelles elles se présentent, leurs différentes transformations, et leurs caractères communs et distinctifs. Dans la seconde partie, l'auteur étudie séparément le cancer des mamelles, qui, seul, n'occupe pas moins de 200 pages; le cancer des testicules, celui des organes lymphatiques, de la glande thyroïde, de la peau de la verge, du scrotum et des yeux. Les sujets les plus importans, ceux sur lesquels la science moderne a tenté au moins de jeter

quelque lumière, restent donc pour le second volume : le cancer de la matrice, de l'estomac, etc.

Nous ne terminerons pas sans dire quelques mots sur le caractère général qu'offrent ces travaux. Bien que Bayle soit considéré avec juste raison comme l'un des chefs de cette école anatomique à laquelle la science doit de si beaux travaux et la médecine française sa gloire la moins contestée, cependant on aurait tort de croire qu'il eût adopté ces idées exclusives sur l'importance de l'anatomie pathologique, qui ont été adoptées par la plupart des anatomo-pathologistes de notre époque, et qui, ainsi qu'on le reconnaît généralement aujourd'hui, ont détourné la science, au moins pour quelque temps, de la route qu'elle aurait parcourue d'une manière plus fructueuse. Le passage suivant, que nous empruntons à la note sur Bayle, le fera complétement connaître sous ce point de vue. « Malgré son goût pour l'anatomie pathologique, Bayle ne s'exagérait point le degré d'influence que cette science doit exercer sur la médecine pratique ; il jugeait, avec le sens droit que tout le monde lui accorde, le degré d'utilité de cette branche de la pathologie, et les limites qu'elle ne saurait franchir. Quant à la phthisie pulmonaire, il pensait avec raison que la lésion organique des poumons étant la source des symptômes qui se développent, cette lésion devait servir de base à la détermination des espèces de phthisies. Malgré les découvertes que contiennent tous les ouvrages de Bayle, et ce cachet de profond observateur qui se décèle à chaque page de ses écrits, on ne saurait, d'après nous, le juger comme praticien. Malgré son goût pour l'anatomie pathologique, il était intimement persuadé de cette vérité, que dans une foule d'affections cette science est muette et ne peut être d'aucun secours au praticien. En fait de doctrine, il était hippocratiste; en thérapeutique, il s'appuyait sur un empirisme raisonné, c'est-à-dire qu'il prescrivait contre une affection donnée le moyen dont une observation suffisamment multipliée avait constaté l'efficacité. »

LETTRE CHIRURGICALE A M. MAYOR DE LAUSANNE SUR LE CATHÉTÉRISME FORCÉ, par M. VIDAL DE CASSIS.

Cette petite brochure, publiée d'abord dans le *Journal hebdomadaire*, a pour but de répondre à quelques notes plus ou moins irritantes ajoutées par M. Mayor à la deuxième édition de son mémoire sur le cathétérisme forcé. Nous avons longuement entretenu nos lecteurs de cette question importante; après l'analyse critique de l'ouvrage de M. Mayor, nous avons publié des observations favorables ou contraires, recueillies par un grand nombre de chirurgiens; ces faits amenèrent une polémique assez vive; et enfin, M. Vidal de Cassis vint à son tour résumer la question, et fut conduit à cette conclusion générale, qui ressortait de la discussion : que les catheters de M. Mayor devaient être admis dans la pratique chirurgicale, mais à titre de complément des autres moyens et non à leur exclusion

M. Mayor est doué d'un sens chirurgical trop exquis pour n'avoir pas compris qu'il avait été un peu trop loin. « On sait assez, disait-il dans la GAZETTE MÉDICALE, que tout auteur et inventeur n'est que trop disposé à abonder dans son sens, à demander le plus pour avoir le moins. » Comment après cet honorable aveu, l'excellent chirurgien de Lausanne a-t-il pu cependant, dans sa seconde édition, soutenir les mêmes principes, sans modifications, sans adoucissemens, sans que les revers éprouvés à Paris par d'autres chirurgiens et par lui-même semblent avoir fait impression sur son esprit ?

M. Mayor ne s'était pas borné à défendre vivement ses principes; il attaquait vivement la plupart de ceux qui ne les avaient pas exclusivement adoptés. M. Vidal, pour qui il a inventé le nom de *dynamophobe*, a relevé le gant, et dans sa lettre chirurgicale, pleine de tact, de fine raillerie et de raison, il répond de la manière, à notre avis, la plus victorieuse. Cet opuscule par sa nature se refuse à l'analyse; et puis, nous l'avouons, quelle que soit la convenance avec laquelle M. Vidal argumente toujours, le trait n'en perce pas moins pour être doré d'expressions polies, et la question scientifique se compliquant d'une question personnelle, nous faisons profession d'une trop haute estime pour M. Mayor, pour nous mêler à ce débat.

Mais il est quelques faits nouveaux recueillis par M. Vidal, qu'il est important de reproduire. Cinq malades traités par lui à l'Hôtel-Dieu selon la méthode de M. Mayor, et choisis cependant dans les circonstances les plus favorables, après les premiers essais ont préféré quitter l'Hôtel Dieu que de se soumettre à de nouvelles tentatives. M. Vidal s'écrie plaisamment : « Voilà, mon cher confrère, les vraies *dynamophobes*! » Un autre sujet, un vieillard, atteint à la fois d'un rétrécissement, d'une lésion profonde de la prostate et d'une hypertrophie considérable des uretères, est mort après deux tentatives faites cependant avec ménagement; c'est le troisième cas de ce genre qui a été observé dans les hôpitaux de Paris, et si l'on ne peut dire que le cathétérisme seul ait causé la mort, on ne saurait soutenir non plus qu'il n'y ait été pour rien.

La discussion presque tout entière se résume d'ailleurs dans ces quatre lignes de M. Vidal : « Vous dites à qui veut l'entendre : si vous aviez un lavement à donner, choisiriez-vous une très-grosse ou une très-petite canule ? — On a choisi la très-petite, vous préférez la très-grosse; pour moi je demande la moyenne, à laquelle vous ne pensiez pas. »

VARIÉTÉS.

A M. le rédacteur de la GAZETTE MÉDICALE.

Monsieur,

En rendant compte de la séance de l'Académie de medecine dans votre numéro du 18 juin, vous parlez d'un accident arrivé à M. Manoury, chirurgien de Chartres. Il pratiquait la lithotritie avec un instrument à pression et à percussion combinées; il paraît qu'un effort a été fait, que la canule a été même faussée, et que les deux pièces se sont écartées. Il a donc été impossible de retirer l'instrument par la voie ordinaire, il a fallu le couper au niveau du meat urinaire, et pratiquer la taille sus-pubienne pour l'extraire. Comme j'ai confectionne le premier ce système de pression et de percussion, et que c'est à moi qu'on s'adresse généralement pour obtenir les diverses modifications que les progrès de l'art rendent nécessaires, je devais vous adresser ces quelques mots, moins pour déclarer que l'instrument de M. Manoury ne sort pas de mes ateliers, que pour rassurer MM. les chirurgiens qui possèdent de mes instrumens Je suis persuadé que s'ils suivent les règles de la lithotritie, s'ils agissent sans violence, ils seront à l'abri de tout accident.

L'instrument qui a été employé par le chirurgien de Chartres, a été probablement confectionné d'après le modele que j'ai fait et rejeté presque en même temps; et comme quelquefois mes confrères se hâtent un peu trop de mettre à profit mes essais, ce qui m'honore beaucoup, celui-ci a passe peut être trop rapidement de mes ateliers dans les leurs. L'avait-on imite et débite avant même que je le jugeasse digne de figurer dans l'arsenal de chirurgie? Une nouvelle modification etait importante, elle porte sur le mode de jonction de la tige avec la canule, et elle est telle, que tous les instrumens que j'ai fournis aux divers lithotritistes de la capitale, des departemens et de l'etranger, ne m'ont jamais attire le moindre reproche. Bien plus, Messieurs les professeurs de médecine operatoire, qui demontrent la lithotritie, les soumettent tous les jours à des épreuves rudes auxquelles ils resistent. Un d'eux eprouva vingt instrumens dont dix-sept sortaient de mes ateliers, trois des ateliers d'un de mes confrères; à ceux-ci il est arrive ce que M. Manoury a observe, tandis que tous les miens ont résisté. Les accidens observés en Angleterre ont été causés par des instrumens fabriqués dans ce pays; ainsi les nôtres ne peuvent en être accuses. Je dirai, en terminant, que plus que personne je dois donner à mes instrumens un degré de sûrete à toute épreuve, car c'est moi qui, jusqu'à ce jour, ai fourni les brise-pierre qui ont été appliqués sur le vivant par les divers praticiens de la capitale.

Agréez, etc.

CHARRIÈRE.

— On lit dans le Moniteur du 24 juin :

« Divers journaux ont énoncé :

» Que les malades reçus dans les hospices de Paris étaient depuis longtemps rançonnés par les garçons de salle et autres employés;

» Que le produit de cet abus, bien connu, entrait en ligne de compte dans le budget des appointemens;

» Que la cessation de ce désordre devait être attribuée à un parti pris récemment par M. le prefet de la Seine d'augmenter les gages des employés secondaires;

» Qu'enfin la même sollicitude avait motive l'ordre de faire chaque jour une fournee de pain de soupe, sous les yeux d'un inspecteur.

» Nous sommes invités aujourd'hui à declarer :

» Que la taxe dont il a eté parle n'a jamais existe;

» Qu'aucune exaction de ce genre n'a ete reprochée aux employés des hospices;

» Que si des faits analogues à ceux dont on se s'est plaint ont été commis de temps à autre par des infirmiers ou gagistes des services les plus inférieurs; ces faits ont ete immédiatement signalés par les medecins, constatés par les employés, reprimes par les administrateurs, et suivis du renvoi des coupables;

» Que, sur la demande du conseil des hospices, le conseil municipal a voté un credit annuel de 30,000 fr. pour augmenter le salaire des plus bas emplois, à dater du 1[er] janvier 1838;

» Que les mesures relatives au pain de soupe ont été prescrites par arrêté du conseil-général des hospices, en date du 14 juin 1820. »

— L'Academie des sciences et belles-lettres de Toulouse propose le sujet suivant pour l'annee 1839 : « En admettant les progrès apportes par l'anatomie pathologique dans l'étude de la guérison des maladies en général, determiner les avantages que les médecins peuvent en retirer dans le diagnostic, le pronostic et le traitement des affections proprement appelées nerveuses. »

Le prix sera une medaille d'or de la valeur de 500 fr.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

PARIS. — IMPRIMERIE ÉVERAT ET COMPAGNIE, RUE DU CADRAN, N° 16.

N° 28 (TOME IV. — 1836.) SAMEDI 9 JUILLET 1836.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La Gazette médicale de Paris (*Gazette de santé* et *Clinique des hôpitaux* réunies) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et équivaut à 6 feuilles in-8°. Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois. Pour l'Étranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Poissonnière*, n° 5, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

PATHOLOGIE EXTERNE.

MÉMOIRE SUR LA DÉTERMINATION DES DIVERSES ESPÈCES DE LUXATIONS DE LA ROTULE, LEURS SIGNES ET LEUR TRAITEMENT ; par J.-F. Malgaigne, professeur agrégé à la Faculté de Paris, chirurgien du bureau central.

Lorsqu'on recherche dans les auteurs anciens ou modernes l'origine des doctrines assez généralement admises aujourd'hui sur les luxations de la rotule, on est surpris de trouver entre eux un tel désaccord, et une telle disette de faits avec une telle abondance d'opinions. La plupart semblent avoir écrit au hasard et seulement pour ne pas laisser leur cadre incomplet ; aucun ne s'est soucié ni de démontrer ses assertions, ni de combattre celles des autres, et l'on peut dire avec vérité que l'état de la science sur ce point est encore un chaos.

Galien est le seul auteur de l'antiquité qui parle de la rotule comme pouvant se déplacer ; encore le peu de mots qu'il en dit n'ont trait qu'à la luxation en haut (1). Une autre sorte de luxation paraît avoir été connue des Arabes; on trouve en effet dans Hali-Abbas, copié par Avicenne et par tous les arabistes, quelques mots sur la réduction d'un déplacement de la rotule, qui devait avoir eu lieu sur l'un des côtés. Rien de plus jusqu'à A. Paré, inventeur de cette classification toute mathématique, des luxations *en dedans*, *en dehors*, *au-dessus*, *au-dessous*. Les luxations au-dessus et au-dessous ont été depuis tantôt niées, tantôt admises ; mais du moins ces expressions indiquaient-elles assez le siége que devait occuper la rotule. Il n'en est pas de même des luxations latérales. Quelques-uns, comme Verduc, en nient la possibilité; d'autres, avec Platner, semblent à peine accorder qu'elles puissent avoir lieu sans luxation du tibia lui-même; Heister les admet, mais sans les décrire; J. L. Petit, le premier chez qui j'en ai trouvé une description, ne trait sous ce nom que des luxations incomplètes ; et la première mention des luxations complètes ne se rencontre que dans le mémoire de Valentin, le seul travail jusque là qui s'appuie du moins sur quelques faits. Depuis cette époque, (1772) la confusion n'est guère moins grande ; B. Bell admet des luxations en dehors et en dedans, complètes et incomplètes, sans dire en quoi elles consistent ; Léveillé qui essaie de les décrire, donne aux luxations complètes une symptomatologie purement imaginaire ; Boyer les regarde comme extrêmement rares, et sir A. Cooper ne paraît pas les connaître. Une autre espèce de luxation dite *verticale*, admise par quelques-uns, est rejetée par la plupart et par Boyer lui-même. Dans cette incertitude des mots et des choses, quelle foi peut-on ajouter à des assertions aussi contradictoires que celles-ci, par exemple : La luxation en dehors est plus commune que la luxation en dedans ; la luxation en dedans est plus commune que la luxation en dehors ? De quelle luxation s'agit-il d'abord, complète ou incomplète ? La même question pourrait être faite à propos du traitement.

La source de tant d'incohérences et d'obscurité se trouve dans la rareté de cette luxation même. Aucun de ceux qui en parlent ne paraît en avoir observé jusqu'au milieu du 18e siècle. Le premier cas de luxation en dehors qui fut noté à l'Hôtel-Dieu de Paris, ne remonte guère qu'à

(1) J'ai cependant trouvé dans le traité *de Fasciis* la description d'un bandage appelé *Testudo*, avec trois planches, et qui *convient*, dit l'auteur, *à la rotule, de quelque manière qu'elle se soit jetée hors de sa place*. (Vid. Vidius, p. 464).

Feuilleton.

EXTRAIT DU JUGEMENT RENDU CONTRE LE RÉDACTEUR EN CHEF DE LA GAZETTE MÉDICALE, PAR LE TRIBUNAL CIVIL DE PREMIÈRE INSTANCE DE LA SEINE.

Nos abonnés savent que nous avons été condamné à insérer dans la Gazette médicale le jugement rendu contre nous. Nous regrettons d'être obligés de leur faire subir une lecture aussi peu amusante. Cependant, pour leur instruction et pour celle de tous ceux qui, comme nous, ignoreraient la différence qu'ont apportée les progrès de la législation entre l'ancien procès en *calomnie* et le procès moderne en *diffamation*, nous avons accompagné les dispositions du jugement de moyens d'éclaircissemens propres à en faire apprécier cette différence. Anciennement un homme n'était condamné que pour calomnie, c'est-à-dire pour des imputations reconnues fausses : aujourd'hui on le condamne pour des imputations vraies ou fausses dont elle refuse d'admettre la preuve.

TEXTE DU JUGEMENT.

a Entre le sieur Jules Hossard, orthopédiste, demeurant à Angers, département de Maine-et-Loire, actuellement domicilié à Paris, rue des Batailles, n. 21;

Et le sieur Jules Guerin, docteur en médecine, directeur de la Gazette médicale, demeurant à Paris, rue Poissonnière, n. 5;

Inculpé d'injures et de diffamation en raison des articles publiés dans la Gazette médicale des 19 septembre 1835, 6 février 1836, 13 février 1836, et 27 février 1836 ; ainsi qu'il résulte de l'assignation à lui donnée par exploit de Lemarchand, huissier, sous la date du 11 mars 1836.

A l'audience du 22 avril 1836, les débats contradictoirement engagés, Me Paillard de Villeneuve, avocat du sieur Hossard, expose les faits de la plainte et les développe.

b Maître Odilon-Barrot, avocat de J. Guerin, demande l'audition des témoins

OBSERVATIONS.

a Le tribunal en donnant à M. Hossard le titre d'orthopédiste, semble avoir oublié que l'orthopédie étant une branche de l'art chirurgical, nul ne peut légalement prendre cette qualité, s'il n'est docteur en médecine ou officier de santé. Si cette usurpation était permise, il s'en suivrait que le premier venu pourrait pratiquer la médecine, en s'intitulant accoucheur, lithotomiste, oculiste, etc .. Dans la loi qu'on nous promet sur l'organisation de la médecine, on devra aviser à cet abus.

b On verra plus loin que cette demande a été rejetée.

1771. Boyer, dans le cours de sa longue pratique, n'a vu en tout qu'un cas de luxation incomplète; sir A. Cooper ne cite également qu'un seul fait qu'il ait observé lui-même, et Dupuytren, qui avait bien voulu me permettre de puiser dans sa riche collection d'observations, ne possédait que deux exemples de luxations de la rotule. Enfin Munteggia, le plus complet sans contredit des auteurs qui s'en sont occupés, n'avait aussi que deux observations à lui propres de luxations accidentelles de la rotule.

Dans cet état des choses, j'ai pensé qu'il ne serait pas sans intérêt et sans utilité de rassembler le plus grand nombre possible d'observations authentiques sur les luxations de la rotule, afin de dresser pour ce point, comme j'ai déjà essayé de le faire pour les luxations du poignet, une statistique de la science, et d'en faire une histoire véritablement clinique. A cet effet, j'ai fouillé les ouvrages ex professo et les recueils scientifiques; je me suis adressé aux chirurgiens les plus répandus de notre époque; enfin dans la discussion de tous ces faits, j'ai pris soin de m'éclairer de ces deux lumières de la chirurgie actuelle, l'anatomie des rapports et les expérimentations sur le cadavre. Tels sont les matériaux qui forment la base de ce mémoire.

Les luxations dont nous aurons à nous occuper offrent des variétés fort nombreuses, elles peuvent être classées ainsi :

1° Complète en dehors.
2° Complète en dedans.
3° Incomplète en dehors.
4° Incomplète en dedans.
5° Luxations de champ ou verticales.

Ajoutez enfin les prétendues luxations en haut et en bas, et les *luxations spontanées*. J'entends sous ce nom celles qui se font habituellement, sans effort pour ainsi dire; qui sont dues, selon plusieurs auteurs à une conformation particulière de l'articulation, et, selon moi, uniquement à l'alongement anormal des ligamens. Elles sont aussi de plusieurs espèces et offrent des variétés analogues à celles des luxations accidentelles; mais comme les causes et le traitement les en séparent, je me réserve d'en tracer l'histoire dans un travail spécial (1).

I. Anatomie de l'articulation rotulienne.

L'articulation de la rotule avec le fémur ne ressemble à aucune autre articulation régulière du corps humain. Développée au milieu d'un tendon large et épais, la rotule est maintenue en place en bas par la terminaison de ce tendon même, en haut par une réunion de muscles qui y aboutissent; sur les côtés seulement on retrouve des tissus analogues aux ligamens proprement dits. Ces diverses parties offrent à l'étude quelques circonstances intéressantes et n'ont pas été suffisamment appréciées; nous nous y arrêterons un moment.

La rotule est un os à peu près triangulaire, à sommet inférieur; sa face interne est seule articulaire; encore n'est elle pas tout entière encroûtée de cartilage, comme on le sait. Cette surface articulaire mesurée sur onze sujets adultes, m'a donné, terme moyen, quinze lignes de hauteur, et vingt à vingt-une lignes de largeur. Mais j'ai trouvé une singulière inexactitude dans la description qu'en donnent les auteurs. Tous s'accordent à dire qu'elle est partagée en deux parties par une élévation qui descend du bord supérieur de l'os vers son angle inférieur; mais si l'on en croit Sabatier et Boyer, la facette externe est plus large et plus profonde que l'interne; « par rapport à l'élévation et à la largeur plus considérable du bord externe de la poulie cartilagineuse du fémur. » M. H. Cloquet, au contraire, donne à la facette interne plus d'étendue et de profondeur, « pour s'accommoder à la disposition de la partie articulaire du condyle correspondant. » Ces deux assertions, bien qu'opposées, supposent au moins que les deux facettes sont concaves; et Meckel l'exprime aussi formellement. J'ai donc été très-surpris de ne trouver qu'une seule fois sur plus de 30 sujets cette double concavité. Elle existe à peu près constamment pour la facette externe; mais la facette interne est elle-même le plus ordinairement divisée en deux autres par une saillie verticale qui en parcourt toute la longueur. De là résultent à vrai dire trois facettes rotuliennes, dont la moyenne seule appuie directement sur la poulie cartilagineuse du fémur, les deux autres s'en écartant plus ou moins. La facette interne surtout s'écarte tellement dans l'extension et même dans la flexion modérée de la surface du fémur, que le bord interne de la rotule en est relevé de plusieurs lignes. A ne considérer que les deux facettes admises par les auteurs, l'interne serait donc plus large que l'autre; je lui ai trouvé en général un pouce de largeur, tandis que l'externe n'a guères que 8 à 9 lignes.

La surface articulaire du fémur n'est pas moins intéressante à considérer. Il s'en faut de beaucoup d'abord qu'elle soit aussi limitée que la portion revêtue du cartilage diarthrodial. Ainsi la synoviale remonte à deux pouces au-dessus de cette portion cartilagineuse, et s'étend sur les côtés jusqu'à la saillie des tubérosités du fémur, savoir : à 21 lignes en dedans, et 18 lignes en dehors des limites du cartilage. A ne prendre même comme portion réellement articulaire que celle avec laquelle la rotule est en contact, nous trouverons que quand la jambe est dans l'extension complète, la rotule ne repose pas, comme on le croit généralement, sur la poulie cartilagineuse; elle s'élève de beaucoup au-dessus, et n'est plus en contact avec les condyles proprement dits que dans une étendue de quatre lignes en dedans et de neuf lignes en dehors. Elle est donc presque entièrement couchée sur une espèce de gouttière verticale creusée sur la face antérieure du fémur, et que j'appellerai le *creux sus-condylien*. On l'aperçoit très bien sur un os sec; il est assez large, un peu plus profond que la poulie articulaire, et parsemé de trous béans assez volumineux qui communiquent avec les cellules osseuses. Mais sur un os frais, il est tapissé par une couche de tissu adipeux que recouvre la synoviale. C'est sur ce creux que, dans l'extension forcée, s'applique presque toute la face articulaire de la rotule.

Nous avons vu que la portion cartilagineuse du condyle externe monte environ 5 lignes plus haut sur la face antérieure du fémur que la portion correspondante du condyle interne. Celui-ci fait aussi en avant une saillie bien moins sensible que l'autre; et cette circonstance, jointe à l'élévation du bord interne de la rotule, peut servir à expliquer

(1) Je crois devoir mentionner ici un fait général que j'ai communiqué à M. Malgaigne il y a déjà plusieurs mois, relatif aux luxations spontanées de la rotule, dont M. Malgaigne, à cette époque, regardait l'existence comme impossible. J'ai observé que la déviation des genoux en dedans, portée à un haut degré, est fréquemment accompagnée de luxation de la rotule en dehors. Je possède plusieurs plâtres et plusieurs pièces anatomiques où cette luxation est évidente.

(*Note du rédacteur en chef.*)

---

pour *prouver les faits qu'il impute à Hossard.* Me Paillard de Villeneuve s'oppose à l'audition des témoins. M. le procureur du roi s'en rapporte à la prudence du tribunal.

Le tribunal, après en avoir délibéré conformément à la loi, statuant sur la demande de Guérin :

cAttendu que Guerin demande à faire entendre un témoin dont l'audition *tendrait à établir que Hossard, pour prouver l'efficacité de son système, aurait mutilé plusieurs personnes qu'il aurait ensuite guéries*;

dAttendu qu'aux termes de l'article 20 de la loi du 26 mai 1819, *nul ne peut être admis à prouver la vérité des faits de diffamation par lui imputés*;

c Telle était en effet notre intention. Seulement il faut remarquer que le jugement emploie ici des expressions un peu trop hyperboliques pour caractériser notre imputation. Nous n'avons jamais parlé de *mutilations*. Les faits dont il s'agissait n'étaient pas d'une nature aussi grave. Nous n'avons jamais cru, ni dit, que M. Hossard eût *mutilé* des malades pour les guérir ensuite. On verra plus loin dans le jugement même le véritable sens de notre allégation que nous rétablirions ici si la loi le permettait; mais nous avons peur des procès.

d Toute notre affaire est contenue dans ces deux paragraphes. Dès l'instant où il nous a été interdit de *prouver*, il est

e Déclare que le témoin ne sera pas entendu; ordonne qu'il sera passé outre.

A l'audience du 29 avril 1836, Me Odilon-Barrot, avocat, plaide pour Guérin.

M. le procureur du roi résume les faits de la cause, et prend les conclusions suivantes :

fAttendu que les faits estimés diffamatoires par le plaignant *ont pu être allégués* par Guérin dans l'opinion de leur réalité; qu'il s'agissait d'une *discussion scientifique* sur laquelle la publicité était appelée par le plaignant lui-même; Qu'ils étaient nécessaires pour combat-

évident que nous étions condamnés. Dès cette première décision il n'a plus été question de savoir si M. Jules Guérin avait dit *vrai* ou *faux*, mais s'il avait dit telles ou telles choses, ce qui n'a pas été difficile à constater. Cette interdiction équivalait à peu près à l'interdiction de la défense. Cet article 20 de la loi du 26 mai 1819, a été sans doute inventé pour une bonne fin, mais on ne peut nier qu'il ne soit susceptible d'applications bien absurdes.

f Ces deux premiers considérans du réquisitoire de M. le procureur du roi présentaient la question sous son véritable point de vue; il est rigoureusement vrai que pour discuter *scientifiquement* le système orthopédique de M. Hossard, il était nécessaire de discuter les faits

pourquoi les chocs extérieurs qui heurtent de ce côté agissent sur la rotule avec plus de puissance, et produisent des déplacemens plus fréquens et plus étendus.

La poulie articulaire qui divise les deux condyles est extrêmement lisse et polie, peu profonde d'ailleurs ; quant à sa largeur, au-dessous du creux sus-condylien, on trouve d'un condyle à l'autre seulement 21 lignes, ce qui est aussi la largeur de la rotule. C'est sur cette portion du fémur que la rotule appuie quand la jambe est au tiers de sa flexion, comme lorsqu'on est à cheval les pieds sur les étriers. Mais à mesure qu'on suit cette surface cartilagineuse en bas et en arrière, on la voit s'élargir en même temps que les condyles eux-mêmes ; et ceux-ci s'écartent tellement que tout-à-fait en bas, la largeur totale comprise entre les deux bords du cartilage diarthrodial atteint jusqu'à trois pouces. Cet espace ne sert pas tout entier à la rotule ; il était nécessaire pour correspondre aux condyles du tibia. La rotule n'en occupe que le milieu, lorsqu'une extrême flexion de la jambe l'entraîne en arrière ; elle enfonce alors sa facette moyenne dans la grande échancrure qui sépare les deux condyles ; et il est assez curieux de noter que sa facette interne s'applique exactement à une facette assez distincte du condyle interne du fémur, qui n'a point été aperçue jusqu'ici par les anatomistes.

Du plus haut degré d'extension au plus haut degré de flexion, la rotule ne parcourt pas moins de trois pouces de chemin. Dès que la jambe est arrivée à la demi-flexion, déjà elle est si bien enclavée dans l'échancrure intercondylienne, que les chocs extérieurs ne sauraient l'en déloger ; à mesure, au contraire, que la flexion diminue, elle revient sur des surfaces de plus en plus planes et qui offrent moins d'obstacles à ses déplacemens.

La plus grande largeur du fémur ne se trouve point encore entre les limites les plus inférieures de ses condyles ; sur leurs faces extérieures s'élèvent deux tubérosités qui donnent attache aux ligamens articulaires ; entre ces tubérosités la largeur définitive du fémur est de trois pouces quatre lignes à trois pouces six lignes ; ces mesures varient d'ailleurs un peu, comme on le présume, selon que le genou est large ou effilé.

Les faces extérieures des condyles où se voient les tubérosités, offrent une notable différence : celle du condyle externe est presque perpendiculaire lorsqu'on examine le fémur couché sur sa face postérieure ; c'est qu'en effet ce condyle s'élargit assez peu en arrière en comparaison de l'autre. Celui-ci se développant beaucoup plus, sa face extérieure est fort oblique en bas et en dedans. Il en résulte que, si dans la luxation complète en dehors, la rotule appliquée sur la face externe du condyle semble à peu près placée de champ, il n'en saurait être ainsi dans la luxation complète en dedans, où la rotule devrait garder une position oblique et même presque horizontale. Du reste, la synoviale s'étendant latéralement jusqu'à ces deux tubérosités, il en résulte un fait assez singulier dans l'histoire des luxations, c'est que, quelque complet que soit le déplacement, la rotule ne cesse jamais d'être en contact avec la synoviale.

La rotule est retenue en place par divers moyens ; elle est fixée au tibia par la continuation du tendon dans lequel elle se développe, et en partie par la capsule articulaire ; au fémur par la capsule, un ligament particulier, plus les diverses portions du triceps ; et enfin à l'os iliaque par le muscle droit antérieur.

Le tendon ou ligament rotulien, inséré comme on sait à la tubérosité tibiale, offre une longueur de 24 à 27 lignes ; et cette variation, qui est quelquefois portée beaucoup plus loin, peut servir à expliquer certains phénomènes sur lesquels nous aurons à revenir. Il est d'ailleurs fortement uni sur les côtés à la capsule articulaire.

Cette capsule, qui enveloppe toute l'articulation du genou, peut être divisée par la pensée en deux portions : l'une qui s'étend du fémur au tibia et ne sert en rien à la rotule, l'autre qui, des bords latéraux de la rotule, va se rendre à la fois au tibia, aux tubérosités du fémur et aux aponévroses de terminaison des muscles vaste interne et vaste externe, avec lesquelles elle se confond. On la trouve d'ailleurs composée de fibres qui vont dans toutes ces directions, mais tellement entrelacées et confusément mêlées, que son tissu est inextricable.

La portion qui va de la rotule au tibia n'offre rien à noter. Celle qui va de la rotule au fémur présente ceci de remarquable, que presque toutes ses attaches semblent aboutir aux tubérosités de cet os. Chaque tubérosité figure donc à peu près un centre immobile autour duquel tourne la rotule, la portion cartilagineuse des condyles figurant la circonférence. La capsule est assez longue pour permettre ce mouvement circulaire, mais trop peu pour en permettre d'autres bien étendus. Cependant, dans cette articulation comme dans toutes les autres, il y a des positions où les ligamens sont plus ou moins relâchés ; le plus grand relâchement a lieu pour ce qui concerne ceux de la rotule dans l'extension complète de la jambe ; et il est assez remarquable que la portion rotulienne de la capsule soit dans une sorte d'antagonisme à cet égard avec sa portion tibiale, qui se relâche, comme on le sait, dans la flexion. Dans l'extension donc, on peut faire exécuter quelques mouvemens latéraux à la rotule ; mais jamais, dans une articulation saine, ces mouvemens ne vont assez loin pour permettre la luxation ni complète ni incomplète. De là ce corollaire important, que dans toute luxation latérale à la rotule il doit y avoir rupture plus ou moins étendue de la capsule. Si même on examine ce qui a lieu quand, la jambe étant bien étendue et les muscles relâchés, on essaie de pousser la rotule en dehors par exemple, on verra que les deux moitiés latérales de la capsule s'opposent une résistance combinée ; la moitié interne, parce qu'elle est étendue autant qu'elle peut l'être sur le condyle interne ; la moitié externe, parce qu'elle est tendue de son côté par le bord externe de l'os, porté en avant en même temps qu'on en dehors par une espèce de bascule. Il est donc probable que les deux portions du ligament capsulaire doivent souffrir quelque lésion ; cependant la plus grande déchirure sera toujours alors pour la moitié interne.

Cette portion interne de la capsule est un peu plus étendue que l'autre, mais sans rien ajouter à la mobilité de la rotule ; cela tient en effet seulement à la plus grande distance qui sépare de cet os la tubérosité interne du fémur ; la différence est de 3 à 4 lignes.

Au-dessous de cette capsule on trouve une seconde couche de fibres ligamenteuses bien distinctes, mais rares, éparses, sans direction constante. Il faut en excepter cependant un faisceau assez fort qui, de la tubérosité fémorale externe, se rend directement au bord de la rotule. On peut le sentir sous la peau même, en cherchant, la jambe étendue, à pousser la rotule en dehors. A part la tension générale de la capsule, on

---

tre le système orthopédique de Hossard et les faits sur lesquels il s'appuie ;

g Que seulement ils auraient dû être présentés et discutés avec plus de convenance en la forme, et sans expressions injurieuses ;

Attendu que Guérin est suffisamment convaincu d'avoir, dans les n^os de son journal à la date des 19 septembre 1835, 6 février 1836 et 13 février 1836, publiés et distribués, *injurié* publiquement le sieur Hossard ;

allégués par lui, et permis par conséquent de les combattre, de les critiquer, de les juger et même de les nier. Toute critique scientifique des faits médicaux n'est possible qu'à ces conditions. M. le procureur du roi, en écartant la prévention de diffamation sur ces motifs bien simples et évidents par eux-mêmes, avait parfaitement compris la nature de l'affaire. Le tribunal, comme on va le voir, n'a pas voulu admettre cette justification, qui a pour nous d'autant plus de prix qu'elle émane du ministère public.

g Quant au plus ou moins de convenance de nos articles et au fait *d'injures*, il y aurait beaucoup à dire s'il nous était permis de parler. Nous croyons toutefois pouvoir avancer sans danger que l'accusation d'injure était si intimement liée à celle de diffamation dans la cause, qu'elle ne pouvait guère en être séparée. Nos allégations en effet ne pouvaient être injurieuses qu'autant qu'elles étaient diffamatoires. S'il ne s'agit que des *expressions*, il est vrai qu'elles auraient pu, si nous l'avions voulu, être parfois

Requiert que le sus-nommé soit condamné aux amendes, dommages et intérêts et dépens, tels que de droit.

A l'audience du 6 mai 1836, le tribunal, après avoir délibéré conformément à la loi :

h Attendu que le docteur Jules Guérin, rédacteur en chef du journal intitulé la GAZETTE MÉDICALE, a publié dans les numéros de ce journal, en date des 19 septembre 1835 et 6 février 1836, trois articles au sujet d'une ceinture orthopédique du sieur Hossard, d'Angers, sur laquelle l'Académie royale de médecine avait, dans la séance du 8 du même mois, adopté un rapport *favorable*, lu par le docteur Bricheteau, au nom de la commission qu'elle avait chargée de vé-

plus douces, moins vives, moins directes, telles enfin que nous avons coutume de les employer dans notre polémique journalière entre confrères. A l'avenir, en cas pareil, nous aurons soin de dire les choses de manière à ne pas nous brouiller avec le Code, puisque c'est là notre seul tort dans l'affaire actuelle. Nous conserverons soigneusement le *fonds* tout en modifiant la *forme*, à la manière de nos confrères en politique, auxquels l'habitude de guerroyer avec les gens du roi, a donné une grande habileté de main dans ce genre d'escrime.

h Voici un extrait de ce rapport *favorable* : « L'auteur, dit M. Bricheteau, attribue un grand nombre d'avantages à » son appareil ; la commission n'en a pas » assez observé les effets pour lui donner » ici toute la sanction désirable ; il ne » convient pas d'ailleurs à tous les cas, » etc. En résumé, sur les trois malades » présentés par M. Hossard, deux ont » paru guéris à la commission au bout » de *quatre mois* et treize jours ; le troisième *n'a pas été entièrement guéri*,

sentira comme une corde isolée tendue entre les deux points indiqués, et quelquefois assez forte pour être sensible à la vue même. Weitbrecht, Sabatier, Boyer, Meckel, M. Cloquet, ne paraissent pas avoir connu ce ligament; et je m'étais déjà empressé de démontrer cette découverte à plusieurs de mes confrères, lorsque j'ai rencontré, dans le nouveau *Traité d'anatomie* de M. Cruveilhier, quelques lignes qui m'enlèvent toute priorité à cet égard, mais qui du moins constatent d'une manière formelle l'existence de ce faisceau, qu'on peut appeler *fémoro-rotulien*.

Enfin la rotule est fixée en haut par plusieurs muscles. Le droit antérieur, inséré à l'épine iliaque inférieure, offre ceci à noter que sa direction croise pour ainsi dire en forme d'X la direction du fémur. Ainsi en bas il incline un peu du côté externe de l'os; plus haut il est à peu près couché sur la même ligne; en haut il est tout-à-fait en dedans. Cette remarque trouvera son application plus tard.

Le triceps s'attache au fémur et se divise en trois centres, dont l'externe est sans contredit le plus long, le plus épais et le plus fort. Outre cette circonstance qui explique déjà la plus grande fréquence des luxations en dehors par l'action musculaire, il en est d'autres qui tendent aussi à les favoriser. La rotule est tirée en haut spécialement par le droit antérieur qui suit à peu près l'axe de la cuisse. Or, le vaste interne, à raison de la facile inclinaison du fémur en dehors, n'agit presque que dans la direction du droit antérieur, tandis que le faisceau moyen, mais surtout le vaste externe attirent bien plus fortement la rotule en dehors à raison de leur direction oblique en bas et en dedans. Toutefois il ne faudrait pas tirer de ces données des conséquences trop précipitées; car nous verrons qu'il est des luxations de la rotule, dues à l'action musculaire, que nous sommes impuissans à expliquer.

II. LUXATION COMPLÈTE EN DEHORS.

J'ai dit que la première notion précise de la luxation complète en dehors ne remonte qu'à Valentin, qui lui assigna ce caractère bien tranché : la rotule passée à la face externe du condyle, sur laquelle elle reste appliquée comme de champ. Tous ceux qui en ont parlé depuis n'en ont pas eu la même idée; c'est ainsi que Léveillé lui donne pour symptômes : la rotule située *au-devant* du condyle externe; la face cutanée de cet os inclinée en dedans, où l'on remarque un enfoncement; le bord *externe* saillant sous la peau.» Monteggia la décrit comme Valentin; mais sir A. Cooper dit seulement que la rotule est jetée sur e condyle externe (*over*, *on* ou *upon*), ce qui ne paraît s'appliquer qu'au déplacement incomplet; son neveu, M. Bransby Cooper, enseigne aussi que la luxation est à peine jamais complète; et cette dernière variété, en tant que causée par une violence extérieure, a été récemment niée en Angleterre (1).

(1) Dans un compte-rendu des Essais de chirurgie de M. Bransby Cooper, dans le *Medical Quaterly Rewiew*, janvier 1831, le redacteur decrit d'abord la luxation incomplete comme la seule qui soit causee par une violence exterieure, puis il ajoute :

« M. B. Cooper semble à peine connaître la difference qu'il y a entre cette espèce de luxation, et une autre dans laquelle l'os est couché à plat par sa face articulaire sur le condyle externe. Cette dernière espèce est commune chez les enfans et chez les jeunes femmes, et la difficulte ici n'est pas de reduire la luxation, mais d'en prevenir l'eternelle récidive ou la permanence continue, tant il est facile de reporter l'os en dehors et en dedans. »

Cette luxation est rare à la vérité; mais elle ne l'est pas plus que toutes celles du même os, au moins à ne consulter que les faits rapportés dans les Annales de la science. Valentin en connaissait trois cas à lui seul; tandis qu'il n'avait jamais vu de luxation incomplète. Comme il n'a pas cru devoir décrire les symptômes de chaque observation, et que sa description générale manque aussi de quelques traits, nous établirons d'abord la réalité de ce déplacement sur le fait suivant, qui peut lui servir à peu près de type général.

LUXATION COMPLÈTE EN DEHORS; par M. Brée (1).

OBS I.—Le 2 juillet 1822, le nommé C*** (Guill.), chasseur à la 5e compagnie du 1er bataillon du 20e leger, d'une constitution assez robuste et ne presentant rien de particulier dans la conformation des genoux, luttait avec un de ses camarades dans sa chambre et entre deux lits. Afin d'augmenter ses moyens de résistance, il arcboutait sa jambe droite contre le bois de son lit, lorsque au même instant son adversaire lui ayant donné une vigoureuse secousse, C. éprouva une douleur très-vive dans le genou droit avec impossibilité de mouvoir la jambe. Je fus mandé sur-le-champ, et je trouvai les camarades du blessé faisant de vains efforts pour remettre en place *l'os du genou qui*, me dirent-ils, *n'était que déboîté*. La luxation était, en effet, bien évidente; le malade était couché sur son lit, la jambe *un peu fléchie* ne pouvait exécuter sur la cuisse aucun mouvement; le genou était le siége de vives douleurs, et l'on observait déjà autour de l'articulation un gonflement assez considérable, bien qu'il n'empêchât point encore d'explorer la rotule. Cet os était déjeté sur la face externe du condyle externe du fémur, de telle manière que son bord interne était devenu antérieur, que sa face antérieure était dirigée en dehors, et sa fossette articulaire externe appliquée sur la face externe du condyle externe. La rotule se trouvait ainsi placée de champ, mais le bord qui était devenu postérieur ne reposait point sur une surface aussi glissante que celle qui existe entre les deux condyles, comme dans les deux observations publiées par le docteur Cuynat.

Pour opérer la réduction, je fis coucher le blessé sur le dos et je me plaçai au côté droit de son lit. J'appliquai la paume de la main droite sous le talon du membre malade, et le bord cubital de la main gauche sur l'extrémité inférieure du fémur; j'élevai tout le membre en pressant un peu avec la main gauche afin de porter la jambe dans l'extension, et de mettre, par ce moyen, le muscle ilio-rotulien dans le plus grand relâchement possible. En même temps les quatre derniers doigts de la main gauche étant fixés sur la face interne du genou, j'allai prendre la rotule avec le pouce de la même main, et la poussant en dedans avec une force très-médiocre, elle reprit aussitôt et brusquement sa position naturelle. Ce remplacement qui fut visible pour tous les assistans, permit aussitôt au blessé de mouvoir, presque sans douleur, sa jambe dans tous les sens.

Je recommandai au malade de garder le lit, je ne crus pas devoir l'envoyer à l'hôpital ni même appliquer un bandage, et je me contentai d'entourer le genou avec un mouchoir trempé dans un mélange d'eau-de-vie et d'eau. Dès le lendemain, C., malgré ma défense, se leva, et avant 8 jours il avait repris son service.

Cette observation est remarquable sous plusieurs rapports. Le sujet n'était plus un enfant; il offrait une constitution assez robuste, et enfin ses genoux étaient régulièrement conformés. La nouvelle position de la rotule est parfaitement indiquée; mais nous noterons particulièrement cette légère flexion de la jambe, qui est un signe constant, tandis que Boyer pensait que le membre devait être dans l'extension. La solidité de la guérison démontre d'ailleurs qu'il n'y avait pas ici de relâchement des ligamens, circonstance qui, ainsi que nous le verrons, entraîne des récidives continuelles.

La cause qui a produit le déplacement n'est pas non plus sans intérêt. Boyer atteste surtout la rareté de cette luxation, parce qu'il faudrait *une violence extérieure excessive*. Dans tous les faits que nous

(1) Mém. de medecine, chir. et pharm. milit. T. 23, p. 280.

---

rifier les résultats de ce procédé orthopédique;

Que dans le premier de ces articles, intitule Lettre à M le président de l'Académie royale de medecine, le sieur Guérin annonce que l'Academie eût singulièrement modifie les conclusions de son rapport si elle avait eu connaissance des documens qu'il allait lui soumettre, declarant ne rien alleguer dont il ne donnerait les preuves les plus complètes, il articule ensuite que le sieur Hossard fit appliquer à la demoiselle Thomas Nancy un appareil du côte opposé où il devait être applique et où il avait été applique jusque là, et ce dans le but de reproduire et d augmenter instantanément la courbure qu'il s'etait efforce de redresser depuis plus d'un an; qu'il se plaignit d'abord assez ouvertement de ne pas reussir aussi completement que cela lui etait arrive en pareille circoustance; il finit neanmoins par y reussir, et que c'est dans cet etat qu'elle a eté presentee à la commission de l'Académie.

Plus loin il articule encore que Janny Guéry était parfaitement droite et ne boitait en aucune façon le 23 janvier 1835, lorsque le sieur Hossard l'avait emmenee à Paris, un mois avant d'être presentee à la commission, et qu'il lui avait fallu moins d'un mois pour procurer à cette fille une courbure unique de la colonne vertebrale de 17 lignes, et un raccourcissement du membre droit de plusieurs pouces;

i Que dans le second article, intitule : Lettre médicale sur Paris, le sieur Guérin, après avoir rappele le rapport du 8 septembre, dont les conclusions étaient en faveur du procede orthopedique du sieur Hossard, expliquant qu'il entendait par Crispinus l'orthopediste angevin, Continue en ces termes :

« Mais ce Crispinus, direz-vous, n'est » ce pas le même homme sur lequel, dans » les séances des 17 et 22 fevrier 1835... » retentissaient les mots d'*impudence*, » d'*indignité*, de *charlatanisme*, *jon-* » *gleries*... Comment a-t-il pu se pré- » senter devant une compagnie d'hounê- » tes gens, qui doivent naturellement mé- » et la commission ne *peut pas d'ail-* » *leurs affirmer* jusqu'à quel point les » deux autres guerisons *seront dura-* » *bles*. »

On ne peut, sans être taxé d'un aveugle scepticisme, douter quelque peu des avantages d'un procede thérapeutique, justifie seulement par *trois* faits dont l'un est positivement eliminé comme non-concluant, et les deux autres indirectement invalides par la commission elle-même. On verra plus loin l'histoire definitive de ces trois faits.

Pour montrer à nos lecteurs jusqu'à quel point nos prétentions etaient fondees à cet égard, nous renvoyons au rapport de M. Cruveilhier cité plus loin

Sur le troisième fait relatif à Janny Guerry, nous laisserons aussi parler l'Académie. (Voir ci après.)

i Nous ne pouvons nier que ces passages sont fidèlement extraits des numeros de la GAZETTE MÉDICALE cites par le jugement. Si nous les transcrivons ici, M. H. voudra bien se souvenir que nous y sommes condamnés, nous n'aurions certainement pas la témerité de répéter des plaisanteries qui coûtent si cher.

connaissons la violence n'a rien en d'extraordinaire ; et les causes de la luxation complète ne diffèrent nullement de celles du déplacement incomplet ; c'est en général une chute sur le genou ou un choc sur la partie interne de la rotule. Celle que nous verrons le plus fréquemment agir consiste dans la rencontre des genoux de deux cavaliers courant en sens contraire Enfin ce ne sont pas seulement les chocs extérieurs qui peuvent luxer la rotule tout-à-fait en dehors ; et le cas suivant offre un exemple, unique à la vérité, d'une luxation complète par un effort musculaire.

LUXATION COMPLÈTE EN DEHORS PAR L'ACTION MUSCULAIRE; par M. CHRÉTIEN (1).

OBS. II. Le 12 juillet 1817, à 8 heures du matin, on vint me chercher pour visiter le nommé Bastien, fusilier à la légion de Maine-et-Loire, qui s'était, dit-on, *démanché* la jambe en faisant des armes. Arrivé à la salle d'armes un quart-d'heure après l'accident, je trouvai Bastien assis sur le sol, ayant la jambe droite étendue, la gauche à demi-fléchie, croisant la première et reposant sur elle. Il maintenait le membre malade dans cette position avec les deux mains ; la droite était placée à la partie inférieure de la jambe, la gauche sur le genou qu'elle pressait afin de diminuer la douleur très-vive qui s'y faisait sentir, et dont la physionomie présentait l'expression. Ayant relevé son pantalon, Bastien me montra son genou gauche que le déplacement complet en dehors de la rotule rendait excessivement difforme. La saillie considérable que faisait cet os placé à la partie antérieure de la tubérosité du condyle externe du fémur ; l'enfoncement que l'on remarquait à sa place ordinaire et au milieu duquel se distinguait la poulie articulaire, ces faits, dis-je, ajoutés au récit du malade qui m'apprit qu'au moment où il voulut étendre la jambe qui se trouvait légèrement fléchie, afin de corriger une position que le maître d'armes trouvait mauvaise il entendit un bruit dans son genou, y ressentit en même temps une douleur si vive qu'elle entraîna sa chute, suffisaient pour m'éclairer sur le diagnostic de la maladie, de manière à rendre pour le chirurgien toute méprise impossible.

Craignant de rencontrer beaucoup de difficultés pour obtenir la réduction, je voulus faire transporter le malade sur un lit ; mais la douleur était si forte qu'elle rendait le moindre mouvement impossible. Je tentai et opérai aussitôt la réduction de la manière suivante :

Saisissant de la main gauche la partie inférieure de la jambe correspondante à la maladie, je la ramenai doucement à l'extension, non sans augmenter beaucoup la douleur, et continuai de la lever jusqu'à une moyenne flexion de la cuisse sur le bassin. Cette manœuvre relâcha un peu les muscles ilio-rotulien et trifémoro-rotulien, et spécialement la partie interne de celui-ci. Portant alors la main droite sur le côté externe du genou, de sorte que sa paume répondît au bord externe de la rotule devenu postérieur par le déplacement, je poussai celle-ci d'abord en avant, ensuite en dedans. Un bruit qui a été entendu du malade et de plusieurs spectateurs, la grande diminution de la douleur, la conformation ordinaire du genou, le rétablissement des mouvemens d'extension et de flexion, annoncèrent la réduction obtenue contre mon attente à la première tentative.

Des compresses trempées dans un mélange d'alcool et d'eau furent appliquées et maintenues sur le genou par quelques tours de bande. Le malade transporté sur son lit fut envoyé deux heures après à l'hôpital civil et militaire d'Arras, où la légion était en garnison ; il en est sorti au bout de 10 à 12 jours sans avoir éprouvé d'accidens ; car on ne peut donner ce nom au gonflement médiocre qui fut la suite inévitable de la distension éprouvée par les parties.

« Je crois devoir ajouter, continue M. Chrétien, quelques détails sur l'état dans lequel se trouvait Bastien à l'époque de la luxation et sur celui qu'il présente aujourd'hui (1820). Cet homme, âgé de 22 ans lors de son accident, d'une constitution faible, offrait des signes de cette disposition qu'on appelle scrophuleuse, tels qu'une extrême blancheur de la peau, une flaccidité considérable des chairs, et un léger engorgement des glandes lymphatiques inguinales. Le régime militaire a favorisé le développement de ses forces au point qu'on le reconnaîtrait à peine ; de son état de faiblesse générale, il ne lui reste d'autre trace qu'une infiltration séreuse du tissu cellulaire qui environne le ligament inférieur de la rotule du côté gauche. La compression de cette partie donne lieu à un bruit analogue à celui de la crépitation, lequel doit être rapporté, je crois, au déplacement du liquide. Les grands mouvemens d'extension et de flexion de la jambe sur la cuisse font entendre un craquement en tout semblable à celui qui se passe dans l'articulation métacarpo-phalangienne des doigts, lorsque les ligamens qui y correspondent éprouvent une extension suffisante. Quoique les deux genoux mesurés avec un ruban soient du même volume, le côté interne du genou gauche est plus saillant que celui du côté opposé ; la rotule semble aussi regarder un peu plus en dehors. Lorsque la jambe est soutenue de manière que ses muscles extenseurs soient dans le relâchement, les mouvemens de la rotule gauche, principalement ceux en dehors, ont plus d'étendue que du côté droit ; ce qui démontre l'existence d'un relâchement manifeste du ligament rotulien du côté gauche. Dans les marches forcées, le genou gauche éprouve les premiers sentimens de fatigue, qui sont toujours accompagnés de l'augmentation de l'infiltration. Bastien a été obligé d'abandonner les exercices de l'escrime ; il voulut y suppléer par ceux de la danse, auxquels il fut également forcé de renoncer, s'étant aperçu plusieurs fois qu'il était menacé de la récidive de la luxation, lorsque pliant sous lui il faisait effort pour s'enlever ou se détacher du sol. »

Nous retrouvons ici la flexion de la jambe, mais de plus un autre symptôme qui est la conséquence naturelle des déplacemens de ce genre, savoir la tension des muscles de la rotule et spécialement de la portion interne du triceps. M. Chrétien cherche à se rendre compte du premier phénomène, ainsi que de la manière dont le déplacement s'est opéré. Pour que la luxation ait lieu, dit-il, il faut qu'elle se fasse quand la jambe est fléchie, avant le retour complet de l'extension ; autrement la rotule cessant d'être pressée sur le fémur, la luxation serait impossible. Mais si la luxation se fait avant l'extension complète, la jambe doit nécessairement rester fléchie.

Cette théorie du mécanisme de la luxation dans ce cas, n'est pas bien claire ; pas plus que le fait sur lequel l'auteur l'appuie n'est bien démontré. D'après l'observation même, c'est en voulant étendre la jambe que la luxation fut produite ; et, en effet, la saillie du condyle externe en avant est si forte que l'on aurait peine à concevoir que la rotule pût la franchir par l'effet de la simple contraction des muscles.

Fournier Pescay (ibid.) donne une autre explication. « Il n'y a, dit-il, que les personnes dont les genoux sont portés en dedans et chez lesquelles le ligament rotulien est long et peu résistant, qui soient exposées à l'accident dont il s'agit. Voici quel est, dans ces cas, le mécanisme de la luxation. La rotule, pressée par l'action de ses muscles contre la surface osseuse que lui présentent les condyles du fémur, au lieu de se porter directement en haut et d'entraîner le tibia dans l'extension, glisse au contraire en dehors sur le plan incliné qui résulte de l'aplatissement du condyle externe ; elle se trouve alors privée de point d'appui, son ligament est contourné ; et ses muscles d'extenseurs qu'ils étaient deviennent fléchisseurs de la jambe, parce que la ligne de leur action ne passe plus au-devant de l'articulation, mais bien en arrière de l'axe vertical de celle-ci. » Et pour rendre compte de la rareté de ces luxations,

(1) Journal de médecine, chir. et pharm. militaires, t. 7, p. 214.

» priser tout ce qui n'est pas honnête ..
» C'est que l'orthopédiste angevin n'est
» pas fait comme un autre. »
Plus loin : « Ce personnage ne jouit
» pas d'une grande estime dans l'immense
» majorité de l'Académie. Vous savez à
» quoi vous en tenir, et l'Académie, soit
» dit en son honneur, n'a pas d'autre
» opinion que vous et moi » Cet article
finit ainsi :

j « Il faut convenir que notre orthopé-
» diste angevin est un habile homme ; car
» depuis deux ans il fait travailler sans in-
» terruption les deux plus célèbres com-
» pagnies savantes de France sur trois épi-
» nes vertébrales parfaitement droites. »

k Que le troisième article inséré dans le journal du 6 février 1836, et ayant pour titre Lettre à M. Husson, contient les passages suivans : « Admis (M. Hossard)
» je ne sais pourquoi, à démontrer son
» prétendu talent devant l'Académie,
» allègue des faits qu'il sait être faux :
» convaincu de mensonge par une décla-
» ration en forme, il s'autorise de l'acte
» qui le flétrit comme d'une approbation
» éclatante de l'Académie. Accusé de
» nouveau pour ce fait, il falsifie ses
» prospectus pour se justifier ; quand
» cette falsification est découverte, il se-
» coue tranquillement la boue qu'il a
» ramassée sur son chemin et revient im-
» pudemment demander à l'Académie de
» nouveaux certificats de charlatanisme.
» Tel est l'homme à la ceinture ; tel est
» son métier. »
Plus loin : « Toujours est-il que la
» personne de votre protégé est univer-
» sellement appréciée comme elle le mé-
» rite dans le sein de l'Académie, tous
» désavouent cet homme ; tous le repous-
» sent : d'où vous vient un si vif intérêt
» pour un personnage pareil ?... Votre
» protégé ne peut rencontrer ses émules
» que sur les places publiques, etc... »

l Attendu qu'une nouvelle commission nommée par l'Académie de médecine, après avoir pris connaissance des documens fournis par les sieurs Guérin et Hossard, et avoir pesé sur tous les renseignemens adressés à l'Académie en réponse à sa lettre officielle par les pro-

j Nous croyons qu'il y a injure dans ce paragraphe comme dans tous les autres, puisque le jugement l'a décidé ainsi ; mais sans un arrêt de justice, nous n'en serions jamais convenus.

k On pourrait peut-être, dans ces paragraphes, regretter cet oubli des *formes* et des convenances parlementaires que nous recommandait le procureur du roi, et il avait bien raison.

l On a vu plus haut les termes de ce rapport ; nos lecteurs jugeront de leur portée. Si notre adversaire en est content, nous n'aurions guère le droit de nous en plaindre, et nous sommes d'accord.

Fournier Pescay ajoute que « cette conformation contre-nature existe rarement au degré indispensable pour que la luxation s'opère. »

Cette théorie n'a qu'un malheur, c'est qu'elle ne s'appuie pas sur les faits. Nous la retrouverons émise par d'autres autorités pour les luxations spontanées de la rotule ; et alors elle n'a pas plus de fondement. Dans l'observation citée, en supposant que la légère saillie du condyle interne ait préexisté au déplacement, elle n'était pas assurément à un si haut degré que le veut Fournier. En suivant son idée, d'ailleurs, les femmes seraient bien plus sujettes à cette luxation que les hommes ; et ceux qui ont le genou tourné en dedans, par exemple tous les sujets atteints d'une luxation iliaque du fémur congéniale ou accidentelle, ne pourraient y échapper. L'expérience ne montre pas pourtant qu'ils y soient plus sujets que les autres.

L'erreur des auteurs vient de ce qu'ils érigent en cause efficiente de la luxation ce qui n'en est tout au plus qu'une prédisposition fort légère. Sur une articulation dont les ligamens ne sont point relâchés outre mesure, ce sont eux qui opposent l'obstacle essentiel à la luxation ; pour qu'ils cèdent à une contraction musculaire, il faut supposer à celle-ci une énergie presque spasmodique ; et comme, *dans aucun cas*, quand tous les muscles d'une articulation agissent ensemble, il ne tendent à la luxer, il faut bien admettre que le spasme excite spécialement telle ou telle portion musculaire qui l'emporte alors sur les autres, et rompt le concert de mouvemens nécessaire pour la sûreté de l'articulation. Cette hypothèse est d'ailleurs pour les muscles rotuliens un fait presque démontré. Dans la rupture du tendon rotulien, c'est le droit antérieur qui a le plus agi sans doute ; dans la rupture de la capsule, indispensable, comme il a déjà été dit pour la luxation en dehors, l'effort du vaste externe aura dû être le plus puissant. Mais une aussi énergique contraction pourrait-elle se faire sans étendre la jambe ou sans rompre soit la rotule, soit son tendon, soit son ligament ? Nous ne le pensons pas. La rotule devra donc être attirée en haut et en dehors jusqu'au lieu où cesse la saillie du condyle ; elle se précipite alors à sa face externe.

(*La seconde partie au prochain numéro.*)

HOPITAUX.

Leçons cliniques de M. Ferrus sur les maladies mentales, recueillies par M. Dugast, interne à Bicêtre, et revues par l'auteur.

DE L'IDIOTIE.

Parmi les maladies mentales, il en est dont les formes sont assez difficiles à saisir pour qu'un observateur expérimenté soit exposé à commettre de fréquentes erreurs dans leur analyse ; ces difficultés n'ont point échappé à M. Ferrus, et c'est dans l'intention de les prévenir qu'il a cru devoir débuter, dans l'histoire de l'aliénation, par celle de l'idiotie. Il a pensé qu'avant d'arriver à des maladies d'une dissection plus délicate, il serait avantageux de montrer d'abord l'homme privé de l'intelligence, son apanage essentiel, et placé sur les limites extrêmes de l'humanité ; puis de s'élever d'une manière synthétique jusqu'à l'homme entouré de conditions favorables, en le mettant insensiblement en possession des facultés intellectuelles et morales qui établissent sa supériorité sur les animaux. Les matériaux ne lui ont point manqué pour combler la distance qui sépare l'idiotie de la raison. Dans cette vaste réunion d'intelligences nulles, pauvres ou perverties, il a choisi quinze à vingt sujets et les a soumis à l'observation la plus rigoureuse ; puis, les disposant avec art sur son passage, il n'a abandonné l'idiot le plus complet que pour passer à un autre un peu moins dégradé, et de là aux divers degrés de l'imbécillité, en familiarisant ainsi ses auditeurs avec toutes les nuances pratiques de l'idiotie, avant de leur en exposer la partie théorique. Nous voudrions pouvoir adopter cette marche si didactique, mais nous sommes persuadés que les avantages qu'elle présente disparaîtraient dans une analyse où tout ne peut être mis en relief, et dans laquelle il nous serait impossible de faire ressortir les nombreuses réflexions qui ont été suggérées. Nous nous bornerons donc à l'exposition théorique de l'idiotie, en ayant soin d'y rattacher quelques-unes des observations les plus intéressantes.

L'idiotie est le dernier degré de l'abrutissement de l'esprit humain : elle place l'homme dans la situation la plus défavorable pour la conservation de sa vie et la manifestation de ses besoins, en le dépouillant des facultés intellectuelles, des sentimens et même des instincts qui lui permettent de prendre rang parmi les membres de la société. L'idiot placé au milieu d'êtres civilisés, étranger à leur langage, à leurs progrès et à leurs passions les plus nobles, est uniquement soumis à quelques instincts brutaux qu'on rencontre encore chez l'homme le plus parfait, et qu'il semble n'avoir subis que pour les dominer, et prouver ainsi sa supériorité intellectuelle.

C'est donc avec raison qu'on a fait dériver le mot idiotie de ἴδιος, *privatus, solitarius*, parce que l'idiot, indifférent à tout ce qui se passe autour de lui, s'isole naturellement des autres hommes par l'imperfection de ses sens, la bizarrerie de ses mouvemens, le caractère de ses maladies, et surtout par l'absence plus ou moins complète du langage et des facultés de l'entendement.

L'idiotie est un état dans lequel les facultés intellectuelles, nulles ou presque nulles au moment de la naissance, ou bien anéanties d'une manière plus ou moins complète avant leur entier développement, n'ont jamais pu s'élever, même à l'aide de l'éducation, jusqu'au degré le plus ordinaire de l'intelligence. Cette définition permettra d'établir sur des bases solides la distinction essentielle entre l'idiotie innée et celle qui ne survient qu'après la naissance, et entre l'idiotie acquise et la démence. Dans l'idiotie innée, l'arrêt de développement des facultés a été déterminé par des causes qui ont agi durant la vie intra-utérine sur l'organisation délicate du fœtus ; dans l'idiotie acquise, les conditions de l'intelligence ont existé jusqu'au moment de l'accouchement, et n'ont été abolies que par une influence fâcheuse qui a pu s'exercer à une époque variable, depuis le moment où la matrice s'est contractée pour expulser le fœtus, jusqu'à l'époque de la puberté. Dans la démence, l'abolition des facultés effectives et morales n'a eu lieu qu'après l'époque de la puberté, lorsqu'elles étaient largement dessinées et s'avançaient dans une voie de perfection. Il serait facile de signaler des différences plus nombreuses entre l'idiotie et la démence ; mais celle qu'on

---

fesseurs de l'école secondaire de médecine et par les membres de la société de médecine d'Angers, avaient présenté, dans la séance du 9 février dernier, un second rapport adopté par l'Académie, duquel il résultait :

m 1° Que deux des malades qui avaient été les sujets du premier rapport avaient en effet séjourné, l'une, la demoiselle Thomas, pendant sept mois ; l'autre, la demoiselle Chotard, pendant près de cinq mois, dans l'établissement du sieur Hossard (à Angers), et qu'elles y avaient été traitées durant une partie de ce temps avant d'être conduites à Paris ;

n 2° Qu'aucune des pièces ne prouvait que le sieur Hossard eût employé des moyens propres à exagérer les difformités des malades présentées à la commission : elle avait en conséquence terminé son rapport en déclarant qu'il n'y avait pas lieu de refuser au sieur Hossard l'expédition qu'il réclamait du rapport du 8 septembre, avec la condition expresse que ce second rapport de la commission ferait nécessairement partie intégrante du premier ;

m Ce considérant qui confirme la vérité de deux de nos allégations sur trois, n'a pas besoin de commentaires,

n Les termes du rapport tel qu'il *fut lu* à l'Académie par M. Dubois, laissaient beaucoup d'incertitude sur cette question. Nous en citerons un autre beaucoup plus clair et beaucoup plus explicite. Ce nouveau rapport a été lu le 7 juin 1836 à l'Académie de médecine, par M. le professeur Cruveilhier, au nom d'une commission composée de 11 membres, dont 9 en ont approuvé les conclusions. Ce rapport a été provoqué par un mémoire de M. Jules Guérin, dans lequel on prouve entre autres choses : 1° qu'il est facile d'imiter jusqu'à un certain point artificiellement les déviations latérales de l'épine ; 2° que ces imitations se font reconnaître par des caractères uniformes et spéciaux même sur un plâtre moulé, sur une de ces déviations factices. Voici deux passages de ce rapport directement relatifs à cet article du jugement.

« A l'appui de son mémoire, M. Guérin nous a présenté plusieurs pièces » parmi lesquelles se trouvaient deux » plâtres... L'un a été moulé sur celui de » Victoire Villen, adressé à l'Académie » par M. Bonvier, et offrant un exemple de difformité factice de l'épine ; » *l'autre est celui de Janny Guerry*. » Votre commission n'a pu s'empêcher » de reconnaître que ces deux plâtres » offrent une ressemblance parfaite et » *appartiennent évidemment* à la même » classe de difformités, aux *difformités* » *factices*. »

Et plus loin : « M. Guérin a même si-

vient d'indiquer suffira pour caractériser deux affections que Pinel n'a point assez isolées. On aura soin de compléter le parallèle lorsqu'on fera l'histoire de la démence; alors les oppositions deviendront plus faciles à saisir, parce que d'une part on possèdera mieux le langage des affections mentales, et que d'autre part on aura sous les yeux des types de ces maladies, et qu'il sera facile de faire saillir leurs analogies et leurs dissemblances.

La classification des maladies mentales ne nous paraissant pas avoir atteint son plus haut point de perfection, nous avons pensé qu'il était nécessaire de traduire notre opinion sur l'idiotie par une rigoureuse définition, afin de ne pas réunir des individus que la nature de leur affection doit isoler dans cette étude. C'est pour avoir confondu des maladies aussi distinctes que l'idiotie, la démence, la stupidité et quelques cas de lipémanie, que des auteurs d'ailleurs recommandables sont arrivés à des statistiques erronées sur le nombre des idiots; c'est ainsi que Pinel a fait entrer les idiots en proportion, avec les autres aliénés, pour un quart, et qu'un auteur anglais, M. Halliday, exagérant encore davantage cette évaluation, a admis un idiot sur trois aliénés, et a prétendu que dans les comtés agricoles il y a un idiot sur 1340 habitans, et, dans les comtés industriels, 1 sur 2,361. Des observations nombreuses, soumises aux distinctions que nous venons de tracer, conduisent à des résultats bien différens, et nous autorisent à conclure qu'il y a en France un idiot sur 52 aliénés.

L'idiotie a été aussi divisée, d'après ses degrés, en idiotie proprement dite ou privation complète des facultés intellectuelles, et en imbécillité, dans laquelle l'intelligence se montre à l'état rudimentaire. M. Ferrus pense que cette distinction est utile en théorie, puisqu'elle permet d'apprécier les deux états les plus tranchés de l'oblitération de l'intelligence, mais que des observations variées l'obligent à s'en écarter dans cette étude clinique pour analyser individuellement chacun des anneaux de la chaîne qui unit l'idiot le plus complet à l'imbécille le plus susceptible de perfectionnement. Nous regrettons de ne pouvoir suivre le professeur dans une marche si naturelle, mais qui nécessiterait des développemens considérables, et nous nous bornerons à ranger dans le même cadre les deux principales nuances de l'idiotie.

Les causes de l'idiotie sont prochaines ou éloignées; les premières consistent dans des modifications de structure, de volume, de forme, soit des centres nerveux, soit de leurs enveloppes, leur examen devant se présenter naturellement lorsque nous faisons la part de l'idiotie; nous nous bornons à les signaler ici d'une manière générale. Les causes éloignées sont moins faciles à apprécier que les précédentes, et le commémoratif des idiots reste ordinairement nul ou fort incomplet, parce que les uns sont abandonnés au moment de leur naissance ou peu de temps après, les autres sont relégués dans des maisons d'aliénés lorsqu'on a constaté l'insuffisance des moyens thérapeutiques, enfin quelques-uns, plus privilégiés, sont d'abord visités quelquefois, puis complètement oubliés. Cet abandon résulte de ce qu'on s'habitue à considérer l'idiot comme étranger à l'espèce humaine, comme une monstruosité morale qu'on peut assimiler à certaines monstruosités physiques. C'est à cette indifférence que doit être attribuée l'absence de renseignemens sur les principes de causalité qui ont pu dégrader ainsi les idiots; aussi le médecin n'avance-t-il dans leur étude qu'appuyé sur ses propres observations; et, pour remonter à la cause prochaine de leur arrêt de développement, est-il obligé de passer en revue les phénomènes qui traduisent l'état de leurs facultés intellectuelles. Les exemples ne nous manqueront pas pour appuyer ces réflexions; et parmi eux nous choisirons le suivant, qui est assez remarquable.

IDIOTIE CARACTÉRISTIQUE.

OBS. I. — Simon Gontran, âgé de 26 ans, placé à Bicêtre depuis 10 ans, a la tête volumineuse, le regard immobile, les traits grossiers et d'une expression stupide; sa taille est élevée, ses formes lourdes, sa peau est brunie par le soleil, érysipélateuse dans certains points, épaisse partout. les paupières sont chassieuses, les sclérotiques injectées, l'œil droit atteint de strabisme. L'ouïe est fine, la vision exacte; l'olfaction et le toucher sont, je crois, à l'état de repos et d'insensibilité, le goût est très-obtus, mais quelle que soit sa grossièreté, il stimule assez la sensualité de Goutrand pour qu'on ait pu constater avec quelle expression de volupté il savourait sa portion de haricots; cependant les choses très-sapides obtiennent la préférence; ainsi il mange avec délices le tabac en poudre, et poursuit les visiteurs de ses prétentions à leurs tabatières La sensibilité cutanée est obtuse; on le pince avec force sans qu'il témoigne de la douleur; la motilité est également peu marquée; il marche en trainant les pieds, sans tendance à l'équilibre. Sa tête offre dans son ensemble un mouvement rapide de latéralité, sujet à de fréquentes intermittences; il dilate en même temps ses narines et fait entendre un bruissement nazal très-prononcé. La faiblesse et la gaucherie de ses mouvemens, et surtout l'impossibilité de poursuivre un but, le rendent incapable de tout travail. Son caractère est parfois irascible; si on le contrarie, si la distribution des alimens se fait trop attendre, il frappe du pied, lance en l'air ses sabots et sa casquette, mais ne porte jamais de coups à ceux qui l'entourent. Si on l'approche, il étend la main et fait conversation à sa manière, c'est-à-dire qu'il fait entendre la syllabe *te te te te* répétée un grand nombre de fois, et l'accompagne d'un grognement qui se rapproche de celui du porc; ce bruit lui sert à exprimer toutes les modifications de son humeur, la douleur, le dépit, la satisfaction, la joie bruyante, et quand il y ajoute un large rire bien niais, on a la certitude qu'il est arrivé à l'apogée de son bonheur. Le langage de Gontrand quoique fort simple répond néanmoins à tous ses besoins, et a été adopté par les infirmiers qui, avec un *te te te te* l'avertissent qu'il est l'heure du coucher. Lorsqu'on entend Goutraud pousser durant la nuit un de ses grognemens, on est averti qu'il éprouve le besoin de rendre l'urine et les matières fécales, on lui répond dans son langage si laconique et il sort immédiatement de son lit pour satisfaire à ses besoins.

Parmi les causes qui peuvent déterminer l'idiotie, les unes agissent pendant la grossesse, d'autres durant l'accouchement, et un petit nombre dans les premières années de la vie intrâ-utérine. Celles qui exercent leur influence durant la grossesse, peuvent dépendre seulement de la mère, ou bien être communes à celle-ci et au père; les causes qui se rattachent à la mère sont les goûts dépravés, les chagrins violens, les angoisses où se trouvent de malheureuses femmes pour qui la grossesse est un déshonneur aux yeux de la société, les tentatives d'avortement, la perspective d'une profonde misère, la lutte qui s'établit alors entre le sentiment maternel et la nécessité de se séparer d'un enfant auquel on est uni par tant de liens. Ce qui prouve la valeur de ces dernières causes, c'est qu'on remarque parmi les enfans trouvés beaucoup plus d'idiots que partout ailleurs; et je ne puis croire que le défaut de soins suffise pour motiver cette différence. On ne saurait trop recommander aux femmes enceintes de porter des vêtemens larges et d'éviter toute compression du ventre par des ceintures ou des corsets trop étroits. Cette pratique, née d'un sentiment de coquetterie ou de honte, est une cause efficiente d'arrêt de développement. A cette occasion on me permettra d'élever quelque doute sur l'influence qu'on a cru devoir attribuer à la pression dans le cas de grossesse double, la différence qu'on re-

---

a:

∘ Que depuis ce second rapport le docteur Jules Guérin a publié, dans la GAZETTE MÉDICALE du 13 février, un feuilleton ayant pour titre : Conclusion de l'affaire Hossard, dans lequel se trouvaient les passages suivans : « Est-il convenable qu'une grave société, consultée sur un procédé scientifique, dise à celui qui s'en dit l'inventeur : nous approuvons votre méthode à condition

» gnalé un artifice qui, à lui seul, suffirait pour trahir la fraude; cet artifice fort ingénieux d'ailleurs, a pour but de dissimuler l'inclinaison du tronc, si considérable dans les déviations factices, en coupant obliquement de bas en haut et de gauche à droite, ou de droite à gauche, la base des plâtres destinés à représenter les déviations simulées, de telle façon que l'extrémité supérieure du tronc soit ramenée dans l'axe vertical, sans diminuer en rien l'étendue de la flèche de la courbure. *Or, le plâtre de Janny Guerry offre cette coupe oblique à un très-haut degré.* »

∘ Ce paragraphe, dont nous n'approuvons nullement les termes puisqu'ils sont déclarés injurieux, nous paraissait résulter des différentes opinions exprimées dans le sein de l'Académie.

» qu'il est bien entendu que vous êtes un charlatan à qui on ne doit aucune confiance. On a cru que l'Académie devait faire preuve d'une haute impartialité dans un débat établi entre un médecin et un homme qui ne l'était pas. Rien de plus louable, sans doute, mais il me semble que l'impartialité a été poussée trop loin quand on a préféré la parole d'un charlatan connu pour tel à celle d'un médecin honorable. On a dit, l'homme à la ceinture est un charlatan fait, mais son procédé a du bon .. » L'honorable rapporteur prévoyant l'abus qu'on pourrait faire devant le public de cette décision ambiguë, a imaginé pour le prévenir de joindre à la décision qui encourage le procédé de M. Hossard la décision qui déconsidère la personne : l'Académie a adopté cet expédient, etc... Il est M. Hossard) le proche parent de ces pharisiens qui laissaient assez volontiers déchirer leur habit pourvu qu'ils se le fissent bien payer.

Qu'enfin le sieur Jules Guérin a publié

marque entre les jumeaux sous le rapport intellectuel m'ayant toujours paru nulle ou très-légère.

Les causes communes au père et à la mère sont la constitution scrofuleuse, l'infection syphilitique, les excès alcooliques ou vénériens, les passions violentes, soit qu'elles préexistent à la grossesse, comme cela a toujours lieu chez le père, soit qu'elle s'exercent successivement avant la grossesse ou à ses diverses époques, influence multiple qui ne peut se rencontrer que chez la mère. A ces causes on doit en ajouter une puissante, je veux parler de l'hérédité, facile à constater lorsqu'il est permis de remonter à des renseignemens exacts. Presque toujours alors on trouve dans la famille de l'idiot des exemples de maladies mentales ou d'affections nerveuses, une imagination exaltée, une intelligence faible, des cas de manie, de démence, de paralysie ou d'épilepsie. En s'élevant davantage dans la recherche des causes, on y voit quelquefois des troubles intellectuels frapper plusieurs générations, comme le prouvera l'observation suivante.

IDIOTIE HÉRÉDITAIRE.

Obs. II. — Alexandre Levasseur entra à Bicêtre le 10 mars 1836, à l'âge de 17 ans; il fut amené par son grand-père et par son père, tous deux cultivateurs, et tous deux d'une intelligence tellement obtuse qu'il devint facile de saisir la cause de la dégradation mentale qui unissait l'aïeul et le père au petit-fils et au fils. Ce ne fut qu'à l'aide de questions multipliées et reproduites sous toutes les faces qu'on parvint à savoir que Levasseur avait éprouvé à 23 mois de violentes convulsions suivies d'un arrêt dans le développement intellectuel; on apprit aussi qu'il a plusieurs parens épileptiques, et que quelques-uns ont succombé à des maladies nerveuses qui ont rapidement déterminé la mort.

Levasseur offre une constitution robuste et une taille élevée; ses membres sont bien conformés; sa tête présente des proportions convenables entre le crâne et la face; ses yeux et ses cheveux sont noirs, son front peu élevé et sillonné par des rides profondes; ses traits sont réguliers, mais immobiles. Toutes les fonctions de la vie nutritive s'exécutent normalement; mais quelques-unes placées sur les limites des deux vies présentent des caractères importans pour le diagnostic de l'état mental; ainsi Levasseur mange avec voracité et presque sans user de mastication préalable, commence par engloutir les alimens les plus sapides et ne mange son pain qu'en dernier lieu. la malpropreté la plus grande préside à son repas, il plonge ses doigts dans la portion la plus liquide de ses alimens, les porte à sa bouche et les lèche avec avidité. Malgré cette apparente gloutonnerie, on ne le voit point dérober la nourriture de ses camarades, ni convoiter du regard la portion qu'on doit lui servir. Levasseur rend partout l'urine et les matières fécales sans crainte et sans pudeur, aussi est-on obligé de l'affubler de la robe de toile destinée aux gâteurs; la malpropreté semble même faire partie de ses jouissances. Un jour qu'un drap avait été étendu pour recevoir ses excrémens, il les plaça en dehors de la surface qui lui avait été destinée. Les organes génitaux sont médiocrement développés; il ne paraît pas s'abandonner à la funeste habitude de la masturbation. La peau n'offre que très-peu de poils, la sensibilité cutanée est peu vive. Les mouvemens sont fort remarquables; dans la progression il sautille en avançant le flanc gauche et représente assez bien le balancement vertical de l'autruche, en même temps il jette derrière lui des regards obliques comme pour s'assurer qu'il n'est pas poursuivi; dans la station verticale il rapproche ses mains à la façon d'une tricoteuse de bas, ou imite le mouvement de ces malicieux enfans qui prolongent l'axe de leur nez de toute la longueur de leurs mains placées bout à bout. Le même tic se remarque lorsqu'il est assis; il y joint un balancement antéro-postérieur, et l'accompagne d'un son monotone semblable à celui qu'on obtient de l'instrument nommé guimbarde; dans les cours de la division il s'étale au soleil, s'accroupit le dos appuyé contre un mur, les jambes parallèles, les genoux collés au menton et recommence son balancement et sa musique de prédilection. Levasseur montre une grande propension à se nourrir d'herbes; quelquefois il en consomme une quantité effrayante sans en être incommodé, seulement les selles deviennent plus nombreuses et offrent le même aspect que celles des grands quadrupèdes herbivores. La vision paraît excellente, quoique la symétrie de ses organes laisse quelque chose à désirer; tous les autres organes des sensations sont bien conformés; il faut donc remonter plus haut pour expliquer l'expression stupide du regard, la faiblesse de l'ouïe, du goût, du tact et peut-être de l'odorat, et la nullité du langage; car chez Levasseur point d'articulation des sons; à la place de la parole on obtient le grondement déjà signalé, quelques temps d'un sifflement monotone et de rares intonations gutturales. Il est cependant susceptible de quelques mouvemens instinctifs nécessaires à sa conservation et se montre pusillanime; il offre aussi une lueur de sociabilité, si toutefois on peut donner ce nom à l'impulsion qui lui fait placer sa main dans celle qu'on lui présente, et s'attacher aux pas de l'infirmier qui veille sur lui. Mais on ne rencontre point ici l'intelligent instinct, ni la froide imitation de quelques animaux, il n'y a pas d'éducation possible. Non-seulement Levasseur se rapproche de la brute par son mutisme et la jouissance qu'il trouve à se nourrir d'herbes; mais encore sa malpropreté, son défaut d'imitation le ravalent au-dessous et le relèguent dans les derniers rangs de ces êtres dégradés qu'on désigne sous le nom d'idiots.

L'hérédité, envisagée comme cause de l'idiotie, réunie à l'influence des localités, nous conduit à l'examen de deux états constitutionnels remarquables, le crétinisme et l'albinie, sur lesquels nous croyons devoir nous arrêter un instant à cause de leurs rapports avec l'altération qui nous occupe.

Le *crétinisme* est une variété d'idiotie endémique dans les Alpes, les montagnes du Tyrol, de l'Écosse, etc. Les crétins ont la taille petite, les membres contrefaits, les chairs flasques, la peau cadavéreuse et sujette à des éruptions, la figure écrasée, les paupières bouffies et chassieuses, les yeux injectés et sujets aux ophthalmies, le nez épaté, la bouche béante, d'où sort une langue épaisse et visqueuse; l'occiput aplati, le front élevé, incliné brusquement à sa partie supérieure, large en bas, plane dans toute son étendue; on dirait, en voyant une tête de crétin, qu'ils ont le front développé. Un jour que M. Ferrus en témoignait son étonnement à Gall, ce dernier lui répondit : Oui, mais ils n'ont pas de front. Le célèbre physiologiste parlait ainsi parce que la hauteur et la largeur du front n'étaient pas tout pour lui et qu'il attachait une grande importance au développement antérieur. Les crétins portent un goître volumineux qui, exerçant une traction prolongée sur la mâchoire inférieure par l'intermédiaire des muscles sous-hyoïdiens, peut servir à expliquer l'allongement de cette dernière. Fort enclins à la masturbation et très-adonnés à l'amour charnel, ils s'y abandonnent soit avec les crétines qui sont fort laides et ont des mamelles volumineuses et flasques, soit avec les autres femmes qui n'osaient pas autrefois s'opposer à leur lubricité à cause de la vénération stupide dont ils étaient l'objet. De là résultaient une propagation plus marquée du crétinisme et un développement plus considérable des organes génitaux. D'une apathie excessive, il passent leur vie dans l'oisiveté, sans conscience du présent et sans inquiétude de l'avenir, et présentent toutes les nuances de l'idiotie observée chez les individus non crétins.

Fodéré, dans une excellente monographie du crétinisme, a signalé l'influence de l'hérédité sur sa production, et parfaitement distingué toutes les modifications auxquelles elle était soumise. A l'époque où il écrivait, le Valais n'avait point encore été civilisé par l'occupation française, et les habitans constituaient deux classes, l'une pauvre renfermant les crétins les plus complets, l'autre riche et orgueilleuse qui ne puisait ses alliances que dans son propre sein, et offrait des crétins qui étaient aux précédens ce que l'imbécille est à l'idiot. Cette perpétuité de génération offrait des conditions curieuses : Fodéré prétend qu'elle venait plus particulièrement du père que de la mère.

---

dans la GAZETTE MÉDICALE du 27 février, un article intitulé *variété*, dans lequel on lit la phrase suivante : « Comme » on le voit, nous voilà bien loin de ces » guérisons suspectes commencées de » longue main à Angers et dont une » seule, la plus douteuse, a pu être achevée à Paris. »

p Attendu que ces divers passages extraits de lettres insérées dans la GAZETTE MÉDICALE, et d'articles du même journal, lesquels ne sont pas des comptes-rendus des séances de l'Académie de médecine, et ne pouvaient être considérés comme tels, sont injurieux et diffamatoires envers le sieur Hossard; que le sieur Guérin n'a pu s'autoriser pour les publier des débats qui ont eu lieu dans les séances publiques de cette Académie sur le procédé orthopédique du sieur Hossard; qu'ainsi leur publication constitue les délits d'injure et de diffamation prévus par les articles 13, 18 et 19 de la loi du 17 mai 1819, faisant application desdits articles dont il a été donné lecture par le président;

p Nous ne faisons sur ce dernier *considérant* qu'une réflexion, c'est que le tribunal a admis la prévention de diffamation qui avait été formellement écartée par le ministère public.

Condamne Guérin à deux cents francs d'amende.

Statuant sur les conclusions de la partie civile:

Attendu que ces délits ont porté préjudice au sieur Hossard, et qu'il lui est dû réparation;

Attendu que le mémoire imprimé, qui a été produit au procès par le docteur Guérin, et qui a pour titre : Mémoire explicatif et justificatif, contient des imputations injurieuses et diffamatoires contre le sieur Hossard;

q Condamne par corps le sieur Guérin à lui payer, à titre de dommages et intérêts, la somme de deux mille francs;

Fixe à un an le temps pendant lequel la contrainte par corps pourra être exercée, en exécution des articles 40 et 7 de la loi du 17 avril 1832;

Ordonne la suppression du mémoire de Guérin, l'insertion par extrait du jugement dans la GAZETTE MÉDICALE, et en outre dans deux journaux de la capitale et dans deux journaux du département de Maine-et-Loire, au choix du

q Nous avons remis cette somme à l'huissier de M. Hossard.

L'hérédité ne doit pas être considérée comme la cause unique du crétinisme : d'autres élémens d'étiologie ont été soulevés par Fodéré, de Saussure, le docteur Bailly et M. de Rambuteau : nous ne signalerons avec eux que les causes auxquelles nos propres observations nous donnent le droit d'attacher quelque importance. Le séjour dans des gorges profondes, humides, mal aérées, où la chaleur est excessive à cause de la réflexion des rayons solaires par les montagnes qui encadrent les vallées, le défaut d'hygiène, la malpropreté, la mauvaise nourriture, le libertinage, telles sont les autres causes du crétinisme.

C'est à tort qu'on a appelé les crétins du Valais crétins des montagnes, puisqu'ils naissent et se développent sans exception dans les vallées; je n'en ai rencontré aucun dans les Hautes-Alpes, ce qui diminue la part attribuée aux eaux calcaires dans la production du crétinisme.

Les crétins du Valais sont aujourd'hui moins nombreux, grâce aux progrès de la civilisation. Depuis que le Valais a été assaini et aéré, qu'on y a percé des routes, que les mœurs des habitans sont devenues plus pures et leur vie plus active, et qu'il y a eu de nombreuses émigrations de la plaine à la montagne et de la montagne à la plaine, on a pu se convaincre de la valeur des causes qu'on assignait à sa production. Le sort des crétins a été également amelioré; ils ne sont plus l'objet d'une sorte de vénération; on cherche à combattre leur apathie à l'aide du travail, et on a pu constater que ce moyen avait les meilleurs résultats, et que s'il n'extirpait pas complètement le crétinisme, il rendait du moins ses victimes plus rares et moins dégradées.

L'albinie, que je vais maintenant examiner, est une cause d'idiotie où l'influence des localités et de l'hérédité est moins manifeste, mais où elle se prononce encore d'une manière suffisante. On donne ce nom à une anomalie organique dont le caractère essentiel consiste dans l'absence de la matière colorante de la peau et des cheveux, et du pigmentum de la choroïde. L'existence des albinos a été signalée à une époque fort reculée : on en a rencontré chez toutes les nations du globe; les Espagnols en trouvèrent dans les jardins de Montézuma, où ils faisaient partie de la collection des animaux rares; ils ont été observés en plus grand nombre sous le ciel brûlant de l'Afrique, ce qui a fait dire à quelques voyageurs qu'il y avait des peuplades d'Albinos, opinion erronée adoptée par Voltaire. Dans toutes les contrées de l'Europe, on en rencontre quelques cas sporadiques qui servent quelquefois à spéculer sur la curiosité. Bicêtre renferme maintenant deux albinos, l'un nommé Roche, entré à Bicêtre en 1795, à l'âge de 9 ans et demi, et sur lequel on reviendra à l'occasion du traitement de l'idiotie; l'autre encore en bas âge, dont l'observation fournira un ensemble exact et frappant des symptômes de l'albinie unie à l'imbécillité.

ALBINIE.

OBS. III. — Jean Toussain; âgé de 8 ans, fut placé à Bicêtre le 12 décembre 1835. Son père est très-brun, sa mère a les cheveux chatains et la peau mediocrement blanche; elle a eu un frere albinos, et de 7 enfans qu'elle a mis au monde, deux offraient la même organisation; l'un qui fait le sujet de cette observation et qui etait le plus jeune de toute la famille, l'autre qui en etait l'aîné et qui mourut de convulsions à un âge peu avance, ainsi que les cinq enfans qui naquirent après lui. Ce jeune albinos est de petite taille; sa tête offre un volume mediocre, son crâne est petit, ses cheveux doux, soyeux, plats, et d'un blanc argenté et brillant. Les sourcils et les cils offrent la même couleur, un duvet fin et blanc revêt certains points du corps; la peau est partout d'une blancheur eblouissante, et parcourue par des lignes azurées qui indiquent le trajet des veines superficielles. La figure est empreinte de bonhomie et de gentillesse, les yeux vacillent constamment durant le jour, et les paupières, ordinairement rapprochées, sont agitées d'un clignotement qui cesse avec le jour; les pupilles ne présentent pas les oscillations prolongees que les auteurs ont signalées; seulement leur circonférence tremblotte et s'agrandit d'abord lorsque les yeux sont exposés à une lumière intense, puis reste dans l'etat du repos. Les pupilles sont d'un rouge noirâtre, autour d'elles existe une auréole jaunâtre à la petite circonference de l'iris, cette dernière est bleuâtre, mais non pas d'un bleu sans mélange; il y a, en même temps, une légère teinte rosee. La tête se balance constamment sur les épaules, et en même temps les mains se portent dans tous les sens comme pour saisir un corps qui voltige et fuit devant elles. Toussaint ressemble alors à un enfant qui joue à Colin-Maillard. Un rayon de soleil vient-il à frapper quelque partie de la chambre qu'il habite, il tourne autour du point lumineux en poussant des cris perçans. Tous les sens sont bien developpés excepté celui de la vue; celle-ci est très-faible et soumise à des modifications nombreuses sous l'influence de rayons lumineux d'une intensité différente; lorsque le temps est obscur, on peut maintenir les paupières relevées sans provoquer une vive souffrance; mais si le soleil est élevé sur l'horizon et éclatant, on détermine une sensation pénible, mais qui cependant ne s'accompagne pas de larmoiement, comme d'autres auteurs assurent l'avoir observé. On a essayé de lui apprendre à lire, mais soit défaut d'éducabilité, soit insuffisance de vision, il se contente de fixer les yeux sur les lettres sans proférer aucune parole; des essais de cette nature ont été tentés à diverses heures de la journée pour constater si la vision est moins imparfaite lorsque la lumière est moins intense, ils n'ont conduit à aucune remarque d'une grande certitude. Malgré l'imperfection de sa vue, cet albinos marche seul dans les cours de la division, et si on lui présente la main, il l'entrevoit et y place la sienne. Toussaint est gourmand, capricieux, volontaire, et irascible, il urine habituellement dans ses vêtemens, et cependant rend proprement les fèces; un jour qu'il avait souillé complètement ses hauts-de-chausses, on le menaça d'une correction, il comprit très-bien la leçon, promit de ne pas recommencer et a tenu parole. Lorsqu'on parle à Toussaint, il ne répond que rarement, quoiqu'il comprenne les questions qu'on lui adresse; on assure qu'il est plus communicatif avec ses parens, qu'il les accueille avec les mots papa et maman, et les questionne sur quelques personnes qui ont acquis des droits à son affection.

Cette observation est intéressante sous plusieurs rapports; elle nous montre l'albinos naissant de deux individus de race blanche, et répond victorieusement au doute émis sur ce point par quelques auteurs contemporains; elle prouve aussi l'influence de l'hérédité se prononçant même à un degré éloigné de parenté; il est vrai qu'elle n'établit point l'influence des localités, mais c'est une question décidée depuis longtemps par l'affirmative; on a remarqué que l'albinie était plus fréquente dans les pays humides; aussi les albinos sont-ils très-nombreux dans l'isthme de Darien, une des contrées les plus humides du globe. Un séjour prolongé dans l'obscurité détermine la même déviation organique chez quelques animaux et dans les plantes; c'est ainsi qu'on peut expliquer le blanchiment artificiel des végétaux et l'albinie chez les souris, les lapins, etc., soustraits depuis longtemps à l'action des rayons lumineux.

Quant aux causes développées durant l'accouchement, il est moins facile d'établir leur action isolée et indépendante; on a bien dit que durant un accouchement laborieux, le crâne trop faible pour résister à des manœuvres prolongées et violentes, transmettait au cerveau la forme qui lui était imprimée, d'où résultaient des déformations qui retentissaient douloureusement sur les fonctions de l'encéphale; mais les accoucheurs ont établi sur un trop grand nombre d'observations, que trèssouvent la tête avait été malaxée sans troubles notables du système nerveux, pour qu'on doive attacher trop d'importance à ce genre de causes. Dans l'incertitude où est la science à cet égard, on doit enregistrer avec soin tous les faits et motiver son opinion dans chaque cas isolé, d'après les circonstances qui le précèdent ou l'accompagnent.

On sait que toutes les maladies qui viennent assaillir l'enfant après sa

---

plaignant, l'impression et l'affiche dudit jugement au nombre de 50 exemplaires.

Ordonne que ce jugement sera rendu public dans la même forme que les jugemens portant déclaration d'absence, le tout en execution des articles 23 de la loi du 17 mai 1819, 26 de la loi du 26 mai 1819, et 11 de la loi du 9 juin 1819;

Condamne le sieur Guérin aux frais du procès, liquidés à 1 fr. 50 c., fixés par la partie civile, ainsi qu'aux frais d'insertions dans les journaux, d'impression et d'affiche du jugement.

EXTRAIT DE L'ARRÊT RENDU PAR LA COUR ROYALE DE PARIS, CHAMBRE DES APPELS DE POLICE CORRECTIONNELLE, LE 11 JUIN 1836.

La Cour, statuant sur l'appel de Jules Guérin du jugement susdaté et enoncé,

« Considérant que les articles incriminés dans les passages enoncés au jugement dont est appel, contiennent des expressions outrageantes et des termes de mépris adressés à Hossard;

Que ces articles lui attribuent également des faits de nature à porter atteinte à son honneur et à sa reputation;

» Considerant que *quelle que pu sse être l'opinion du corps savant* saisi par les parties sur la question scientifique et les procedes dont Hossard fait usage, Guérin ne pouvait s'en prevaloir pour justifier la publicite par lui donnée aux faits reconnus injurieux et diffamatoires;

Adoptant en consequence les motifs des premiers juges, met l'appellation au neant, ordonne que ce dont est appel sortira son plein et entier effet.

« Nous n'avons jamais nié qu'il n'y eût des *termes de mépris* dans nos articles sur M. H.; tous ceux qui les ont lus en ont reçu la même impression. Il n'est pas moins evident que les faits allegués dans ces articles etaient de nature à porter atteinte à sa réputation d'orthopédiste; mais nous ne croyons pas que l'arrêt de condamnation soit une juste conséquence de ces premisses.

» Ce dernier considérant est d'une telle importance, d'une telle gravité, que tous nos confrères de la presse médicale, et en général tous ceux qui écrivent sur la medecine, ne peuvent trop le méditer. Il en resulte; 1° que toute discussion tendant à infirmer la veracité des faits scientifiques allegués pour ou contre un système ou une methode quelconque de traitement, pourra être qualifiée d'injurieuse et diffamatoire, et à ce titre être passible d'un procès correctionnel; 2° que ce delit d'injure et de diffamation subsiste, quelle que puisse être l'opinion du corps savant sur les faits mêmes. Si cette jurisprudence etait adoptée, il n'y a pas un écrit médical qui ne pût être deferé au procureur du roi.

Supposons que dans notre affaire le fait allegué par nous au sujet de Janny Guery fût demontré véritable et réel par la seule autorité compétente en pareille matière, c'est-à-dire le corps médical, il est certain, d'une part, que nous aurions rendu un véritable service à la science de plusieurs manières, 1° en demontrant par cet exemple les caractères des courbures artificielles, ce qui, entre autres avantages, pourrait éclairer certains points de médecine légale; 2° en détrompant les praticiens sur un mauvais procede de redressement qu'ils auraient pu adopter si les faits d'experience etaient réels, et qu'ils devraient rejeter, du moins jusqu'à nouvel ordre, les faits apportes en sa faveur étant faux. La science nous devrait donc des remerciemens; car la destruction d'une erreur équivaut en pratique à la decouverte d'une verité. D'un autre côté, il n'est pas moins certain qu'en demontrant la fausseté des faits, nous nuirions plus ou moins soit aux intérêts, soit à la reputation scientifique de l'orthopédiste en question; et comme il est défendu par la loi de nuire aux gens, nous resterions bien et duement condamnés à l'amende pour avoir établi une vérité scientifique. Ainsi, le même fait nous vaudrait d'un côté la réputation d'un observateur probe et zélé, le suffrage des savans et l'estime de nos confrères, et de l'autre la réputation de diffamateur et la perte de quelques mille francs.

Ce sont là des contradictions que nous ne nous chargerons pas d'expliquer : il nous suffit de les exposer aux yeux du public medical.

naissance, éveillent avec force les sympathies du centre nerveux, et qu'une affection vermineuse, ou une dentition douloureuse ont souvent suffi pour faire naître des convulsions mortelles; en raisonnant du plus au moins, on peut admettre que dans certains cas les désordres n'ont point suffi à déterminer la mort, mais qu'ils ont agi avec assez d'intensité pour apporter dans les fonctions du cerveau une perturbation durable; et ainsi se trouvera expliqué l'arrêt de développement survenu après la naissance. Mais il n'est pas besoin de recourir à des explications seulement probables; nous pensons que le plus souvent il existait antérieurement une altération du cerveau, telle que tubercules, hydrocéphale, etc., transformée en cause efficiente de l'épilepsie; nous n'admettons que de rares exceptions, et parmi elles se place la déformation signalée par M. Foville comme cause de l'idiotie. Toutes les causes qui ont été signalées jusqu'ici peuvent se rapporter à l'idiotie proprement dite ou à l'imbécillité: il suffira d'établir dans l'intensité de leur action les variétés proportionnelles qu'on trouve dans l'idiotie. Pour rendre cette énumération plus complète, je voudrais pouvoir vous montrer les rapports de causalité qui unissent l'épilepsie et l'hydrocéphalie à l'idiotie; mais je préfère renvoyer à l'histoire de l'épilepsie tout ce qui a trait à cette maladie; quant à l'hydrocéphalie, les exemples sont nombreux; parmi eux nous choisirons celui d'un hydrocéphale que j'ai montré à mes précédentes cliniques, et qui a succombé il y a peu de jours; en voyant les lésions matérielles déterminées insensiblement sur le cerveau, vous comprendrez quelle est la puissante influence de l'habitude, puisqu'elle a prévenu des désordres fonctionnels plus marqués.

HYDROCÉPHALIE INTERNE; OSSIFICATION DU CERVELET; IMBÉCILLITÉ.

Obs. IV. — Charlemagne Lange, fils d'un jardinier des environs de Paris, fut remarquable dès son enfance par le volume considérable de sa tête et la faiblesse de son intelligence; son père l'ayant envoyé à l'école il ne put apprendre à lire; on fut donc obligé de borner là tous les essais d'éducation, et Lange, destiné à succéder à son père, dut consacrer tout son temps à des travaux manuels; il n'y déploya pas une plus grande aptitude, même dans les occupations les plus simples: on était obligé de le diriger pour lui faire scier du bois, remuer la terre et porter du fumier. Avec de semblables dispositions Lange dut être bien souvent exposé aux tracasserie de camarades peu indulgens, et elles ne lui manquèrent réellement pas; pour les éviter il se tint prudemment à l'écart et ne se mêla jamais à leurs querelles.

Ce fut seulement en 1824 que Lange fut placé à Bicêtre; il était alors âgé de 31 ans; sa tête offrait un volume considérable et des formes très-arrondies, sa figure était large et plate; son nez prenait sa racine très-bas; ses yeux étaient peu découverts, les paupières supérieures un peu tombantes et fortement ridées transversalement; le front était extrêmement bombé, surtout au niveau des bosses frontales; les lèvres étaient flasques, et les dents cariées; la saillie du front donnait un peu à Lange la physionomie d'un Socrate, mais contribuait aussi à lui imprimer un caractère de stupidité.

Le crâne de Lange mesuré à cette époque fournit les résultats suivans:

Grande circonférence, 23 pouces, 2 lignes.

Circonférence sincipito-mentonnière, 49 pouces, 6 lignes.

Demi-circonférence antérieure, 10 pouces, 6 lignes

Demi-circonférence supérieure longitudinale, 12 pouces, 2 lignes.

Demi-circonférence supérieure transversale, 14 pouces.

Diamètres
- antéro postérieurs, 7 pouces, 9 lignes.
- transverses
  - frontal, 4 pouces, 3 lignes.
  - transversal, 6 pouces, 3 lignes.
  - interauriculaire, 5 pouces, 5 lignes.
  - mastoïdien, 4 pouces, 6 lignes.

Hauteur du crâne, 4 pouces, 8 lignes.

Hauteur de la face, 4 pouces, 3 lignes.

Hauteur du front, 2 pouces, 9 lignes.

Angle facial droit sur la ligne médiane, obtus sur les parties latérales.

La volume considérable de cette tête et ses formes arrondies firent diagnostiquer immédiatement une collection de sérosité dans la cavité crânienne; il restait à établir si le liquide existait dans la cavité de l'arachnoïde ou dans les ventricules; on verra que les symptômes ultérieurs sont devenus les élémens d'un diagnostic confirmé par l'ouverture cadavérique.

Lange offrait une constitution éminemment scrophuleuse, il portait de nombreuses cicatrices qui entouraient la partie supérieure du col à la manière d'un chapelet; les fonctions assimilatrices s'exécutaient en général assez bien la circulation offrait seule quelques phénomènes dignes d'attention, ainsi le pouls n'avait habituellement que 55 à 60 pulsations; quelquefois il acquérait plus de fréquence, et alors coïncidait très-souvent une injection très-prononcée de la face; cette modification ne reconnaissait dans quelques cas aucune cause; dans d'autres circonstances elle se rattachait à une colère violente dans laquelle Lange entrait avec une grande facilité.

L'excrétion de l'urine et des fèces avait lieu proprement, le développement des organes génitaux était médiocre; on n'a jamais observé chez ce malade de penchant à la masturbation.

Les organes des sensations se faisaient remarquer par leur intégrité; leurs fonctions étaient assez bien conservées; jamais on n'a observé d'hallucination ni d'illusions.

Jusqu'ici les fonctions de quelques groupes organiques n'ont rien présenté de morbide; nous allons arriver aux deux phénomènes indispensables à toute vie humaine bien ordonnée, la motilité et l'intelligence; nous trouverons des troubles nombreux en harmonie avec les lésions présumées de l'encéphale.

1° *Motilité.* Les contractions musculaires étaient peu énergiques, surtout dans les membres inférieurs; cette faiblesse n'était point la conséquence d'une atrophie des muscles, qui présentaient au contraire un développement assez considérable. Dans la station verticale et assise, les membres, et surtout les supérieurs, étaient agités par des mouvemens irréguliers et indépendans de la volonté; dans la progression le malade ressemblait à un homme ivre et chancelait comme lui; mais toutefois avec un caractère particulier, ainsi il fauchait de dedans en dehors; la tête vacillait sur les épaules, toutes les fois qu'elle était dépourvue d'un point d'appui latéral. Les membres supérieurs offraient une débilité moins grande, le malade pouvait encore serrer les objets avec assez d'énergie; de temps en temps il perdait l'équilibre et tombait, mais la connaissance restait complète; on le relevait, et il ne conservait de sa chute que quelque ecchymose. Ces lésions des mouvemens n'existaient pas toujours au même degré, mais étaient au contraire sujettes à des rémissions et à des exacerbations.

Dans le décubitus latéral ou en supination les mouvemens involontaires cessaient, et Lange restait le plus souvent immobile, les paupières abaissées, et la partie inférieure de son visage cachée par les couvertures; sa figure était alors empreinte d'un caractère profond de stupidité.

La parole existait chez Lange, mais peu nette et mal articulée; il s'exprimait également avec lenteur, soit que la pensée mit beaucoup de temps à surgir, soit que les contractions des muscles nécessaires à la phonation fussent difficilement soumises à la volonté

Intellect. Le caractère de Lange était irascible, il entrait facilement dans des colères violentes, mais se calmait aisément. Familier avec les infirmiers, il leur parlait de sa jeunesse, de sa famille, avec beaucoup de netteté, mais sa mémoire offrait souvent des intermittences, et alors il avait tout oublié et ne pouvait fournir aucun renseignement. Dans l'état ordinaire il saisissait rapidement le sens des paroles qu'on prononçait devant lui, et on l'a entendu faire des reparties assez vives et assez piquantes; il montrait dans l'esprit une certaine causticité qui n'était pas dépourvue de finesse. Mais cet état n'était pas habituel à Lange, le plus souvent le moindre travail intellectuel le fatiguait; ses réponses étaient alors conçues et articulées d'une manière pénible. Il n'a jamais offert de délire, mais dans ses exacerbations ses idées devenaient en général assez incohérentes.

Au commencement de l'année 1836 Lange fut atteint de scorbut; on opposa sans aucun succès à cette affection une modification tonique; le malade succomba dans les premiers jours du mois d'avril de la même année, sans troubles plus évidens du systèmes nerveux; il conserva jusqu'à la fin le même état des facultés intellectuelles; et peu de minutes avant sa mort il échangea avec l'infirmier quelques paroles très-raisonnables.

Après sa mort la mensuration du crâne fut de nouveau pratiquée; les résultats obtenus diffèrent tellement peu de ceux qu'on a signalées sur le vivant, qu'il est inutile d'en tenir compte.

Autopsie. Les tégumens du crâne sont très-épais et offrent une grande sécheresse; le crâne est scié circulairement et avec beaucoup de précaution; cependant quelques traits de scie pénétrèrent trop profondément, et environ une once de sérosité s'écoula par l'ouverture. La voûte du crâne enlevée et la dure-mère incisée sur les côtés de la faux de manière à rabattre de chaque côté un segment de cette membrane; le cerveau apparut tremblottant en totalité comme une masse gélatineuse; à peine fut-il découvert que la sérosité s'écoula à travers la grande fente de Bichat avec une force de projection très-considérable, et l'on vit le cerveau s'affaisser insensiblement à mesure qu'il se vidait de la sérosité qui dilatait ses ventricules. On le dépouilla facilement de ses membranes et il fut séparé du cervelet par une section transversale de la protubérance annulaire; ses ventricules ouverts ou plutôt étalés par la face inférieure du cerveau, apparurent énormément dilatés et humides encore de la sérosité qui les remplissait; ils fournirent à la mensuration pour:

Le plus grand diamètre de chaque ventricule derrière le corps strié, 3 pouces, 4 lignes;

Le plus grand diamètre à la partie moyenne du corps strié, 2 pouces, 4 lignes;

Le diamètre antéro-postérieur de chaque ventricule latéral, 6 pouces, 2 lig.

Le diamètre transversal du quatrième ventricule a une étendue double de celui qu'il présente habituellement.

Les deux ventricules latéraux communiquent largement ensemble par une ouverture qui résulte de la destruction du septum lucidum; les divers organes qu'on remarque dans les cavités ventriculaires ont subi une atrophie notable; toutefois une couche médullaire de plusieurs lignes d'épaisseur sépare les ventricules des anfractuosités, dont la profondeur ne présente pas une diminution remarquable; les circonvolutions paraissent atrophiées et beaucoup plus nombreuses, sans doute à cause de leur petitesse. Rien de digne de remarque ne peut être signalé dans la coloration et la texture des diverses parties du cerveau.

Le cervelet, extrait avec le même soin, parait comme diffluent; la portion d'arachnoïde qui le revêt est soulevée par de la sérosité qui pénètre entre ses lamelles et les isole; au centre de cet organe on trouve une ossification dont le grand diamètre transversal a 20 lignes d'étendue environ; cette ossification recouverte à l'extérieur d'une couche cartilagineuse d'une demi-ligne d'épaisseur, communique d'un vermis à l'autre et se prolonge dans l'épaisseur des lobes du cervelet; elle est constituée par quatre masses de volume inégal réunies par une membrane fibreuse, articulée à la manière des articulations surnuméraires qui succèdent à nos fractures non-consolidées; lorsqu'on imprime à cette tumeur des mouvemens en sens contraire, on éprouve la sensation qu'on obtient en agissant de la même manière sur une articulation phalangienne atteinte de carie.

Comme cette ossification est sujette à de fréquens examens, la coque en partie osseuse et en partie cartilagineuse qui la revêt, se déchire en quelques points, et l'os anormal apparait rugueux comme une stalactite, jaune dans une partie, grisâtre dans une autre.

L'encéphale a offert un poids de 1205 grammes, dont:

Pour le cerveau, 1090 grammes.

Pour le cervelet, 115 grammes.

La sérosité obtenue dans les diverses parties de l'encéphale a été évaluée à 14 onces environ.

Le crâne dépouillé de ses parties molles a été l'objet d'une mensuration précise; il a fourni, 1° à l'extérieur pour:

La grande circonférence, 22 pouces;

La demi-circonférence antérieure, 11 pouces;
Le diamètre longitudinal, 7 pouces, 7 lignes;
La hauteur du coronal, 5 pouces, 1 ligne;
Les os du crâne ont une épaisseur considérable dans toutes les parties de cette boîte osseuse, mais beaucoup plus marquée au niveau des diverses fosses et du côté gauche que du côté droit (1); la suture sagittale a complètement disparu; il en est de même de l'angle supérieur de la lambdoïde; la table externe est beaucoup plus épaisse que l'interne; de la face interne de la cavité crânienne naissent de petites efflorescences éburnées du volume d'un grain d'orge, qu'on rencontre en plus grand nombre vers les fosses coronales.
2° Mensuration de la cavité crânienne.
Le diamètre vertical a 4 pouces, 5 lignes;
Le diamètre antéro-postérieur, 6 pouces, 5 lignes;
Le diamètre frontal, 3 pouces, 6 lignes;
Le diamètre transversal, 5 pouces, 5 lignes;
Le diamètre mastoïdien, 4 pouces, 4 lignes;
La grande circonférence, 18 pouces, 4 lignes;
La demi circonférence antérieure, 10 pouces;
La demi-circonférence supérieure, 8 pouces, 6 lignes.
Le canal vertébral a été ouvert et ne renfermait qu'une quantité peu considérable de sérosité; la moelle n'a rien présenté d'anormal dans son volume, sa conformation et sa texture.
Poitrine. Épanchemens dans les plèvres circonscrit par les adhérences des poumons aux parois thoraciques; poumons sains; péricarde adhérent de toutes parts au cœur.
Abdomen. Épanchement de sérosité dans le péritoine, brides filamenteuses traversant la cavité abdominale en divers sens; traces de cystite chronique; inflammation de toute la longueur du gros intestin, dont les parois sont tellement épaissies dans sa portion rectale qu'elle ne peut admettre le bout du petit doigt; dans la même région se font remarquer de nombreuses plaques couleur lie-de-vin avec ulcération de la membrane muqueuse.
Je n'insisterai pas sur les désordres d'anatomie pathologique qu'on rencontre habituellement sur les scorbutiques, l'affection des centres nerveux étant la plus importante; il me suffira de dire que la mollesse et la putridité des gencives, les ecchymoses nombreuses dans les parties molles, les épanchemens sanguins autour des extrémités osseuses existaient au plus haut degré sur le malade dont nous rapportons l'observation.

On sait que les idiots sont généralement scrophuleux, rachitiques et sujets aux maladies cutanées et à des teignes opiniâtres qui déterminent une alopécie prématurée. Ces phénomènes morbides peuvent être le résultat d'une disposition générale héréditaire, ou bien elle est la conséquence de la malpropreté dans laquelle on laisse les pauvres idiots. C'est une observation malheureusement trop vraie, que leur état d'isolement et de misère. Ces infortunés ont bien vite épuisé toute la sollicitude d'une mère et la compassion de ceux qui les entourent, et ne sachant pas même éveiller l'affection que certains animaux domestiques doivent à leur instinct, ils restent privés des soins que nécessitait leur déplorable position.

M. Ferrus, attachant une grande importance à l'état de la vie organique chez les idiots, a cru devoir soumettre un grand nombre d'entre eux à un examen comparatif des fonctions nutritives; les tableaux qu'il a obtenus sont d'une grande exactitude : voici les résultats.

La *circulation* paraît rapide chez un idiot, si l'on ne tient pas compte de son âge peu avancé; mais si on réfléchit à l'activité de la circulation dans le jeune âge, on arrivera à conclure qu'elle est faible chez l'idiot, et d'autant plus lente que l'oblitération des facultés est plus complète.

La *respiration* est lente, rare, faible, ce qui dépend de la mauvaise conformation de la cavité thoracique, des tubercules qui, se liant à leur état constitutionnel, envahissent souvent les poumons; de l'immobilité que les idiots conservent le plus fréquemment, et de l'inertie de leurs puissances musculaires. Il est inutile de suivre l'enchaînement des troubles que des conditions aussi défavorables doivent apporter dans l'hématose.

La *calorification* appréciable à l'extérieur étant liée à l'énergie des diverses fonctions de la vie, on comprend que ses degrés doivent être peu élevés; aussi la peau des idiots est-elle habituellement marbrée, violacée, leurs membres froids et leurs extrémités glaciales. On n'a point cherché à constater si la chaleur animale subit une diminution notable dans les cavités internes.

La *digestion* est douée, dans les premiers temps de la vie, d'une grande activité, ce qui permet de comprendre comment ils peuvent se nourrir impunément d'herbes et d'autres substances très-irritantes ou très-difficiles à digérer, comme Levasseur et Gontrand nous en offrent des exemples. Mais à mesure qu'ils avancent en âge, le tube intestinal, fatigué par les épreuves auxquelles il a été soumis, devient le siége d'affections rebelles à toutes les médications. Peut-être la tolérance des organes digestifs n'est-elle d'abord qu'apparente et dépend-elle de la faiblesse de l'innervation, opinion qui servirait à expliquer comment les maladies du tube intestinal sont méconnues jusqu'à ce qu'elles aient acquis une ténacité extrême, une sorte de droit de domicile.

Parmi les *secrétions*, celle du fluide salivaire mérite une mention spéciale : unie aux mucosités buccales, elle alimente la bave qui s'écoule de la bouche de plusieurs idiots, et suffit aussi aux crachottemens perpétuels que quelques-uns présentent comme tic. La sécrétion du tube intestinal est souvent aussi très-abondante dans les diarrhées dont ils sont atteints.

Enfin les *excrétions* sont le plus souvent involontaires, ce qui dépend en même temps du défaut d'appréciation morale de cet acte, de la faiblesse qui porte sur tous les systèmes, et de l'insuffisance de la sensibilité.

Si on passe de ces considérations sur les phénomènes de la vie intérieure, aux maladies dont ces appareils deviennent le siége, il devient facile de décider *à priori* quels caractères de débilité et de chronicité elles doivent revêtir; l'expérience ne tarde pas à confirmer pleinement ce qu'on n'a fait d'abord que préjuger. Un état scorbutique prolongé, une phthisie tuberculeuse, des dysentéries réelles, ne tardent pas à terminer prématurément l'existence flétrie des idiots. L'opinion de Fodéré sur la longévité des crétins nous semble donc devoir être rejetée; nous pensons que l'absence d'émotions et de travail intellectuel, loin d'être une cause de prolongation de la vie, produit un effet contraire, et qu'un exercice modéré de l'intelligence favorise l'activité de tous les appareils organiques. Quelle que soit la valeur de cette explication, la mortalité prématurée des idiots n'en est pas moins un fait incontestable.

Les organes génitaux sont fréquemment en exercice et très-développés; l'appétit vénérien se prononce à mesure qu'ils avancent en âge. Les idiots recherchent l'occasion de satisfaire leur lubricité, qui s'exerce le plus souvent solitairement; et chez les idiotes on observe quelquefois des accès de nymphomanie. Il semble que l'activité de l'appareil de la génération est en rapport inverse avec celle de l'intelligence, et qu'elle a remplacé cette dernière dans son développement progressif.

Les idiots ont le crâne généralement petit; mais quoique la microcéphalie soit fréquente parmi eux, son observation n'est pas constante; lorsque leur crâne est volumineux, cela tient presque constamment à une épaisseur considérable des os ou à la présence de la sérosité dans la cavité crânienne. Le front est peu développé et incliné en arrière; la supériorité de volume des parties postérieures du crâne est très-marquée; la face offre des dimensions considérables; les traits sont bouffis et grossiers; la physionomie stupide. Leur taille est en général peu élevée; leurs membres souvent difformes et toujours grêles, parce que les désordres cérébraux entraînent fréquemment la paralysie, la contracture et l'atrophie des membres; le système musculaire est peu prononcé, et ses contractions peu énergiques; les mouvemens sont bornés parce que les membres sont difformes, et que les instincts et les excitateurs moraux du mouvement sont nuls ou peu actifs. En voyant la sédentarité et l'immobilité dans laquelle restent quelques idiots, on a lieu de s'étonner que l'abolition de la motilité ne soit pas souvent plus marquée, et leurs articulations souvent ankylosées. Ils offrent des tics variés souvent convulsifs : Gontrau et Levasseur sont remarquables sous ce rapport; mais une observation des plus intéressantes est sans contredit celle qu'a rapportée Pinel, d'une idiote qui présentait la tête comme une brebis, avec laquelle elle se confondait par son langage, ses goûts, ses habitudes et sa conformation. La peau des idiots est ridée, terreuse, d'un rouge sombre et livide, très-épaisse surtout à la tête, et semble offrir une couche imperméable aux impressions extérieures; il est probable que sa sensibilité spéciale est assez développée pour contribuer à leur donner une idée générale des corps, mais la sensibilité générale est peu énergique; ils supportent avec une indifférence remarquable les variations de la température et des opérations douloureuses. Quelques auteurs, prenant l'observation de ce phénomène pour point de départ, ont avancé d'une manière trop générale que les idiots n'étaient pas susceptibles d'éprouver de l'effroi; on en rencontre beaucoup qui sont pusillanimes; seulement on peut remarquer qu'ils n'ont pas la conscience de la réalité et de l'étendue du danger; souvent le moindre geste menaçant les effraie, tandis qu'ils demeurent impassibles à la vue d'un grand péril. La célèbre observation du docteur Hamdorf, citée fréquemment à l'appui de l'opinion que nous combattons, ne paraît pas avoir un idiot pour objet; il s'agit d'un aliéné dont on voulut éprouver le courage en le chargeant de veiller un prétendu mort qui semblerait ensuite ressusciter. Un infirmier fut chargé du rôle de mort, et se coucha enveloppé d'un linceul. Lorsqu'il commença à faire quelques mouvemens, son gardien lui enjoignit de rester en repos; puis, voyant le fantôme se dresser, il s'empara d'une hache, d'un premier coup lui coupa un pied, et d'un second lui abattit la tête, sans

(1) On remarque que du côté droit l'os est complètement éburné dans quelques points, et que du côté opposé dans les points correspondans il offre une grande proportion de tissu spongieux.

être ému par les cris douloureux du malheureux infirmier. On ne peut s'empêcher de reconnaître qu'il y a dans la conduite de cet aliéné un enchaînement d'idées dont un véritable idiot serait incapable.

Les organes des sensations sont en général bien conformés, et parmi ceux-ci l'appareil de la vision est le plus sujet à des lésions physiques; il y a souvent strabisme, cécité, taies de la cornée; la surdité est une anomalie physiologique assez fréquente; les autres phénomènes sensitifs sont rarement abolis, mais obtus et même pervertis; c'est ainsi qu'on explique pourquoi les idiots recherchent les corps qui peuvent le plus stimuler leurs organes, pourquoi on en rencontre qui se remplissent le nez de substances irritantes, ou se déchirent les fosses nasales en y promenant des corps durs et irréguliers, ou bien trouvent une jouissance excessive à demeurer près d'un tas de fumier et à en respirer les émanations; pourquoi quelques idiots mangent de l'herbe et des matières fécales avec la même volupté que Gontran savoure du tabac en poudre; ceci me rappelle deux idiotes de la Salpétrière, dont l'une avala un jour une pinte de lait bouillant sans douleur et sans incommodité, tandis que l'autre but sans grimace une grande quantité d'alcool. Cette obtusion des sens coïncidant avec une bonne conformation de leurs organes, prouve la nécessité de l'intégrité d'un centre qui perçoive et analyse les sensations, et démontre la dépendance dans laquelle se trouvent les sens à l'égard du cerveau. La sensation n'est qu'un phénomène pour l'intelligence dont celle-ci tire partie pour se perfectionner; lorsqu'un sens est anéanti accidentellement, l'intelligence conserve le souvenir de la sensation quoique l'organe n'existe plus; lorsqu'un ou deux sens ne se sont jamais développés, l'intelligence trouve dans l'exercice fréquent de ceux qui existent les moyens de compenser la perte d'une partie de ses communications extérieures, et peut arriver, par une sage éducation, à un perfectionnement remarquable. Sans doute l'oblitération de quelques sens est un obstacle au développement de l'intelligence, et nous sommes d'autant plus portés à adopter cette opinion, que des organes nous paraissent nécessaires à la manifestation de l'intelligence qui n'est pour nous qu'un phénomène vital, soit qu'on partage les opinions de Cabanis, soit qu'on pense avec Gall que l'intelligence ne fait que s'appliquer sur le cerveau divisé en départemens, ou avec quelques autres que le cerveau doit être considéré comme une unité physiologique; mais nous croyons devoir réclamer contre l'importance exclusive que quelques philosophes ont attribuée aux sensations dans la production de la pensée, et un fait qui concourt à établir l'innéité de la pensée, c'est que dans plusieurs visites à l'établissement des sourds-muets, ou des jeunes aveugles, nous avons pu apprécier l'état intellectuel par l'étude de l'organisation. M. Itard, mieux placé que nous pour faire de semblables observations, me paraît avoir obtenu les mêmes résultats; ce médecin, à en juger par le travail qu'il a communiqué à l'Académie de médecine, a été conduit par des applications phrénologiques à la suivante: l'oblitération des facultés n'est point en rapport avec l'obtusion des sens.

M. Ferrus arrive alors à l'examen des instincts, des sentimens, et des facultés intellectuelles, et pour rendre leur appréciation plus claire et plus précise, il renferme chacun de ces groupes dans des tables comparatives qui portent sur les nombreuses observations de sa clinique; je regrette de ne pouvoir donner ici ces tableaux et suivre le professeur dans tous les développemens auxquels il a été conduit; ici, comme à l'occasion des fonctions nutritives, je me bornerai à des généralités.

1° Les *instincts* existent chez les idiots à l'état rudimentaire, ils ne savent pas se vêtir, se nourrir et se garantir des dangers et des influences extérieures; le seul instinct qu'on rencontre chez eux à un assez haut degré est celui de la propagation. L'imbécille les présente au contraire à un degré assez prononcé, il possède celui de la propriété, de la conservation et de la défense qui leur est subordonnée; il est masturbateur, timide, poltron, irascible, querelleur, avisé et voleur; cette tendance au vol deviendra l'objet d'un examen approfondi lorsqu'on arrivera à la médecine légale. Quel est le siége des instincts? M. Dubois a signalé le système ganglionnaire, son opinion me paraît devoir s'écrouler devant les nombreuses autopsies dans lesquelles le système ganglionnaire n'a rien présenté d'anormal.

2° *Sentimens.* L'idiot est imprévoyant, sans chagrin, sans haines ni affections; sans aucune idée de la divinité et de l'ame, sans conscience du bien et du mal. L'imbécille présente au contraire des rudimens plus ou moins prononcés des sentimens moraux et affectifs, et c'est par là qu'il s'éloigne des animaux d'un ordre inférieur avec lesquels l'idiot se confond encore plus par l'absence des sentimens moraux que par la faiblesse de son intelligence.

Les *facultés intellectuelles* sont nulles ou presque nulles chez l'idiot; il ne présente d'une manière tranchée aucune des abstractions de l'entendement humain; les idées sont incomplètes, la comparaison et le jugement obscurs, le raisonnement nul. Cependant quelques-uns de leurs actes paraissent raisonnés, et on hésite dans leur appréciation entre l'influence de l'habitude et l'impulsion qui résulte d'un travail intellectuel. L'intelligence de l'imbécille est d'un ordre plus élevé, mais l'attention nécessaire aux opérations psychologiques est faible et peu soutenue; cependant comme les facultés perceptives sont plus développées, il est susceptible de concevoir rapidement une ou plusieurs idées et d'opérer sur elles.

L'abolition des facultés intellectuelles entraîne nécessairement avec elle le mutisme, qu'on peut expliquer alors non par une altération isolée des centres nerveux, mais par l'absence de toute association d'idées, de toute pensée qui nécessite un interprète. A mesure qu'on s'élève vers l'imbécille on voit l'articulation des sons se constituer, puis le langage se compléter et devenir enfin intelligent. Ce n'est point sans motif que nous établissons ces distinctions: elles vous permettent de comprendre comment, parmi les idiots, les uns ne prononcent aucun mot, d'autres en réunissent un grand nombre et les articulent sans y attacher aucun sens, et enfin comment le rapport des objets avec les paroles qui les expriment, s'établit insensiblement à mesure qu'on arrive à l'homme normal; l'observation suivante se rapporte d'une manière exacte à l'une des nuances que nous venons d'établir.

IDIOTIE, MICROCÉPHALIE.

Obs. V. — Ricard d'Angely (Philias Romuald), fut placé à Bicêtre le 19 mai 1832, à l'âge de 47 ans. Depuis son entrée, il n'a été visité par aucun parent, mais en revanche les observateurs ne lui ont pas manqué et l'ont dédommagé largement de l'abandon de ses parens. L'obscurité qui règne sur la naissance de Ricard laisse un libre essor aux hypothèses; peut-être sa naissance est illégitime, peut-être sa mère possède une imagination exaltée ou a été en proie à des chagrins violens. Toutes ces hypothèses d'une valeur très-contestable, ne sont cependant pas dénuées de probabilités: comment expliquer l'origine d'un enfant inscrit sous un nom aristocratique; comment se rendre compte de la singularité de ses prénoms, Philias, Romuald, bien dignes de figurer dans les romans de Scudéri? L'incertitude des causes est assez marquée pour qu'il soit permis d'attacher quelque importance à des réflexions dont l'imagination paraît d'abord faire tous les frais.

La tête de Ricard offre une conformation singulière, elle est très-petite, étroite en avant et fuyante en arrière, son front est ridé, sa figure assez expressive, quoique les traits soient très-prononcés. Tous les organes de la vie intérieure fonctionnent d'une manière assez satisfaisante. Il rend partout sans inquiétude l'urine et les matières fécales; sa peau est épaisse et brune, celle du crâne a été dépouillée de la presque totalité des cheveux par une teigne qui existe depuis longtemps.

Ses organes génitaux sont très-développés et fréquemment en érection; on a acquis la certitude que leur volume résultait d'un fréquent exercice. Les membres sont bien conformés et cependant Ricard montre dans toutes ses actions beaucoup de gaucherie, il court d'une manière ridicule et pénible. Quoique les organes des sens soient en apparence à l'état normal, cependant les sensations sont imparfaites, le goût semble néanmoins être plus ébauché. Ricard mange avec plaisir, ses yeux brillent lorsqu'on prononce le mot pain, et on le voit stationner pendant plusieurs heures à la porte de la boulangerie pour en obtenir un léger morceau. Le désir de manger est le seul auquel Ricard soit accessible; étranger à presque tout ce qui se passe autour de lui, il regarde habituellement les objets d'une manière stupide, il sourit également à tout le monde, cependant il est des circonstances où il paraît avoir le sentiment de la valeur de ceux qui l'abordent, et si on lui dit: Ricard, tu es en bonne compagnie, il faut avoir un maintien convenable: il se redresse comme un soldat à la parade. Soit intelligence, soit habitude, il est exact à l'heure des repas et du coucher, et passe le reste de la journée à se promener dans la cour. Il est pusillanime, et témoigne de l'effroi lorsqu'on feint de vouloir pratiquer sur lui quelque opération; son caractère est doux et docile, il n'est point étranger à toute sociabilité, et lorsqu'on s'occupe de lui, sa figure porte l'empreinte de la satisfaction et de la bonhomie.

Lorsque Ricard est entré à Bicêtre, l'absence de toute opération intellectuelle était plus sensible, il ne prononçait que les mots *à mort*, *à Bicêtre*; il y a 2 ans qu'un aliéné, bon musicien, offrit de se charger de son éducation musicale, en ajoutant qu'il avait bien appris à chanter à un homme. La proposition fut acceptée, il s'empara de son bel écolier, et en peu de temps parvint, en jouant sur son violon, à faire retenir à Ricard l'air et les paroles de quelques chansons. Les leçons sont demeurées profondément gravées: Ricard chante toujours Vive Henri quatre et le Domine salvum fac regem avec beaucoup de précision, et s'exécute de très-bonne grâce; à la fin de son chant, il baisse les yeux timidement, et attend avec une expression profonde d'humilité les complimens, les gros sous, et les friandises qu'on a l'habitude de lui donner. Depuis qu'il est beau chanteur, on s'occupe davantage de lui, dans l'espérance d'améliorer encore davantage son état, il répète maintenant tous les mots qu'on prononce devant lui, mais sans les comprendre, c'est un véritable perroquet; il affectionne certains mots; à chaque instant il demande l'heure, et répond lui-même: 5 heures, le matin, à midi, la nuit; toujours il fait la même réponse. Aucun mot ne bouleverse autant son être que celui de pain; ses yeux brillent alors de plaisir en perspective et de désir, il soupire avec ardeur après ce savoureux aliment. Depuis le commencement de cette clinique, Ricard est devenu un personnage fort important, il cherche à mettre ses manières en rapport avec l'attention dont il est l'objet; il se coiffe presque avec coquetterie, et salue presque avec grâce; un idiot gracieux! Je considère Ricard comme un animal familier pour lequel on se passionne comme pour la science dont il fournit les élémens.

Cette observation montre Ricard retenant à l'aide de la musique un grand nombre de mots qui ne présentent pour lui que des notes musica-

les, répétant plusieurs phrases dont il ne connaît pas le sens; à quoi doit être attribué ce phénomène? On peut répondre qu'il a trouvé dans la musique une cause d'exaltation qui a porté spécialement sur la mémoire dont l'anéantissement était moins complet, de même qu'on voit beaucoup de personnes trouver dans l'action de modificateurs externes, une excitation momentanée qui donne plus d'énergie à leurs actes et de rapidité à leurs déterminations. On voit aussi par là que Spurzheim a eu tort de définir le langage, la faculté d'associer les signes articulés aux idées de tout genre; car cette définition n'est pas plus applicable à Ricard qu'elle ne l'est aux personnes qui répètent de longues tirades dans une langue étrangère ou ancienne qu'elles ne connaissent pas.

M. Ferrus arrive enfin à une question d'un haut intérêt, celle de constater par de minutieuses recherches si la phrénologie pourrait servir au diagnostic de l'idiotie, et contribuer à sa guérison en éclairant les points sur lesquels doivent porter les moyens d'éducabilité.

Cette dernière question lui paraissant capitale, il n'a négligé aucun moyen d'arriver à un résultat définitif; il est entré dans l'examen des faits en mettant de côté toutes ses convictions antérieures, et pour se préserver de toute partialité, il a chargé deux personnes différentes, l'une de l'examen phrénologique de vingt-un idiots ou imbécilles; l'autre de recueillir les observations pathologiques qui leur étaient relatives. M. Dumoutier auquel le premier point de cette étude était confié, a donc examiné et palpé avec soin cette multitude de têtes, sans autres élémens, que le toucher et la vue, et a dressé des tableaux dans lesquels le degré de développement de chaque organe a été fixé avec précision. De mon côté je me suis efforcé de répondre à la confiance de M. Ferrus, en analysant avec la plus grande exactitude l'état mental des mêmes sujets; et lorsque tous ces matériaux ont été recueillis, M. Ferrus s'est mis à l'œuvre, il a opposé les données phrénologiques à l'observation des instincts, des sentimens et des facultés intellectuelles; il a parcouru à son tour les crânes des idiots, pénétré dans les détails de leur vie intime, initié à ses recherches les personnes qui suivent sa clinique, et après leur avoir signalé des oppositions assez fréquentes au milieu d'un plus grand nombre de rapports exacts et favorables à la phrénologie, il a avoué avec candeur que la question n'était pas encore vidée pour lui, mais qu'il lui semblait probable que des recherches continuées avec persévérance conduiraient à des résultats plus concluans et à des applications plus heureuses sur le diagnostic et le traitement de l'idiotie.

L'anatomie pathologique de l'idiotie est riche de faits et de déductions; dans le plus grand nombre des cas on rencontre des lésions profondes et très-manifestes; ce n'est que dans de rares exceptions que les désordres trop légers ont échappé aux observateurs quelquefois trop rigoureux. Ici les variétés sont nombreuses, et l'altération n'est point soumise à l'uniformité qui s'applique assez ordinairement à chacune des maladies des autres organes. Malacarne a signalé le petit nombre des circonvolutions du cerveau et des lamelles du cervelet; Morgagni, la densité du cerveau; Willis, son petit volume, ainsi que celui des circonvolutions, le peu de profondeur des anfractuosités, et le petit nombre de filets envoyés au cœur par le plexus intercostal, qui, suivant lui, sert de conducteur aux esprits animaux du cerveau au cœur. Pinel, Gall et la plupart des observateurs modernes ont remarqué chez les idiots une petitesse excessive du crâne, une épaisseur considérable des os qui le constituent; l'atrophie du cerveau et surtout des circonvolutions, des pertes de substance considérables, des ossifications, des collections de sérosité. M. Foville a surtout insisté sur une déformation du crâne déterminée chez les enfans en bas âge par la pratique absurde de leur serrer la tête avec un bandeau. Dans la variété de l'idiotie connue sous le nom de crétinisme, Hermann a attribué ce désordre à la compression du cerveau par l'occipital. Dans le cours de cette clinique, M. Ferrus a trouvé l'occasion de faire apprécier à ses auditeurs la valeur des vices de conformation et des lésions naturelles, chez le nommé Robin, idiot et épileptique de naissance, qui succomba à la suite de nombreux accès d'épilepsie. Voici le résultat de l'examen cadavérique.

OBS. VI. — Son front était étroit et fuyant, son crâne s'éloignait peu des dimensions ordinaires; ses tégumens étaient épais, adhérens et doués d'une grande sécheresse. Le crâne offrait près de six lignes d'épaisseur à côté de l'apophyse crista-galli et de la protubérance occipitale, et 2 lignes et demie dans le point le moins épais. Le tissu compacte prédominait, la table externe était la plus épaisse, la pie-mère était soulevée et infiltrée par un liquide sanguinolent plus abondant sur les lobes antérieurs, et elle se détachait facilement de la surface vertébrale; son cerveau était atrophié dans sa totalité, mais l'atrophie portait surtout sur les circonvolutions et plus spécialement sur celles des lobes antérieurs. La substance grise était manifestement injectée; la partie du névrilème de la moëlle qui correspondait au bulbe rachidien, offrait une teinte brune foncée; on observait aussi une atrophie de la pyramide antérieure droite. Le poids de l'encéphale était de deux livres et demie environ, par conséquent inférieure à la moyenne obtenue par quelques observateurs. On voit dans cette autopsie que le cerveau a un très-petit volume, ce qui joint à la maigreur des circonvolutions, servira à expliquer la coïncidence de l'idiotie; quant à l'épilepsie et aux accidens convulsifs qui ont déterminé la mort, la suffusion séreuse, l'injection prononcée de la substance grise et l'atrophie de la pyramide antérieure droite, sont des conditions suffisantes pour expliquer les troubles qui portaient plus spécialement sur la motilité.

TRAITEMENT DE L'IDIOTIE.

Les idiots dépourvus de susceptibilité à se perfectionner, et même des instincts de conservation qui existent chez les animaux, seraient exposés à une foule de causes de mort, si la société n'avait pourvu à leurs besoins et à leur sûreté. Dans toutes les maisons d'aliénés, les idiots sont soumis à des précautions hygiéniques d'autant plus indispensables, que leur constitution se détériore avec beaucoup de facilité. On est obligé, le plus souvent, de borner à ces dernières tous les essais d'amélioration tentés en leur faveur, car il est bien difficile de provoquer par l'éducation une impulsion intellectuelle dont la base manque complètement. On a cependant retiré de grands avantages du travail manuel auquel on a soumis les idiots qui en étaient le plus susceptibles; mais nulle part cette innovation heureuse n'a produit d'effets aussi salutaires que parmi les crétins; elle a fait succéder des réglemens hygiéniques à une indulgence immorale et à des sympathies exagérées qui leur étaient aussi nuisibles qu'une indifférence cruelle, puisqu'elle faisait négliger les conditions propres à faire combattre le crétinisme. L'habitude d'un travail manuel présente aussi de nombreux avantages chez les imbécilles, parce qu'il met en action les instincts, les sentimens et les facultés intellectuelles dont ils présentent l'ébauche, et les rapproche, s'il ne les confond entièrement, avec certains ouvriers, véritables automates dont l'intelligence suffit à peine aux travaux peu compliqués qu'ils exécutent. Les chances de succès seront aussi d'autant plus marquées, qu'elles s'adresseront à des imbécilles moins avancés en âge, comme on peut facilement s'en convaincre. On a réuni à Bicêtre dix à douze idiots incomplets et imbécilles dont l'âge varie depuis trois ans jusqu'à seize; ils sont confiés à un infirmier, ancien instituteur, entré à Bicêtre pour cause d'aliénation mentale, et qui, après sa guérison, a pris du service comme infirmier. Les manières de cet homme sont à la fois douces et fermes; il les réprimande à propos, leur apprend à lire, les tient dans un état de propreté, et veille sur eux avec soin pour les empêcher de se livrer à la masturbation, qui détruirait tous les bons effets de ce traitement. Depuis qu'on a eu recours à ce système d'éducation, une grande amélioration se fait remarquer parmi eux; ils sont plus dociles, moins bruyans, plus propres, et quelques-uns connaissent déjà les lettres de l'alphabet. Roche, cet albinos scientifique dont tant d'auteurs ont parlé, est une des preuves les plus frappantes de l'influence salutaire des moyens hygiéniques. Lorsque M. Ferrus est arrivé à Bicêtre, Roche séjournait dans une loge basse, sombre et humide, dont il ne sortait pas, et où il s'abandonnait à son penchant à la masturbation, sans être retenu par la présence des infirmiers ou des visiteurs. Les opérations de l'entendement et le langage étaient alors nuls, ou presque nuls; des influences hygiéniques apportèrent insensiblement une grande amélioration dans cet état; maintenant la coloration de la peau est complètement changée dans les parties exposées à l'air libre et à la lumière, et modifiée sensiblement dans les parties recouvertes par les vêtemens. La nutrition s'effectue avec une régularité parfaite. Roche a pris de l'embonpoint, de la force et une santé florissante; son intelligence, comparée à ce qu'elle était, n'offre pas un état moins prospère; sa mémoire et ses facultés comparatives ont acquis un développement inattendu. Roche est devenu attentif; il raconte avec assez de netteté toutes les particularités de son enfance; il juge ses actions et celles des autres, témoigne de la reconnaissance pour les soins qu'on lui prodigue, est devenu propre et ne s'abandonne plus à son penchant à l'onanisme, ou du moins se cache lorsqu'il veut s'y livrer. Cette transformation remarquable est sans contredit l'argument le plus irrésistible en faveur du système d'éducation et d'hygiène dont Pinel a établi les bases, et que les médecins avides d'amélioration et ennemis de la routine se sont empressés d'adopter et d'opposer à l'état d'apathie et d'isolement dans lequel tous les idiots consumaient leur existence dégradée et flétrie.

— L'abondance des matières nous force de renvoyer au prochain numéro le compte-rendu des séances des deux Académies.

CONCOURS

POUR LA CHAIRE D'ANATOMIE.

DERNIÈRE ÉPREUVE.—THÈSES. ARGUMENTATIONS.

M. Blandin. DES DENTS.

Ce sujet vaste, quoique bien circonscrit, a fourni matière à une thèse d'environ 230 pages in-8°. Elle est divisée en deux parties, une *historique* et une *descriptive*. Dans la première, que M. Blandin divise en six périodes, il examine les progrès qu'a faits l'anatomie du système dentaire depuis les temps les plus reculés jusqu'à nos jours. La première période comprend les notions qu'avaient à ce sujet les anciens peuples avant Aristote; la deuxième, d'Aristote à Galien; la troisième, de Galien à Vésale; la quatrième, de Vésale à Harvey; la cinquième, de Harvey à Bichat, et la sixième de Bichat à nos jours. Dans cette première partie de son travail, M. Blandin se borne au rôle d'historien, et rapporte tour à tour les opinions les plus sages et en même temps les plus bizarres. Si nous avions un reproche à faire à M. Blandin, ce serait d'avoir consacré un peu trop de temps et d'espace à des choses qu'il traite lui-même d'absurdes. Cependant justice soit rendue à ce candidat; ses recherches historiques ont dû lui coûter beaucoup de peine; et s'il s'y trouve des omissions ou des choses inutiles, c'est au manque de temps qu'il faut attribuer ces légers défauts.

2° *Partie anatomique* (descriptive). Cette seconde partie est divisée en deux sections : dans la première, il considère les dents d'une manière générale, comme des *parties résistantes placées à l'entrée du canal digestif ou dans un lieu peu éloigné de cette entrée, destinées à saisir et à diviser les alimens, et quelquefois employées comme moyens d'attaque ou de défense*. Une dent est essentiellement formée de deux parties, une secrétante, le *follicule*, et une sécrétée, l'*ostéide dentaire*.

Dans la deuxième classe, M. Blandin considère les dents en particulier : 1° chez l'homme; 2° chez les animaux. Chez l'homme, il examine les dents sous le rapport :

1° De leur conformation;
2° De leur organisation;
3° De leur développement;
4° De l'importance des dents dans l'organisme;
5° Des variétés ou anomalies.

Chez les animaux, il les examine successivement dans les quatre classes de vertébrés et enfin, dans un appendice à sa thèse, il dit quelques mots sur les productions dentaires chez les animaux invertébrés. Nous regrettons de ne pouvoir suivre M. Blandin dans tous ces développemens. Sa thèse, si remarquable par le grand nombre de faits qu'elle contient, a été composée avec beaucoup d'art et d'adresse; l'argumentation n'a pu y découvrir que fort peu de points vulnérables.

Les argumentateurs se sont succédé dans l'ordre suivant : MM. Chassaignac, Bérard, Michon et Breschet.

M. Chassaignac n'argumente pas sur l'ensemble de la thèse. Vous rapportez, dit-il, sans commentaire aucun, l'expérience de Fridericus touchant la sympathie qui existe entre les dents et les oreilles. « *Baculum terra infixum, si dentibus arripias, facilius aliquem elanginquo noctu advenientem percipies*, » ce qui faisait supposer que vous-même attribuiez à une sympathie ce qui n'appartient qu'à la continuité des os maxillaires avec ceux du crâne. R. Je n'en ai été qu'historien, voyez page 168, où j'explique l'expérience de la montre serrée entre les dents. D. Dans une thèse si volumineuse, je vois avec peine que vous n'ayez consacré que trois pages seulement à la description proprement dite des dents de l'homme. Je ne me plaindrais pas si vous n'aviez fait des omissions graves. R. Montrez-moi ces omissions. D. Vous avez oublié un caractère essentiel distinguant les incisives supérieures des inférieures. Les premières sont usées par leur face postérieure, et les dernières par leur face antérieure. R. J'ai fait l'histoire des dents à leur état d'intégrité parfaite; je ne devais pas parler de leur usure. D. Vous avez pris les dents de l'homme adulte pour type de vos descriptions; or, je vous défie de me montrer une mâchoire d'adulte qui ne présente pas cette usure. D. Vous n'avez pas dit que la rangée dentaire supérieure débordait en arrière la rangée inférieure. R. Je conviens de la justesse de votre objection, mais je ne l'ai pas trouvée consignée dans les auteurs.

M. Bérard. En parlant du développement du cuspide dentaire, vous dites que, selon Hunter et M. Oudet, les incisives se développent par trois points d'ossification; or, je lis tout le contraire dans l'ouvrage de M. Oudet. R. Si M. Oudet n'admet pas ce mode de développement, il a tendance à l'admettre. D. Vous comparez la mâchoire du fœtus à celle du vieillard édenté : il y a cependant une grande différence. Celle du fœtus est presque uniquement formée par le bord alvéolaire, tandis que sur celle du vieillard ce bord n'existe plus. R. Dans le très-jeune embryon, la partie de la mâchoire qui se développe la première est le corps; le bord alvéolaire ne se développe que plus tard. D. Vous dites que la première molaire permanente fait éruption de quatre à cinq ans, tandis qu'elle ne paraît qu'à sept ans.

M. Michon. Vous traitez d'absurde le passage où Pline, parlant de l'armée de Germanicus, dit que les soldats perdirent toutes leurs dents après avoir bu, pendant deux ans, de l'eau douce d'une fontaine; je pense que ce phénomène, qu'on peut fort bien attribuer au scorbut, ne mérite pas la qualification d'absurde. R. Je n'ai été que rapporteur; j'ai inséré pêle-mêle tout ce que ces anciens auteurs renfermaient de saillant. D. Vous avez répondu tout à l'heure à notre compétiteur, M. Bérard, que le corps de la mâchoire se développait avant le bord alvéolaire; je vous défie de me le prouver : ces deux parties se développent en même temps. D. Vous dites que la troisième dentition est un signe de vigueur. Mais cette troisième dentition est une anomalie tellement rare, qu'on la regarde comme une monstruosité. Ce ne sont pas ordinairement les monstruosités que l'on regarde comme des signes de vigueur. R. Tout le monde est d'accord sur ce point que la réapparition des dents, des cheveux, des menstrues même à un âge avancé, peut être regardée comme un signe de vigueur.

M. Breschet commence par attaquer la définition adoptée par M. Blandin, définition qui est d'ailleurs celle donnée par M. Cuvier, et qui est conçue en ces termes : « Les dents sont des instrumens mécaniques plus durs que les os, placés dans les animaux vertébrés à l'entrée du canal alimentaire, pour saisir et diviser les substances nutritives, ou pour servir de moyens d'attaque ou de défense. »

1° Tout instrument est mécanique.

2° Les dents de l'orycterope sont moins dures que les os.

3° « Pour saisir et diviser. » Beaucoup de dents ne servent qu'à empêcher la proie de s'échapper de la bouche, comme chez beaucoup de poissons et de reptiles, où les d nts sont pointues et dirigées en arrière, comme chez les boas, etc. R. J'ai eu soin de dire que ma définition n'était pas rigoureusement exacte, mais qu'à défaut d'une meilleure j'avais adopté celle de Cuvier.

Vous dites « Eustachi et Fallope, ces habiles correcteurs des illusions de Vésale » Vésale n'était pas un homme à illusions, c'était un des plus grands anatomistes de son temps. R. Vésale a pu commettre des erreurs et ces erreurs ont été corrigées par Eustachi et par Fallope.

M. Chassaignac, argumenté par MM. Bérard, Michon, Breschet et Laurent.

TEXTURE ET DÉVELOPPEMENT DES ORGANES DE LA CIRCULATION SANGUINE.

La thèse de M. Chassaignac a 225 pages in-8°; mais l'auteur n'ayant pu la livrer au moment de l'expiration du terme de rigueur, que jusqu'à la page 152 inclusivement, le reste a été considéré comme non avenu. Le travail de M. Chassaignac est divisé en deux parties. Dans la première il traite de la *structure* et dans la deuxième du *développement* des organes de la circulation sanguine.

1re partie. Dans un premier chapitre, espèce d'introduction, il se livre à quelques considérations générales sur l'ensemble de son sujet. Il regarde les vaisseaux comme des cylindres membraneux, plus ou moins réguliers, composés de plusieurs couches, généralement au nombre de trois, les unes contribuant à leur résistance et les autres au mouvement des liquides, ou plutôt toutes les membranes contribuent à la solidité du vaisseau; mais par quelques-unes de leurs propriétés elles contribuent au mouvement des liquides.

Après ces considérations générales, M. Chassaignac fait successivement l'histoire très-détaillée de chacune des parties qui entrent dans son sujet. Il commence par l'histoire du cœur, dont il décrit successivement toutes les parties, leur structure, leurs connexions, arrive à l'histoire des artères et des veines, dont il examine également les différentes parties, *vasa vasorum*, nerfs, vaisseaux lymphatiques, (couche faite à démontrer entre la tunique interne et moyenne des artères), mais qui ne l'a pas encore été dans les veines), et enfin le système capillaire dont M. Chassaignac admet trois variétés principales :

1° Vaisseaux à parois indépendantes, constituant un réseau qui, sans aucune interruption de paroi s vasculaires, sans aucune solution de continuité, établit la communication des artères aux veines.

2° Espèces de lacunes creusées dans l'épaisseur des organes, tapissées ou *non* par la membrane interne du système vasculaire, et qui sont des sortes de diverticules dans lesquels le sang peut stagner comme dans les aréoles d'une éponge.

3° Enfin des trajets *qui n'existent pas d'une manière permanente*, mais que se crée une molécule qui, arrivée par le système artériel, retourne par le système veineux. Ces deux dernières, et surtout la dernière espèce, nous paraissent au moins difficiles à comprendre.

Dans la 2e partie, M. Chassaignac suit la même marche que dans la première, commençant par le cœur et finissant par les vaisseaux. Cette partie n'ayant pas été soumise à l'argumentation, nous ne ferons que l'indiquer ici.

ARGUMENTATION.

M. Bérard. Votre thèse est incomplète de droit, mais en fait elle est complète. Les argumentations ne peuvent porter que sur la partie de votre thèse livrée lors de l'expiration du délai qu'on nous avait accordé, si l'on vous fait un reproche d'omission, vous pouvez dire que le sujet omis se retrouve dans la partie non argumentable de votre thèse. R. Je suis prêt à répondre sur la totalité de ma thèse. D. Vous dites que c'est la tunique externe des artères qui occasionne leurs flexuosités, tandis que ces flexuosités sont occasionnées par la gaine celluleuse commune des vaisseaux. R. Je pense qu'il est impossible qu'une gaîne celluleuse d'une aussi petite densité puisse occasionner ces flexuosités, tandis que la tunique externe proprement dite des artères, plus dense, est beaucoup plus en état d'imprimer à ces vaisseaux un changement de direction.

D. Vous affirmez, pag. 140, que la tunique fibreuse élastique ne naît pas du cœur; j'ai nombre de fois disséqué l'origine de l'aorte, et j'ai constamment trouvé une continuité parfaite entre les systèmes fibreux du cœur et la tunique moyenne des artères. J'ai d'ailleurs pour moi le témoignage de Béclard. R. Je suis fâché d'avoir à me prononcer contre l'autorité de Béclard; mais la continuité des fibres de l'aorte avec les trois prolongemens festonnés du bourrelet ventriculo-aortique se fait au moyen d'un tissu fibreux très-distinct. D. En parlant de la tunique moyenne des artères, vous ne dites pas que cette tunique est d'autant plus épaisse proportionnellement, que l'artère est plus petite. R. Je conviens que c'est une omission.

D. Vous dites que la membrane interne des différens systèmes sanguins présente des propriétés qui varient comme la nature du sang qu'ils charrient. Je prétends que c'est la direction du cours du sang et non la nature du liquide qui détermine ces différences. R. Effectivement il y a une certaine différence de structure entre la tunique interne du système aortique et celle de l'artère pulmonaire et une ressemblance entre celles des veines pulmonaires et celles des ramifications de l'aorte; c'est à des différences de texture, de couleur, etc., et non à des valvules que j'ai entendu faire allusion.

M. Michon. Vous dites que la tunique interne des vaisseaux n'est ni extensible ni élastique; mais comment alors expliquerez-vous la présence de cette tunique dans certains anévrismes? R. Toutes les fois qu'il y a anévrisme, il y a rupture de la tunique interne. D. Dans l'anévrisme vrai primitif, il y a dilatation simultanée des trois tuniques de l'artère. R. Cette espèce d'anévrisme n'est pas généralement admise. D. D'après les faits que possède aujourd'hui la science, il est impossible de les rejeter.

D. Je ne trouve en aucun endroit de votre thèse l'histoire du développement des vaisseaux dans les cicatrices. B. Je n'avais pas à traiter des organes de la circulation sanguine pathologiquement.

M. Breschet. Votre thèse est incomplète sous plusieurs rapports; vous avez entièrement omis l'anatomie comparée; vous n'avez pas signalé une foule de dispositions particulières très-remarquables qu'offre le système vasculaire, comme par exemple celle des artères hélicènes dans les corps caverneux, découverte dans ces derniers temps par M. Muller de Berlin, et à l'aide desquelles on explique parfaitement le phénomène de l'érection; vous n'avez pas parlé de la disposition des veines du rachis, des canaux veineux des os, des vaisseaux, des intestins, etc. B. Votre argumentation se compose de plusieurs chefs auxquels je vais répondre successivement. 1° Quant à l'anatomie comparée, je vous dirai qu'on a mis au concours une chaire d'anatomie humaine et non d'anatomie comparée. D. Vous aviez à traiter une question de structure et de développement; or, il est impossible qu'on fasse aujourd'hui l'histoire de l'évolution des tissus à moins d'appeler à son secours les lumières de l'anatomie comparée. R. La seconde partie de votre argumentation est relative à certaines dispositions du système vasculaire, je répondrai que j'avais à traiter de la texture et du développement des vaisseaux et non de sa distribution, laquelle rentre entièrement dans le domaine de l'anatomie descriptive. D. Les dispositions particulières, lorsqu'elles déterminent une fonction organique, comme celle des artères hélicènes qui produisent l'érection, sont essentiellement du ressort de l'anatomie générale.

Vous considérez la membrane interne des vaisseaux comme absolument inorganique, comme une espèce d'enduit. Or, vous devez savoir que cette membrane est organisée, qu'elle a des vaisseaux, qu'elle sécrète une humeur onctueuse propre à favoriser le cours du sang. B. Je n'ai pas dit que cette membrane fût absolument inorganique, seulement je maintiens qu'elle ne contient pas de vaisseaux.

D. Vous considérez la membrane moyenne des veines comme entièrement fibreuse, tandis qu'on y a trouvé, dans ces derniers temps, des fibres de nature musculaire; même chez l'homme elle jouit d'une certaine contractilité qu'on peut facilement provoquer à l'aide du galvanisme.

D. Vous avez dit que dans différentes parties du système capillaire, le tissu de la rate, par exemple, le sang n'est plus contenu dans des canaux, mais épanché dans les tissus; vous avez dit même à un endroit de votre thèse, que dans certaines parties du corps le sang est logé dans des espèces de lagunes *tapissées ou non* par la membrane interne des vaisseaux. Jamais, dans l'état normal, le sang n'abandonne les vaisseaux; partout où on l'a pu observer on l'a vu constamment logé dans des canaux.

M. Laurent. Un sujet de l'importance du vôtre, méritait une définition que je ne trouve nulle part dans votre thèse. R. Je n'attache pas une aussi grande importance que vous à une définition. Les personnes qui liront ma thèse la comprendront tout aussi bien qu'avec une définition. D. La partie la plus intéressante de votre sujet, celle qui traite du développement, se trouvant hors de cause, je regrette de ne pouvoir vous argumenter là-dessus; cependant vous parlez (p. 93) du *punctum saliens*; pourriez-vous me dire ce que vous entendez par *punctum saliens?* B. Je ne suis pas ici à un examen d'anatomie. M. Laurent reproduit en outre quelques objections des précédens argumentateurs, à propos de l'anatomie comparée, de la structure des vaisseaux capillaires. Nous regrettons que la discussion qui s'est établie entre MM. Laurent et Chassaignac, soit quelquefois sortie des bornes de la modération.

M. Bérard. (Argumentateurs MM. Michon, Breschet, Laurent et Lebaudy.)

TEXTURE ET DÉVELOPPEMENT DES POUMONS.

La thèse de M. Bérard a 132 pages in-8° : elle est divisée en deux chapitres consacrés, le premier à la texture du poumon, et le deuxième à son développement. Avant d'entrer dans les détails de l'exposition des différentes parties qui constituent les poumons, ce candidat croit devoir examiner ces organes dans les différentes classes d'animaux. Dans les animaux supérieurs, dit-il, ceux qui vivent dans l'air présentent un organe de respiration disposé comme un sac rentré à l'intérieur du corps, et communiquant à sa surface par un canal plus ou moins long. Ceux qui vivent dans l'eau offrent les organes respiratoires placés à la superficie du corps, consistant en des franges membraneuses qui n'interceptent plus de cavités circonscrites. On donne le nom de poumons aux organes de la première espèce, et celui de branchies à ceux de la deuxième. La première espèce est la seule dont M. Bérard ait eu à s'occuper. Voici les caractères assignés par ce candidat aux poumons des animaux vertébrés.

1° Les cavités qui reçoivent l'air forment un sac unique ou multiloculaire.

2° Les parois de ce sac sont tapissées à l'intérieur par une membrane muqueuse.

3° Cette membrane est doublée à l'extérieur par une autre qui appartient à la classe des membranes fibreuses élastiques.

4° Des vaisseaux extrêmement nombreux se répandent dans l'épaisseur de ces parois en s'y ramifiant à l'infini.

5° Des nerfs fournis principalement par le pneumo-gastrique, se rendent au poumon et se terminent plutôt dans les conduits aériens et vasculaires qu'à la surface même des sacs pulmonaires.

6° Les sacs dans lesquels l'air pénètre, communiquent à l'extérieur à l'aide de conduits plus ou moins ramifiés et allongés, qui, par un canal unique, se terminent à l'arrière-gorge de l'animal.

7° Enfin, dans quelques classes, les sacs pulmonaires sont nettement limités par une membrane séreuse dont une lame est appliquée à leur surface extérieure.

Après ces idées générales, M. Bérard examine le poumon dans les différens animaux, et arrive à l'histoire des poumons chez l'homme, dont il examine successivement les différentes parties élémentaires,

Le manque d'espace ne nous permet pas de suivre M. Bérard dans tous ses détails; il nous suffira de dire que, sauf quelques légères erreurs ou omissions qu'il faut sans doute attribuer à la précipitation qu'il a dû mettre à la rédaction, cette partie de sa thèse est le résumé le plus complet que la science possède sur la structure de l'organe respiratoire.

La deuxième partie de sa thèse, celle qui traite du développement des poumons, est moins étendue que la précédente. Dans cette partie, M. Bérard s'occupe non-seulement du développement des poumons chez l'embryon, mais encore des modifications que cet organe subit par suite des progrès de l'âge.

ARGUMENTATION.

M. Michon, après quelques observations sur l'ensemble de la thèse, dont M. Michon ainsi que les autres candidats s'accordent à faire l'éloge, lui reproche quelques erreurs et quelques omissions. Ainsi, dit-il, page 30, en parlant des veines pulmonaires, vous vous contentez de dire qu'elles font suite aux artères, sans indiquer les rapports qu'elles affectent avec ces artères. Vous savez que les branches veineuses suivent un trajet différent de celui des branches artérielles et des ramifications bronchiques; et ce n'est que dans les gros troncs, près de la racine des poumons, que les troncs veineux rencontrent les troncs artériels. Vous dites que les veines bronchiques s'ouvrent dans la veine cave supérieure, tandis que ces veines s'abouchent dans la veine azygos. R. Les desinences de ces veines sont variables; tantôt elles se versent dans la veine cave inférieure, tantôt dans la veine cave supérieure, et quelquefois dans l'azygos. Vous prenez pour disposition régulière ce qui n'est qu'une variété. M. Michon : Parcourez les ouvrages d'anatomie les plus modernes, examinez vous-même ces veines, et vous ne les verrez jamais s'aboucher dans les veines caves. D. Vous dites (page 32), en parlant de la structure des veines pulmonaires, qu'elles ne diffèrent point, sous ce rapport, du système veineux général. Cependant il y a continuité de membranes, et la tunique interne surtout offre la même structure que celle des artères. R. Mes recherches à ce sujet ne m'ont pas montré de différence d'avec le système veineux général. D. Bichat a déjà constaté cette différence. En parlant des fibres charnues de la trachée-artère, vous dites qu'on peut les suivre jusqu'à l'extrémité des bronches : qu'est-ce que vous entendez par extrémité des bronches? R. L'endroit où elles se terminent en cul-de-sac dans les vésicules bronchiques. D. Il est impossible de suivre les ramifications bronchiques jusque dans les lobules. Comment se fait-il que vous ayez constaté les fibres charnues jusqu'à l'extrémité des lobules? B. Par extrémité des bronches j'ai voulu dire l'endroit où elles cessent d'avoir des parois cartilagineuses.

M. Breschet. Vous dites p. 11, que, chez les oiseaux, les cerceaux cartilagineux sont généralement complets dans la trachée. Ce n'est pas *généralement*, mais *toujours* qu'il fallait dire. L'intégrité de ces anneaux est indispensable à cause de la disposition particulière de leurs organes vocaux.

Partant de cette théorie, M. Breschet dit que la portion de trachée comprise entre les deux larynx doit offrir partout le même diamètre. M. Bérard, qui n'avait rien à répliquer à la première objection, répond à cette dernière en citant un passage de Cuvier où ce naturaliste parle des renflemens que présente la trachée dans quelques palmipèdes.

D. Vous traitez (p. 76), Reisseisen d'anatomiste allemand, tandis que cet auteur est né à Strasbourg, qu'il a toujours habité cette ville et qu'il y est mort. La France n'est pas déjà trop riche en anatomistes transcendans, pour que vous dotiez l'Allemagne de ce nom célèbre; vous deviez au moins connaître la patrie d'un auteur que vous êtes obligé de citer à chaque instant dans votre thèse, d'autant plus que cet auteur est votre compatriote.

D. En parlant du développement des poumons, vous ne tenez aucun compte des travaux postérieurs à ceux de Haller, Meckel, Fleischman, etc., quoique ces travaux contiennent une foule de découvertes nouvelles et du plus grand intérêt. R. Je n'ai pas cru devoir m'occuper des prétendues découvertes faites dans ces derniers temps par des anatomistes allemands, parceque leurs travaux n'offrent pas le degré d'authenticité convenable. D. Les travaux dont je vous parle ont été faits et constatés par les plus grands anatomistes de l'Allemagne, Baer, Rathke, Muller, Jacobson, Burdach, Valentin, etc.; ainsi vous dites, (p. 110), « J'aurais aussi à m'expliquer sur les *branchies* dont on a voulu doter l'embryon des mammifères, mais ce serait une digression dans ma thèse. » En consultant ces auteurs modernes, vous n'auriez pas dit la même chose, vous auriez vu que ces branchies jouent un grand rôle dans le développement des poumons. Supposons même que ces branchies existent, je ne devrais pas en parler, parceque j'avais à traiter des poumons et non des branchies. D. Vous aviez à traiter du développement des poumons, conséquemment vous ne deviez pas négliger un organe qui leur sert de base. Si vous aviez consulté ces auteurs, vous auriez vu qu'au 3e jour de l'inoculation, il se développe au-devant de l'œsophage et en communication avec le vaisseau branchial inférieur un petit tubercule, et ce tubercule est le poumon. R. Rien ne me prouve que ce tubercule soit le poumon, d'autant plus que, suivant le grand Haller, cet organe est d'abord placé au-dessous du cœur, tandis que celui dont vous me parlez se trouve placé au-dessus. D. La transposition de l'organe pulmonaire se fait à une époque postérieure à celle dont j'ai parlé, ce qui prouve que le tubercule en question est le poumon, c'est que bientôt on le voit descendre dans la poitrine et abandonner l'œsophage auquel il ne tient plus que par un filament blanchâtre, canaliculé, qui n'est autre chose que la trachée-artère. Celle-ci se développe par un seul filament et non pas par deux moitiés latérales qui se rapprochent.

M. Laurent ne trouve pas que la définition des poumons, adoptée par M. Bérard, soit applicable à tous les animaux. Il aurait préféré qu'on appelât les poumons *canal intestinal aérien*. R. Je n'ai pas eu à traiter des organes respiratoires en général; je n'ai eu à faire que l'histoire des poumons, et je soutiens que ma définition est applicable à tous les poumons. Le reste de l'argumentation de M. Laurent nous a paru offrir peu d'intérêt; et la faiblesse de l'organe de ce candidat ne nous a pas permis de comprendre ses objections.

M. Lebaudy revient encore à la définition adoptée par M. Bérard et dit que celle de Carus valait mieux, parcequ'elle est applicable à tous les animaux. R. J'avais à traiter des poumons de l'homme, et je maintiens que ma définition est bonne. D. Vous attribuez (p. 47) à l'élasticité du tissu fibreux des poumons, le retrait qu'ils éprouvent lorsqu'on ouvre la cavité thoracique; mais je prétends que ce phénomène est dû à la différence de densité entre l'air extérieur et celui qui est contenu dans les vésicules pulmonaires. R. Sur le cadavre, la glotte est ouverte et l'air renfermé dans les poumons communique librement avec l'atmosphère, donc la pression est la même.

M. Michon (argumenté par MM. Breschet, Laurent, Lebaudy et Broc).

TEXTURE ET DÉVELOPPEMENT DE L'ENCÉPHALE ET DE LA MOELLE ÉPINIÈRE.

La thèse de M. Michon n'a que 58 pages in-4°. Le sujet échu à ce candidat est, sans contredit, le plus difficile du concours. En effet, les recherches anatomiques au milieu de la pulpe nerveuse, et surtout celles qui se rapportent au développe-

ment de cette pulpe, offrent tant de difficultés, qu'il n'est pas étonnant de voir les sommités de la science dans un désaccord parfait, si bien, dit M. Michon, qu'il est plus facile d'avoir plusieurs opinions contradictoires, fondées sur des autorités respectables, que d'en trouver une seule qui soit appuyée de celle de tous les anatomistes. Nous reconnaissons cette difficulté ; M. Michon a été maltraité par le sort, dans presque toutes les épreuves de ce concours.

Il s'est borné, dans sa thèse, au rôle d'historien, rapportant toutes les opinions et admettant celles qui lui paraissaient mériter la préférence. De cette manière il fait successivement l'histoire entière, structure et développement, de toutes les parties de la moelle et de l'encéphale. Il aurait peut-être mieux valu séparer l'histoire de la structure de celle du développement ; d'un autre côté, en faisant l'histoire de l'évolution du cerveau, par exemple, on aurait pu réunir dans un même chapitre les différentes parties qui le constituent, au lieu de faire pour chacune de ces parties (corps striés, couches optiques, voûte, etc), autant de chapitres séparés. La thèse aurait peut-être un peu gagné en clarté.

ARGUMENTATION.

M. Breschet commence par quelques observations sur l'ensemble de la thèse. Il aurait voulu qu'il y eût un peu plus de clarté, qu'on se fût davantage étendu sur certains points ; car, dit-il, pour vouloir être concis on est souvent obscur. Vous ne deviez pas vous contenter du simple rôle d'historien, vous deviez critiquer les opinions des auteurs. Votre position dans la science vous permet d'avoir une opinion à vous.

Vous n'avez pas parlé des vaisseaux qui nourrissent les centres nerveux, ni des vaisseaux lymphatiques sous-arachnoïdiens ; vous n'avez pas non plus parlé des méninges, et surtout de la pie-mère et de l'arachnoïde, qui ont avec les centres nerveux des connexions si intimes. R. Aucune de ces parties n'entrait dans mon sujet. Quant aux vaisseaux, je n'avais à parler que de ceux qui font partie constituante de la pulpe cérébro-rachidienne, et j'en ai parlé. D. Toutes les fois qu'on fait l'anatomie générale d'un organe, on parle de ses vaisseaux et de ses nerfs, et je considère leur omission comme une lacune dans votre thèse. Il en est de même de la pie-mère ; vous deviez au moins faire mention de l'importance que M. Serre accorde à cette membrane dans le développement du cervelet. R. L'opinion de M. Serres n'étant pas celle que j'ai adoptée, j'ai cru pouvoir me dispenser de parler de cette membrane. D. Vous n'avez pas parlé des rameaux nerveux du grand sympathique accompagnant les artères cérébrales. R. Par la même raison que je n'ai pas parlé des artères. D. Vous n'avez pas non plus indiqué les origines des nerfs de la tête, et surtout de quelques-uns de ces nerfs, l'acoustique, par exemple, dont l'origine n'est pas encore bien déterminée. R. Je n'avais pas à parler de l'origine des nerfs ; quant à l'origine du nerf auditif, j'en ai parlé. D. Vous n'avez pas parlé de la présence du tissu cellulaire dans la matière encéphalique. R. L'existence de ce tissu cellulaire ne me paraît nullement démontrée. D. Différentes expériences, et surtout l'existence de cicatrices autour des anciens foyers apoplectiques, prouvent mieux qu'aucune autre observation la présence du tissu cellulaire dans la matière encéphalique. Partout où il se forme des cicatrices, il y a nécessairement du tissu cellulaire.

M. Laurent. Vous n'avez pas parlé de la forme et du volume de différens organes. R. La détermination des formes et du volume est entièrement du ressort de l'anatomie descriptive.

Le reste de l'argumentation de M. Laurent porte sur des détails d'anatomie comparative et de développement.

M. Lebaudy reproduit l'objection déjà faite par M. Breschet sur l'omission des vaisseaux. Il reproche de n'avoir point placé de titres au commencement de plusieurs chapitres principaux, et notamment à celui qui traite de la moelle. R. J'aurai soin de faire mettre ces titres dans la deuxième édition de ma thèse.

M. Broc reproduit le reproche de défaut de titres, ainsi que l'objection déjà faite par M. Breschet de n'avoir été que rapporteur. A l'occasion de l'observation de M. Lauth sur la nature canaliculée de fibres cérébrales, M. Broc développe avec beaucoup de verve et d'originalité une théorie philosophique sur la manière dont se propagent les erreurs. R. Je n'ai point adopté les idées de M. Lauth ; vous voyez bien que je les ai rapportées sous forme de doute. D. En parlant des tubercules quadrijumeaux, vous dites que leur structure est lamelleuse suivant M. Cruveilhier, et fasciculée suivant M. Mayo. Ne valait-il pas mieux, pour ne pas vous mettre en contradiction avec deux autorités respectables, dire qu'elle offre l'une et l'autre de ces dispositions ?

Quant à l'opinion de M. Tiedemann sur l'origine du cerveau, qui, suivant ce célèbre anatomiste, ne serait qu'une production de la moelle. M. Broc n'est pas du même avis ; il lit un long chapitre de son ouvrage où il développe une nouvelle théorie sur cette origine.

M. Breschet (argumenté par MM. Laurent, Lebaudy, Broc et Blandin).

DU SYSTÈME LYMPHATIQUE.

Cette question, posée d'une manière aussi générale que possible, est, sans contredit, la plus vaste qui soit sortie de l'urne. Aussi la thèse de M. Breschet a-t-elle 300 pages in-8°. Elle est ornée de quatre planches dont deux, gravées, sont purement anatomiques ; et les deux autres, lithographiées, représentent des cas pathologiques fort curieux, l'un de dilatation excessive de tous les vaisseaux lymphatiques avec disparition des ganglions, et l'autre d'altération de la lymphe par la présence anormale de la matière colorante du sang.

Le travail de M. Breschet est divisé en quatre parties, dans lesquelles il passe en revue successivement l'historique et l'anatomie générale, l'anatomie comparée les fonctions physiologiques et enfin les lésions pathologiques.

M. Breschet définit le système lymphatique « un système de vaisseaux naissant de presque toutes les parties du corps par des radicules libres, et se terminant dans les veines sanguines. »

L'exposé historique, quoique très-concis, ne laisse pourtant rien à désirer. L'anatomie générale est la partie à laquelle M. Breschet a donné le plus de soin et de développement. Plusieurs questions, comme celles de la naissance des lymphatiques par radicules libres, de la communication des lymphatiques avec les veines, etc., n'étaient rien moins que résolues. Fort de sa propre expérience et de son érudition, il a pu définitivement résoudre des questions en litige, sans craindre le choc des opinions contraires. Dans cette première partie ce candidat traite en outre de la structure et de la disposition des valvules et des ganglions lymphatiques, des terminaisons des vaisseaux lymphatiques dans le système veineux, du chyle et de la lymphe ; et enfin du développement du système lymphatique et des différences qu'il présente suivant les âges.

Dans le chapitre de l'anatomie comparée, il examine le système lymphatique chez les poissons, les reptiles, les oiseaux et les mammifères.

Le chapitre III est un exposé succinct de tout ce que la science possède aujourd'hui relativement aux fonctions du système lymphatique.

Le chapitre IV est subdivisé en deux parties. Dans la première se trouvent rangées les anomalies de disposition du système lymphatique, et la deuxième enfin renferme les principales lésions pathologiques de ce système. M. Breschet rapporte toutes ces lésions à 5 types, renfermant le 1er les lésions physiques de tissu ; 2° l'inflammation aiguë ou chronique : 3° les dégénérescences ; 4° les productions morbides et 5° enfin les altérations de la lymphe.

En somme, que la thèse de M. Breschet est le traité le plus complet que la science possède aujourd'hui sur l'anatomie du système lymphatique. Elle est, sans contredit, la plus remarquable du concours, tant par son étendue, sa richesse et la multiplicité des faits, que par la vaste érudition qui y domine.

ARGUMENTATION.

M. Laurent commence par féliciter son compétiteur d'avoir été placé dans des conditions si favorables et d'avoir eu à traiter un aussi beau sujet. R. Ma position n'était pas plus favorable que celle d'aucun autre de mes compétiteurs ; mon sujet présentait au moins autant de difficultés que celui, par exemple, qui vous est échu en partage. D. Vous avez divisé votre thèse en 4 chapitres, il me semble que vous avez eu tort de faire un chapitre à part pour la physiologie. R. J'ai adopté en cela la marche suivie par les plus grands anatomistes. Ma question était posée d'une manière trop générale pour que je pusse me passer de dire au moins quelques mots sur les fonctions du système lymphatique. D. Page 174, à l'article développement du système lymphatique, vous ne dites rien du mode d'apparition de ce système. R. J'ai donné tout ce que la science possède à cet égard, et la science n'est pas riche. D. Vous dites que la tunique moyenne des vaisseaux lymphatiques est formée par du tissu dartoïde ; qu'est-ce qui vous prouve que ce tissu soit distinct du tissu simplement fibreux ? R. J'ai emprunté cette opinion à M. Cruveilhier ; il est d'ailleurs facile de s'en convaincre par la simple observation.

M. Lebaudy se plaint que dans un *ouvrage* d'aussi longue haleine on n'ait pas mis de *table des matières*. Il trouve en outre que la thèse de M. Breschet renferme quelques superfluités. R. Le superflu est souvent nécessaire. Si, dans le cours de ma thèse, vous trouvez que j'aie sacrifié des choses utiles à ces passages que vous taxez de superflus, argumentez-moi là-dessus, sinon, je ne vois pas que vous soyez en droit de me faire des reproches. D. Dans votre définition vous parlez de radicules libres, qu'est-ce que vous entendez par radicules libres ? R. J'entends que ces radicules, à leur origine, ne s'abouchent point avec les vaisseaux sanguins, et qu'ils ne se terminent point à la surface des membranes par des orifices comparables aux points lacrymaux.

M. Broc. Je diviserai mes argumens en 4 chefs de considérations bien claires et bien nets.

1° Infidélité de citation.
2° Négligence de ce que les autres ont vu.
3° Applications nulles de l'anatomie comparée.
4° Conséquences vicieuses déduites de dispositions mal observées.

Cette argumentation a pris, dès le début, un caractère de violence auquel on était bien loin de s'attendre et dont tout le monde a été péniblement affecté.

En traitant des anomalies du système lymphatique, M. Breschet cite un passage du traité d'anatomie de M. Broc, dans lequel ce dernier avance, contrairement à l'opinion générale, que le réservoir du chyle existe presque toujours. A cette occasion, M. Broc s'est vivement récrié, en s'appuyant sur ce même traité d'anatomie, et s'abandonnant à un mouvement de vivacité, il est allé jusqu'à suspecter la loyauté de son honorable compétiteur. L'auditoire, jusqu'alors si favorable à M. Broc, a accueilli par des sifflets une pareille imputation. A la séance suivante, il s'est publiquement rétracté.

M. Broc, dans le 3e vol. de son traité d'anatomie, imprimé en 1836, dit à la page 730. « *Assez souvent le canal thoracique n'est pas plus dilaté à son extrémité inférieure que dans le reste de son étendue ; c'est-à-dire qu'alors le réservoir du chyle n'existe pas.* » Dans son argumentation, il s'est appuyé sur ce passage, diamétralement opposé à celui que M. Breschet cite dans sa thèse.

Mais au 2e volume de ce même traité, publié en 1834, M. Broc dit (page 659) : « *Le canal thoracique offre presque toujours une dilatation qui a reçu le nom de réservoir de Pecquet.* Or, c'est là le passage cité dans la thèse de M. Breschet. Tout ce qu'on pourrait lui reprocher à cet égard, serait une erreur de citation, excusable surtout au milieu de la précipitation qu'il a fallu mettre à compulser tant d'auteurs dans l'espace de quelques jours.

Le reste de l'argumentation de M. Broc, n'offre plus le même intérêt ; il soutient, contrairement à l'opinion de M. Breschet, que les lymphatiques s'ouvrent par des orifices libres. R. On peut fort bien concevoir que l'absorption se fasse sans que les vaisseaux soient perforés à leur extrémité ; cela tient à la porosité de leurs parois. Les liquides y pénètrent par une véritable endosmose.

M. Blandin revient à l'objection de M. Broc relativement aux orifices des radicules lymphatiques. Le reste de son argumentation porte sur quelques erreurs de citation et sur l'absorption des gaz dont M. Breschet nie la possibilité.

Nous regrettons de n'avoir pas encore reçu les thèses des trois autres candidats, ce qui nous met dans l'impossibilité d'en rendre compte.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

PARIS. — IMPRIMERIE ÉVERAT ET COMPAGNIE, RUE DU CADRAN, N° 16.

N° 29 (TOME IV. — 1836.) SAMEDI 16 JUILLET 1836.

Gazette Médicale

DE PARIS.

LA GAZETTE MÉDICALE DE PARIS (*Gazette de santé* et *Clinique des hôpitaux* réunies) parait tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et équivaut à 6 feuilles in-8°. Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois. Pour l'Étranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Poissonnière*, n° 5, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

PATHOLOGIE INTERNE.

ÉTAT ACTUEL DES CONNAISSANCES SUR LA MALADIE DES REINS DÉSIGNÉE SOUS LA DÉNOMINATION DE MALADIE DE BRIGHT, AFFECTION GRANULEUSE DES REINS, NÉPHRITE ALBUMINEUSE.

Ce n'est pas sans quelque étonnement que nous avons vu l'indifférence avec laquelle ont été accueillies en France, les études des médecins anglais sur l'hydropisie qui se lie à une altération des reins et à la présence de l'albumine dans l'urine. Pourquoi les médecins français, auxquels l'anatomie pathologique et le diagnostic des affections locales doivent tant de progrès, se sont-ils si peu occupés de ces recherches sur une affection aussi fréquente et aussi peu connue et à laquelle se rattache le développement d'une grand nombre d'hydropisies qui, jusqu'ici, n'avaient pu être soumises à aucun arrangement systématique rationnel? Nous ne chercherons pas à expliquer cette espèce de contradiction, le but du travail que nous offrons ici, est de prouver qu'elle n'est pas générale, et de faire connaître les travaux de ceux de nos compatriotes qui ont répété les recherches des docteurs Bright, Christison, Gregory, etc., et ont ajouté aux travaux des médecins anglais.

Nous devons cependant commencer par faire remarquer que de quatre travaux originaux qui seuls à notre connaissance ont été publiés en France sur ce sujet, trois sont composés de matériaux tous recueillis dans le service de M. le docteur Rayer, médecin de la Charité, qui depuis six ans s'occupe avec ardeur et persévérance de recherche sur les maladies des reins. Ce savant pathologiste prépare même en ce moment un grand travail (1) dans lequel il traitera, *ex professo*, de tout ce qui a rapport à la maladie décrite, par le docteur Bright, et discutera, ainsi que nous le dirons plus tard, des questions tout-à-fait neuves sur la nature et le traitement de cette maladie. Nous donnerons d'abord un aperçu rapide des principales recherches publiées sur ce sujet avant l'époque où les médecins français commencèrent à s'en occuper.

La présence de l'albumine dans l'urine de quelques hydropiques avait été constatée à une époque déjà bien éloignée de nous, et on était loin de supposer qu'elle se liât à une altération du tissu des reins. Cotugno rapporte (de ischiade nervosâ) avoir vu l'urine d'un homme affecté d'anasarque, exposée à la chaleur, prendre en masse comme du blanc d'œuf; Cruikshank aussi avait fait remarquer, dans son appendice à l'ouvrage

(1) Cet ouvrage doit paraître vers la fin de l'année, et sera accompagné de planches représentant les diverses formes de la néphrite albumineuse, bien supérieures, sous le rapport de l'exactitude et de la beauté de l'exécution, à celles que l'on trouve dans le grand ouvrage du docteur Bright. Parmi les nombreux dessins qui doivent composer ce bel atlas, et que M. Rayer a eu l'obligeance de nous montrer, nous avons surtout remarqué ceux qui ont rapport à la première période de la maladie, et que M. Bright n'a pas décrite. G.

Feuilleton.

NOMINATION DE M. BRESCHET, ET SES SUITES.

Les scandaleuses scènes de violence dont l'école a été ces jours derniers le théâtre, ont été déjà racontées par les feuilles publiques. Les faits matériels sont connus. On sait que la lecture du résultat du scrutin par lequel l'honorable M. Breschet était déclaré professeur d'anatomie, a été le signal d'un épouvantable tumulte accompagné de voies de fait contre les professeurs ; qu'une bande furieuse a brisé les portes, les fenêtres, les meubles des salles de réunion de l'école, déchiré les robes des professeurs, détruisant tout ce qu'elle a trouvé sur son passage. En moins d'une demi-heure, l'émeute, toujours fort expéditive dans ces sortes d'opérations, a effectué des dégâts évalués aujourd'hui à 7 ou 8,000 fr. Voilà en somme le gros de l'événement. Les détails seront révélés sans doute par l'instruction commencée en même temps par le conseil académique et par la justice correctionnelle.

Depuis l'émeute dont Ramus fut victime, il y a trois cents ans, l'université de Paris n'avait rien vu de si grave; et l'on est en droit de s'étonner à la fois et de la sauvage brutalité de ces actes, et de la futilité des motifs par lesquels on prétendrait les expliquer, sinon les justifier. On a dit que c'était une *protestation*, irrégulière il est vrai, quant aux moyens, mais légitime dans l'intention, en faveur du principe du concours dont on craint la suppression. Quand même ce motif serait la véritable cause du désordre, ce que nous ne croyons pas, il ne pourrait en aucune façon être admis, soit comme une excuse, soit même comme un prétexte raisonnable pour une manifestation pareille. D'abord le fait allégué n'est encore qu'une supposition. La commission chargée de rédiger un plan d'organisation médicale n'a pas publié son travail, et ne l'a pas même terminé. On ne sait donc rien de positif sur ce qu'elle peut avoir décidé relativement au concours. Le travail de cette commission n'a d'ailleurs aucun caractère officiel. Ce n'est pas un *projet de loi*, mais une étude préparatoire sur le sujet, et qui ne servira qu'à titre de renseignement. C'est un document de plus ajouté à ceux déjà fournis par l'Académie de médecine et par la Faculté, et c'est sur ces documens, tirés de sources diverses, que sera, plus tard, rédigé le projet de loi à soumettre aux chambres. Ainsi c'est sur un projet qui n'existe pas et ne peut pas encore exister, projet qui devra passer par l'épreuve de la discussion dans les chambres, qu'on proteste par anticipation à coups de bâtons et à coups de pierres! Il y a plus, c'est que jusqu'ici toutes les probabilités étaient en faveur de la conservation du concours, puisque sur trois projets émanés de trois corps distincts, les deux seuls qui soient connus, savoir celui de l'association médicale

de Rollo sur la diabète que l'urine des hydropiques contient souvent assez d'albumine pour être coagulée par la chaleur. Mais celui qui jusqu'au docteur Bright s'était le plus occupé de ce phénomène morbide, c'est le docteur Blackall. En 1811, il publia la première édition de son ouvrage sur l'hydropisie, sur lequel nous nous arrêterons quelques instans, car il est peu connu en France. Ces maladies y sont divisées en deux grandes classes d'après les caractères de l'urine : celles où ce fluide n'est pas coagulable par la chaleur, celles où la chaleur y démontre la présence de l'albumine; il rapporte un très-grand nombre de cas à l'appui de cette division; le suivant que nous traduisons textuellement fera connaître combien cet auteur a été près de reconnaître la lésion anatomique que le docteur Bright a décrite depuis.

SCARLATINE. ANARSAQUE GÉNÉRAL. MORT. REINS PALES ET CHARGÉS DE GRAISSE.

Obs. 1. — Sarrah Ellicot, âgée de 30 ans, fut apportée à l'hôpital de Devon et d'Exeter en 1800, dans un état de grande souffrance, présentant un anasarque général et une inflammation erysipelateuse des extrémités inférieures avec de profonde escarres au sacrum d'où sortait une grande quantité de sérosité.

L'urine coagulait par la chaleur bien que la quantité d'albumine qu'elle contenait fût beaucoup moindre que je ne l'ai vu dans quelques autres cas, et elle coulait abondamment ainsi que cela a lieu lorsqu'il sort une grande quantité de sérosité par les jambes. Cette fille, qui offrait les restes d'un tempérament sanguin très-prononcé, avait toujours joui d'une santé parfaite, lorsque, deux mois auparavant, elle avait été prise d'une fièvre très-forte avec apparition d'une éruption rouge sur toute la surface du corps; peu de temps après, elle devint hydropique, se plaignant d'un serrement à la poitrine, de toux et d'une douleur au dessous du sein gauche. Tous les symptômes qu'elle offrait réclamaient l'emploi du quinquina, qui lui fut administré à très-fortes doses et avec succès. Elle était inondée par la sérosité abondante qui coulait de ses jambes et par l'urine qui était très-copieuse. L'érysipèle disparut et peu après les restes de l'hydropisie. Mais les escarres dont nous avons parlé avaient pénétré plus profondément qu'on n'aurait cru d'abord; les os s'étaient cariés, et au bout de deux mois, elle mourut sans que l'anarque eût reparu.

Autopsie. Il n'était pas sans intérêt pour nous de constater par l'autopsie l'état des organes internes, et spécialement des reins; non pas que je soupçonnasse autre chose qu'un désordre fonctionnel (a disordered secretion) dans cette glande, mais parce qu'il est toujours satisfaisant de ne pas s'en rapporter à de simples conjectures lorsqu'on peut voir et examiner de ses propres yeux.

Les reins semblaient mons et flasques, et plus chargés de graisse qu'on ne l'eût supposé après une aussi longue maladie; du reste ils n'offraient rien que de normal sous tous les autres rapports, et aucun des autres organes de l'abdomen n'offrait d'altération.

La plèvre du côté gauche portait des traces d'inflammation plus graves que la simple inflammation adhésive; car elle était couverte sur plusieurs points de petits floçons de lymphe coagulée, surtout dans le point qui correspondait à celui où la malade accusait de la douleur pendant la vie, et cette membrane était séparée du poumon dans la largeur environ d'un scheling, par une petite collection de pus; le point correspondant de la plèvre costale était aussi enflammé. Sous les autres rapports le tissu des viscères thoraciques paraissait sain; mais les plèvres contenaient une certaine quantité de sérosité.

Si nous supposons que le docteur Blackall n'eût pas eu des idées aussi arrêtées sur une simple altération fonctionnelle dans ce cas, et qu'il eût examiné avec plus de soin ce qu'il a pris dans le rein pour de la graisse, probablement il aurait décrit l'affection granuleuse des reins. Presqu'en même temps que le docteur Blackall publiait le résultat de ses recherches, le docteur Well publiait aussi en 1812, dans le troisième volume des Transactions médico-chirurgicales de Londres, deux mémoires sur le même sujet; le premier intitulé : *observations sur l'hydropisie qui succède à la scarlatine*, et dans lequel il affirme que dans tous les cas en exceptant deux seulement et qui étaient très-légers, l'urine était albumineuse; dans le second il s'occupait de la présence de la matière rouge et du sérum du sang dans l'urine de l'hydropisie qui ne se lie pas à la scarlatine. Nous trouvons encore dans d'autres travaux la preuve que cette singulière coïncidence de l'urine albumineuse chez les hydropiques, avait frappé l'attention de beaucoup d'observateurs, mais comme ces citations seraient sans importance, nous passons immédiatement aux recherches du docteur Bright qui parurent en 1827. Depuis cette époque, les médecins anglais ont publié un grand nombre de travaux sur la maladie dont nous nous occupons; mais pour exposer avec clarté et brièveté les résultats auxquels ils sont arrivés, et préciser le point où leurs derniers travaux ont laissé la science, nous allons être obligés de les résumer sous quelques titres spéciaux, ayant soin de signaler immédiatement les modifications apportées par les recherches des médecins français, afin d'éviter des répétitions qui seraient inutiles.

CAUSES.

Les premiers auteurs qui s'occupèrent de l'étude de l'hydropisie avec urine albumineuse, Well et Blackall, attribuèrent une grande influence à l'action des préparations mercurielles sur sa production. Mais les recherches faites par M. Désir (1) à l'hôpital des vénériens, semblent démontrer, comme l'admet également M. Rayer, que l'action du mercure sur la production de l'albumine est très-équivoque; ainsi, sur 41 malades qui étaient traités par le mercure à l'hôpital des vénériens, et dont les urines ont été examinées par la chaleur et l'acide nitrique, chez un seul ce fluide sécrétoire a offert un léger coagulum. Nous devons, il est vrai, tenir compte ici de la modération avec laquelle les préparations mercurielles sont employées aujourd'hui dans cet hôpital et remarquer que les sujets dont M. Désir a examiné les urines, n'étaient pas affectés d'anasarque.

Nous avons vu que les docteurs Blackall et Well avaient attribué une grande influence à la scarlatine sur la production de l'hyropisie avec urine albumineuse; les premiers auteurs qui étudièrent la maladie granuleuse des reins n'eurent pas, il est probable, l'occasion de la constater; car les docteurs Bright, Gregory et Christison la mentionnent à peine ou la passent tout-à-fait sous silence; mais depuis lors, de nouveaux travaux publiés, tant en Angleterre qu'en France, ne permettent pas de douter que dans le plus grand nombre des cas où ils survient un anasarque à la suite de la scarlatine, elle ne dépend d'une maladie des reins. La présence de l'albumine dans l'urine dans ce cas a été mise hors de doute par une foule d'observateurs qui même y ont souvent trouvé jusqu'à la matière colorante du sang. Quant à l'altération des reins, si elle n'a pas été trouvée plus souvent, c'est probablement parce qu'elle a été méconnue, car les recherches de MM. Constant à l'hôpital des enfans de Paris(2), et Thomson à Edimbourg(3), ne permettent pas de douter que

(1) De la présence de l'albumine dans l'urine considérée comme phénomène et comme signe dans les maladies. Dissertation inaugurale par M. Désir. — Paris, 1835.

(2) Gazette médicale, année 1834, p. 105.

(3) Gazette médicale, année 1833, p. 810.

---

et celui de la Faculté, la consacrent, et il n'y avait aucune raison de croire que l'avis de la commission, qu'on ne connait pas, dût, quel qu'il fût, l'emporter sur les deux autres. Rien donc ne justifiait ces prétendues alarmes.

Mais en supposant que, non-seulement la commission eût proposé l'abolition du concours, mais encore que le gouvernement l'eût présentée aux chambres, que les chambres l'eussent adoptée, et qu'elle eût été prononcée par une loi positive, il n'y avait pas lieu davantage à protestation, soit pacifique, soit tumultueuse, soit par écrit, soit par paroles, soit par des faits Ni une minorité d'élèves, ni une majorité, quelque forte qu'on la suppose, ne saurait, à quelque titre que ce soit, intervenir dans l'affaire par voie de protestation ou autrement. Ils ne peuvent pas plus comme élèves que comme citoyens; tel est le droit strict. Les scènes de violence qui viennent d'avoir lieu ne seraient donc pas moins condamnables, quand même les prétendus motifs qu'on leur assigne seraient aussi réels qu'ils le sont peu. Personne, du reste, ne prétend contester directement ces principes d'ordre et de légalité. Néanmoins, on admettrait volontiers que des considérations de lieu, de temps, de circonstances, de position, peuvent, jusqu'à un certain point, excuser des manifestations d'opinion plus ou moins vives, plus ou moins régulières, surtout chez des jeunes gens dont on ne peut nier les sentimens généreux, les principes libéraux, les intentions droites, mais entraînés quelquefois plus loin qu'ils ne le pensent et ne le veulent par la fougue de l'âge et l'exagération des plus nobles instincts. Nous admettons aussi ces considérations, mais nous ne convenons pas qu'elles soient bien applicables à la circonstance. A chaque concours, il y a des cris, des trépignemens, et souvent des sifflets; les juges et les concurrens s'en accommodent ils savent qu'ils ont à faire à un public nombreux, à sang chaud, à impressions vives, à sympathies ou antipathies énergiques, et qu'il faut l'accepter avec ses défauts et ses qualités; c'est là la condition de la publicité des débats L'opinion publique étant dans les concours, sinon directement consultée, du moins appelée en témoignage par les concurrens, il est naturel qu'elle fasse acte de présence; aussi n'a-t-on jamais songé à réprimer ou à interdire ces manifestations, parfois un peu rudes, parce que ce serait contradictoire d'abord, et qui plus est impossible. Ce qui est toléré ou tacitement admis pendant le débat, l'est encore après Ainsi, il est extrêmement rare que la lecture de la décision des juges ne provoque pas des sifflets et des clameurs; on ne s'en plaint pas davantage. Les vaincus en reçoivent quelque consolation, les vainqueurs les supportent facilement; les juges ne les entendent pas. Voilà la part qu'on peut faire aux exigences de l'âge et des circonstances; elle est déjà assez large. Il s'était fait assez de bruit pendant le concours actuel pour satisfaire les plus rigides partisans des prérogatives de la publicité. Les désordres inouïs qui l'ont suivi, sont des faits d'un ordre tout différent, qui ne sauraient être justifiés ni par le droit légal, ni par les convenances, ni par les précédens.

On peut dire encore qu'il est des cas exceptionnels où le sentiment de la justice, révolté et poussé jusqu'à l'indignation, peut entraîner à des actes coupables matériellement, mais excusables moralement en considération de l'intention de l'agent. Ce principe est sans doute incontestable dans sa généralité; la loi écrite l'admet, et les tribunaux l'appliquent chaque jour. Le tout est de savoir encore ici s'il est applicable à la circonstance Sans doute il peut y avoir des injustices dans les nominations par concours, comme dans les nominations ministérielles; mais le plus souvent il est extrêmement difficile de constater chez un candidat une supériorité telle que son exclusion soit un passe-droit évident. Le mérite relatif de sept ou huit individus parvenus tous à la maturité de l'âge et du talent, nourris des

l'hydropisie qui succède à la scarlatine ne depende le plus souvent de l'altération granuleuse des reins, et démontrent que le docteur Bright a eu tort de dire que cette maladie ne se développait pas avant l'âge de la puberté. C'est à l'étude des cas qui succèdent à la scarlatine que l'on a dû la connaissance d'un fait très-important dans le développement de la maladie : savoir que souvent la présence de l'albumine dans l'urine précède l'apparition de l'hydropisie, fait qui paraît avoir été constaté par le docteur Rayer dans d'autres cas. Une erreur encore généralement admise par les médecins à cette occasion, c'est d'attribuer le développement de l'hydropisie à la répercussion de l'exanthème, tandis que le plus souvent l'hydropisie ne paraît qu'après le vingtième ou le trentième jour, et dans les cas où les périodes de la scarlatine ont offert leur succession normale.

LÉSIONS ANATOMIQUES.

Cette partie de l'étude de la maladie des reins paraît être l'une de celles auxquelles les rechercherches des médecins français ont fait faire le plus de progrès. Le docteur Bright et les médecins d'Edimbourg n'avaient admis que trois variétés (1), et qui toutes trois représentaient des époques où la maladie était déjà très-avancée. Le docteur Spittal, de son côté, en avait décrit en 1832 (2) une quatrième dont la connaissance nous semble être très-importante, car c'est celle que présente le rein au début de la maladie, époque où le traitement doit nécessairement avoir le plus de chances de succès.

M. Rayer admet aujourd'hui six formes principales, que nous allons retracer d'après la description qu'en donne M. Désire dans sa thèse publiée sur ce sujet.

1° Dans la première, augmentation de volume quelquefois très-considérable des deux reins, dont le poids, au lieu d'être de 4 onces à 4 onces et demie chez les adultes, ainsi que cela a lieu ordinairement, est presque toujours de 7 à 8 onces, et quelquefois même de 12 onces pour chacun d'eux ; en même temps la subtance corticale est injectée et offre à l'œil un grand nombre de petits points rouges qui paraissent correspondre aux glandes rénales. A la coupe, on reconnaît que l'augmentation de volume des reins est due au gonflement de la substance corticale, qui présente un grand nombre de petits points rouges correspondant aux glandules injectées.

Cette forme paraît appartenir à la première période de la maladie, et ne diffère de celle signalée par le docteur Spittal, qu'en ce qu'elle est décrite avec plus d'exactitude. On l'observe rarement, les malades mourant en général à une époque plus avancée de la maladie.

2° A une époque un peu plus éloignée, les reins, augmentés de volume et de poids, et dont les lobules sont plus prononcés qu'à l'ordinaire, offrent un grand nombre de *mâchures rouges* sur un fond d'un *blanc jaunâtre*. Ces mâchures sont dues à une injection des vaisseaux superficiels des reins, et quelquefois à de petites ecchymoses. A la coupe, la substance corticale, gonflée, tranche fortement par sa pâleur jaunâtre avec la couleur rouge de la substance tubulaire.

3° Dans un troisième état, les reins sont gonflés et anémiques ; mais, comme dans les deux premiers, leurs scissures sont très-apparentes. Cette anémie ne doit pas être confondue avec celle que présenten quelquefois les reins des phthysiques, et dans laquelle la substance corticale est ordinairement diminuée de volume. L'anémie de la néphrite albumineuse est bien distincte aussi de l'anémie jaune qu'on observe sur les reins d'individus morts de diathèse cancéreuse, de résorption purulente, etc.

4° Le quatrième état a rapport à celui désigné par le docteur Bright sous le nom de granulations. Dans cet état, les petites circonvolutions qui s'observent à la surface extérieure des reins sont plus tranchées sur quelques points, comme si elles étaient augmentées de volume, et par la matité plus marquée de la couleur de la substance grise. Plus tard, les points les plus affectés paraissent se détacher entièrement des circonvolutions voisines, et forment de petites taches laiteuses, quelquefois un peu jaunâtres, de la grosseur d'une tête d'épingle. Ces granulations, répandues en plus ou moins grand nombre sur la surface des deux reins, leur donnent souvent une *apparence plaquée*, par leur distribution un peu inégale. Les extrémités de ces organes présentent en général une quantité proportionnelle plus grande que le milieu. Ces granulations sont loin d'avoir une teinte uniforme, ce qui dépend surtout de la profondeur à laquelle elles se trouvent dans le tissu rénal. Toutes sont voilées par une lame très-mince à travers laquelle elles paraissent comme sous un vernis. Cet aspect *voilé* est un caractère très-sûr pour distinguer ces granulations d'autres plus ou moins analogues qu'on peut rencontrer.

Quand on fait macérer long-temps dans l'eau un rein offrant de nombreuses granulations de Bright, la substance corticale se résout, comme dans les autres reins, en une sorte de chevelure qui flotte dans le liquide ; mais cette espèce de houppe est chamarrée par des fibres blanchâtres qui ont conservé la teinte des granulations.

5° Dans un cinquième état plus rare que les précédens, M. Rayer, a vu la surface des reins d'une teinte anémique jaunâtre, avec scissures prononcées offrant un aspect particulier comme si un grand nombre de petits grains de semoule eussent été dispersés au-dessous de la membrane propre des reins.

6° La sixième forme adoptée par M. Rayer paraît correspondre à la troisième variété décrite par le docteur Bright. Dans cette variété, les reins, rarement plus volumineux et quelquefois plus petits que dans l'état sain, sont durs et mamelonnés à leur surface ; leurs petites circonvolutions, sur quelques points, sont très-apparentes ; on distingue peu ou point de granulations de Bright à la surface des reins, mais on en voit presque toujours un certain nombre à la coupe.

SYMPTOMES.

Les symptômes de la maladie qui nous occupe sont fournis par l'observation clinique ou par les recherches chimiques. Sous ces différens rapports, nous ne pensons pas qu'aucun nouveau symptôme ait été ajouté à ceux qu'ont donnés les médecins anglais ; mais leur valeur a été mieux précisée, et a reçu une nouvelle confirmation des recherches de M. Rayer. Parmi les symptômes fournis par l'observation clinique, l'hydropisie est le plus important et ne peut être le sujet d'aucun doute, parce que nous avons le moyen de reconnaître celle qui dépend de l'affection granuleuse des reins. La douleur de la région des reins n'est pas constante et souvent n'apparaît qu'à une époque avancée de la ma-

(1) GAZETTE MÉDICALE, année 1832, page 545.

(2) GAZETTE MÉDICALE, même année, page 846.

mêmes études, également préparés à la lutte qu'ils soutiennent, ne se mesure pas aisément. Il n'y a pas de balance pour peser exactement ces sortes de choses. Les petites différences restent inaperçues ; les très-grandes seules se montrent, mais elles se dessinent rarement. Il y a donc toujours un peu d'arbitraire et de hasard, et si l'on veut une certaine latitude laissée aux considérations personnelles, dans les nominations par concours. Il résulte de là que dans tout concours il s'établit, soit parmi les juges, soit dans le public, des préférences plus ou moins marquées ; chaque concurrent a son parti au dehors et au dedans ; celui du dehors applaudit ou siffle, celui du dedans opine et vote. Quand la lutte est à peu près égale, ce qui est le plus ordinaire, on ne peut jamais dire qu'il y ait eu passe-droit ou injustice dans la nomination. Le vainqueur est sifflé par les partis contraires et applaudi par le sien, *et vice versâ*. On voit par là que les sifflets et les bravos ne peuvent manquer à l'ouverture d'un scrutin ; mais on aurait tort d'en rien conclure soit pour, soit contre l'équité parfaite du jugement. Les cas où une supériorité relative évidente serait immolée à une médiocrité notoire, sont presque impossibles, du moins on n'en pourrait citer aucun. C'est là même l'avantage le mieux prouvé du concours de rendre impossibles ces mauvais choix. Il est donc extrêmement difficile qu'une nomination sur concours public constitue un de ces passe droits crians qui blessent profondément l'équité et le bon droit, et soulèvent l'indignation de toute âme généreuse, au point de provoquer des actes d'un juste ressentiment et d'une sainte colère. Ce cas s'est-il présenté spécialement dans la dernière nomination? nous en laisserions volontiers juges les concurrens eux-mêmes. Il n'y en a pas un, et nous n'exceptons pas même M. Broc, qui ne convînt volontiers du haut mérite du candidat favorisé, et aucun qui s'attribuât une supériorité telle qu'on n'ait pu, sans injustice flagrante, choisir comme on l'a fait. Le professeur nommé était-il le plus digne? selon nous, oui ; selon d'autres, non. Il ne saurait y avoir unanimité à cet égard dans le public, et il n'y en a pas eu même parmi les juges. Ce qu'il y a de certain, et ce que personne ne conteste, c'est qu'il était un des plus dignes, et qu'il a pu être choisi à ce titre sans qu'aucun droit fût violé. Des sympathies, des préférences ont pu être blessées, mais non l'équité ; et c'est là l'essentiel. Les violences des jours derniers n'ont donc pas leur source dans ces sentimens élevés qui pourraient les faire excuser dans la conscience publique. Aussi le nombre des acteurs a-t-il été très-peu nombreux.

Rien donc dans les motifs tirés des circonstances générales de cette nomination ne légitimait ces scandaleux désordres. On a vu que la question de l'abolition du concours n'a été mise en avant après l'événement que pour donner à cette échauffourée un prétexte un peu plus plausible et surtout d'un intérêt plus général que le prétexte réel, lequel est d'une moindre importance. Les perturbateurs qui ont pris l'initiative, n'ont pas crié : *Vive le concours! à bas l'arbitraire ministériel!* et de fait, quelle apparence y a-t-il qu'on choisît pour faire entendre ces réclamations ou protestations, le moment même où cette institution était consacrée par le fait ; et c'eût été un bien singulier moyen de recommander ce mode de nomination que d'en troubler les résultats réguliers et légaux par des violences matérielles. Les adversaires du concours n'auraient pu mieux faire, ni improviser un meilleur argument. La vérité est que les perturbateurs n'ont nullement songé au concours en général, ils n'avaient en vue que le concours actuel, dont le résultat ne leur convenait pas. Ils ont crié : *A bas les professeurs, vive M. Broc!* c'est-à-dire, vive notre candidat, et à bas celui ou ceux des juges et des autres ! Cela étant, l'affaire se rapetisse singulièrement à

ladie. La présence de l'albumine dans l'urine est le caractère essentiel, le signe pathognomonique de la maladie. Plusieurs médecins anglais ont prétendu, il est vrai, que l'urine albumineuse se retrouvait dans quelques maladies qui n'avaient aucun rapport avec l'hydropisie, et n'était qu'un signe fort incertain de la maladie des reins. Mais M. Rayer a éclairé ce point en discussion par une série de recherches importantes, et a constaté que les cas où l'urine contient de l'albumine en dissolution, bien qu'il n'y ait pas d'hydropisie, se rattachent presque toujours à un état morbide des voies urinaires. M. Désir nous apprend que sur un grand nombre de malades atteints d'affections aiguës dont il a examiné l'urine, neuf lui ont offert des traces d'albumine. Mais « dans aucun de ces cas, dit-il, le dépôt obtenu par l'acide nitique ou la chaleur, n'a été considérable ; il n'a jamais été de plus du huitième du liquide examiné ; et ce phénomène n'a été que de courte durée. Sur ces neuf observations d'urine albumineuse dans les maladies aiguës, nous avons eu quatre fois l'occasion d'examiner les organes après la mort, et toujours nous avons constaté un état morbide des voies urinaires : il existait vers la vessie ou les reins une fluxion, une congestion ou un épanchement de sang, comme il s'en montre vers les fosses nasales, les voies respiratoires, les gencives, et quelquefois à la peau, dans certains états et à certaines périodes des maladies... Nous n'avons trouvé l'urine albumineuse que dans un petit nombre de cas de maladies chroniques, chez des malades affectés de paralysie ; encore ce phénomène tenait-il à des cystites consécutives à la rétention d'urine. «L'urine, dans cinq cas de grossesse, a été trois fois légèrement coagulable sans aucun dérangement pour la santé. L'afflux du sang vers le bassin et la gêne de la circulation dans la veine comprimée, peuvent-ils suffire pour rendre compte de cet état? » Le même auteur consacre un chapitre à l'examen de l'urine dans les maladies des organes sécréteurs et excréteurs de ce liquide, fait dans le but de constater la présence ou l'absence de la matière albumineuse, et arrive aux mêmes conclusions que celles signalées dans le passage précédent.

Il n'est pas impossible d'ailleurs de commettre quelque erreur et de prendre pour de l'albumine un précipité d'une autre nature, avec les deux moyens ordinairement employés, l'ébullition et l'acide nitrique, car aucun de ces deux moyens pris isolément, n'est infaillible. L'ébullition, dans les cas où l'urée est très-abondante, peut en déterminer la décomposition, et il se forme de l'ammoniaque qui précipite les phosphates sous une forme qu'il est difficile de distinguer de l'albumine, mais alors quelques gouttes d'acide nitrique redissolvent le précipité. De même, l'acide nitrique peut quelquefois déterminer un précipité dû à la surabondance de l'acide urique ou des urates; mais alors la chaleur peut faire disparaître ce précipité ; en sorte que chacun de ces deux moyens aidé de l'autre, peut être considéré comme infaillible pour faire connaître la présence de l'albumine dans l'urine.

Les urines offrent encore dans cette maladie d'autres altérations que celles dont nous venons de parler: sa pesanteur spécifique est constamment moindre que dans l'état normal ; la moyenne est de 1013 à 1018, tandis que chez l'homme sain elle est de 1024 à 1028. Ces résultats sont ceux obtenus par les médecins anglais qui, de tout temps, ont fait beaucoup d'attention dans le cours des maladies aux altérations qu'éprouve l'urine. Nous pensons que ces observations ont été répétées en France et ont fourni à peu près le même résultat ; mais en même temps que l'urine perd de sa pesanteur, elle diminue aussi de quantité, dans la proportion de la moitié ou même des trois quarts. Une autre altération encore offerte par l'urine et sur laquelle les recherches de M. le docteur Rayer sont d'accord avec celles des Anglais qui l'avaient signalée, c'est l'aspect trouble qu'elle offre dans presque tous les cas.

Enfin la dernière altération que nous signalerons dans l'urine, c'est une diminution quelquefois peu sensible, dans d'autres occasions, au contraire, très-considérable, de la quantité de l'urée qu'elle contient dans l'état normal.

En même temps que l'urine présente des altérations aussi remarquables, le sang en éprouve de non moins importantes. Christison a constaté deux fois la présence d'une grande quantité d'urée dans ce fluide qui, à l'état normal, n'en contient pas d'une manière appréciable. Ce fait, pour lequel nous renvoyons aux articles déjà cités (v. GAZETTE MÉDICALE, année 1832, p. 544), et dont la connaissance est d'une si haute importance dans l'étude de la maladie qui nous occupe, est aussi d'un grand intérêt sous le point de vue physiologique, surtout lorsqu'on le rapproche du resultat des belles expériences faites par MM. Prévot et Dumas sur des animaux auxquels ils avaient extirpé les reins et qui ont été répétées avec succès par Vauquelin et M. Ségalas, et dernièrement encore par MM. Gmelin, Tiedmann et Mitscherlich.

Un autre fait important révélé encore par l'examen chimique du sang des sujets atteints de l'hydropisie albumineuse, c'est que la partie séreuse de ce fluide a fréquemment une densité spécifique de beaucoup inférieure à celle de l'état normal, et que la proportion d'albumine y est aussi manifestement moindre. Ces faits ont été mis hors de doute par les recherches des docteurs Bostock, Christison et Spittal. MM. Rayer et Guibourt ont aussi trouvé l'urée dans le liquide séreux épanché dans l'abdomen ; ces résultats obtenus par les recherches chimiques ne sont pas sans valeur pour l'étude de la nature de la maladie, puisqu'il semble permis d'en induire que la présence de l'albumine dans l'urine n'est dû qu'à un simple passage du sérum du sang dans ce fluide, et ici nous rappellerons que dans un certain nombre de cas d'hydropisie albumineuse, spécialement dans ceux où la maladie a été consécutive à la scarlatine, on voit au début de la maladie non-seulement l'albumine du sang, mais la matière colorante passer dans l'urine en plus ou moins grande quantité.

NATURE.

Nous nous trouvons amenés naturellement à examiner la question relative à la nature de la maladie, mais les matériaux nous manquent presque complétement. Les Anglais, on le sait, attachent peu d'intérêt aux questions de ce genre, et dans les travaux que nous avons sous la main, nous ne trouvons rien qui puisse nous éclairer sur ce point. La lésion des reins est-elle primitive ou n'est elle que consécutive à une altération du sang? Admettrons-nous que la présence de l'albumine dans l'urine dépende d'une modification du fluide qui fournit les matériaux de l'urine, et que, soit le surcroît d'énergie qu'entraîne ce changement dans l'action des reins, soit le contact seul de l'albumine suffise pour déterminer l'altération décrite, de même que le contact de la matière sucrée de l'urine ou la modification qu'elle amène dans l'acte sécrétoire des reins, finit par déterminer les altérations des reins qu'on trouve chez les diabétiques qui ne succombent qu'après que la maladie

---

l'honneur de l'école et de l'immense majorité des élèves qui, on le sent bien, n'a pas pu partager cet engouement exclusif, ni encore moins s'associer aux actes brutaux d'un petit parti. M. le docteur Broc regrettera sans doute tout le premier des désordres dont il est la cause involontaire, et s'il a quelque droit de se féliciter de l'enthousiasme qu'il a inspiré aux jeunes gens qui ont suivi ses cours, nous sommes fondés à féliciter les autres candidats d'avoir rencontré des élèves et des partisans plus sages, quoique aussi nombreux. Nous ajouterons que, quelle que soit l'idée qu'on puisse se faire de la capacité et des talens de M. Broc, les juges pouvaient fort bien lui préférer un de ses concurrens sans commettre une iniquité telle qu'il devînt indispensable de les en punir sur-le-champ et sur place. M. Broc sait, dit-on, l'anatomie et parle, sinon avec goût, du moins avec chaleur, mais nous pensons que MM. Blandin, Berard, Michon, Chassaignac, ne sont pas des novices dans cette science, et qu'ils parlent de ce qu'ils savent fort clairement et convenablement; ils ne montent pas sur le trépied pour décrire le métacarpe; ils ne poëtisent ni ne déclament; mais ils disent les choses simples simplement. M. Breschet n'a pas non plus à recevoir des leçons de beaucoup de gens en anatomie. Il est peu d'hommes qui s'en soient occupés plus spécialement. Il a été pendant dix ans chef des travaux anatomiques de la Faculté, et il a écrit sur cette science des ouvrages nombreux qui sont entre les mains de tout le monde en France et au dehors; et il n'est pas embarrassé pour expliquer ce qu'il sait aux autres. Ainsi, quelques concessions qu'on veuille faire aux sympathies personnelles des dissidens et des perturbateurs, les disproportions entre la plupart des candidats exclus et le candidat nommé n'étaient pas si grosses qu'il fallût fermer les yeux pour ne pas les apercevoir, ou commettre une injustice en ne pas les acceptant. Pour notre part, eût-on nommé tel ou tel des candidats que nous venons de citer, nous aurions pu dans un intérêt tout personnel regretter que les suffrages ne fussent pas tombés sur M. Breschet, mais nous n'aurions jamais taxé le jugement d'injustice ou de révoltante partialité. Les dissidens sont moins tolérans; parce que M. Broc n'est pas nommé, ils veulent démolir l'école. Cela n'est ni juste, ni convenable.

D'après tout ce qu'on sait de cette déplorable affaire, il paraît démontré que ce n'est pas une protestation en faveur du concours, mais bien en faveur d'un des candidats exclus, et contre le candidat nommé : le candidat exclu est M. Broc, le candidat nommé est M. Breschet. Nous laissons au public médical le soin de décider de la valeur de cette protestation. Quant à sa forme, l'appréciation en appartient à d'autres juges.

Nous avons tâché, dans ce qui précède, d'effacer les fausses couleurs qui ont été jetées sur ces événemens, et de les réduire à leur véritable importance, qui, sauf les dégâts commis, est fort mince. Le retentissement en a été très-grand, mais il ne faut pas oublier que quelques centaines de jeunes gens criant tous à la fois n'importe quoi, font beaucoup de bruit, et que trente à quarante individus vigoureux et échauffés peuvent, avec des pierres et des bâtons, briser en très-peu de temps beaucoup de vitres, de glaces, de chaises et de cartons, et déchirer de grandes quantités de robes de soie,

N. B. Nous devons aussi démentir un bruit qui a couru et qui n'a aucun fondement : on a dit qu'il y avait eu des voies de fait commises à l'égard de M. Orfila : loin de là, le doyen, qui s'est trouvé au milieu du tumulte, n'a eu qu'à se louer de la déférence des jeunes gens. Sa robe et sa toque ont été même respectées, quoique placées dans une des salles qu'on a dévastées.

— L'École de médecine a été fermée pendant deux jours pour cause de réparations. Mercredi elle a été ouverte et les cours et actes ont recommencé comme

a duré longtemps ; de même que la difficulté qu'apporte à la circulation du sang un obstacle soit mécanique, soit nerveux, au libre cours de ce fluide, détermine, après un temps plus ou moins long, une hypertrophie ou une dilatation du cœur. Rien de tout cela ne peut être déterminé dans l'état actuel de la science avec les travaux publiés jusqu'ici.

Il y a une erreur assez généralement répandue parmi nous et qu'il nous semble cependant utile de relever, c'est celle que commettent quelques médecins qui regardent cette maladie comme essentiellement chronique et même comme cachectique. Il y a sans doute un grand nombre de cas où, dans le moment même où le médecin est appelé à l'observer, elle offre tous les caractères d'une affection chronique et cachectique, peut-être même y en a-t-il aussi beaucoup dans lesquels on ne peut arriver, même en interrogeant avec soin les souvenirs des malades, à retrouver l'époque précise où elle a commencé avec des phénomènes aigus ; semblable en cela à la pleurésie, à la péricardite et à d'autres maladies qui, bien que se développant souvent avec des phénomènes aigus très-appréciables, le font cependant souvent aussi d'une manière si incidieuse et avec des phénomènes si peu prononcés, que leur marche échappe quelquefois aux praticiens les plus expérimentés ; mais il n'en est pas moins vrai que dans beaucoup de cas, cette maladie s'offre avec tous les phénomènes des maladie aiguës. Comme ce point est très-important, nous emprunterons une observation de cette forme de la maladie au travail de M. Tissot sur ce sujet (1).

Obs. II. — M. C., dont les menstrues fluent régulièrement pendant huit jours, mais d'une manière plus marquée pendant deux, éprouve, au commencement de février 1833, un engourdissement, une espèce de pesanteur dans les jambes, qui rend la marche pénible ; en même temps, les urines deviennent rougeâtres et forment un dépôt abondant ; le visage devient légèrement bouffi, ce qui a fait dire à la malade qu'elle engraisse. Lorsque M. Rayer la voit pour la première fois, le visage, les bras, les jambes, sont le siége d'un œdème assez marqué ; les urines examinées contiennent une assez forte proportion d'albumine. La malade est soumise pendant deux jours à la boisson de chiendent nitré, et le troisième jour l'apparition d'une bronchite avec forte oppression nécessite l'emploi d'une saignée, qui, le lendemain, n'avait procuré aucun soulagement. L'œdème restait stationnaire malgré l'emploi du raifort à la dose d'une once par pinte d'eau, qui, sans produire aucun effet purgatif, augmente beaucoup la sécrétion urinaire. Sous l'influence de la même médication, de la diète absolue pendant les premiers jours, et d'un régime modéré pendant les derniers, au bout d'un septenaire, les urines sont devenues successivement moins sanguinolentes, plus limpides, et l'hydropisie, ainsi que les autres accidens, ont disparu complétement. Depuis cette époque, M. C. jouit constamment d'une bonne santé, et se promène sans éprouver la moindre fatigue dans les jambes. La toux survenue pendant l'existence de l'hydropisie, a nécessité pendant quelque temps après la guérison de l'anasarque, l'emploi de l'eau de gomme et du lait d'ânesse. Lors d'un voyage en Italie, il y a huit ou dix ans, M. C. avait éprouvé des pertes de sang considérables qui n'ont jamais reparu depuis.

Si nous voulions d'autres exemples de la maladie des reins débutant d'une manière aiguë et se terminant en peu de temps, nous citerions les faits observés par M. Constant, chez des enfans, à la suite de la scarlatine, et dont deux se sont terminés par la mort.

Cette forme aiguë, qui a été bien constatée chez l'adulte surtout par M. le docteur Rayer, est d'une grande importance, car il fait connaître l'époque où le traitement peut être employé avec le plus de chances de succès, et même nous dirions avec un succès constant, si des complications fâcheuses ne venaient souvent aggraver le pronostic de cette maladie.

(1) De l'hydropisie causée par l'affection granuleuse des reins. Dissertation inaugurale par M. Tissot. Paris 1833.

COMPLICATIONS.

Il n'est pas toujours facile de distinguer les maladies qui surviennent comme complication pendant le cours de la maladie des reins, de celles qui la précèdent, et dont elle-même n'est qu'une complication, lorsque le malade n'est observé qu'à une époque avancée de la maladie. Les premiers médecins qui l'ont décrite, l'ont le plus souvent observée chez des sujets qui étaient affectés en même temps de maladies organiques du foie, du cœur ou des poumons. Chez les phthisiques, par exemple, elle est très-fréquente, et il serait difficile de penser que la phthisie ne fût, dans ce cas, qu'une complication. Le développement et la marche de cette maladie et des affections organiques du cœur, ne permet pas d'attribuer la production de ces dernières à l'altération des reins ; mais il arrive trop souvent que, pendant le cours de l'hydropisie albumineuse, on voit survenir des affections des séreuses, du gros intestin, des bronches, etc. Pour qu'on n'attribue pas une grande influence sur leur production aux troubles fonctionnels introduits dans l'économie par la maladie des reins, nous allons donner un exemple de cette dernière forme de complication : c'est un cas de la maladie granuleuse des reins, pendant la durée duquel il est survenu des symptômes cérébraux qui en ont hâté la terminaison.

Obs. III. — Rollin, âgé de 68 ans, couché salle Saint-Michel, n° 44, le 17 novembre 1833, offre l'état suivant : facultés intellectuelles intactes ; respiration libre ; toux légère, sans expectoration : râle muqueux à la partie postérieure et inférieure du poumon droit ; impulsions du cœur un peu fortes, mais régulières ; langue naturelle ; appétit assez bon ; constipation depuis plusieurs jours ; face bouffie ; œdème assez considérable des extrémités supérieures et inférieures, mais d'une manière plus marquée dans tout le côté droit ; *urines rouges, troubles et très-coagulables*. Interrogé sur son état antérieur, Rollin dit n'avoir jamais eu que des fièvres intermittentes, dont il a été atteint plusieurs années de suite, et qui disparaissaient au bout de deux ou trois septénaires. Bien portant depuis quelques années, ce n'est qu'au mois de juillet 1830, époque à laquelle il perdit une place qui lui permettait de vivre dans l'aisance, qu'il vit sa santé s'altérer insensiblement ; le *mauvais régime* auquel il fut dès lors soumis et l'habitation surtout dans une chambre *humide* furent, selon lui, les causes de sa maladie dont les premiers symptômes se manifestèrent au mois de décembre ; il ressentit alors, par intervalles, des douleurs sourdes dans les lombes ; à ce premier symptôme se joignit bientôt l'œdème des membres inférieurs, qui resta assez longtemps sans faire aucun progrès ; ce n'est que depuis un mois seulement qu'il occupe le membre supérieur. Depuis l'apparition des douleurs dans les lombes, les urines ont été parfois brunâtres et toujours troubles. (Presc. : chiendent nitré : lavement émollient ; opium, un grain ; scille, 2 grains, en pilules : un huitième d'alimens.)

Le 21, face moins bouffie ; langue jaunâtre ; perte de l'appétit ; douleur sourde dans la région des reins ; pouls petit, accéléré, 100. Le 22, délire nocturne. assoupissement ; respiration gênée ; pouls 120. Le malade répond avec peine aux questions. L'œdème a gagné le scrotum ainsi que les parties antérieures et postérieures du tronc ; urines rares et plus albumineuses. (Même prescription, et de plus, saignée de trois palettes.) Le 23, rêvasseries pendant la nuit ; toux fréquentes ; respiration plus gênée ; râle muqueux dans la partie postérieure des poumons. (Eau de gomme ; large vésicatoire sur le sternum.) Le 24, embarras dans les idées ; langue jaunâtre, glutineuse ; pupille contractée ; pouls 128. Le 25, assoupissement, réponses confuses, tremblemens dans les membres inférieurs ; pupilles très-contractées ; urines presque nulles ; mort le même jour.

Autopsie après 40 heures. Épanchement de sérosité limpide dans le tissu

---

à l'ordinaire. M. Orfila s'est présenté à l'ouverture et d'un ton grave et pénétré il a adressé l'allocution suivante au nombreux auditoire qui s'était réuni pour le cours de physique

« Je ne veux pas, leur a-t-il dit, que l'école reprenne ses exercices sans vous entretenir des désordres qui ont eu lieu ; en pareil cas, le silence pourrait être mal interprété. Comment ! des actes dignes du temps des Vandales auraient été commis, les professeurs auraient été insultés dans leurs insignes, et l'école ne viendrait pas témoigner, par mon organe, toute sa douleur, et surtout votre doyen vous laisserait croire que la Faculté se contente, pour toute réparation, d'une suspension de deux jours, nécessitée, par les travaux d'urgence !

» Non, Messieurs, l'école et le corps universitaire ont été sensibles à l'injure, et le *Moniteur* d'aujourd'hui annonce des mesures qui se poursuivront avec vigueur. Plusieurs des coupables sont entre les mains de la justice ; justice sera faite, et je la réclame avec énergie ; indépendamment de cette action publique, le conseil académique est saisi, et des peines universitaires sévères seront appliquées aux fauteurs du désordre.

» Toutefois l'autorité a pensé qu'il serait injuste de frapper indistinctement tout le monde ; elle a voulu épargner les innocens : or, c'eût été les punir que d'interrompre jusqu'à la fin de l'année les actes et les leçons ; aussi l'école est-elle ouverte ; je compte sur votre bon esprit pour apprécier à sa juste valeur toute notre sollicitude envers vous. Vous le savez, messieurs, je ne néglige aucune occasion de défendre vos intérêts, d'étendre vos moyens d'instruction et de soutenir la renommée de cette faculté, dont l'éclat rejaillit sur vous ; mais les abus auxquels se sont portés plusieurs de vos camarades sont intolérables ; et s'ils se renouvelaient, si l'autorité de vos maîtres était de nouveau méconnue, si elle ne suffisait plus pour maintenir l'ordre, nous le ferions respecter par tous les moyens que la loi met en notre pouvoir.

» Des journaux qui ne cachent pas leurs projets hostiles et qui s'adressent à vous, cherchent à vous tromper sur nos intentions et sur les actes du pouvoir à votre égard ; mais malheur à ceux d'entre vous qui se laissent entraîner par de perfides conseils à des actions qu'ils regretteront un jour, et lorsqu'il ne sera plus temps de réparer les torts faits à leur carrière et à leur avenir.

» Que ceux d'entre vous qui veulent juger avec impartialité les dispositions vraiment bienveillantes de l'autorité, comparent ce qui s'est fait en 1822 et les terribles conséquences qu'eurent alors des actes répréhensibles, mais beaucoup moins graves que ceux qui viennent de se passer, la manière dont l'école fut frappée en masse, avec les mesures actuelles ; ils reconnaîtront dans celles-ci un esprit de justice qui cherche à concilier les intérêts du plus grand nombre des élèves avec ce que l'on doit au respect de l'ordre et des lois. »

Ces paroles ont été accueillies par d'unanimes applaudissemens.

— On vient d'annoncer à Naples une traduction en italien de l'excellent ouvrage de notre confrère et ami M. Réveillé-Parise, le *Traité de physiologie et d'hygiène des hommes livrés aux travaux de l'esprit*, etc. Cette traduction ne peut manquer d'obtenir le succès que l'original a eu en France. C'est à la fois une bonne spéculation et une justice rendue au mérite de notre savant et spirituel collaborateur.

sous-arachnoïdien et dans les ventricules; encéphale piqueté par un assez grand nombre de points rouges.

Quatre onces de sérosité dans chaque côté de la poitrine; engouement de la partie postérieure des deux poumons dont le droit adhère par sa partie postérieure à la plèvre costale.

Les reins un peu volumineux, ont un aspect *blanchâtre*, opaque, dû à une foule de granulations, de couleur crémeuse qui occupent toute la surface par plaques distinctes, mais confluentes ou confondues; dans quelques points, elles ont des formes irrégulières plus ou moins marquées. Les intervalles des circonvolutions sont d'une couleur rose-bleuâtre et transparens; en outre, toute la surface extérieure est parsemée d'un pointillé rouge abondant, et entremêlé de beaucoup de petits kystes d'un volume inégal. A la coupe la lésion est peut-être encore plus frappante; la substance corticale d'un *blanc mat* à *stries confondues*, *granulées*, contraste fortement avec la substance tuberculeuse, qui est rouge-foncé, *compacte* et *resserrée* sur elle-même. Malgré l'aspect de *masses floconneuses* de la substance corticale, on aperçoit encore des *stries mates* dirigées vers la base des cônes tubuleux; la substance corticale présente en outre une foule de petits points rouges, creux, dans la substance blanche et entremêlés de *vésicules transparentes* ressemblant à des gouttelettes d'eau.

TRAITEMENT.

Cette partie importante du sujet qui nous occupe est celle qui laisse encore le plus à désirer. De même que, dans les maladies peu connues, la plupart des moyens employés ont réussi et ont échoué tour à tour, les antiphlogistiques, les dérivatifs, les diurétiques, les purgatifs, les bains de vapeurs, ont été presque également employés, et avec des succès divers. Les purgatifs que les Anglais ont recommandés dans le traitement de cette maladie, doivent y être, d'après M. Rayer très-rarement employés; ils déterminent, dit M. Tissot (*loc. cit.*), des diarrhées difficiles à arrêter, et amendent à peine l'hydropisie. Voici, au reste, l'ordre dans lequel ce dernier pense que les divers moyens qui peut réclamer cette maladie doivent être dirigés. Les bains de vapeur, les saignées générales et les diurétiques dans la première période; la saignée capillaire s'il y a douleur, les diurétiques et les dérivatifs dans la seconde. Les complications qui viennent entraver sa marche réclament le traitement qui leur est propre. A quelque période qu'apparaissent une pneumonie ou des accidens cérébraux, les évacuations sanguines sont toujours utiles pourvu qu'on ait égard à l'état du malade et à l'intensité de la phlegmasie.

Parmi les diurétiques, celui qui a paru le plus efficace à M. Rayer, c'est la décoction de raifort sauvage (*cochlearia armoracia*), qu'il donne depuis deux gros jusqu'à une once et demie par litre d'eau. Nous avons déjà vu, chez le sujet de la deuxième observation, un exemple de l'activité de ce médicament; le suivant nous fera connaître l'effet d'une médication tout-à-fait différente, celui des bains de vapeur.

Obs. IV.—Louise Corette, âgée de 35 ans, d'une bonne constitution, habitant Paris depuis 17 ans, entre à la Charité, salle St-Martin, n° 6, pour se faire traiter d'un œdème qui, depuis 15 jours, lui était venu aux cuisses et aux jambes. Elle attribue cet état au *froid* qu'elle dit avoir éprouvé la nuit dans un logement mal fermé, situé sous les toits, et à la fois à son séjour dans un endroit *bas* et *humide*, où elle passait la journée. Cette fille, pendant quatre ans, avant l'apparition de ses menstrues, fut sujette à des attaques d'épilepsie, dont elle n'avait eu aucune atteinte depuis l'âge de 17 ans; depuis lors elle a toujours joui d'une bonne santé; examinée le 5 décembre, elle offre l'état suivant. Les cuisses, les jambes et les bras sont le siége d'un œdème plus ou moins apparent; les urines presque *incolores*, mais *troubles*, se *coagulant* par la chaleur et précipitant en gros flocons par l'acide nitrique. (Chiendent nitré, bain de vapeur, le quart.)

Le 6. L'œdème des membres supérieurs a diminué et celui des inférieurs augmenté, l'abdomen ne contient aucun fluide; soif, *urines* plus *troubles*, plus *coagulables*; (même prescription d'un grain d'opium).

Le 10. Plus d'œdème dans les membres supérieurs, la malade n'éprouve de douleur nulle part; même état des urines.

Le 11. L'œdème commence à diminuer dans les membres inférieurs; *urines* plus *claires*, moins *albumineuses*. (Même prescription).

Le 12. La diminution de l'œdème des cuisses est évidente; urines claires, *lactescentes* par l'acide nitrique.

Sous l'influence du même traitement, l'œdème diminue progressivement; le 19 il ne reste aucune trace d'œdème, les *urines* se rapprochent de leur couleur naturelle et ne forment plus qu'un *léger nuage* par l'addition de l'acide nitrique.

Le 21. La malade est très-bien et elle sort au bout de quelques jours; trois mois après elle continuait à jouir d'une parfaite santé.

Il ressort de ce que nous avons dit du traitement de la maladie de Bright, que nos connaissances sur ce point sont encore bien peu avancées; mais si nous nous rappelons le court espace de temps qui s'est écoulé depuis qu'elle est connue et surtout depuis que l'on a commencé à s'en occuper en France, nous aurons un motif pour ne pas être étonnés. Aussi attendons-nous avec quelque anxiété le travail de M. Rayer, dans lequel plusieurs des questions qui se rattachent à l'étude de cette maladie y sont traitées sous un point de vue tout-à-fait différent de celui sous lequel les médecins anglais l'avaient considéré. Nous signalerons spécialement les points suivans, en nous bornant à un simple énoncé, et dans le but seulement de faire connaître le motif de l'intérêt avec lequel cette publication est attendue.

1° L'altération des reins précède toujours l'hydropisie, et elle existe quelquefois long-temps sans elle.

2° L'hydropisie peut disparaître et l'altération des reins persister. (Guérisons apparentes.)

3° L'altération des reins précède l'altération du sang et des fluides séreux.

4° Les caractères anatomiques de la lésion des reins, et les symptômes observés pendant la vie, démontrent que cette altération est de nature inflammatoire.

5° Le traitement antiphlogistique (émissions sanguines, diète lactée, bains tièdes), d'une haute efficacité au début, est souvent impuissant plus tard, comme tous les autres traitemens, lorsque l'altération des reins est tellement profonde qu'elle ne paraît plus susceptible de guérison.

6° Le développement des maladies secondaires inflammatoires chroniques des séreuses, du gros intestin, des bronches, affections cérébrales, etc., paraît dû à des altérations du sang consécutives au dérangement de la sécrétion urinaire.

CLINIQUE DES DÉPARTEMENS.

CLINIQUE CHIRURGICALE DE L'HÔTEL-DIEU DE LYON, SERVICE DE M. NICHET, chirurgien en chef désigné de l'hospice de la Charité.

COUP DE FEU A LA FACE; PERFORATION DU PLANCHER DE LA BOUCHE; AUTOPLASTIE; GUÉRISON.

Obs. I. — Gabriel Mégnier, cultivateur, âgé de 25 ans, se tira un coup de pistolet à la face, le 25 juin 1834. Il avait placé le canon sous le menton; il en résulta une fracture du maxillaire inférieur près de la symphyse, à droite, une très-large dilacération des parties molles qui forment le plancher de la bouche et notamment des muscles genio-hyoïdiens, génio-glosses, mylo-hyoïdiens. La langue était intacte, la voûte palatine avait été traversée par la balle qui sortit deux jours après par la narine gauche, tandis que la droite donna issue à une esquille d'un demi pouce de longueur. Les pansemens se bornèrent à des applications de charpie sèche. La cicatrisation des lèvres de la plaie s opéra peu à peu, et lorsqu'elle fut complète, il resta une large perforation de forme triangulaire, située derrière l'os maxillaire et au-dessous de la langue. Voici quel était l'état des parties lorsque le malade se présenta à nous en décembre 1835, un an et demi après son accident.

Derrière le menton, on voyait une perforation triangulaire, d'environ un pouce de côtés. Le bord antérieur convexe était formé par la peau qui, avant la blessure, occupait le lieu de la perforation, et qui, après avoir formé un lambeau flottant, s'était collée au bord inférieur et à la face postérieure du corps de l'os maxillaire, de telle sorte que les poils qui s'en élevaient, dirigés en arrière, allaient s'implanter douloureusement dans la langue. Cette portion de peau revenue sur elle-même, épaissie et doublée d'une grande quantité de graisse, formait une sorte de tumeur qui donnait au menton un volume extraordinaire, et rompait l'harmonie des traits de la face. En bas et en arrière ce lambeau boursoufflé bouchait en partie l'ouverture fistuleuse, raccourcissait son diamètre antero-postérieur, et donnait au côté antérieur une direction courbe fortement prononcée. Les bords latéraux de l'ouverture étaient entièrement formés par un tissu de cicatrices d'un rouge tendre, et représentaient deux cordes fortement tendues entre l'angle postérieur et l'os maxillaire; ils avaient environ deux lignes d'épaisseur. L'angle postérieur mousse et concave en forme de croissant, était raide et tranchant. Une cicatrice placée entre l'os hyoïde et cet angle concentrait vers lui ses plis saillans et rapprochés : sans cesse mouillée par la salive, elle était molle, sensible au toucher et toujours prête à s'excorier. L'angle postérieur de la plaie formait en-devant de la paroi postérieure de la bouche un rebord de deux ou trois lignes de saillie, une sorte de *relais* qui retenait la salive quand le malade était couché sur un plan horizontal. Les deux angles latéraux étaient extrêmement aigus.

A travers l'ouverture que nous venons de decrire, on voyait une surface d'un rouge vif appartenant à la face inférieure de la langue. Tirée en bas par la cicatrice, cet organe était appliqué sur les bords de la perforation, et avait presque entièrement perdu ses mouvemens. La portion non adhérente de son extrémité n'était plus qu'un tubercule de sept à huit lignes de longueur.

La fracture du maxillaire était consolidée d'une manière difforme, le fragment droit reculait de deux lignes. La voûte palatine enfoncée vers les fosses nasales, avait la forme d'un entonnoir : le passage de la balle était oblitéré.

Le trouble des fonctions qui résultait de cette difformité, peut déjà être prévu. 1° La salive versée dans la bouche s'échappait aussitôt par la perforation qui occupait la partie la plus déclive de cette cavité, et se trouvait perdue pour la digestion. De là, des digestions difficiles et un amaigrissement très-prononcé. Le contact de la salive sur la cicatrice et sur la peau du cou macérait ces parties et y entretenait une irritation permanente. Le malade tamponnait bien l'ouverture avec de la charpie et des compresses, mais cet appareil était bientôt mouillé par la salive et finissait par exhaler une odeur infecte; 2° la mastication des alimens était impossible, ils s'échappaient par la plaie, la langue presque immobile ne pouvait les ramasser dans la bouche; enfin la difficulté d'opérer le vide s'opposait à la déglutition. Aussi le malade était-il obligé de hacher ses alimens, de se coucher et

de les porter avec ses doigts dans l'isthme du gosier. Quant aux liquides, il les faisait tomber directement dans le fond de la gorge, en renversant la tête et ouvrant largement la bouche ; 3° l'articulation des sons était si imparfaite qu'il était impossible de comprendre le malade, toutes les consonnes se confondaient en un bruit sourd et rauque : ce qui provenait du peu de mobilité de la langue, de la difformité de la voûte palatine, et surtout de la perforation de la bouche qui, interceptant la colonne d'air avant qu'elle arrivât aux dents et aux lèvres, rendait impossible la prononciation des consonnes dentales et labiales.

Voici le procédé opératoire par lequel je remédiai à cette dégoûtante infirmité. Le malade étendu sur un lit, la tête fortement renversée en arrière, deux incisions parallèles furent pratiquées sur les côtés du menton, vis-à-vis des angles latéraux de la fistule; arrivées à ces angles, elles furent continuées derrière l'os maxillaire en suivant la peau renversée. Les extrémités postérieures de ces incisions furent jointes par une troisième incision transversale, portant sur les limites de la peau et de la cicatrice derrière le corps du maxillaire. Ce lambeau rectangulaire fut disséqué; sa largeur était de dix-huit lignes sur deux pouces de longueur, il s'étendait facilement sur la fistule et la débordait dans tous les sens. Trois incisions pratiquées sur les côtés et derrière la perforation circonscrivirent un espace de forme analogue à celle du lambeau ; tout le tissu de cicatrice placé en-dedans de ces incisions fut excisé dans l'épaisseur d'une demi-ligne, et il en résulta une sorte de cadre dans lequel le lambeau fut enchâssé. Vu la forme triangulaire de la perforation buccale, on conçoit que la surface avivée avait beaucoup plus de largeur dans les angles que sur les bords. Ce lambeau fut maintenu dans sa position au moyen de sept points de suture : deux correspondaient aux deux angles du lambeau, deux sur chacun des bords latéraux, un sur le milieu du bord inférieur. Des bandelettes agglutinatives dont les chefs furent ramenés vers le sommet de la tête rendirent l'application du lambeau plus immédiate; de la charpie, des compresses et des bandes complétèrent le pansement. Le corps fut placé sur un plan horizontal, la tête renversée et plus basse que la poitrine.

L'appareil fut enlevé le quatrième jour; tous les points de suture tenaient encore excepté celui du milieu du bord inférieur qui avait coupé le lambeau. Une exsudation purulente légère recouvrait les bords de la plaie. On ne voyait suinter de la salive par aucun point. Les bandelettes furent appliquées de nouveau et le pansement se fit comme après l'opération.

Le 6e jour. Les deux sutures latérales ne tiennent plus, les fils sont coupés et retirés. Les sutures des deux angles tiennent bien, et l'adhésion paraît déjà solide dans ces points, aussi bien que sur le bord droit ; sur une partie du bord gauche et sur le milieu du bord inférieur, les lèvres sont désunies et leur surface est livrée à la suppuration.

Le 15e jour. Le bord inférieur du lambeau est complètement uni à la peau voisine ; à la gauche, la cicatrisation marche avec moins de rapidité à cause de l'irritation que les poils y déterminent. On achève d'enlever les points de suture, et on cautérise les végétations cellulo-vasculaires qui s'élèvent d'entre les lèvres de la plaie.

Le 20e jour. L'adhésion est complète dans toute la circonférence du lambeau.

Le 24e jour. Le malade sort parfaitement guéri.

Voici, en résumé, quels sont les résultats de l'opération relativement aux formes et aux fonctions. L'ouverture qui existait sous le menton est remplacée par un lambeau de peau qui ne diffère en rien de la peau voisine, et dont l'union avec elle est marquée par trois lignes à peine visibles. Le menton, difforme par son grand volume avant l'opération, est maintenant dans un rapport exact avec les autres parties de la face. Le malade mâche et avale comme avant son accident. La prononciation est devenue très-distincte, ce qui tient : 1° à l'obturation de la perforation anormale ; 2° au changement de direction de la langue que le lambeau, en se rétractant, a tirée en haut et en avant. Cependant cet organe n'est pas aussi mobile que dans l'état normal, ce qui, joint au vice de conformation de la voûte palatine, rend l'articulation des sons un peu vicieuse. La face profonde du lambeau s'est recouverte d'une cicatrice, et s'est réduite par la crispation au tiers de l'étendue qu'elle présentait au moment de l'opération. La face externe du lambeau a subi une réduction proportionnelle. Le doigt porté sur le plancher de la bouche touche une surface lisse, circulaire, grande comme une pièce de vingt sols, sur laquelle les tissus environnans viennent adhérer en s'inclinant brusquement : cette surface est la portion du lambeau que la cicatrice a recouverte.

Quelque procédé qu'on adoptât pour réparer cette perte de substance, il fallait surmonter, pour le faire réussir, une difficulté particulière qui n'existe pas lorsque la perforation occupe toute autre partie de la bouche : je veux parler de la salive qu'il fallait éloigner de la plaie au moins pendant quelques jours, sous peine de voir échouer l'adhésion immédiate. Je plaçai d'abord dans la plaie, du côté de la bouche, une petite éponge, dans le but d'absorber la salive au moment où elle serait versée par les conduits excréteurs, et je bouchai en dehors la perforation avec de la charpie. Mais je ne tardai pas à me convaincre de l'insuffisance de ce moyen : au bout de quelques heures la charpie était toute mouillée de salive. J'essayai alors de coucher le malade sur un plan horizontal, et de renverser sa tête en arrière afin de diriger la salive vers l'isthme du gosier. Pendant deux jours que cette position fut gardée, il n'en passa pas une goutte par la fistule. Le moyen d'empêcher le passage de la salive était donc trouvé.

Restait le choix du procédé opératoire. Devait-on se contenter d'aviver les bords latéraux de la fistule, de les rapprocher et de les maintenir en contact au moyen de la suture et des bandelettes ? Le grand éloignement de ces bords, leur peu d'épaisseur, leur rigidité, le tissu de cicatrice qui les recouvrait, le point d'appui invariable que leur fournissait en avant l'os maxillaire, rendaient ce procédé à peu près impraticable. Devait-on tailler aux environs de la plaie, à la partie supérieure du cou, un lambeau de forme analogue à celle de la perforation, et l'appliquer sur elle en le tournant sur son pédicule ? cette opération aurait eu l'inconvénient d'ajouter une cicatrice de plus à celles déjà existantes. D'ailleurs son pédicule aurait été formé inévitablement par un tissu de cicatrice.

Un seul procédé semblait être indiqué par la disposition même des parties qui entouraient la fistule. La peau, qui s'était retirée du lieu maintenant occupé par la fistule, formait au-devant du menton une sorte de tumeur : elle avait beaucoup d'étendue et de laxité; une partie de cette peau, repliée derrière le maxillaire, y était fortement adhérente. Il était évident qu'en détachant de la surface osseuse cette portion de tégumens, on pourrait en former un lambeau assez vaste, assez extensible pour être transporté dans l'ouverture fistuleuse et la recouvrir entièrement. C'est en effet ce procédé que j'adoptai : on a pu voir que son exécution fut suivie du succès le plus complet.

LUXATION ANCIENNE DU COUDE EN ARRIÈRE. — PROCÉDÉ ORDINAIRE EMPLOYÉ SANS SUCCÈS. — RÉDUCTION OPÉRÉE PAR LE MOUFLE.

OBS. II. — Un bourrelier, âgé de 34 ans, se précipita dans une cave, le poids du corps porta sur la main droite; en se relevant il avait perdu l'usage de l'avant-bras droit, ce membre se trouva fixé dans l'extension. Il alla trouver de suite un rhabilleur du voisinage, qui pendant cinq minutes fit exécuter à l'avant-bras des mouvemens très-douloureux et le renvoya en l'assurant qu'il était parfaitement guéri. Cependant au bout de huit jours les mouvemens n'étant pas revenus, il alla consulter un médecin instruit, qui reconnut le mal et fit une tentative de réduction qui n'eut point de succès; il envoya le malade à l'Hôtel-Dieu de Lyon.

L'existence d'une luxation des deux os de l'avant-bras en arrière n'était point douteuse. L'avant-bras était raccourci et fixé dans la demi-flexion; les mouvemens de flexion et d'extension, ceux de pronation et de supination étaient impossibles; l'olécrâne, faisant en arrière une saillie très-prononcée, était placée au-dessus du niveau des deux tubérosités humérales. L'extrémité articulaire de l'humérus, cylindroïde, pouvait être sentie au dessous des muscles biceps et brachial antérieur. Il n'y avait ni inflammation, ni engorgement.

Je fis un premier essai de réduction avec des aides nombreux et vigoureux; mais, les os de l'avant-bras gardèrent invariablement leur position. Le gonflement produit par cette tentative inutile ayant cessé, je fis l'extension continuelle : mais elle ne put être supportée. Enfin j'eus recours au moufle. L'application en fut faite le 5 août 1835, soixante-dix jours après l'accident.

Le creux de l'aisselle et la partie antérieure de l'articulation scapulo-humérale étant garnis d'une couche épaisse d'étoupe, un drap plié en cravate fut appliqué, par sa partie moyenne sous l'aisselle, et ses chefs ramenés en avant et en arrière furent passés dans un anneau scellé dans le mur et solidement noués. Le poignet garni d'étoupe fut environné d'un lacs fixé par une forte bande. A la suite de ce lacs je plaçai un dynamomètre auquel tenait un moufle qui prenait son point d'appui à un anneau fixé dans un mur à dix pieds de distance de l'anneau qui soutenait la contre-extension. Trente minutes furent employées à faire l'extension qui fut portée graduellement jusqu'à 380 livres; pendant ce temps on sentait l'olécrâne descendre et se rapprocher des tubérosités humérales. Lorsque je pensai que la surface articulaire du cubitus était assez descendue pour s'appliquer sur la poulie de l'humérus, je fis subitement cesser les tractions; des aides s'emparèrent du lacs de l'extension et portèrent rapidement l'avant-bras dans la flexion, qui alla sans la moindre résistance jusqu'à ses limites les plus extrêmes; en même temps le coude reprit sa conformation naturelle; les mouvemens d'extension et de flexion s'exécutèrent avec une grande facilité, tant les moyens d'union des surfaces articulaires étaient relâchés. Au bout d'une demi-heure il survint une douleur violente dans l'articulation et un vaste engorgement sans rougeur ne tarda pas à la suivre. (30 sangsues au bras, potion avec deux grains d'opium, applications d'eau végéto-minérale.) Le lendemain une ecchymose très-foncée se montra tout au tour de la tubérosité interne de l'humérus; cette partie était très-sensible. Tous ces symptômes se dissipèrent par le repos et les applications résolutives. Une légère raideur, qui persista dans l'articulation, fut facilement combattue par les douches d'eau minérale, et lorsque le malade quitta l'hôpital, deux mois après la réduction, l'articulation ne présentait plus de traces de l'accident : sa forme, ses mouvemens et sa force étaient parfaitement rétablis.

L'emploi des moufles dans la réduction des luxations, proscrit d'une manière si absolue par les chirurgiens français, a été heureusement renouvelé dans ces dernières années; car si l'adresse est indispensable pour rétablir un os dans sa place naturelle, la force n'est pas moins, dans beaucoup de cas, et surtout dans les luxations anciennes, le principal élément du succès. Et qu'on ne dise pas qu'une machine est une force aveugle qu'on ne saurait limiter ni diriger. On ne peut faire aux extensions par les machines aucun reproche que l'emploi des aides ne mérite à plus juste titre. Tous les accidens survenus après la réduction des luxations anciennes ont été produits par des aides. Peut-il en être autrement lorsqu'on réfléchit au résultat prodigieux que doit avoir l'effort simultané de dix ou douze jeunes gens ordinairement très-robustes ? Mais cet effort a encore l'inconvénient d'être instantané, tandis qu'avec une machine on n'y arrive qu'avec le temps et par degrés insensibles.

Les succès obtenus à l'aide du moufle dans les luxations anciennes de la hanche et de l'épaule, m'engagèrent à faire usage du même instrument chez le sujet dont on vient de lire l'observation, la force seule me paraissant devoir triompher des obstacles que l'ancienneté de la maladie et la vigueur des muscles opposaient à la réduction. La structure de

l'articulation n'avait rien qui dût s'opposer à l'emploi de ce moyen. L'apophyse coronoïde placée dans la cavité olécrânienne, me paraissait devoir s'en dégager par suite de l'extension complète de l'avant-bras, qui serait le résultat d'une traction très-énergique. A la vérité la luxation remontant à 70 jours, était plus ancienne que la plupart des luxations de même espèce que l'on était parvenu à réduire. Mais je comptais sur la puissance des tractions graduellement augmentées, et je suis persuadé que ce procédé d'extension triompherait de luxations du coude beaucoup plus anciennes encore, pourvu toutefois que le déplacement fût en arrière. Dans les luxations latérales, les conditions ne sont plus les mêmes, les tractions ne se font plus dans le sens du déplacement, et n'ont plus les mêmes influences sur les os; peut-être encore des adhérences plus rapides s'établissent-elles entre les surfaces. Quoi qu'il en soit, voici une luxation latérale du coude bien plus ancienne à la vérité que la précédente, où tous mes efforts ont été inutiles. Ce fait, remarquable sous le rapport de la position respective des extrémités articulaires des os, démontre d'ailleurs l'innocuité des tractions énergiques lorsqu'elles sont faites d'une manière graduellement croissante.

LUXATION DE L'AVANT-BRAS EN ARRIÈRE ET EN DEHORS, DATANT DE QUATRE MOIS — TENTATIVES DE RÉDUCTION INUTILES.

OBS. III. — Antoine Boux, âgé de 47 ans, tomba d'une voiture sur le côté interne du coude gauche; le bras et l'avant-bras ne tardèrent pas à s'engorger. Le lendemain de cette chute il alla consulter un rhabilleur qui exerça quelques tractions, ordonna un liniment et renvoya le malade. Celui-ci y retourna pendant quinze jours sans que les mouvemens de son coude en devinssent plus faciles. Voici dans quel état se trouvait l'articulation du coude, à son entrée à l'Hôtel-Dieu, le 1er février 1836, quatre mois après l'accident. L'articulation est indolente, les muscles très-minces permettent de préciser les rapports respectifs des saillies osseuses. L'olécrâne fait derrière le bras une saillie très-prononcée; au-dessus d'elle on sent une dépression et on touche le muscle triceps saillant et éloigné de l'humérus. L'olécrâne n'est pas plus rapprochée de l'acromion que celle du membre sain, en sorte que l'avant-bras n'est pas raccourci. En avant de l'articulation on sent l'extrémité inférieure de l'humérus dont on distingue les saillies et les enfoncemens. L'extrémité supérieure du radius est placée directement sous l'épicondyle; elle ne déborde l'humérus, ni en avant, ni en arrière; elle roule sur cette éminence comme sur le condyle lui-même, aussi les mouvemens de pronation et de supination de la main s'exécutent-ils comme dans l'état normal. Le cubitus a abandonné la trochlée humérale, et s'est venu placer dans la rainure qui sépare le bord externe de cette poulie articulaire du condyle huméral. En dedans de l'extrémité supérieure du cubitus, on touche à travers la peau la poulie articulaire de l'humérus vide, et au-dessus d'elle et plus en dedans une forte saillie formée par l'épitrochlée. L'avant-bras est fixé dans la demi-flexion; les mouvemens de flexion et d'extension sont tout-à-fait impossibles. Il y a donc luxation complète du radius en dehors seulement, et luxation incomplète du cubitus en dehors et en arrière.

Une première tentative de réduction avec le moufle n'eut pas d'autre résultat que d'éloigner de quelques lignes le radius de l'humérus, et d'étendre un peu les mouvemens de flexion et d'extension. Le cubitus ne descendit pas d'une manière sensible. Les tractions durèrent une heure et on porta la force jusqu'à 164 kilogrammes. La tuméfaction fut peu considérable et disparut en trois jours par les bains et les cataplasmes. A la sollicitation du malade, qui était plein de courage et qui désirait vivement être délivré de son infirmité; nous fîmes quinze jours après un second essai de réduction qui dura une heure comme le premier. Pendant les tractions les plus fortes, le radius était séparé de l'épicondyle par un espace de six lignes, mais l'olécrâne nous parut invariablement fixe dans la place qu'il occupait; les pressions les plus fortes exercées par des aides vigoureux ne purent le déplacer ni en avant, ni en dedans. Cette seconde épreuve eut pour résultat de donner plus de laxité à l'articulation et de permettre de porter la flexion jusqu'à l'angle droit; la pronation et la supination étaient toujours conservées; mais la difformité resta toujours la même, et je crus qu'il n'était ni rationnel, ni prudent de revenir à d'autres tentatives auxquelles le malade aurait d'ailleurs facilement consenti.

BRIDE RÉSULTANT D'UNE BRULURE AU PLI DE L'AINE. — FLEXION FIXE DE LA CUISSE. — SECTION DE LA BRIDE. — RÉUNION. — RESTITUTION DES MOUVEMENS.

OBS. IV. — Un enfant de 6 ans, entré à l'Hôtel-Dieu, porte dans l'aine gauche une bride de la largeur de la main occupant le tiers supérieur de la cuisse et trois pouces de l'abdomen. Cette bride est le résultat d'une brûlure arrivée à l'âge d'un an. La cuisse avait dû être fortement rapprochée du ventre dans le temps qui suivit immédiatement la cicatrisation de la brûlure, mais depuis lors la peau du ventre avait cédé aux tractions du membre et formait des plis nombreux qui venaient se concentrer sur le tissu ferme et résistant de la cicatrice, et permettaient à la cuisse un léger degré d'extension. Voici quelle est la disposition de cette difformité. Entre la cuisse fléchie et la paroi abdominale, on voit un large repli formé de deux feuillets séparés par du tissu cellulaire. Le feuillet interne offre la peau dans toute son intégrité; l'externe dur, résistant, épais, n'est qu'un tissu inodulaire ou de cicatrice. Depuis le pli de l'aine jusqu'à son bord libre, cette bride a trois pouces de hauteur. La demi-circonférence antérieure de la cuisse jusqu'au genou est toute recouverte de cicatrices de brûlure.

Voici le procédé que je suivis pour corriger cette difformité : la partie la plus profonde de la bride fut traversée d'un côté à l'autre avec le bistouri, et l'incision prolongée jusqu'à son bord libre; la cuisse étant fortement étendue, la rétraction des lèvres mit à découvert une plaie lozangique dont les deux angles les plus éloignés correspondaient l'un au ventre, l'autre à la cuisse. La lèvre externe de cette vaste plaie était toute formée de tissu inodulaire dont la partie la plus épaisse et la plus dense fut excisée; la lèvre interne, uniquement composée de peau saine, fut disséquée sur l'abdomen et sur la partie supérieure de la cuisse dans la largeur de trois pouces, et, transportée en dehors, elle servit à recouvrir toute l'étendue de la plaie; les deux lèvres mises en contact par ce déplacement furent réunies par six points de suture et des bandelettes agglutinatives; de la charpie, des compresses et une bande assurèrent encore la solidité de la réunion. L'artère sous-cutanée abdominale seule ouverte dans cette opération fut liée. Le membre fut fixé dans l'extension sur une forte attelle garnie d'un coussin et placée à sa partie postérieure. Le lendemain de l'opération l'appareil n'est pas dérangé, le malade a un peu de fièvre. Le second jour, le malade d'un caractère très-irritable et supportant impatiemment cette position gênante, ne cesse de pousser des cris et dérange l'appareil.

Le 4e jour je mets la plaie à découvert, et je trouve la partie correspondant à l'abdomen largement désunie, les points de suture ont coupé la peau; à la cuisse la réunion n'est pas dérangée, je rapproche autant qu'il est possible les lèvres écartées et panse comme le premier jour. La fièvre est un peu tombée. Les jours suivans la plaie du ventre se déterge et la suppuration s'y établit; celle de la cuisse ne laisse transsuder qu'une petite quantité de pus et se réunit rapidement, la cuisse est maintenant fortement étendue sur le bassin à l'aide d'une longue attelle afin d'augmenter, autant que possible, le diamètre longitudinal de la plaie, tandis qu'à l'aide de bandelettes agglutinatives on cherche à la rétrécir transversalement. Toutes les fonctions se font comme dans l'état normal, le malade est au régime de l'état de santé. Un mois et demi après l'opération, la plaie est déjà notablement rétrécie; il survient alors une variole extrêmement intense qui tuméfie le membre, détruit la cicatrice déjà formée, rend les bourgeons charnus mollasses, blafards, détériore la suppuration et nous force à suspendre l'extension de la cuisse. Après cinq semaines d'interruption, nous revenons au traitement local qui a pour but de donner à la cicatrice une forme longitudinale. Ce travail de cicatrisation s'opère avec lenteur, et ce n'est que cinq mois après l'opération qu'il est complet. Alors le petit malade marche parfaitement, les mouvemens d'extension et de flexion de la cuisse sont faciles, et on voit au-devant du tissu supérieur de la cuisse une cicatrice linéaire qui se prolonge sur l'abdomen à trois pouces au-dessus du pli de l'aine.

Les préjudices que cette cicatrice vicieuse portait aux mouvemens de la cuisse, sont trop évidens pour qu'il soit nécessaire d'insister sur la nécessité et l'importance de l'opération que nous avons pratiquée. Mais quel était le procédé le plus avantageux à suivre? J'aurais pu me contenter d'inciser la bride dans toute sa hauteur, et livrer simplement la plaie à la suppuration, en ayant le soin de tenir la cuisse dans une extension invariable. Toutefois cette pratique n'était pas exempte d'inconvéniens. Je livrais à la suppuration une surface d'une vaste étendue; une inflammation violente était à craindre; la cicatrice, en se formant, pouvait reproduire la flexion forcée de la cuisse, et surmonter tout l'effort de nos appareils d'extension. Ces accidens ont tellement frappé les chirurgiens, que j'en ai vu de très-habiles s'abstenir d'opérer dans des cas tout-à-fait semblables à celui que je viens de rapporter. L'opération que j'ai pratiquée, au contraire, avait plusieurs avantages : en recouvrant avec la peau du voisinage la surface récemment dénudée, elle prévenait l'inflammation, elle évitait la suppuration et par suite la formation d'un nouveau tissu inodulaire; enfin elle abrégeait la cure de la difformité. Si elle n'a pas rigoureusement réussi suivant nos prévisions, elle a eu cependant assez d'utilité pour que nous n'ayons pas à nous repentir de l'avoir adoptée. La réunion a échoué dans la partie de la plaie correspondant à la paroi abdominale, par suite des cris que poussait le malade; mais cette réunion a réussi à la cuisse. Dès-lors le but de l'opération était rempli, car, en supposant qu'une large cicatrice se fût formée à l'abdomen, elle se serait bornée à attirer vers son centre la peau du voisinage, et n'aurait eu aucune influence sur les mouvemens de la cuisse. La suppuration de la plaie du ventre n'a donc eu d'autre résultat que d'allonger le traitement, qui même aurait été infiniment plus court sans le développement de la variole et sans l'extrême indocilité du malade, qui, à chaque pansement, jetait les hauts cris, distendait énormément son ventre, et déchirait la cicatrice en écartant les lèvres de la plaie.

FONGUS DE LA JOUE TRAITÉ PAR LES AIGUILLES. — GUÉRISON. — Observation recueillie par M. le docteur BOYRON, chirurgien interne à l'Hôtel-Dieu.

OBS. V. — Le nommé Louis Chevassieux, âgé de 18 ans, d'un tempérament lymphatique sanguin, est entré à l'Hôtel-Dieu, salle d'Orléans, le 22 mars 1836, pour y demander un soulagement à une tumeur fongueuse occupant toute l'étendue de la joue gauche. Le malade nous a raconté qu'à l'âge de 5 à 6 ans il fit une chute sur la joue au moment où il avait l'extrémité d'un bâton dans la bouche; il en résulta une plaie saignante à l'intérieur; la peau n'éprouva qu'une légère contusion avec couleur bleue. Cette tache bleue persista, mais, très-bornée d'abord, elle ne fit naître aucune inquiétude. Au bout d'une année on s'aperçut qu'elle avait pris un développement en étendue et en épaisseur. Des médecins consultés à ce sujet méconnurent la nature du mal, et firent espérer qu'il n'aurait pas de suite et disparaîtrait avec les progrès de l'âge. Le mal fut ainsi abandonné aux seuls efforts de la nature, et n'excita aucun effroi parce qu'on espérait toujours le voir diminuer. Cependant il augmentait toujours, et à l'âge de 18 ans il avait acquis un tel volume, que le malade commença à douter des promesses qu'on lui avait faites, et qu'il vint chercher des secours plus efficaces à l'Hôtel-Dieu. La tumeur formait alors une masse de la grosseur des deux poings; sa cou-

leur était d'un bleu très-prononcé ; quelques veines assez grosses en parcouraient l'étendue ; elle était d'une mollesse remarquable. Dans l'état de tranquillité du malade, elle laissait à la main l'impression d'une éponge ou d'une masse cotonneuse ; mais elle devenait plus dense et plus colorée, soit que le malade fût agité, ou que sa position sur le côté gauche eût déterminé une stase sanguine sur cette partie.

M. Nichet eut l'idée de combattre cette grave affection par l'emploi des aiguilles. Le 12 avril, 40 aiguilles longues de six pouces furent passées à travers la tumeur de l'oreille, vers la commissure des lèvres. Leur introduction fut peu douloureuse et ne s'accompagna d'aucun écoulement sanguin.

Dans les cinq jours qui suivirent cette opération, on vit paraître une tuméfaction assez forte ; la partie devint dure, douloureuse au toucher ; il y eut de la fièvre. Bientôt tous ces phénomènes se dissipèrent ; la tumeur s'affaissa et perdit beaucoup de son volume primitif ; on distinguait la présence des aiguilles dans les tissus.

Le 29 du même mois, c'est-à dire dix-sept jours après leur introduction, les aiguilles furent retirées ; cette opération fut un peu plus douloureuse que la première ; les aiguilles s'étaient couvertes d'une couche assez épaisse de rouille ; il survint une nouvelle inflammation qui disparut au bout de quelques jours. En cet état la tumeur était déjà beaucoup moins étendue qu'avant l'opération ; cependant la difformité était encore trop apparente pour ne pas tenter de la détruire tout-à-fait.

Le 9 mai, 14 nouvelles aiguilles furent implantées dans le sens perpendiculaire ; les phénomènes déjà observés à la première introduction se renouvelèrent ; mais cette fois la diminution du volume de la tumeur fut bien plus complète.

Retirées le 26 du même mois, les aiguilles ne laissèrent après elles qu'une légère inflammation qui se dissipa en peu de jours. A cet état la tumeur, presque complètement dissipée, ne causait plus qu'une légère difformité ; la peau avait repris sa couleur naturelle, et n'offrait plus que des taches rouges correspondant aux ouvertures laissées par les aiguilles. M. Nichet crut convenable de terminer le traitement par des applications, plusieurs fois renouvelées dans la journée, d'une forte décoction de tan. Ce dernier moyen amena une nouvelle diminution dans la partie ; et le malade, guéri d'une affection qui lui donnait auparavant une expression repoussante, sortit le 9 juin n'emportant plus qu'une légère tuméfaction de la joue gauche qui n'intéressait que faiblement la régularité des traits de la face.

La maladie dont les symptômes et le traitement viennent d'être si clairement exposés, me parut avoir son siége dans le système veineux de la face dilaté outre mesure ; sa couleur bleue, sa mollesse, son expansibilité, les bosselures dont sa surface était parsemée, fondèrent mon opinion à cet égard. Une piqûre légère, faite au tissu de la tumeur, laissait couler le sang en bavant, mais pendant fort long-temps ; la compression de la carotide primitive ne changeait rien à l'état de la joue, qui d'ailleurs n'offrait aucun battement ; j'en conclus que la maladie n'intéressait pas le système artériel ; elle ne laissait pas, pour cela, d'être extrêmement grave, par son volume déjà énorme et par sa tendance à s'accroître indéfiniment. Il me parut donc du plus haut intérêt pour ce jeune malade de trouver un moyen de le délivrer d'une aussi dangereuse affection. Le volume et la position du mal rendaient l'extirpation impraticable ; on ne pouvait songer à her la tumeur après l'avoir traversée avec deux aiguilles en croix, ainsi qu'on l'a fait pour des maladies de cette espèce, mais moins volumineuses. En supposant qu'on eût pu embrasser toute la base de la tumeur, il serait résulté de cette opération une horrible difformité. On a réussi dans des cas analogues en pratiquant une incision cruciale et en tamponnant fortement avec de la charpie ; mais les tumeurs étaient situées au crâne, qui fournissait un point d'appui pour la compression, et elles étaient moins développées que celle que j'avais à traiter. La ligature de l'artère carotide primitive ne m'offrait pas assez de chances de succès. Ainsi, en passant en revue les opérations employées dans des cas semblables ou analogues, je les trouvais ou impraticables, ou accompagnées d'inconvéniens qui devaient me les faire proscrire.

La méthode qui fixa mon choix, extrêmement simple dans son application, exempte de dangers immédiats, me parut seule capable de déterminer dans la tumeur des changemens propres à empêcher l'abord du sang dans son tissu. Je voulais produire l'inflammation des parois vasculaires qui contenaient le sang, substituer à ce fluide une lymphe coagulable adhérente à la face interne des cavernes de la tumeur, et obtenir l'oblitération définitive de ces cavités par suite de la solidification de ce produit de l'inflammation. Les aiguilles dont je me servis avaient 6 pouces de longueur ; une de leurs extrémités portait une tête, l'autre était terminée en fer de lance tranchant sur ses bords ; leur grosseur était celle d'une aiguille de bas ordinaire. Elles pénétrèrent en arrière, au niveau de l'oreille et du bord postérieur du maxillaire inférieur, et vinrent sortir sur une ligne verticale qui serait passée par la commissure des lèvres. Elles n'étaient séparées que par un espace d'une ligne environ ; elles occupaient la partie la plus profonde de la tumeur, et rasaient la membrane muqueuse de la joue. Lorsque tout l'espace qui séparait la saillie molaire de la base de la mâchoire eut été rempli par ces aiguilles ainsi rapprochées, j'en plaçai une autre couche plus superficiellement et dans l'intervalle que les premières laissaient entre elles. Le total des aiguilles employées fut de quarante. Le tissu de la tumeur se laissa traverser avec la plus grande facilité, et la présence des aiguilles s'opposa à l'effusion de la plus petite quantité de sang. Lorsque l'inflammation fut tombée, la tumeur s'affaissa d'une manière remarquable, et la peau devint d'une pâleur qui contrastait avec la couleur bleue dont elle était pénétrée peu de jours avant. Dès que les premières aiguilles eurent été retirées, la joue augmenta un peu de volume ; elle acquit de la rénitence ; la couleur bleue, ainsi que la mollesse se montrèrent sur plusieurs points ; dans le reste de l'étendue de la joue on ne sentait pas de nodosités. Cette densité que la joue avait acquise rendit la pénétration des secondes aiguilles moins aisée, et l'opération plus douloureuse pour le malade. Lorsqu'elles eurent été retirées, la joue, légèrement tuméfiée, se montra d'un blanc mat dans toute son étendue ; on sentait dans son épaisseur un engorgement dur, sans élasticité, véritable tissu inodulaire produit de l'inflammation, qui mettait à l'abord du sang un obstacle insurmontable ; des applications fortement astringentes augmentèrent la densité de ce tissu et réduisirent en quelques jours la joue à un volume qui n'excédait presque pas celui de la joue saine.

NICHET.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 4 JUILLET 1836.

TRAITEMENT DE LA RAGE.

A la dernière séance, l'Académie avait reçu une note relative à l'emploi de l'essence de térébenthine contre la morsure des serpens, note dans laquelle l'auteur émettait aussi l'opinion que ce remède pourrait être employé contre la rage. M. Huzard, qui n'était pas présent au moment où fut faite cette communication, s'empresse de faire remarquer, quand il entend faire mention à la lecture du procès-verbal, que l'idée n'est ni nouvelle ni fondée. On a eu en effet recours à l'essence de térébenthine pour le traitement de la rage chez les animaux domestiques, et, loin de calmer les accidens, elle paraît avoir eu pour résultat de hâter la mort.

— M. Fonvielle (Henri), écrit qu'il a fait apposer à l'Hôtel-Dieu un appareil filtrant qui fonctionne pour le service de cette maison depuis le 15 janvier 1836. La solution du problème de la filtration des eaux étant d'un intérêt général, l'auetur pense que l'Académie pourra trouver convenable de se rendre compte de la manière dont fonctionne cet appareil.

Commissaire : MM, Arago, Girard, Darcet, Robiquet et Magendie,

ORANG-OUTANG.

M. Geoffroy entretient de nouveau l'Académie des particularités d'organisation de cet animal.

Si on compare, dit-il, l'orang-outang à l'homme, on est frappé de voir les ressemblances apparaître sur tous les points ; il n'y a ni un vaisseau, ni un nerf, ni une fibre musculaire, ni un élément osseux de plus ou de moins. Mais en même temps chaque élément organique offre des modifications dans la longueur, l'épaisseur, etc., des parties. Voici en quoi consistent ces modifications :

1° L'axe vertébral est comparativement plus court, non par suite de l'absence d'aucune des parties, mais en raison de leur concentration du bas vers le haut.

2° La tête est généralement plus volumineuse, mais plus encore en apparence qu'en réalité. Le cou paraît supprimé, et les parties qui le forment semblent appartenir à l'arrière-tête et la prolonger jusqu'à l'épaule. Voici par quel mécanisme.

Chez l'orang comme chez les chauves-souris, les clavicules sont excessivement longues, et pour se maintenir sous les tégumens sans prendre trop de place, elles sont dirigées obliquement, de sorte que leur extrémité externe a comme remonté vers le crâne et entraîné avec lui un certain nombre de muscles qui, venant ajouter à leur épaisseur celle des muscles propres à la région postérieure du cou, comblent la large gouttière formée par la rangée des apophyses épineuses qui sont elles-mêmes très-développées. L'action de cette puissante couche de muscles cervicaux tend à rejeter la tête en arrière. L'allure que doit prendre l'animal, conformément à cette modification générale, c'est de se tenir habituellement dans une direction parallèle au tronc des arbres, les embrassant par les extrémités et s'y attachant aussi par les mains sur les branches assez petites pour être saisies.

Le système encéphalo-médullaire chez l'orang, dans le jeune âge, ressemble beaucoup à celui de l'homme enfant. La boîte cérébrale, qui alors représente fidèlement les formes de l'organe qu'elle protège, pourrait être prise pour un crâne humain, et l'illusion serait presque complète sans le développement en avant des os de la face. Mais il arrive, par suite des progrès de l'âge, que le contenu cesse de s'accroître tandis que le contenant grandit toujours ; il y a épaississement général des parois, mais un épaississement inégal ; il se forme des crêtes osseuses énormes, et l'animal prend une physionomie effroyable.

En total, dit M. Geoffroy, quand on compare les effets de l'âge chez l'homme et chez l'orang, on voit que la différence consiste en ce que chez l'orang il y a sur-développement des systèmes osseux musculaire et tégumentaire, plus vers les parties supérieures que vers les inférieures, tandis qu'il y a arrêt de développement des systèmes osseux, musculaire et tégumentaire plus vers les parties supérieures que vers les parties inférieures, tandis qu'il y a arrêt de développement pour le système encéphalo-médullaire.

DEUX RÉCOLTES DE FOURRAGE ET UNE DE GRAIN OBTENUES DANS UNE SEULE SEMAILLE DE BLÉ; nnle lue par M. EDWARDS.

« L'Académie se rappelle peut-être un mémoire de physinlogie agricole sur le développement des cercales sous de hautes températures, memoire qui m'est commun avec M. Collin, professeur de chimie, et qui a été lu l'année dernière. Entre antres applications des principes que nnns avons fondes sur des recherches physinlogiques, nous avons fait voir qu on pouvait, en semant dans la saison chaude nos principales espèces de céréales, avoir une belle recolte en herbe sans que la plante pût monter en tige à cause de l'elevation de la chaleur, et que la saison suivante, en donnant les soins convenables, les mêmes plantes passant par toutes les phases de la température peuvent donner une très-belle récolte en graines. Un membre de la société d'agriculture de Valenciennes a communiqué à M. Fremy, secretaire de la societe d'agriculture de Seine-et-Oise, un fait pratique de cette nature. Du seigle a été semé, l'annee dernière, à la Saint-Jean, et l'on a eu, à la fin de la saison, deux coupes en herbe; puis, cette année, les mêmes plantes ont profité tellement, qu'un mois avant la récolte, qui n'est pas encore faite, le seigle avait sept pieds de haut. On en a présenté un échantillon à la société de Seine-et-Oise. J'ai appris que la société de Valenciennes avait l'intention de donner suite à ce genre de faits J'ai eru que l'Academie verrait avec plaisir un principe fondé sur des recherches de physiologie agricole trouver un pareil appui dans la pratique. »

ACTION DU BROME SUR LE BENZOATE D'ARGENT.

M. E. Peligot lit un mémoire sur l'acide qui se produit quaod on fait agir du brome sur l acide benzoïque uni à l'oxide d'argent, acide contenant du brôme, et designé pour cette raison sous le nom d'acide bromo-benzoïque.

Pour obtenir ce nouvel acide, on place dans un flacon à large goulot bouché à l'émeril. une certaine quantité de benzoate d argent sec; dans ce même flacon, on introduit un petit tube bouché renfermant du brome; on bouche le flacon, et en l'abandonnant à lui-même à la temperature ordinaire, au bout de 24 heures, si on opère sur 20 gr. environ de benzoate d argent l'action se trouve terminee et l'acide preparé. On reconnait aisement que le brome n'agit plus, à la teinte rutilante que prend l'atmosphère du flacon, et qu'il prend alors seulement.

Quand l'action est terminée et qu'on s'est débarrassé de l'excès de vapeur de brome, on traite le produit par l'acide sulfurique, l'esprit de bois et l'alcool; une partie de la matière se dissout, c'est l'acide bromo-benzoïque; l'autre reste sous la forme d'une poudre jaune très-dense, et consiste en bromure d'argent pur.

En évaporant la dissolution alcoolique ou ethérée, on obtient l'acide bromo-benzoïque sous la forme d une huile qui bientôt, par un refroidissement complet, se prend en une masse dure et cristalline Le produit n'est pas encore parfaitement pur, et M. Peligot donne le moyen de l'obtenir tel. Dans ce dernier etat il offre la composition suivante :

Carbone.	50,3	23 atomes.
Hydrogène.	3,2	11
Oxigène	23,6	5
Brome.	22,9	1

L'acide bromo-benzoïque ici renferme un atome d'eau; mais cette eau n'est pas indispensable à son existence comme acide libre; car en traitant par le brome le benzoate d'argent bien desseché, on obtient l'acide anhydre qu'on isole au moyen de l'ether sulfurique pur. Dans cet état il est formé de

Carbone	55,1	28 atomes.
Hydrogène.	2,7	9
Oxigene.	23,8	4
Brome.	20,4	1

La composition de l'acide bromo-benzoïque étant établie, rien de plus facile que d'expliquer comment il prend naissance. Nous avons vu que dans la réaction que le brome exerce sur le benzoate d argent, il se produit du bromure pur. L'oxide d'argent a donc perdu son oxigène, lequel, s'unissant à l'acide benzoïque, se transforme en un nouvel acide à 4 atomes d'oxigène; mais l'action ne s'arrête pas là; en même temps, le brome réagissant sur les elemens de l'acide, remplace un des 10 atomes d'hydrogène qu'il renferme en produisant un atome d'acide bromo-hydrique qui devient libre; de sorte que la réaction peut s'exprimer par la formule suivante :

$$C^{28}H^{10}O^{3},AgO + Br^{3} = Br^{2}Ag + C^{28}H^{9}BrO^{4} + BrH$$

L'acide benzoïque est incolore, peu soluble dans l'eau, très-soluble dans l'alcool, l'éther sulfurique et l'esprit de bois. Il entre en fusion vers 100° et se prend par le refroidissement en une masse dure et cristalline. Chauffé vers 250°, il se sublime et distille en laissant un léger résidu de charbon. Il est inflammable et brûle avec une flamme verte sur les bords, indice de la présence du brome Precipité par l'eau d'une dissolution alcoolique, il présente, lorsqu'il est sec, un aspect plus terne que l'acide benzoïque obtenu de la même maniere, acide avec lequel il a d'ailleurs la plus grande analogie.

Dissous dans l eau, il ne donne pas avec l'azotate d'argent dissous de précipite de bromure d'argent, il n'est pas attaqué par le chlore, soit quand il est sec et fondu, soit quand il est dissous dans l'eau On ne peut y déceler la presence du brome qu'en le décomposant à une haute température, en présence d'un alcali fixe ou du potassium.

L'acide bromo-benzoïque sature très-bien les bases et forme un grand nombre de sels cristallisables. Les bromo-benzoates de potasse de soude et d'ammoniaque sont très-solubles dans l'eau, ils s'obtiennent directement et servent à preparer ceux qui sont insolubles.

DES INSECTES PARASITES.

M. Léon Dufour, correspondant de l'Academie, adresse un mémoire relatif à quelques-uns de ces parasites. Parmi les faits rapportés qu'expose l'auteur, il en est un très-curieux qui lui a été fourni par une larve supposée appartenir à un insecte diptère, larve qui vit dans la cavité abdominale de l'*andrena anterrima*; une larve, celle de l'*ocyptera bicolor*, emprunte au pentatome dont il est parasite un stigmate qu'elle s'approprie exclusivement et qui devient pour elle l'orifice unique au moyen duquel l air pénètre dans son appareil respiratoire. Cette usurpation anatomique. dit M. Léon Dufour, est déjà assez curieuse, mais elle le devient bien davantage dans le parasite dont nous avons parle d abord, dans la larve qui vit aux dépens de l'andrène. Celle-ci établit son domicile sur la grande vésicule trachéenne qui s'observe à la base de la cavité abdominale de l'hyménoptère.

Elle y est fixée au moyen de deux troncs trachéens similaires qui vont se ramifier dans son corps. Cette double trachée, poursuit l'auteur, est evidemment fournie par la grande vesicule dont elle est une continuation anatomique. Voilà donc deux trachées nutritives, dependantes de la grande utricule aerifere de l'andrène, qui vont fonder tout l'organe respiratoire du parasite, c'est-à-dire son appareil le plus essentiel au maintien de la vie. Ainsi l'existence de la larve se trouve doublement sous la dépendance de celle de l'hyménoptère; celui-ci l'alimente de son tissu adipeux splanchnique, et non-seulement il se charge de respirer pour elle et de lui administrer la dose nécessaire d'air, mais encore il lui fournit aux dépens de sa propre substance l'organe destiné à la circulation de ce fluide vital.

« Ce mode insolite de parasitisme, cet exemple de deux êtres de genre fort dissemblable dont l'un est greffé sur l'autre par l'appareil organique le plus important, celui de la circulation, constituent, dit l'auteur, un fait inoui dans la science. On ne peut lui comparer que la circulation utéro-fétale des grands animaux, et il serait superflu de faire ressortir l'énorme différence entre ces deux cas, entre ces deux conditions physiologiques.

MARCHE DE L'OSSIFICATION DANS LE STERNUM DES OISEAUX.

M. Lherminier adresse de la Guadeloupe des recherches à ce sujet pour faire suite aux travaux de MM. Cuvier et Geoffroy St-Hilaire.

De toutes les parties de l'anatomie des oiseaux, la plus facile, dit M Lherminier, et en même temps la moins connue, c'est l'ostéologie. Elle n'est pourtant point sans intérêt pour la zoologie et pour la détermination des ossemens fossiles. Naguère n'avons-nous pas vu trois naturalistes celèbres divisés sur la place qu'il convenait d'assigner au dronte, d'après l inspection de son sternum, envoyé de l'Ile-de-France par M Desjardins? Et pense-t-on que des anatomistes si distingués auraient été classer ce singulier oiseau, l'un avec les gallinacées, et l'autre avec les vautours, si l'étude avait fixé définitivement les caractères de l'appareil sternal dans les vautours et les gallinacées? Ce seul fait peint l'état actuel de la science et dénote le pressant besoin d'y porter remède.

M Lherminier avait, en 1826, presenté un travail sur l'appareil sternal des oiseaux; depuis il a poursuivi ses recherches, les a etendues à un grand nombre d'especes sauvages, et a ete conduit par là à modifier plusieurs des opinions qu'il soutenait alors, soit qu'il les eût empruntées à d'autres travaux, ou qu'il y fût arrivé lui-même par des observations trop tôt généralisees.

Afin de mieux fixer les idées sur la position des noyaux osseux dans les différentes classes d'oiseaux, l'auteur compare chaque cas à un sternum ideal qui contiendrait toutes les pièces qui peuvent entrer dans la composition de cet os, mais qui, dans la realite, n'y existent jamais toutes à la fois à aucune époque des developpemens de l'individu. Leur nombre, au reste, pour la même espèce, varie souvent suivant l'âge; plusieurs pièces se soudant peu de temps après leur formation, tandis que d'autres pièces restent long-temps distinctes. L'auteur a soin d indiquer ces changemens.

Pour designer ces parties, M. Lherminier a recours à une nomenclature semblable à celle dont plusieurs entomologistes ont deja fait usage, et notamment MM. Mac-Leay et Audouin. Ainsi son sternum idéal se compose de trois bandes qu'il nomme, d'après leur position, antérieure ou prosternale, moyenne ou méso-sternale, posterieure ou méta-sternale. Dans chaque bande sont trois pièces dont les noms indiquent la bande à laquelle elles appartiennent, et la place qu'elles y occupent. Ainsi la pièce du milieu de la bande anterieure est le prosternum, et chacune des deux pièces latérales qui la flanquent un prosternal.

Le nombre des pièces d'une même rangée peut être cependant de plus de trois, et il est des cas, rares à la vérité, où l'on en compte jusqu'à six.

L'importance de ces différentes pièces osseuses n'est pas la même; et en l'évaluant d'après le nombre plus ou moins grand des cas dans lesquels elles se présentent, on peut les ranger dans l'ordre suivant :

1° Méso-sternaux;
2° Méso-sternum;
3° Pro-sternaux;
4° Meta-sternum;
5° Prosternum. — Méta-sternaux, *ex æquo*.

L'auteur examine successivement la famille des pigeons, celles des gallinacées, des canards, des passereaux, des accipitres diurnes et nocturnes, des grimpeurs (pies et torcols), des herons, des colibris, des mouettes, des pelicans (phaetons et fous), des gallinules, dis perroquets, des pétrels, des échassiers vrais, des ibis, des latirostres engoulevens et guachoros), des coucous, des pingouins, des grèbes, des tinamous.

Pour les oiseaux domestiques, il a eu soin de faire connaitre exactement l'âge qui correspond à chacun des etats successifs du sternum; pour les oiseaux sauvages, où ce renseignement manque d'ordinaire, il a indiqué pour chacune des espèces qu'il a considérées le plus, le poids, l'etat des plumes et les divers autres signes à l'aide desquels les naturalistes qui voudront répéter ses observations pourront arriver à se placer dans les mêmes circonstances que lui Puisque, ainsi qu'il a été dit, le nombre des pièces varie par suite du developpement et souvent d'une manière très-rapide, il se pourrait que deux anatomistes vissent dans le même oiseau une disposition différente de l'appareil sternal, et vissent bien l'un et l'autre.

M. Lherminier rappelle que ses recherches, d'abord limitées aux seuls oiseaux que lui pouvait procurer la Guadeloupe, se sont etendues progressivement aux îles voisines, au continent des deux Amériques et presque en Europe. J'ai frappé, dit-il, à toutes les portes, mais toutes ne m'ont pas ete ouvertes. Je ne possède rien d'Afrique, d'Asie et de l'Océanie. Je vise cependant toujours à la connais-

sance complète de toute la série ornithologique, à l'état adulte et dans le jeune âge ; mais ma vie sera insuffisante pour l'accomplissement de cette vaste tâche, si je n'obtiens le concours des naturalistes et des voyageurs.

— M Malle, agrégé à la Faculté de médecine de Strasbourg, adresse des considérations générales sur les méthodes employées jusqu'à ce jour dans les recherches de chimie légale, et l'exposé d'une méthode nouvelle applicable aux empoisonnemens simples et complexes avec l'indication d'un nouveau mode d'isolement de l'arsenic.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 5 juillet. — Présidence de M. Louyer-Willermay.

M. F. Martin soumet un nouvel appareil mécanique à l'aide duquel les malades amputés à la partie inférieure de la jambe peuvent marcher et monter les escaliers presque avec autant de facilité que s'ils avaient leur membre naturel, et présente une jeune personne qui porte un de ces appareils. (MM. Sanson et Renoult.)

— M. Londe fait un rapport sur des recherches et observations pratiques sur l'opportunité et l'entretien des exutoires cutanés désignés sous le nom de cantères, par M. le docteur Garnier, de Melun. Les pois de M. Garnier sont faits avec l'éponge préparée. (Remercîemens; engager l'auteur à réunir des faits et à envoyer un échantillon de ses pois.)

— M. Villeneuve relit les conclusions d'un rapport sur un ouvrage de M. Moreau, de Blaye : aperçu moral et hygiénique sur les populations des campagnes ; félicitations sur le zèle de l'auteur, mais refus de publication officielle. (Adopté.)

— M. Piorry fait un rapport favorable sur un stéthoscope perfectionné réunissant les moyens de percussion, d'auscultation et de mensuration, par M. Montault.

— M. Bailly fait un rapport sur un bel échantillon d'un fruit présenté par M. Corriol, pharmacien à Paris, et qu'il croit appartenir au *cassia brasiliana*, et qui paraît sans avantage à la commission. (Remercîemens à l'auteur.)

— M. Henry fait un rapport sur un mémoire de M. Malle, de Strasbourg, intitulé : Considérations sur les méthodes employées jusqu'à ce jour dans les recherches de chimie légale, et exposé d'une méthode nouvelle applicable aux empoisonnemens simples et complexes, avec indication d'un nouveau mode d'isolement de l'arsenic.

Ce dernier procédé paraît à la commission moins simple que la plupart de ceux connus. (Remercîemens et inscription sur la liste des candidats aux places de correspondans.)

SÉANCE DU 12.

— M. J. Cloquet présente, de la part de M. le docteur Lestrange, de Dublin, un appareil pour maintenir réduits les fragmens dans les cas de fracture de la mâchoire inférieure. (MM. J. Cloquet et Roux.)

— M. Espiaud, en son nom et celui de M. Lisfranc, fait un rapport sur une observation d'un corps fibreux développé dans l'épaisseur des parois de l'utérus, ayant rendu un accouchement laborieux et déterminé la mort de l'enfant et de la mère; par M. Magistel. (Remercîemens et dépôt aux archives.)

— M. Rochoux fait un rapport sur une lettre de M. Guilbert sur la recherche des causes des maladies, qu'il attribue surtout au fluide électrique. M. Rochoux saisit cette occasion de soumettre quelques nouvelles réflexions sur les empêchemens qu'on a mis à ce qu'il prît, quand il le désirait, la parole dans la discussion sur la phrénologie.

— M. Planche fait un rapport sur un procédé de M. Dausse, ayant pour objet la purification de la manne commune par le charbon, et sa conversion en manne en larmes. Ce procédé n'est pas nouveau, selon les commissaires; mais la manne de M. Dausse, d'après les essais tentés, peut être employée sans inconvénient. (Remercîemens à l'auteur.)

— M. Vassal lit un mémoire sur la coïncidence de l'apoplexie avec l'hypertrophie du ventricule gauche du cœur. (MM. Louis, Bouillaud et Husson.)

— M. Blandin présente deux malades qu'il a amputés à la partie inférieure de la jambe, d'après la méthode de M. Goyrand, d'Aix, et qui portent des jambes artificielles faites par M. Martin, fort commodes et plus simples, selon lui, que celles confectionnées par M. Mille, d'Aix.

M. Blandin présente encore un malade sur lequel il a enlevé une grande partie du maxillaire supérieur pour un cancer.

— A quatre heures et demie, comité secret pour la présentation des candidats à la place vacante dans la section de pathologie externe.

NOUVEAU COMITÉ SECRET DE L'ACADÉMIE.

Dans le dernier comité secret de l'Académie de médecine, on avait décidé, contre l'avis de la commission, de porter deux candidats de plus sur la liste de présentation pour la place vacante dans la section de pathologie externe. La commission, à qui son travail fut en conséquence renvoyé, a décidé que l'on donnerait l'analyse des travaux de ces deux nouveaux candidats. Elle les a portés dans l'ordre suivant : MM. Gerdy, Blandin, Bérard, Malgaigne et Jobert.

Après la lecture du rapport, M. Cornac a, dit-on, demandé la parole ; il a dit que presque toujours les commissions chargées de la présentation des candidats à une place vacante ont suivi l'ordre alphabétique ; qu'il n'y a eu quelques exceptions que lorsqu'un des candidats était évidemment hors de ligne ; que les cinq candidats désignés devaient ici être mis sur la même ligne, qu'ils avaient des titres à peu près égaux, et qu'il était, sinon impossible, du moins difficile de les classer. Il a demandé en conséquence, comme un acte de justice, la présentation par ordre alphabétique.

M. Boullay demande à la commission les motifs qui l'ont porté à ne pas classer les candidats par ordre alphabétique. Il ajoute qu'il faut que ces motifs soient puissans ; qu'il désire vivement les connaître, et qu'alors peut être il se rangera de cet avis ; jusque-là il persiste à demander l'ordre alphabétique.

M. Baffos dit que la commission a bien pesé les motifs qui ont dicté sa conduite, et qu'elle est fermement décidée à soutenir son travail ; que ce serait vraiment user de peu de courtoisie envers elle, que de la forcer de nouveau à recommencer son travail.

M. Rochoux répond que ce serait-là vouloir imposer la volonté d'une commission à l'Académie, dont la volonté doit toujours être supérieure ; qu'une commission n'est chargée que d'éclairer l'Académie, et qu'il est permis à cette dernière de prendre le parti qui lui convient ; qu'avec ces idées de froisser les amour-propres des commissions, on s'exposerait à leur livrer tout et à leur donner une dictature qu'elles ne peuvent avoir. M. Rochoux répète que l'ordre alphabétique doit être suivi, que les candidats sont tous sur la même ligne ; que ce serait commettre une grande injustice que d'agir autrement.

M. Lisfranc vote pour l'ordre alphabétique ; et si l'Académie ne partage pas cette opinion, il pense qu'il faut aujourd'hui même, ou dans une autre séance, parce que l'heure est très-avancée, discuter sur le mérite respectif des candidats. Ce serait là peut-être la meilleure manière de bien éclairer les suffrages de beaucoup de membres qui, livrés spécialement à la pharmacie, auraient besoin de cette discussion.

M. Oudet dit que la commission avait d'abord songé à l'ordre alphabétique, mais qu'elle avait pensé ensuite qu'elle devait avoir le courage de remplir entièrement son devoir, et qu'elle avait classé autrement les candidats.

La clôture est demandée de toute part.

Le président met aux voix la proposition de M. Cornac, c'est-à-dire *l'ordre alphabétique* ; cette proposition est adoptée à la presque unanimité.

Voici donc la présentation définitive par ordre alphabétique : MM. Bérard, Blandin, Gerdy, Jobert et Malgaigne.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

LETTRE ET OBSERVATION SUR UN CAS DE CHOLÉRA SPORADIQUE OBSERVÉ A PARIS, par M. Legrand.

Monsieur le rédacteur,

C'est une question encore sans solution pour un grand nombre de praticiens de Paris, que de savoir si depuis la disparition du choléra de 1832, c'est-à-dire du *choléra asiatique*, cette maladie s'est représentée un plus ou moins grand nombre de fois dans divers quartiers de Paris et sous la forme sporadique. Pour moi rien de douteux dans cette question, et je ne crains pas de dire affirmativement que depuis l'hiver de 1832, *il ne s'est pas présenté à Paris un seul cas de véritable choléra asiatique*. J'ai la conviction la plus entière que cette maladie est un de ces fléaux qui ne frappent les contrées salubres de la terre, qu'à des époques très-éloignées les unes des autres ; et pour moi le choléra asiatique, qui est endémique dans certaines parties de l'Inde, dans le Delta du Gange, par exemple, est pour l'Europe une épidémie. Mes convictions ne sont point ébranlées par ce qui se passe actuellement à Vienne où, à ce qu'il paraît, le choléra n'a pas cessé de régner depuis un an. J'en conclus qu'une si longue période de temps n'a pas suffi pour épuiser cette terrible influence épidémique, mais je pense qu'une fois que ses sources inconnues se seront taries, une fois que le choléra aura définitivement quitté Vienne, il n'y reparaîtra plus de longtemps.

Mais cependant depuis la cessation de l'épidémie de Paris, il ne s'est pas passé une année sans qu'on ait signalé plusieurs cas de choléra asiatique, et cette année même la Gazette médicale a accueilli une lettre du docteur Bossion, où il est dit que depuis plusieurs mois il est apparu quelques nouveaux cas de choléra-morbus à Paris. Malgré mes convictions, quoiqu'en août 1833, j'aie été délégué par la mairie du 10e arrondissement pour donner mon avis sur ces *prétendus* cas de choléra, je m'étais abstenu d'en parler, parce que ces malades ne faisaient pas partie de ma clientelle, et je m'étais contenté de rassurer l'autorité par des lettres motivées et adressées au ministre du commerce, en réponse aux communications alarmantes des médecins traitant les malades que l'autorité m'avait chargé de visiter. Aujourd'hui que je puis m'appuyer d'un fait qui, selon moi, résume à peu près tous ces cas de choléra, je crois de mon devoir de rompre le silence dans l'espérance de faire partager mon opinion aux lecteurs de la Gazette médicale.

Voici, avec la plus grande fidélité, l'histoire *du cas de choléra* que je viens d'avoir dernièrement l'occasion d'observer.

Obs. — Le 17 juin, je fus appelé en toute hâte à trois heures du matin, auprès d'une de mes clientes, madame de L. C'est une dame âgée de 52 ans, maigre, d'un

tempérament catarrhal et nerveux; elle jouit habituellement d'une assez bonne santé. Il y avait deux ou trois heures qu'elle avait été prise de coliques assez violentes, qu'avaient précédées des borborygmes, et depuis une heure et demie environ, elle avait des garde-robes coup sur coup sans vomissemens, mais avec quelques nausées; elle était en outre assaillie avec la plus grande violence de crampes aux jambes, aux cuisses et à l'épigastre. Le pouls qui, quoique affaibli, se faisait parfaitement sentir, donnait tout au plus soixante-quatorze pulsations par minute; les mains, les bras, les pieds et les jambes faisaient éprouver au toucher une sensation de fraîcheur qui n'était certainement pas normale; la langue était large, épaisse et *très froide*; les yeux étaient entourés d'un cercle noir sans être cependant enfoncés dans l'orbite; le ventre était légèrement sensible à la pression, et en le palpant on y excitait des gargouillemens. Je me fis immédiatement représenter la matière des garde-robes, *c'était de l'eau de son*, et en l'agitant avec un bâton *c'était encore de l'eau de son, mais avec le son*. A ma seconde visite, qui eut lieu trois heures plus tard, je pus m'assurer qu'il n'y avait de cyanose en aucun point du corps.

Certes pour un praticien disposé à voir le choléra asiatique aux moindres symptômes de cette maladie, il y en avait assez chez madame de L..., pour la déclarer atteinte de cette maladie; et moi-même, en avril 1832, je n'eusse point hésité à prononcer un semblable jugement; *mais en avril 1832*, alors que le vent épidémique soufflait, alors que le moindre symptôme cholérique ne tardait point à déterminer la mort, qui empêchait le développement de l'ensemble des symptômes qui caractérisent le choléra asiatique. On comprend *l'ensemble des symptômes*; car le choléra, selon moi, ne résulte pas d'un seul symptôme; le choléra n'a pas de symptôme pathognomonique et dans des temps ordinaires on ne doit pas considérer comme un choléra asiatique, une maladie qui ne présente pas l'ensemble des symptômes offerts par le choléra. Hé bien, certes, madame de L... n'éprouvait pas tous les symptômes du choléra asiatique. La respiration s'opérait parfaitement bien. La circulation n'était pas suspendue. Le sang se régénérait dans les poumons. Il n'y avait pas de cyanose. La face n'était que très-peu altérée. La voix n'était point éteinte. La parole n'était pas lente. La sécrétion urinaire n'était pas supprimée. Enfin la guérison fut facilement obtenue et il n'y eut pas même de convalescence.

Il a en effet suffi, pour rendre la santé à madame de L..., d'une application de sangsues pratiquée sur le bas-ventre, et conseillée plutôt dans la pensée qu'il était nécessaire, vu les antécédens, d'opérer une déplétion sanguine générale, que dans celle qu'il existât une inflammation gastro-intestinale. Je conseillai en même temps des lavemens d'eau de son laudanisée qui ne furent pas pris; pour tisane, l'infusion de laitue, et dans le but de calmer les crampes, des frictions avec la *teinture anti-spasmodique camphrée* de mon vénérable ami le docteur Chrestien (1). Les accidens que j'ai décrits allèrent rapidement en décroissant, et le 24 juin j'avais cessé de voir madame de L..., qui avait repris toutes ses habitudes.

Mais, me dira-t-on, si madame de L... n'a pas éprouvé une attaque de choléra asiatique, du moins a-t-elle eu le *choléra sporadique*. A cela je n'ai rien à répondre. Le choléra sporadique, le *trousse-galant* était une maladie bien connue avant que nous eussions été affligés par le fléau indien, et évidemment il n'a que des analogies avec le choléra asiatique. Du reste il n'entre pas dans mon plan de m'expliquer sur ce que je pense du siége et de la nature des affections semblables à celle éprouvée par madame de L... Il me suffit d'avoir démontré, et je crois y avoir réussi, que les affections de ce genre, qui se représentent assez souvent chaque année à l'époque des grandes chaleurs, *ne sont point des cas de choléra-morbus asiatique*.

Agréez, etc.

A. LEGRAND, méd.

Ancien membre de la commission centrale de salubrité et son délégué près la commission sanitaire du 10e arrondissement.

TÉTANOS SPONTANÉ; TRAITEMENT EXCITANT; GUÉRISON.

Observation communiquée par M. GIRAUD, interne des hôpitaux.

OBS. — Charles Monot, âgé de 50 ans, palfrenier, d'une forte constitution, à système musculaire très-développé, entra le 27 mai 1836 à l'Hôtel-Dieu, et fut placé, salle St-Bernard, n° 12. Cet homme nous raconta que depuis trois jours, et sans cause connue, il éprouvait de la céphalalgie, de la fatigue, une légère douleur dans l'épaule droite et dans la région cervicale postérieure et de la gêne dans les mouvemens. Ces accidens avaient graduellement pris plus d'intensité, mais ils n'étaient pas tellement prononcés que l'on ne pût douter un instant entre l'existence d'un tétanos et celle d'un rhumatisme commençant. Le pouls était calme, large et plein; la peau dans son état naturel. Une saignée du bras fut pratiquée; le sang ne présentait aucune couenne inflammatoire. (Boissons rafraîchissantes.)

Le lendemain le mal avait fait des progrès assez rapides. Le deltoïde droit se dessinait sous la peau; il était dur, douloureux à la pression; l'épaule était immobile. Les muscles de la région postérieure du cou et en particulier le trapèze étaient aussi dans un état de contraction plus prononcée que la veille, mais on pouvait avec la main les faire céder jusqu'à un certain point. La tête fixée en arrière, ne pouvait être qu'incomplètement fléchie; ses mouvemens de rotation étaient aussi très-limités. Les muscles de la région antérieure du cou paraissaient dans leur état naturel. Les mouvemens de la mâchoire inférieure n'étaient pas entièrement libres; cependant l'introduction des alimens dans la bouche et la déglutition pouvaient se faire avec assez de facilité; pas de fièvre; céphalalgie légère; soif; peu d'appétit. Ces symptômes ne nous laissaient aucun doute sur l'existence du tétanos; dès lors nous dûmes penser à opposer un traitement énergique à cette terrible maladie. M. Petit, encouragé par les heureux résultats qu'il avait obtenus en pareil cas d'une méthode thérapeutique qui lui est propre, et qu'il avait également appliquée avec succès au choléra, décida que dès le lendemain on y aurait recours.

Le jour suivant les accidens s'étaient notablement accrus; la raideur tétanique avait envahi successivement les membres inférieurs, le tronc, les membres supérieurs; la mâchoire inférieure était presque immobile; la tête ne pouvait exécuter que des mouvemens extrêmement bornés. Les parois abdominales présentaient une dureté semblable à celle d'une planche; en un mot la rigidité était générale et portée à un tel point que le malade n'appuyait que sur l'occiput et les talons, dans les mouvemens où il était pour ainsi dire soulevé par les secousses convulsives auxquelles il était en proie. Ces spasmes qui s'étaient déjà fait sentir la veille, mais si légèrement qu'ils n'avaient pas même fixé l'attention du malade, avaient tout à coup pris une intensité remarquable. Les douleurs étaient atroces et produisaient la sensation des crampes les plus vives. Le moindre mouvement suffisait pour augmenter la violence des secousses ou pour les rappeler s'il y avait eu un calme momentané; leur durée était courte, instantanée, mais elles se succédaient à de très-courts intervalles. Pendant les momens de rémissions aucune douleur ne se faisait sentir, mais la raideur, quoique un peu moindre, persistait cependant. Au milieu de cette scène alarmante le pouls était calme, plein; la déglutition des liquides assez facile; les urines étaient rendues volontairement; pas de selles; intelligence parfaitement intacte.

Infusion de menthe	Ether sulfurique, un demi-gros.
Pot avec	Teinture de cannelle, un demi-gros.
	Teinture de quinquina, un demi-gros.
	Extrait d'aunée, une once.
	Sirop de sucre, une once.
	Eau de menthe dist. quantité suffisante.

A prendre par cuillerées tous les quarts-d'heure. Lav. émoll —Le malade est placé sur l'appareil de M. Petit; une boîte en étain de la longueur de la colonne vertébrale, large de 8 à 10 pouces sur deux de hauteur, plate par sa face inférieure et légèrement concave par sa face supérieure dans le sens longitudinal, ouverte seulement par une de ses extrémités qui présente un goulot fermé à vis par un couvercle, forme la principale pièce de l'appareil. Cette boîte étant remplie d'un mélange de trois parties d'eau à 100 degrés, et de deux parties d'eau froide, est placée dans une ouverture pratiquée au milieu d'un matelas destiné à cet usage, et disposée de manière que les bords de l'échancrure avancent un peu sur ceux de la boîte, dans le double but que le malade appuyant uniquement sur le matelas puisse conserver la même position pendant un temps suffisant sans être fatigué, et aussi afin de mettre un certain intervalle entre la boîte et la peau. Les choses étant ainsi disposées, on imbibe une compresse de laine, de la longueur de la boîte, d'eau chauffée à la température de celle dont on a rempli l'instrument, et on l'étend par-dessus. Une seconde compresse est ensuite placée sur la première, mais celle-ci est imbibée d'un mélange de huit onces d'huile essentielle de térébenthine et d'une once et demie d'ammoniaque liquide. Il faut avoir soin de l'exprimer suffisamment, afin qu'elle ne laisse plus écouler aucune goutte de liquide, mais qu'elle soit simplement moite. Le malade est couché sur cet appareil. On a soin de lui élever un peu la tête et les genoux sur des oreillers, afin de mieux faire plonger la colonne vertébrale dans l'espèce de sillon longitudinal que forment, de chaque côté, les bords du matelas, et dont le fond est constitué par la boîte recouverte des deux compresses. Il est facile, d'après cette médication, de saisir le mode d'action de cet appareil. La chaleur de l'eau contenue dans la boîte détermine bientôt l'évaporation du liquide qui imbibe les compresses; cette vapeur agit directement sur toute la longueur de la colonne vertébrale, et en raison de l'extrême activité de ses élémens, elle doit porter son action non-seulement sur la peau, mais aussi sur les parties plus profondément placées, et en particulier sur la moelle vertébrale. La durée de l'application de cet appareil n'a rien de bien fixe, elle doit être modifiée selon l'excitabilité de l'individu; le degré de ses forces et l'intensité des symptômes, mais en général elle peut être limitée de demi-heure à une heure et même plus. On doit toujours veiller à ce que l'irritation ne soit pas assez vive pour déterminer des phlyctènes en quelques points; on se ménage par là le moyen de revenir, s'il en est besoin, à l'application de l'appareil.

Notre malade fut donc ainsi placé; au bout d'une demi-heure les douleurs devenant vives et la peau exposée à la vapeur ammoniacale étant un peu rouge, l'opération fut suspendue. Pendant tout ce temps la raideur tétanique avait peu diminué et les crampes s'étaient fait sentir fréquemment. Aussitôt après il s'assoupit et une heure entière se passa sans secousses convulsives. Mais ce calme ne fut que momentané; le soir les accidens avaient repris presque toute leur intensité, les douleurs étaient cependant un peu moindres; une sueur abondante mouillait tout l'individu; les paupières ne pouvaient s'ouvrir qu'incomplètement; l'iris était contracté, l'œil humide; l'écartement de la mâchoire devenait plus difficile; les deux arcades dentaires pouvaient à peine s'éloigner de deux lignes. Pouls calme, moins large; respiration pénible; pas de selles. Les jours suivans le malade fut remis sur l'appareil pendant l'espace de trois quarts d'heure à une heure. (Même prescription interne; deux bouillons.) Il éprouva toujours, immédiatement après, une rémission très-marquée, pendant laquelle il pouvait se livrer au sommeil; la durée de ce repos, d'abord d'une heure, augmentait graduellement après chaque application. Les sueurs qui succédaient à ces intervalles de calme diminuaient aussi d'intensité et de fréquence. La raideur se dissipait peu à peu dans les membres supérieurs, puis dans les inférieurs et le tronc.

---

(1) Prenez : Opium brut, 4 grains.
Camphre, 12 grains.
Eau-de-vie, 3 onces.

(*Méthode iatraleptique.*)

Les sueurs étaient très-abondantes; le pouls un peu débile et moins développé.

Le 1er juin, septième jour depuis l'entrée à l'hôpital, cinquième depuis la première application de l'appareil, le malade était dans un calme satisfaisant. Une once d'huile de ricin, donnée par la bouche, produisit une selle abondante. Le lendemain, les phénomènes morbides avaient repris une certaine intensité; deux fois l'appareil fut appliqué; après la deuxième application, qui fut faite à 6 heures du soir, il y eut une amélioration remarquable; la nuit fut calme; peu de crampes se firent sentir; le sommeil fut de plusieurs heures. Depuis cette époque l'amélioration fut progressive; l'appareil fut cependant encore appliqué trois fois jusqu'au 7. A dater de ce jour la convalescence de Monot a été assurée; les secousses convulsives n'ont pas reparu; la dureté des muscles, la rigidité des membres se sont dissipées; cependant la mâchoire ne jouit pas encore de toute l'étendue de ses mouvemens. Le deltoïde droit, qui avait été le point de départ de la maladie, est aussi celui où elle persiste le plus long-temps. L'élévation du bras est très-bornée; la dureté du muscle est encore remarquable.

Le 10, le malade peut se promener dans la salle; il mange un demi-pain.

Aujourd'hui (20 juin) il n'a pas encore quitté l'hôpital, mais sa santé est parfaite; un peu moins de souplesse dans les mouvemens est tout ce qui lui reste de cette cruelle affection.

Le traitement adopté par M. Petit contre le tétanos est sans doute peu en harmonie avec certaines idées théoriques professées aujourd'hui; mais quelle que soit l'opinion que l'on se forme sur la nature d'une maladie, quel que soit le système que l'on ait adopté, il n'en faut pas moins s'incliner devant les faits authentiques lors même qu'ils sont en désaccord avec nos idées favorites. Si ces idées sont vicieuses, les faits seuls peuvent les rectifier; si elles sont justes, l'observation clinique viendra les sanctionner. Ce n'est pas la première fois que M. Petit se conduit ainsi: déjà il avait eu deux fois occasion d'observer le tétanos spontané, et deux fois il avait vu l'emploi du même moyen couronné d'un succès complet. Ces trois cas, les seuls qui se soient présentés à son observation pendant une longue pratique, méritent de fixer l'attention des praticiens. Si, comme tout porte à le croire, l'expérience des autres médecins vient confirmer la pratique du médecin de l'Hôtel-Dieu, la thérapeutique possédera une arme précieuse pour combattre une maladie terrible et contre laquelle le grand nombre des moyens employés jusqu'à ce jour atteste assez leur impuissance. Convaincu que le tétanos est une affection spasmodique indépendante de toute inflammation des centres nerveux, comme le prouvent l'absence complète de la fièvre et l'intégrité des fonctions sensoriales et intellectuelles; persuadé d'ailleurs de la vérité de cet aphorisme qui remonte à Hippocrate: *febris spasmum solvit*, il a cherché à déterminer sur le centre nerveux rachidien une stimulation capable de convertir le spasme dans lequel se trouve tout le système, en un état fébrile. C'est à peu près par des idées analogues que M. Petit a été conduit à appliquer le même moyen au traitement du choléra, et il a encore, dans ce cas, obtenu des succès incontestables.

PLAIE DE TÊTE AVEC DÉCHIRURE DU CERVEAU, SANS SYMPTÔMES PRIMITIFS; par M. VOILLOT, D.-M. P., chirurgien chef-adjoint à l'Hôtel-Dieu de Beaune.

Obs. — Jacques Stappé, maçon, âgé de 30 ans, d'une assez bonne constitution, est blessé au front par son fusil qui éclate près de la culasse. Il n'est point renversé par le coup quoiqu'il fût accroupi en tirant. Plus inquiet de son fusil que de sa plaie, il s'occupe d'en chercher les morceaux qu'il retrouve, excepté la culasse. Cependant comme le sang ruisselait assez abondamment de sa blessure, il se met en marche pour venir se faire panser, et arrive à l'hôpital de Beaune après avoir fait trois quarts de lieue à pied. L'examen nous fait reconnaître sur l'os frontal, à deux pouces au-dessus de l'œil gauche, une plaie elliptique d'environ neuf lignes de longueur sur cinq lignes de largeur. Une sonde introduite dans cette plaie pénétrait à plus d'un pouce de profondeur et rencontrait un corps mou qui nous parut être évidemment la substance du cerveau. Le bout du doigt pouvait pénétrer dans l'ouverture osseuse et sentait la présence des petites esquilles. Du reste, Stappé disait n'éprouver ni douleurs de tête, ni étourdissemens, ni faiblesse, ni somnolence, aucun des signes enfin de la commotion ou d'un épanchement cérébral. Il marchait d'un pas ferme; le pouls était naturel, le moral bon; seulement la figure était un peu animée. Le patient venait, disait-il, simplement se faire panser, et avait l'intention de retourner dans son pays aussitôt après, se proposant toutefois de revenir chaque matin. Mais d'après les observations que nous lui fîmes, il se décida à rester à l'hôpital. Il fut pansé à plat, mis à la diète, et nous ordonnâmes une saignée.

Stappé, ne sentant point de mal, se promène toute la journée dans les salles et ne se couche qu'à six heures. Il dort jusqu'à trois heures d'un sommeil assez tranquille; alors il s'éveille en poussant des soupirs et se plaignant de malaise et de maux de cœur. Il éprouve une agitation continuelle et a de la difficulté à s'exprimer. Cet état se prolonge jusqu'à sept heures du matin, où il meurt sans avoir offert d'autres symptômes.

A l'ouverture du crâne, faite six heures après la mort, nous trouvâmes une portion de la table interne du coronal mobile et ne tenant que par une petite partie du périoste. Elle était appliquée sur la dure-mère. Elle avait six lignes de longueur dans son plus grand diamètre. La dure-mère était déchirée vis-à-vis d'elle et offrait une ouverture ayant les dimensions et la forme de cette esquille. Autour de cette déchirure existait une légère rougeur. La substance du cerveau était entamée dans la profondeur de quatre lignes. Les vaisseaux de la dure-mère étaient gorgés de sang sur toute la surface du lobe antérieur gauche. A la base du cerveau se voyait un épanchement sanguin considérable (quatre cuillerées environ). La pulpe du lobe antérieur n'était point injectée; le reste de l'hémisphère droit était dans son état naturel. On remarquait une très-légère ecchymose dans le fond de la plaie du cerveau. Il n'existait dans cette plaie aucun corps étranger.

Ce fait nous paraît digne de remarque, en ce qu'il s'éloigne tout à-fait de la règle ordinaire (qu'on nous passe l'expression). En effet, ni la commotion ni l'épanchement ne se manifestèrent d'abord par les signes qui, généralement, les décèlent. Le patient nous a dit, il est vrai, avoir été *un peu étourdi* par le coup qui l'a frappé, mais il n'est point tombé et s'est plus occupé de la perte de son fusil que de sa blessure; et, sans doute, si l'écoulement du sang ne lui eût pas causé quelque inquiétude, il ne fût point venu réclamer nos soins. A la distance qu'il avait parcourue, à la fermeté de sa démarche, à la tranquillité de son esprit, on n'eût certainement point soupçonné la gravité de sa blessure, et cependant la sonde pénétrait dans le cerveau, la pulpe de cet organe offrait une plaie contuse. Pendant vingt heures, cette blessure n'occasionna ni faiblesse, ni malaise, ni somnolence, pas même un léger mal de tête, quoique le malade ne lui ait survécu que 24 heures.

A quelle cause devons-nous ici attribuer la mort? Ce n'est point à l'inflammation, car elle n'a point eu le temps de se développer, et nous n'en avons point trouvé de traces notables après la mort. Ce ne peut être non plus à l'ecchymose qui ne s'étendait point au-delà de la superficie de la déchirure et qui, du reste, n'intéressait que la partie supérieure du cerveau. Quant à la commotion, nous avons vu qu'elle n'avait point existé. Nous sommes donc forcés de reconnaître cette cause dans la compression occasionnée, et par l'extrême plénitude des vaisseaux de la dure-mère et par l'épanchement existant à la base du cerveau. Mais ce qui a lieu surtout de nous surprendre dans ce fait, c'est que les signes de compression ne se soient point manifestés plus tôt et aient suivi après une marche aussi rapide; la congestion et l'épanchement ayant dû commencer immédiatement après l'accident; du moins c'est ce qui arrive ordinairement à la suite des plaies du cerveau et de la dure mère.

Si nous voulions nous rendre compte de cette exception, peut-être en trouverions-nous le motif dans l'attrition des petits vaisseaux, et la stupeur locale qui résulte d'une blessure faite par un instrument contondant, ou peut-être en verrions-nous l'explication dans la position tenue par le malade pendant toute la journée. La commotion n'ayant pas été assez forte pour l'obliger à se mettre au lit, le sang a dû affluer au cerveau beaucoup plus lentement que dans les cas ordinaires; aussi n'est-ce qu'après quelques heures de sommeil que le raptus a eu lieu assez vivement pour occasionner les symptômes apoplectiques qui ont fait périr le malade; et la mort a en lieu d'autant plus promptement que l'épanchement, comme nous l'avons vu, a été plus considérable.

Cette observation n'est point propre, il nous semble, à confirmer la nouvelle théorie des plaies de tête, qui refuse à l'épanchement une influence majeure dans les accidens cérébraux; elle est, selon nous, une preuve de la réserve avec laquelle nous devons accueillir les doctrines qui tendent à renverser des idées reçues. C'est, en effet, presque toujours par voie d'exclusion que procèdent ceux qui veulent établir des théories nouvelles, et ici il est arrivé ce qui a lieu ordinairement, c'est que lorsqu'un système en remplace un autre, c'est toujours d'une manière absolue et à force d'outrer les conséquences. J.-L. Petit avait ainsi fixé les idées sur les blessures de la tête: si, disait-il, le coma a lieu, s'il y a perte de connaissance subite, il y a commotion; si le coma persiste ou se manifeste quelque temps, il y a épanchement sanguin, d'où il concluait qu'on peut sauver le malade en donnant issue à la matière épanchée; de là le précepte qu'il est utile d'appliquer le trépan même dans les cas douteux. Mais depuis, les nombreux insuccès qui résultèrent de l'application de ces principes firent rejeter par certains esprits la trépanation comme inutile, pour ne pas dire plus; ils ont donc proscrit cette opération dans tous les cas où on attribuait les accidens au seul épanchement.

Pour justifier cette exclusion, ils ont ainsi raisonné: « On n'est jamais sûr, ont-ils dit, du lieu où existe l'épanchement, et ce n'est qu'au hasard que peut se faire l'application du trépan. Donc l'opération est inutile. » Cette hypothèse n'est qu'à moitié vraie; car, donner au hasard, ce n'est pas toujours donner à faux. Le hasard quelquefois produit le succès. Cette thèse ne pourrait se soutenir qu'en tant qu'il s'agirait d'avoir recours à un moyen dont les chances seraient dangereuses (et ce n'est point le cas du trépan); et alors il serait inutile, médicalement parlant, en ce que ce serait détruire un danger par un autre. Mais on est allé plus loin, et on a dit: l'opérateur a été assez heureux

pour tomber juste sur le lieu de l'épanchement; il a procuré une issue au fluide, et cependant les symptômes ont persisté. Donc l'épanchement n'était pour rien dans la production des accidens. Cette opinion est venue se corroborer à leurs yeux par les expériences de M. Serres. Mais on n'a point considéré que, dans la plupart des cas d'insuccès, la compression n'était point la seule cause des symptômes, que souvent il s'y joignait d'autres désordres tels que l'ébranlement violent du cerveau, les déchirures et l'inflammation. Bien plus, dans certains cas on a fait, pour ainsi dire, un choix arbitraire de la cause des symptômes. Lorsque, par exemple, sur un sujet, l'autopsie a fait découvrir un épanchement considérable en même temps que quelques ecchymoses et quelques points de ramollissement même très-circonscrits, on a mieux aimé attribuer la mort à l'existence de ces ecchymoses qu'à la compression.

Pour arriver à cette doctrine, il a fallu rejeter l'expérience de plus d'un siècle, nier les faits observés par des hommes tels que J.-L. Petit, Haller, Fontana, Boyer et beaucoup d'autres; oublier l'histoire, si souvent citée par les auteurs, de cette femme qui, ayant une partie du cerveau recouverte d'une molle cicatrice, éprouvait de violens étourdissemens lorsqu'on pressait cette cicatrice; enfin se refuser à admettre les cas où des portions d'os enfoncées produisant les symptômes attribués à la compression, les accidens ont disparu lorsque ces fragmens ont été remis à leur place.

La compression, dira-t-on, n'est point la cause des symptômes, puisque dans l'apoplexie foudroyante, par exemple, ces symptômes existent avant que l'épanchement ait eu le temps de se faire. Il n'est donc ici que l'effet, et non point la cause. Oui, mais lorsque vous aurez fait disparaître la cause, il restera encore un de ses effets qui lui-même peut devenir cause. On ne peut nier du moins qu'une collection un peu considérable ne soit, pour un organe aussi mou que le cerveau, une cause de compression, d'irritation, ou, si l'on veut, d'un dérangement quelconque de ses fonctions. C'est donc une complication, un corps étranger qui, là beaucoup plus que dans tout autre organe, doit produire des accidens graves et qu'il faut chercher à extirper le plus promptement possible. Et dans l'observation que nous venons de rapporter, nous avons la conviction que si le sang se fût échappé au dehors au lieu de s'amasser à la base du cerveau, les jours de Stappé eussent été prolongés, sinon mis hors de danger. Du moins est-il évident pour nous qu'il n'a succombé ni par le fait de la commotion, ni par celui de l'inflammation.

Nous bornons ici ces courtes réflexions, et nous concluons, contrairement à la nouvelle théorie, que l'opération du trépan est surtout utile dans les cas de simple épanchement, et que cette opération offrant par elle-même très-peu de gravité, c'est ici le lieu d'appliquer le précepte: *melius anceps quam nullum*; non pas toutefois que nous entendions préconiser ce moyen dans tous les cas d'apoplexie spontanée, où presque toujours on ignore le lieu de l'épanchement, et où souvent il se fait dans les ventricules ou bien même dans la pulpe cérébrale; mais nous le croyons utile toutes les fois qu'il existe une fracture des os du crâne avec ou sans esquille, et principalement lorsqu'il y a plaie des méninges ou du cerveau; car alors c'est presque toujours dans le voisinage de la fracture ou de la plaie que se fait l'extravasation du sang, qui souvent s'arrête là ou aux environs, ou bien filtre jusqu'à la base du crâne.

Beaune, le 10 avril 1836.

Note du réd. Nous avons accueilli avec empressement cette observation et les réflexions qui la terminent, quoiqu'elles soient contraires à l'opinion que nous professons, et par là même qu'elles lui sont contraires; la discussion libre est l'unique moyen d'éclairer la science.

Disons d'abord que ce cas serait bien mal choisi pour montrer l'utilité du trépan et l'influence de la compression; car les symptômes prétendus de la compression ne se sont pas montrés durant la vie; eussent-ils paru, rien n'aurait indiqué le siége de l'épanchement; et ce siége eût-il été constaté, le trépan aurait encore été impraticable. M. Voillot paraît cependant d'avis de l'appliquer au hasard. Le hasard, dit-il, produit quelquefois les succès. Quoi! un chirurgien se compromettrait gravement en donnant au hasard un coup de histouri dans le simple cas d'un abcès; et il sera permis de pratiquer au hasard l'opération du trépan, l'une des plus graves de la chirurgie? Je sais bien que quelques chirurgiens la jugent légère; ce n'était pas l'opinion de Desault et de Dupuytren, qui, sur la fin de leur carrière, n'osaient plus la pratiquer. Ajoutez que cette opération, grave par elle-même, l'est plus encore à raison de l'époque où on la pratique, quand le cerveau contus est pris d'une inflammation commençante. C'est au commencement de cette inflammation, c'est à la réaction de la contusion cérébrale que nous attribuons la mort du sujet; la compression, qui a certainement ajouté à l'influence des autres lésions, eût été trop peu de chose par elle-même pour déterminer une fin si fatale et si rapide.

NOTE SUR DES PESSAIRES ÉLASTIQUES D'UN NOUVEAU GENRE, et sur un compresseur de l'aorte; par M. Bobillier, chirurgien en chef de l'hôpital de Thionville.

M. Bobillier nous prie d'insérer la note suivante, afin de prendre date pour la priorité d'invention des deux instrumens qu'il décrit.

1° *Pessaires élastiques à air et à eau.*—Tous les pessaires imaginés jusqu'à présent sont inefficaces et difficiles à supporter; toutes les femmes auxquelles j'en ai conseillé l'usage, ont fini par s'en fatiguer, et ont mieux aimé abandonner leur descente à elle-même que de porter leur pessaire: la contusion et la gêne produites par cet instrument, voilà ce qui les rend insupportables. Il faut donc obvier à ces deux inconvéniens en réfléchissant aux moyens qui pourraient les remplacer efficacement, supporter en sa place normale la matrice, tout en prenant, en s'accommodant à la forme du museau de tanche et à celle du canal vaginal. Je n'ai rien trouvé de plus convenable qu'un boyau de cochon ou de bœuf, recourbé sur lui-même, soufflé d'air ou rempli d'eau dans sa duplicature, et recouvert d'un taffetas ciré. La partie inférieure de ce double boudin est étreinte avec un ruban de fil après y avoir introduit l'eau ou l'air, de manière à le rendre de plus en plus étroit dans cette partie qui par-là ne comprime ni le rectum, ni l'urètre. Cette partie est ensuite reçue dans un anneau en forme de bilboquet, fait en peau, qu'on ajuste sur un sous cuisse dont les extrémités antérieure et postérieure viennent se fixer en avant et en arrière d'une ceinture élastique avec de la peau ou de la toile. Ce sous cuisse est lui-même percé d'une boutonnière qui laisse passer l'extrémité du boudin, d'autant qu'on veut laisser le pessaire plus ou moins long. En général, il ne doit pas être de plus de quatre pouces à quatre pouces et demi. L'expérience que j'ai déjà faite de ces pessaires m'en assure les avantages.

2° *Compresseur de l'aorte dans le cas de perte utérine grave.* — Déjà la compression de l'aorte abdominale au-devant des vertèbres lombaires a sauvé plusieurs malades dans le cas de pertes utérines graves qui succèdent à la délivrance. Le danger est si grand dans ces cas, que le seigle ergoté n'a pas une action assez prompte, et qu'il faut y joindre la compression de l'aorte; mais cette compression n'est pas sans difficultés, surtout chez les personnes grasses; elle est de plus très-fatigante, et nécessite d'être faite et maintenue par le médecin lui-même. Il est donc important d'employer une compression qui dispenserait le médecin de l'exercer lui-même; pour cela j'ai imaginé un demi cercle de métal qui entoure la moitié de la circonférence du corps en manière de ceinture, et qui, par ses deux extrémités, comprime d'un côté sur les vertèbres lombaires, et de l'autre sur l'abdomen à l'endroit où l'on veut exercer une pression sur l'aorte. Il faut que ce cercle soit composé de plusieurs lames d'acier très élastiques, afin que, par leur ressort, elles se rapprochent beaucoup comme le fait le bandage herniaire, sans avoir ni trop de force ni pas assez; les deux extrémités doivent porter des plaques garnies de pelotes, pour appuyer du côté du dos et du côté de l'abdomen.

BIBLIOGRAPHIE.

TRAITÉ CLINIQUE DES MALADIES DU CŒUR, précédé de recherches nouvelles sur l'anatomie et la physiologie de cet organe; par J. Bouillaud, professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine de Paris. 2 vol. in-8°. Chez J.-B. Baillière, rue de l'Ecole-de-Médecine, n° 13 bis.

M. Bouillaud, associé en 1824, avec M. Bertin, pour la rédaction du *Traité des maladies du cœur*, vient de reprendre ce sujet avec une expérience de dix ans de plus, et avec toutes les observations qu'il a accumulées dans cet intervalle. Le *Traité clinique des maladies du cœur* est un ouvrage important qui mérite l'attention des médecins. Des recherches anatomiques et physiologiques sur l'organe central de la circulation, l'examen de la cause des bruits réguliers et des bruits

morbides qu'il produit, l'étude approfondie des phlegmasies des membranes qui en tapissent l'extérieur et l'intérieur, l'influence funeste des lésions des valvules et des orifices, le developpement des hypertrophies, tout cela forme un ensemble de doctrines et une source abondante d'instruction pour l'élève qui veut apprendre, et de méditation pour celui qui essaie de faire converger vers un foyer toutes les parties de la médecine.

Un des points les plus neufs et les plus importans du travail de M. Bouillaud sur les maladies du cœur, comprend ses recherches sur l'endocardite ou inflammation de la membrane interne. Il m'est d'autant plus permis d'établir les services que M. Bouillaud a rendus à la science sur ce sujet, que j'ai eu l'occasion de faire un résumé, il y a plus de deux ans, de tout ce que l'on savait alors sur l'endocardite. J'y indiquai le rhumatisme comme la seule cause que je connusse de l'inflammation interne du cœur, les signes négatifs qui la séparent de la péricardite, et le bruit de soufflet comme un signe positif propre à jeter du jour sur le diagnostic de cette affection.

M. Bouillaud, par ses recherches, est arrivé à ce résultat que, dans un grand nombre de cas (suivant lui la moitié), le rhumatisme articulaire s'étend à la membrane qui tapisse les cavités du cœur. C'est un point d'étiologie qui me semble maintenant démontré par les faits. L'endocardite rhumatismale est certaine comme la péricardite rhumatismale. Quant au diagnostic, M. Bouillaud l'a établi aussi avec une grande précision. Outre les signes généraux d'une maladie aiguë du cœur, l'examen du cœur lui même en fournit qui méritent la plus grande attention. Dans l'endocardite simple, la région précordiale est ébranlée par la violence des battemens qui repoussent fortement la main appliquée sur elle; la percussion donne un son mat dans une surface étendue, matité que l'on distingue de celle d'un épanchement péricardique, parce que les battemens du cœur sont superficiels, visibles et sensibles à la main. L'auscultation fait entendre un bruit de soufflet qui masque les deux bruits du cœur, ou bien un des deux seulement. A l'aide de ces observations on reconnaîtra sans grande difficulté, dans la plupart des cas, une endocardite. Il faut faire ici une remarque, c'est que des saignées abondantes et répétées, pratiquées pour le rhumatisme articulaire, peuvent déterminer dans le cœur un bruit de souffle. Il suffit de signaler cette cause d'erreur.

Ainsi avertis de la possibilité d'une aussi grave inflammation que l'endocardite durant le rhumatisme articulaire, les médecins doivent devenir plus réservés sur leur pronostic à l'égard de cette affection véritablement redoutable. En même temps, ces nouvelles acquisitions relatives au diagnostic leur imposent le devoir d'apporter l'attention la plus scrupuleuse à l'examen du cœur. Il est certain que le rhumatisme passe à l'endocarde. Il faut donc surveiller avec tout le soin dont on est capable le moment où cette dangereuse invasion commence : la responsabilité médicale y est engagée au plus haut degré; car, dans beaucoup de cas, l'art possède des moyens de prévenir une terminaison fatale; et dans ceux mêmes où la nature aurait suffi pour faire éviter la mort du malade, elle ne suffit pas toujours pour prévenir des épaississemens de valvules, des productions de végétations, des formations de rétrécissemens qui constituent plus tard ces altérations organiques du cœur, desquelles on a dit avec une triste, mais irrévocable vérité : *hæret lateri lethalis arundo*. Il faut reconnaître à temps l'endocardite pour la combattre à temps; et c'est ainsi que l'on voit combien il est vrai de dire que, plus le diagnostic se perfectionne, plus la thérapeutique prend d'assurance et d'efficacité. Des lipothymies, des anxiétés, un pouls rapide, symptômes généraux dus à l'endocardite, semblaient, aux yeux des médecins, réclamer des cordiaux, des excitans, des moyens enfin qui soutinssent les forces près de s'affaisser. Or, ces moyens ont été réellement mis en usage, dans des cas que l'on reconnaît aujourd'hui, par un diagnostic rétrospectif, appartenir à l'endocardite. C'était cependant un traitement antiphlogistique qu'il fallait employer avec énergie, et qu'emploiera maintenant tout médecin dès qu'il aura reconnu la présence d'une inflammation des membranes internes du cœur.

M. Bouillaud recommande dans ces cas sa méthode des *saignées coup sur coup*. Quoique je ne partage pas ses opinions sur l'extension qu'il donne à ce mode de traitement, je crois cependant que c'est dans l'endocardite qu'on en retirera le plus d'avantages; là il faut agir et agir avec promptitude et vigueur; et les saignées abondantes et répétées constituent le secours le plus puissant que l'on ait contre ces franches et redoutables inflammations qui attaquent un organe essentiel à la vie.

M. Hope dit, dans son *Traité des maladies du cœur*, page 319. « Les indurations des valvules doivent leur naissance d'abord à tout ce qui accroît la force de la circulation, par exemple les violents efforts, l'hypertrophie, l'augmentation de l'action du cœur par une excitation nerveuse, fébrile ou inflammatoire; secondement à l'inflammation de membrane interne du cœur, résultant de la cardite, de la péricardite, et particulièrement de la péricardite rhumatismale. »

Comme on voit, M. Hope attribue les lésions des orifices et des valvules à d'autres causes qu'à l'inflammation de la membrane interne du cœur; mais M. Bouillaud n'a pas hésité à placer dans l'endocardite la cause de toutes les indurations, adhérences, ossifications et végétations qui dérangent plus ou moins le jeu des valvules et la liberté des orifices du cœur. Il soutient, dans son livre, cette opinion, avec tout l'entraînement et la chaleur qu'on lui connaît dans les discussions où il croit avoir la vérité de son côté. Les argumens qu'il avance sont pris, soit à l'analogie des dépôts que l'inflammation aiguë ou chronique produit dans d'autres maladies, soit à l'observation directe des résultats de l'endocardite. On ne peut nier que, considérés dans leur pathogénie, les plaques, les endurcissemens, les végétations de l'endocarde n'aient de grandes ressemblances avec le produit des inflammations dans d'autres organes. Il est certain aussi que l'endocardite gonfle les valvules et y détermine des dépôts susceptibles de beaucoup de transformations ultérieures. Ce rapprochement donne une grande force à la théorie de M. Bouillaud, d'autant plus que, depuis qu'il a fourni les moyens de reconnaître, d'une manière précise, l'endocardite aiguë, on lit dans les recueils l'histoire des malades qui en réchappent, emportant avec eux un bruit de soufflet, indice d'une lésion des valvules et des orifices. S'il est impossible de contester à M. Bouillaud dans beaucoup de cas l'origine phlegmasique de ces produits morbides, trouvés dans l'intérieur du corps, il est difficile de les y rattacher tous; car, d'une part, les lésions qui nous occupent paraissent plus fréquentes que l'endocardite elle-même, et de plus on ne peut guère s'empêcher d'attribuer à l'âge une part dans la production des ossifications. De plus, la remarque de M. Hope, que tout ce qui augmente considérablement l'action du cœur, tend à y altérer la nutrition et à y provoquer des indurations, n'est pas sans doute sans fondement.

Le diagnostic des insuffisances valvulaires est tout récent; je ne connais pas d'ouvrage antérieur à celui de M. Hope, où les signes de l'insuffisance des valvules auriculo-ventriculaires aient été donnés avec précision. Aujourd'hui cette lésion, qui est loin d'être rare, se reconnaît avec facilité. Quant à l'insuffisance des valvules sigmoïdes de l'aorte, M. Corrigan a appelé spécialement l'attention sur ce point de pathologie; M. Hope a combattu les idées de M. Corrigan avec d'autant plus de facilité, que ce dernier s'était trompé dans l'examen des bruits, mais M. Hope n'a rien dit qui pût faire distinguer cette insuffisance. M. Aristide Guyot, dans une thèse soutenue en 1833, a montré qu'elle avait pour signe un bruit de souffle au second temps, bruit qui se prolonge dans l'aorte. La théorie du mécanisme du cœur aurait fait affirmer *a priori* que le bruit de souffle, dans une pareille affection, ne pouvait exister qu'au second temps; mais ce qui ne pouvait pas se prévoir facilement, c'est que ce bruit s'étendît dans l'aorte. L'insuffisance des valvules aortiques n'est certainement point une maladie nouvelle; mais ce qui est nouveau, c'est d'avoir indiqué les caractères qui y appartiennent. M. Bouillaud ne les a pas admis dans son ouvrage; il s'est contenté de dire en passant que le bruit de soufflet s'opère pendant la dilatation des ventricules, lorsque les valvules insuffisantes sont les sigmoïdes. Cependant j'ai vu quelques cas qui ne me permettent pas de douter que les signes indiqués par M. Guyot ne soient exacts; et dernièrement encore, un malade présentant au second temps un bruit de soufflet prolongé dans l'aorte, on a trouvé, à l'ouverture du corps, deux des valvules sigmoïdes retenues par des adhérences à la paroi de l'aorte, de telle sorte qu'elles ne pouvaient s'abaisser, et qu'en ce point l'orifice du vaisseau restait ouvert. C'était là la seule altération qui existât dans le cœur, circonstance qui rend ce cas remarquable parce qu'il est rare de trouver une insuffisance des valvules sigmoïdes sans aucune complication; mais qui, en même temps, démontre d'une manière évidente quelle est l'espèce de dérangement dans les bruits que produit l'insuffisance des valvules aortiques.

Le mécanisme par lequel le cœur remplit ses fonctions est compliqué; aussi les meilleurs observateurs, Laennec lui même, se sont-ils mépris sur certains points. L'illustre auteur de l'*Auscultation médiate*, ayant remarqué que l'altération du second bruit coïncidait avec une altération de l'orifice auriculo-ventriculaire, en conclut que ce second bruit correspondait à la contraction des oreillettes. L'observation était juste; la conclusion ne l'était pas; il ne serait pas tombé dans cette erreur s'il avait consulté Harvey et tous les auteurs, qui sont formels sur ce point, que la contraction des oreillettes est antérieure à celle des ventricules, ou s'il avait examiné sur un animal le jeu du cœur lui-même. Il se serait convaincu par ses propres yeux que la systole des oreillettes précède la systole des ventricules, et que par conséquent le second bruit ne peut avoir aucune relation avec les oreillettes.

M. Bouilland, qui connaît parfaitement cette fausse explication de Laennec, n'en a pas moins établi une proposition qui contient implicitement la même erreur ou une erreur d'une autre nature. Voici la proposition en question : après avoir exposé que le second bruit coïncide avec la diastole ventriculaire et est produit par le redressement subit des valvules sigmoïdes, il ajoute : « abaissement soudain des valvules » auriculo-ventriculaires par suite de l'attraction qui accompagne la » diastole ventriculaire, et aussi *en raison de la systole auriculaire* , » *qui, de concert avec la dilatation ventriculaire, fait pénétrer le* » *sang dans les ventricules* à travers les orifices auriculo-ventricu- » laires. T. 1, p. 136. » J'ai souligné ce qui est erroné dans la proposition de M. Bouillaud; elle implique ou que la contraction des oreillettes vient après celle des ventricules, ou qu'il y a deux contractions des oreillettes pour une des ventricules; ce qui est également contraire à l'observation. M. Bouillaud semble admettre, par les termes dont il s'est servi, que la diastole des ventricules, l'abaissement des valvules auriculo-ventriculaires, et la systole des oreillettes sont trois phénomènes qui coïncident ensemble et avec le second bruit. Or, c'est un fait constant que la systole des oreillettes précède celle des ventricules, fait reconnu par M. Bouillaud lui-même; donc il faudrait qu'il y eût deux contractions auriculaires, l'une avant, et l'autre après la systole des ventricules; double contraction qui n'est pas réelle, et à laquelle M. Bouillaud n'a certainement pas songé. Mais, dira-t-on, on peut commencer à compter les bruits du cœur par celui que l'on veut; et quand M. Bouillaud pose la contraction auriculaire comme se faisant pendant le second bruit, il veut seulement dire que la systole ventriculaire et la systole auriculaire alternent. C'est une réponse que M. Bouillaud n'admettrait certainement pas, et qui en effet ne peut pas être admise. Il n'est pas vrai que l'on puisse commencer à compter indifféremment les bruits du cœur par celui que l'on veut. Toute la théorie du mécanisme de cet organe est fondée sur le temps du repos ou du silence; c'est sur ce temps qu'il faut se régler; il donne la clef de tout le reste. Appliquez l'oreille sur une poitrine, et vous remarquerez un repos, puis un premier bruit, puis un second, auquel succède de nouveau un repos. Ouvrez la poitrine d'un animal, et vous remarquez un repos, puis la contraction des oreillettes, puis celle des ventricules, puis la dilatation des ventricules, puis derechef un repos. Ainsi après le temps de repos, ce qui est le premier, c'est la systole des oreillettes; on ne peut donc pas dire, comme l'a dit M. Bouillaud, qu'elle sert à remplir le ventricule pendant la diastole de ce dernier; il faudrait qu'elle précédât cette diastole; or, elle la suit: donc M. Bouillaud a eu tort de dire que la *systole auriculaire de concert avec la dilatation ventriculaire fait pénétrer le sang dans le ventricule*. La systole des oreillettes est entre le temps de silence et la contraction des ventricules, et non entre la contraction des ventricules et le temps de silence. J'ai insisté longuement sur ce point parce qu'il est rare que le jeu du cœur soit expliqué sans aucune erreur.

« Il semblerait au premier abord que l'adhérence complète du péricarde avec le cœur doit entraver le jeu du diaphragme, et que réciproquement les mouvemens de ce muscle doivent plus ou moins déranger alors la systole et la diastole du cœur. Peut-être en est-il ainsi quelquefois. Mais il est bien certain que j'ai trouvé et que d'autres observateurs ont rencontré de complètes adhérences du péricarde au cœur chez des individus dont la respiration et la circulation n'avaient éprouvé aucune espèce d'obstacle provenant de la présence de ces adhérences. (T. 1, p. 477.) » La remarque de M. Bouillaud est juste; seulement un fait que j'ai observé me permet d'assurer que l'adhérence complète du péricarde au cœur produit chez certains sujets les plus graves accidens. En 1832 un malade se présenta chez M. Rayer avec tous les signes d'une péricardite. Il fut traité par plusieurs saignées et renvoyé guéri. En 1833, le même homme se représenta; il offrait alors les signes généraux d'une affection du cœur, la gêne de la respiration et l'infiltration des membres inférieurs. Il fut impossible de trouver chez lui aucun signe local qui annonçât soit une hypertrophie, soit une dilatation, soit une lésion des valvules, soit un rétrécissement des orifices, ni de rattacher l'hydropisie à une maladie du foie ou à une affection granuleuse des reins. L'anasarque fit des progrès, et le malade succomba. A l'ouverture du corps on ne trouva dans aucun organe une altération qui pût expliquer l'hydropisie; le cœur n'avait éprouvé aucune modification pathologique, si ce n'est que le péricarde y était complètement adhérent. Cette observation qui prouve qu'on avait très-bien reconnu la péricardite, prouve aussi, je pense, l'influence de l'adhésion du péricarde au cœur sur le trouble apporté à la circulation et à la respiration. Je signale ce fait, car en montrant que l'adhérence du péricarde au cœur peut, dans des cas rares, il est vrai, causer la mort, il doit rendre réservé sur l'appréciation générale de la valeur de cette altération pathologique.

En peu d'années l'étude des maladies du cœur a fait de grands progrès; l'ouvrage de Corvisart est peu ancien; cependant on n'y puiserait que des notions très-insuffisantes sur le diagnostic et même sur le traitement de ces affections. Les travaux de ce médecin, ainsi que ceux de Burns et de Testa, avaient cependant (il faut leur en savoir gré et leur en tenir compte) donné beaucoup d'éclaircissemens. Ainsi on trouve dans ces ouvrages les caractères nécessaires pour reconnaître une hypertrophie; on y trouve les signes généraux exposés avec détail, et l'anatomie pathologique est décrite avec soin; mais on y chercherait vainement les moyens de diagnostiquer une péricardite ou une endocardite, ainsi que les détails nécessaires pour caractériser les rétrécissemens des orifices, les indurations et les insuffisances des valvules. L'ouvrage de Laënnec forme une époque notable dans cette étude comme dans celle des maladies pulmonaires. La connaissance du double bruit du cœur et les modifications que différentes lésions lui impriment, ont fourni des élémens précieux de diagnostic tout-à-fait inconnus à nos devanciers. C'est alors que l'on a commencé à discerner pendant la vie les altérations des orifices et des valvules. Mais Laënnec se trompa gravement sur l'explication physiologique des bruits du cœur : il admit que les oreillettes se contractaient après les ventricules, et que le second bruit était dû à cette systole auriculaire. Cette erreur jeta de la confusion et de l'incertitude dans les travaux de ceux qui, succédant à Laënnec, suivirent d'abord fidèlement, comme ils le devaient, les traces d'un si grand maître. On commit, dans ces études subséquentes, une faute que lui du moins n'avait pas commise, ce fut de ne pas distinguer le temps auquel se produisait le bruit morbide entendu. Enfin la percussion, l'auscultation et les recherches d'anatomie pathologique ont fait faire un nouveau pas dans la connaissance de cette partie difficile de la pathologie. La péricardite a des signes tels qu'on la reconnaît aussi facilement qu'une pleurésie; il en est de même de l'endocardite; et l'attention portée sur le temps auquel le bruit morbide se fait entendre, a donné les caractères à l'aide desquels on reconnaît une lésion des orifices et des valvules, et a permis, dans plusieurs cas, de distinguer quel est l'orifice lésé, et si la lésion est un rétrécissement ou une insuffisance.

De pareils travaux avaient besoin d'être résumés en un seul corps d'ouvrage, et d'être présentés sous cette forme, afin qu'on ne fût pas obligé d'aller chercher dans les journaux de médecine et dans les mémoires particuliers des faits et des recherches, difficiles à apprécier quand ils sont sans coordination et sans critique. M. Hope, en Angleterre, et bientôt après M. Bouillaud en France, se sont chargés de cette tâche, et non contens de réunir les travaux de leurs devanciers, ils ont, chacun de leur côté, enrichi la science d'aperçus nouveaux et d'éclaircissemens importans. Un des principaux mérites du livre de M. Hope, est d'avoir, par des expériences directes, réfuté complètement les erreurs de Laennec sur les mouvemens du cœur, et d'avoir signalé et utilisé en même temps l'observation du temps des bruits morbides pour rendre plus facile le diagnostic des maladies qui affectent les orifices du cœur. M. Bouillaud de son côté a reconnu la fréquence de l'endocardite, et en même temps, par la description savante qu'il en a donnée, il l'a fait entrer dans le domaine des affections que l'on diagnostique et que souvent l'on guérit. Il a aussi indiqué les caractères et avancé le diagnostic de ces bruits du cœur et des artères, qui, comme dans la chlorose, ne dépendent pas d'altérations constatées dans les solides.

Le travail rapide qui trouve et accumule les faits, le mouvement non moins rapide qui les rapproche, donnent à la médecine comme à toutes les sciences, une marche telle qu'il faut du soin et de l'attention pour se tenir au courant. Déjà les écrits d'auteurs illustres, presque nos contemporains, ne contiennent plus, sur les maladies du cœur, tous les enseignemens nécessaires. Un ouvrage classique qui comble les lacunes et coordonne les recherches nouvelles, est toujours utile; mais il l'est encore davantage, quand une vie propre le pénètre, quand il est le résultat d'études spéciales et indépendantes, et quand sur chaque point, sur chaque opinion, l'auteur peut, comme M. Bouillaud, porter un jugement qui soit à lui.

E. Littré.

Le Rédacteur en chef, Jules Guérin.

PARIS. — IMPRIMERIE ÉVERAT ET COMPAGNIE, RUE DU CADRAN, n° 16.

Gazette Médicale

DE PARIS.

LA GAZETTE MÉDICALE DE PARIS (*Gazette de santé* et *Clinique des hôpitaux* réunies) parait tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4° 32 colonnes, et équivant à 6 feuilles in-8°. Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois. Pour l'Étranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Poissonnière*, n° 5, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

PATHOLOGIE EXTERNE.

MÉMOIRE SUR LA DÉTERMINATION DES DIVERSES ESPÈCES DE LUXATIONS DE LA ROTULE, LEURS SIGNES ET LEUR TRAITEMENT; par J.-F. MALGAIGNE, professeur agrégé à la Faculté de Paris, chirurgien du bureau central.

(Deuxième article. — V. le n° 28.)

Maintenant, comment se fait la luxation sous l'empire d'une violence extérieure? Faut-il d'abord que la jambe soit étendue ou fléchie? Bien que l'extension paraisse plus favorable, il semble cependant, d'après les faits, qu'un léger degré de flexion n'y met point obstacle. Sir A. Cooper signale, comme circonstance prédisposante, la rotation du pied en dehors et du genou en dedans; une chute dans cette position peut luxer la rotule. Cette rotation du pied en dehors, quand elle tient à la rotation du tibia même, reporte en effet un peu plus en dehors l'insertion du ligament rotulien; mais elle exige aussi un certain degré de flexion de la jambe, qui n'a certainement pas lieu dans tous les cas de luxation. Boyer semble poser comme condition essentielle qu'il faut que les attaches de la rotule soient relâchées, et que cet os jouisse sur les condyles d'une mobilité qui le rende susceptible de céder à l'action de la force extérieure. S'il en était ainsi, rien ne serait plus aisé que de produire ces luxations sur le cadavre; et cependant, malgré tous les essais possibles, je n'ai jamais pu y parvenir. J'ai mis la jambe dans une flexion légère; je l'ai mise dans l'extension; j'ai frappé sur le bord interne de la rotule avec des maillets de bois et de fer; j'ai placé l'articulation dans un étau dont je serrais les mâchoires de manière à luxer la rotule; je n'ai jamais rien obtenu tant que je n'avais pas d'abord divisé les deux côtés de la capsule. Il est probable même que c'est cette laxité de l'os sur le cadavre qui le rend si rebelle aux luxations. Les chocs les plus violens le font jouer de côté et d'autre, mais n'entament pas ses ligamens; on ne rompt d'ailleurs que ce qui résiste; et enfin l'étude réfléchie des faits montre que les muscles sont en contraction au moment du déplacement.

Ces expériences sur le cadavre démontrent en outre un fait qui, d'ailleurs, souffre à peine quelque exception dans l'histoire des luxations accidentelles; c'est que les deux côtés de la capsule ainsi que le ligament fémoro-rotulien doivent être largement déchirés; la déchirure doit même remonter assez haut sur les aponévroses de terminaison du triceps.

Les signes de cette luxation sont faciles à résumer en peu de mots; la rotule est placée presque de champ, appliquée contre la face externe du condyle externe, sa face antérieure regardant en dehors, son bord interne soulevant la peau en avant; l'axe de l'os n'est pas cependant parallèle à celui du fémur, mais il est un peu oblique, de manière que la base est un peu retenue en avant et que la pointe est inclinée en bas et

---

Feuilleton.

COURS DE PHRÉNOLOGIE PAR M. BROUSSAIS.

Scripta manent.

Les leçons de phrénologie de M. Broussais que nous n'avions pas eu le bonheur d'entendre intégralement, sont maintenant publiées *in extenso*. Le public est donc appelé à jouir de ce precieux enseignement. L'ouvrage se vend, dit-on, très-bien, et ce résultat ne nous étonne point. Pour qu'un livre ait un succès de vogue, il faut qu'il soit ou très-bon ou très-mauvais. Or, celui de M. Broussais n'est certainement pas médiocre; c'est même la plus originale et la plus surprenante de toutes les productions de l'auteur. C'est un événement imprévu dans la carrière de l'ecrivain et dans la littérature médicale. Après ce dernier effort, nous ne pensons pas que M. Broussais puisse ajouter desormais à sa gloire, car on ne peut aller au delà. Il a passe les bornes du possible, et si quelque chose a le droit de nous surprendre, c'est que l'intelligent auditoire qui lui a décerné une medaille d'honneur, ait si indiguement proportionne la récompense au mérite; il fallait ici une statue, et de la plus grande dimension.

Nous n'analyserons pas ces leçons; ce travail dépasserait trop et la portée de notre faible intelligence et surtout notre patience. La philosophie de M. Broussais est quelque chose de si prodigieusement excentrique, la langue dont il se sert est d'une originalité si inouie, que nous craindrions de faire tort à ses idées en cherchant à les comprendre, à les expliquer et à les traduire en langue vulgaire. Cette pretention serait d'ailleurs fort impertinente. M. Broussais a certainement le droit de parler comme il veut ou comme il peut; c'est à prendre ou à laisser.

Nous ne les refuterons pas non plus; car, hâtons-nous de le dire, la phrénologie de M. Broussais est irrefutable. La phrénologie de Gall et de Spurzheim etait refutable, celle de M. G. Combe l'est moins, celle de MM. Vimont et Fossati moins encore, celle de M. Broussais ne l'est plus du tout. Et voilà, à notre avis, le plus grand service qu'il pût rendre à cette belle science; il l'a placé hors de la discussion, hors des atteintes de la critique et du raisonnement. Arrangée de cette façon, la phrenologie n'a plus à craindre d'opposition sérieuse et scientifique; elle échappe à tout examen, et le ridicule même s'avoue vaincu. C'est là un beau résultat!

Le but de cet article n'est donc ni de faire connaitre, ni de réfuter la phrénologie de M. Broussais, parce que, nous le répétons, nous nous reconnaissons in-

en arrière. Les muscles rotuliens tendus, particulièrement le vaste interne, forment sous la peau une saillie oblique en bas et en dehors; le ligament rotulien en forme une autre en sens contraire, c'est-à-dire oblique en bas et en dedans. Enfin la jambe est plus ou moins fléchie, jamais cependant plus loin que la demi-flexion.

Ce dernier signe est le seul qui ne se conçoive pas bien de prime-abord. J'ai déjà dit que Boyer, sans doute jugeant par analogie et d'après ce qui a lieu dans la luxation incomplète, croyait que la jambe devait être dans l'extension. Avant d'avoir examiné anatomiquement les parties, j'avais pensé au contraire que le changement si complet de direction des muscles les rendait un peu fléchisseurs, ou que du moins cette flexion légère diminuait le tiraillement qu'ils doivent éprouver dans l'extension; et cette idée semble avoir été adoptée par Béclard et M. Blandin, comme nous le verrons plus bas. Mais il est certain, au contraire, que l'extension de la jambe relâche ces muscles, et que la flexion les tend davantage; si du sommet du condyle externe on fait descendre un ruban jusqu'à l'attache tibiale du ligament rotulien, la longueur de ce ruban sera bien moindre dans l'extension que dans la flexion de la jambe. Et cela est au reste facile à concevoir, car la tubérosité du tibia s'éloigne directement du fémur dans la flexion; et la rotule luxée demeure toujours accolée au fémur et bien plus près de la partie antérieure de cet os que de la postérieure. En supposant la rotule libre de jouer dans sa position nouvelle, les muscles qui s'y insèrent tendraient à imprimer au tibia un triple mouvement de rotation en dehors, d'abduction et d'extension. Les deux premiers étant presque impossibles à moins d'une assez forte flexion de la jambe, c'est le dernier seul qui doit persister.

Mais comment alors expliquer la flexion qui va quelquefois assez loin? C'est en vain que M. Chrétien l'attribue à la production de la luxation avant que la jambe soit étendue; car une fois la rotule luxée, comme l'extension est la position où réellement les muscles sont le plus relâchés, il faut donc qu'un obstacle quelconque les empêche de la prendre. La seule explication plausible me paraît celle-ci: la nouvelle direction des muscles est très défavorable à l'extension complète, qui, même à l'état normal, ne s'obtient, comme on sait, qu'à l'aide d'un effort assez soutenu; ils sont donc plus facilement vaincus par l'antagonisme des muscles fléchisseurs, toujours supérieurs dans l'état de repos; c'est cet antagonisme, favorisé encore par le poids du membre, qui détermine un degré de flexion plus ou moins étendu; et la flexion sera d'autant plus étendue, si la luxation a eu lieu l'individu étant debout, que la douleur l'empêchera de se soutenir et que dans sa chute le poids du corps tendra à fléchir le membre. Nous verrons tout à l'heure que dans les anciennes luxations de la rotule, le mouvement d'extension est le plus difficile; j'inclinerais même à penser qu'il n'est jamais parfait; mais c'est un point sur lequel les auteurs n'ont pas fixé leur attention. Cela n'empêche pas qu'un effort étranger ne puisse très-bien ramener la jambe à l'extension complète et même soulager ainsi le malade; c'est ainsi que dans la luxation humérale sous-coracoïdienne, on peut facilement relever le bras jusqu'au degré où tous les muscles sont relâchés, bien que le malade soit incapable d'un tel effort par lui-même.

Je possède cependant une observation qui semble se soustraire à la règle générale de la flexion de la jambe; j'en dois la communication à l'amitié de M. Pigné qui l'a trouvée dans les papiers de Dupuytren.

LUXATION DE LA ROTULE DROITE EN DEHORS AVEC EXTENSION DE LA JAMBE (1).

OBS. III.—Dozein, Pauline, âgée de 27 ans, se disposait à traverser le ruisseau de la rue de la Juiverie, quand elle se trouva gagnée de vitesse par une voiture qu'elle ne croyait pas si près d'elle; pour ne pas être renversée par les chevaux, elle fit brusquement un saut en arrière et de côté; pendant la contraction très-énergique des muscles extenseurs de la jambe, et à la faveur d'une dépression anormale qui existait à la partie supérieure de la poulie articulaire qu'offre l'extrémité inférieure du fémur, la rotule abandonna ses rapports naturels avec cette poulie; elle se porta en-dehors du condyle externe qui était le siége de la dépression. La malade éprouva une douleur très vive dans le genou; elle tomba et resta quelque temps évanouie.

A cause du voisinage, on vint chercher à l'Hôtel-Dieu l'interne de garde; il trouva le genou déformé, la jambe était dans l'extension et ne pouvait être ramenée à la flexion sur la cuisse. Dans toute l'étendue du lieu ordinairement occupé par la rotule, il existait un enfoncement considérable qui permettait de sentir toute la poulie articulaire du fémur; le bord interne de cette poulie était très-sensible sous les tégumens. Sur son bord externe on voyait une saillie très-prononcée, due à la situation anormale de la rotule. Le bord interne de cet os était tourné en devant, sa face externe ou antérieure était inclinée en dehors; sa face postérieure l'était au contraire en dedans, elle était appliquée contre la face externe de la tubérosité externe du fémur. Le tendon du muscle droit antérieur de la cuisse et le ligament inférieur de la rotule étaient fortement tendus et déviés en-dehors; la malade ne pouvait pas marcher.

Ces divers symptômes ne permettaient point de méconnaître la nature de l'affection. Il était indiqué de réduire; on le fit sans difficulté. On mit les muscles extenseurs de la jambe dans le relâchement en élevant fortement le talon pendant que la malade était couchée sur le dos; on embrassa la partie externe du genou en appliquant une main au-dessus et l'autre au-dessous de la rotule; puis avec les deux pouces on repoussa le bord externe de l'os, d'abord d'arrière en avant, puis de dehors en-dedans; dès que la rotule fut replacée, la douleur cessa et le membre recouvra la liberté de ses mouvemens.

Il n'eût pas été prudent de laisser marcher la malade, elle n'aurait pu le faire sans éprouver une vive douleur et sans s'exposer à la récidive: on la conduisit sur-le-champ à l'Hôtel-Dieu; on plaça son membre sur un oreiller, de manière que la jambe fût dans une flexion modérée sur la cuisse; on couvrit l'articulation de résolutifs. La malade avait ses règles, on ne pratiqua pas de saignée du bras; l'écoulement des menstrues se fit avec la régularité accoutumée. Entrée le 27 juin, Dozein put quitter l'hôpital le 9 juillet. Douze jours de repos secondé par les applications résolutives ont suffi pour procurer la guérison complète.

Comment expliquer ce phénomène de l'extension de la jambe lorsque tous les autres symptômes sont conformes à ceux des faits précédens? Dira-t-on que la dépression anormale du condyle externe y a été pour quelque chose; ou bien peut être l'interne appelé près de la malade, frappé surtout de la difficulté de la flexion, aura-t-il pris un état voisin de l'extension pour l'extension complète? Questions que je ne peux résoudre, et que je me contente de soulever. C'est là ce qui arrive lorsqu'il faut mettre en œuvre des matériaux recueillis par d'autres; souvent une circonstance notée indifféremment et qui contrarie tous les faits connus, laisse douter s'il n'y a pas eu inexactitude de la part de l'observateur, qui n'en soupçonnait pas l'importance. Ainsi jusqu'à présent tous les faits qui ont passé sous nos yeux montrent la douleur si vive lors de cette luxation, que les blessés étaient hors d'état de se servir de leur membre. Je citerai cependant plus bas un fait qui m'a été communiqué par Dupuytren, et dans lequel il semble que le blessé, qui était un enfant, a pu marcher immédiatement après l'accident et avant toute réduction; il faut se hâter d'ajouter que cette circonstance extraordinaire n'avait pour preuve que les souvenirs du malade.

(1) Recueillie par M. Ferey-Demay.

---

capables de cette double tâche. Nous nous contenterons de mettre en lumière et de faire ressortir dans tout leur éclat quelques-unes des étonnantes découvertes philosophiques, historiques, physiologiques et anatomiques dont ce livre abonde: il n'y a que l'embarras du choix.

Page 7. « Les fonctions cérébrales seront considérées par nous comme le » sont dans cette enceinte toutes autres actions organiques. Nous n'abandonne» rons pas aux métaphysiciens une partie de notre domaine, comme on l'a fait » à tort jusqu'à la naissance de la phrénologie. Vous ne serez donc pas environ» nés des nuages qui couvrent le champ de la psychologie, où tout est vague; » nous n'aurons à nous occuper que de faits dont toute personne convenablement » organisée pourra constater l'authenticité. »

Nous remarquons dans ce passage trois assertions susceptibles de controverse, si on voulait controverser. D'abord M. Broussais ne parviendra jamais, quoiqu'il prétende le faire depuis vingt ans, à assimiler les faits moraux aux autres faits organiques. Il les appellera *physiologiques* tant qu'il voudra, cette dénomination ne change rien à leur nature. Tant qu'il n'aura pas prouvé qu'une pensée, un sentiment, une volition, une perception, ont longueur, largeur et profondeur, il restera évident que ces sortes de phénomènes ne tombent sous aucun de nos cinq sens, et qu'ils échappent à l'observation sensible. Cela a été su de tout temps, n'a jamais été nié par personne excepté par M. Broussais. Gall et Spurzheim n'ont jamais élevé aucun doute sur ce point. Il ne s'agit point de la cause, mais du caractère, de la nature de ces phénomènes en tant qu'ils parviennent à notre connaissance; et c'est ce caractère distinctif, spécifique, indélébile, consacré par toutes les langues, qui les a fait placer de tout temps dans une autre catégorie que les faits organiques proprement dits; c'est pour cela encore que la science de ces faits constitue une science à part qu'on appellera métaphysique, si l'on veut se servir avec M. Broussais d'un terme impropre, mais qui ne pourrait s'appeler physiologie que par un abus de mots et par une confusion de langage inadmissible, parce qu'elle consacrerait une confusion d'objets évidemment distincts. M. Broussais donc ne réussira pas à enlever aux métaphysiciens ce domaine contesté; et, qu'il le sache ou non, il ne peut y descendre lui-même qu'en qualité de métaphysicien ou de psychologiste; et dans tout ce qu'il a écrit et dit sur ces matières dans ses ouvrages et dans sa chaire, il n'a fait et pu faire que de la métaphysique. Il est vrai qu'il en a fait, comme M. Jourdain faisait de la prose, sans le savoir; et on s'en est bien aperçu; mais nous constatons seulement le fait.

Quant à cette promesse qu'il fait ensuite à ses chers élèves de les débarrasser des nuages qui couvrent le champ de la psychologie, où tout est vague, dit-il, pour les faire jouir sans doute de la pure lumière de la physiologie, nous attendons pour y croire que M. Broussais, ou tout autre génie privilégié ait démontré la fausseté de la réflexion suivante de M. Magendie qui est compétent: « La phy» siologie, dit-il, est justement dans ce moment au point où en étaient les scien» ces physiques avant Newton... » Et, ailleurs: « On dirait le cadre d'une reli» gion bizarrement rempli par des termes scientifiques. » M. Broussais ne dirait pas mieux de la psychologie et de la métaphysique. En fait de nuages, la physiologie peut donc rivaliser avec quelque science que ce soit, et y recourir pour sortir du vague, c'est aller de Carybde à Scylla.

Enfin nous remarquerons soigneusement ces mots: « *Toute personne conve» nablement organisée*, etc. » Cela paraît niais au premier abord, et si après notre explication on en juge de même, nous ne nous y opposerons pas; néanmoins il convient d'expliquer cette sentence mystérieuse. Pour être *convenable-*

Le diagnostic est si simple, et tellement à l'abri de causes d'erreur, qu'il n'est pas besoin de s'y arrêter.

La méthode de réduction est parfaitement connue depuis Valentin ; quant à celles qu'on a conseillées avant lui, elles conviendraient si peu à la luxation complète, qu'il est plus naturel de croire que les chirurgiens qui les ont proposées n'avaient rencontré que des luxations incomplètes ; et c'est à cet article que nous nous réservons de les exposer.

Le grand principe en fait de luxations est de relâcher les muscles autant que possible, en d'autres termes, de rapprocher les points osseux qui leur servent d'attache, afin d'exercer l'extension au moins de frais possible. Pour relâcher les diverses portions du triceps, il suffit d'étendre fortement la jambe ; pour relâcher le droit antérieur, il faut en même temps fléchir la cuisse sur le bassin. On saisit donc la jambe vers les malléoles ou sous le talon, on la soulève d'une main tandis que de l'autre on presse sur le genou pour assurer d'abord l'extension ; puis on soulève le membre tout entier de manière à le fléchir sur le tronc le plus possible ; et on repousse alors directement la rotule d'arrière en avant, puis de dehors en dedans. La manœuvre est fort simplifiée, si l'opérateur met le pied du malade sur son épaule, et le soulève ainsi par degrés jusqu'à la flexion nécessaire, attendu qu'il a alors les deux mains libres pour agir sur le genou et la rotule.

Voici la belle observation rapportée par Valentin, dans laquelle cette méthode fut pour la première fois mise en usage.

Obs. IV. — M. le comte D...., passant à cheval dans la rue Montmartre, fut heurté au genou droit avec force par un cavalier qui venait en sens contraire ; il ressentit dans l'instant la plus vive douleur, et s'écria qu'il était blessé. L'on vint à son secours. Après l'avoir descendu de cheval, on le transporta dans l'arrière-boutique d'un marchand ; il y fut placé sur un matelas. On appela à son secours M. Bout... (Bottentuit, selon M. Richerand), l'un de nos confrères. Ce chirurgien trouva une luxation complète de la rotule ; il plaça l'extrémité inférieure dans le plan horizontal ; il fit ramener les muscles extenseurs vers leur attache inférieure ; il eut recours aux extensions ainsi que le prescrit Platner ; il employa tous les moyens recommandés pour faire cette réduction. Malgré tous ses efforts, la rotule restait toujours serrée contre le condyle externe, sans qu'il pût la faire vaciller. Il tenta aussi de placer le blessé sur le pied ; mais les douleurs étaient si vives qu'il ne put supporter cette attitude. Pendant que M. Bout... faisait ainsi des tentatives infructueuses, l'un des gens du comte était allé chercher M. Veyret, son chirurgien ordinaire. Ce maître de l'art reconnut au premier toucher la luxation complète de la rotule. Peu confiant dans les préceptes que les auteurs nous ont laissés, connaissant d'ailleurs la solidité du principe de la situation que j'ai établi, raffermi dans ces premières idées par la multitude de tentatives vaines que venait de faire son confrère, il conçut que, pour ramener cette rotule à sa place, il fallait donner à la partie une autre situation. En conséquence il prit le talon de la main gauche, et l'élevant par gradation, il soulevait ainsi toute l'extrémité inférieure. Il avait appuyé son autre main sur la rotule ; peu à peu la jambe et la cuisse formaient avec le corps un angle moins obtus. Cette extrémité devint presque perpendiculaire, tandis que le tronc resta horizontal. En cet état l'action des vastes et du crural était absolument nulle, et leurs fibres motrices étaient dans le relâche parfait. La rotule devint alors vacillante ; en la poussant vers la partie interne, M. Veyret en fit la réduction avec la plus grande facilité. Un instant après, le blessé traversa la boutique en se soutenant assez légèrement sur ses gens ; il monta sans beaucoup de peine dans sa voiture ; les douleurs étaient déjà infiniment moindres. Une saignée, des compresses imbibées d'une liqueur légèrement résolutive, soutenues d'un seul bandage *contensif*, achevèrent cette cure. Cinq jours après, M. le comte put sortir ; il n'a pas éprouvé depuis la plus légère douleur dans le genou. »

Cette méthode, suivie depuis Valentin, a constamment réussi ; les premières observations que nous avons rapportées sont autant d'exemples de succès ; en voici un nouveau qui s'est présenté, il y a quelques années, à l'hôpital St-Barthélemy de Londres.

LUXATION DE LA ROTULE EN-DEHORS, RÉDUCTION PAR LA MÉTHODE DE VALENTIN (1).

Obs. V. — Elisabeth Williams, âgée de 20 ans, constitution toute scrophuleuse, fut apportée à l'hôpital le 28 janvier au soir avec une luxation de la rotule en dehors.

Le bas étant enlevé, le membre offrit une difformité considérable, dépendant à la fois et de la nature de l'accident, et de cette circonstance que la malade avait ce qu'on appelle familièrement le genou cagneux (knock-knee).

La première impression qu'on recevait en regardant le genou, c'était que la saillie formée par la rotule était produite par une fracture oblique du fémur dans sa partie inférieure ; mais l'os fut trouvé intact, et en examinant plus particulièrement la situation de la rotule, on trouva que celle-ci manquait. En réexaminant la saillie, on reconnut qu'elle était formée par la rotule, à sa forme arrondie, et parcequ'on pouvait suivre le tendon du muscle droit à son insertion au bord supérieur de la saillie. La torsion de ce tendon et la forme de la saillie firent conclure que l'os n'était pas simplement luxé en-dehors, mais qu'il était aussi tourné sur lui-même, son bord externe appuyant sur le condyle externe du fémur, et sa face postérieure regardant en avant ou plutôt en-dedans. La rotule, qui dans l'extension du membre était complètement immobile, admettait de très-légers mouvemens quand le fémur était fortement fléchi sur le tronc.

La réduction se fit assez aisément de la manière suivante : la malade fut placée debout sur le lit. M. Vincent élevant la jambe fléchit fortement la cuisse sur le bassin, en imprimant en même temps un mouvement brusque à l'articulation. Cette mesure parut être d'une grande utilité pour la réduction ; en même temps un aide imprima à la rotule un mouvement de bascule, en plaçant ses pouces sur le condyle interne du fémur, et accrochant avec les doigts la partie la plus saillante de l'os luxé, afin de pouvoir ainsi user d'une plus grande force.

Cette observation confirme bien pleinement ce que nous avons dit de la tension différente des muscles selon la flexion ou l'extension de la jambe sur la cuisse et la flexion de la cuisse sur le bassin. La flexion de la cuisse avec extension de la jambe relâche les muscles rotuliens autant que possible, et donne l'explication de l'efficacité de la méthode de réduction.

Le rédacteur de cette observation déclare qu'il n'en connaît pas d'analogue, et il pense qu'un semblable accident ne peut avoir lieu que chez des sujets cagneux, ou chez lesquels, selon une présomption de M. Sanson, il y aurait absence du bord externe de la poulie articulaire du fémur. Les faits que nous avons rapportés réfutent suffisamment cette théorie ; mais il n'est pas inutile de faire remarquer combien les théories, les idées préconçues avaient pris de place dans l'histoire des luxations rotuliennes, et combien ces lésions avaient besoin d'être plus exactement étudiées. A. Cooper, ainsi qu'il a déjà été dit, est extrêmement obscur sur ce point ; le peu d'observations qu'il cite en courant ne suppléent point au vague de la description générale ; on peut cependant supposer qu'il s'agit d'une luxation complète en dehors, dans le fait qu'il rapporte d'après le docteur George Young.

Il s'agit d'une femme qui, dans une chute qu'elle fit en marchant, se luxa la rotule en dehors ; cet os avait été porté sur le condyle externe du fémur, où il était resté. Une pression long-temps continuée sur le bord de la rotule étant demeurée sans résultat, M. Young réussit de cette manière ; il plaça le talon de la malade sur son épaule, détermina ainsi l'extension la plus complète de la jambe et la fixité du

(1) Gaz. Med. Lond. 9 février 1833.

---

ment organisé, selon M. Broussais, il ne suffit pas d'être doué de ses cinq sens de nature, d'être arrivé à l'âge de raison et de jouir de toutes ses facultés mentales. On ne concevrait pas qu'un si habile homme eût jugé nécessaire de réclamer expressément de ceux qui étudient la phrénologie des conditions aussi indispensables, et qui sont tacitement supposées dans les moindres affaires de la vie. Quel philosophe a jamais songé à dire à ses auditeurs : Messieurs, je vais vous faire voir des faits à condition que vous ne serez ni aveugles, ni fous. Voici le nœud. *Convenablement organisé*, veut dire *phrénologiquement* organisé ; en d'autres termes, il faut pour entendre et saisir les vérités phrénologiques avoir un front convenablement disposé à cet effet. Sans cette condition la parole tombe en vain dans les oreilles, comme le grain sur une terre ingrate, ou comme les *margaritæ ante porcos*. Il y a quelques années, M. Broussais s'étant enfin aperçu que sa médecine était complètement abandonnée, et ne pouvant raisonnablement attribuer ce phénomène à aucune cause connue, ne put, après un mûr examen, en trouver l'explication que dans un défaut congénial de l'organisation cérébrale de la génération actuelle. Il donna cette solution aux sept derniers abonnés des *Annales*, qui en furent très-satisfaits, et qui nous fit, à nous en particulier, beaucoup de plaisir ; ce fut même cette belle observation qui lui donna du goût pour la phrénologie. Ce goût se changea bientôt en passion. Il étendit bientôt cette formule à d'autres faits contemporains. Il s'assura, par exemple, que MM. Louis, Gendrin, Andral, Rochoux, Rostan, Dance, Calmeil, Ollivier (d'Angers), et autres anatomo-pathologistes vivans, étaient visiblement atteints de dérangement cérébral. (*Examen des doctrines*, etc., 3[e] éd., 4[e] vol.) Il n'en excepta qu'un seul de ce fâcheux diagnostic, attendu, dit-il, *qu'il n'avait pas palpé sa tête*. (Pag. 6?7.) Déjà il avait appliqué un critérium analogue aux psychologistes. Il déclarait dans *L'irritation et la folie* que MM. Cousin, Maine-de-Biran, Royer-Collard, Jouffroy, Damiron, et les philosophes en général étaient probablement porteurs d'une cérébrite chronique. Mais, à cette époque, il ne croyait pas encore à la phrénologie : il n'expliquait les idées délirantes de ces messieurs que par une surirritation cérébrale qui donnait des craintes sérieuses sur la santé de leur appareil splanchnique ; fort heureusement cette maladie n'a eu, jusqu'ici, de suites funestes pour aucun d'eux. Aujourd'hui, l'opposition suscitée à la phrénologie ne l'étonne pas moins que celle sous laquelle a succombé le physiologisme, et il a trouvé une troisième classe d'aliénés ou d'idiots, dont nous faisons très-certainement partie. Tout homme qui n'adopte pas la phrénologie a le cerveau mal fait. Cet axiôme paraît si bien établi, qu'on vient de l'appliquer tout récemment en Angleterre à un de nos confrères et amis, très-connu par de nombreux et très-beaux travaux de physiologie et de médecine, et en qui, jusqu'à présent, on n'avait découvert aucune trace de dérangement intellectuel ; il passait, au contraire, pour observateur habile et logicien exact ; par malheur en étudiant l'anatomie comparée du cerveau, il s'est aperçu que les déterminations phrénologiques n'avaient pas le plus léger fondement, et il a eu l'imprudence de le dire au public. Les phrénologues anglais, après avoir examiné son portrait, ont conclu, d'après l'inspection de la ligne frontale, que cet homme ne pouvait pas croire à la phrénologie, par suite d'un vice congénial. Nous le croyons en effet incurable. Quoi qu'il en soit, voilà l'explication de ce : *convenablement organisé*. Ce moyen est fort ingénieux, mais nous nous permettrons de dire qu'il est fondé sur un paralogisme, car il suppose démontré ce qui est en question, savoir :

genou ; et saisissant la rotule avec les doigts de la main droite, il pressa le bord externe de l'os avec la base du pouce gauche, et lui fit reprendre sa place ordinaire.

Il est vraiment pénible de voir combien les idées les plus saines éprouvent de difficultés à se répandre et à se faire adopter. On voit que la méthode de Valentin était complétement ignorée du chirurgien anglais, et que, s'il ne l'eût pas devinée sur-le-champ, le moindre risque que courait sa malade était de demeurer estropiée. Valentin lui-même avait signalé dans une observation célèbre les difficultés de la réduction par la simple compression de la rotule.

LUXATION DE LA ROTULE; RÉDUCTION IMPOSSIBLE PAR DE MAUVAISES MÉTHODES.

OBS. VI. — Un malade fut conduit, dit-il, il y a quelques années, dans l'un des plus considerables hôpitaux de l Europe; j'ignore quelle avait ete la cause de l'accident. Il avait une luxation complète de la rotule; cet os etait place comme de champ sur le condyle externe du femur. Les principaux élèves en chirurgie de cette maison, parmi lesquels il en etait d'instruits, reconnurent aisement la maladie; ils cherchèrent dans le premier instant à y remedier; ils ne negligèrent point les differens moyens recommandes ; ils se conformerent aux preceptes reçus; mais tous leurs efforts devinrent inutiles. Le chirurgien en chef, qui a mérite la confiance du public par un long exercice de son art, et qui peut à juste titre être place au rang des premiers praticiens tenta à son tour de faire cette reduction. Ses premiers soins paraissaient negligés; il croyait sans doute avec Heister qu'il ne pourrait point rencontrer de difficultés dans une operation aussi simple Le defaut de succès le desabusa Il eut recours aux differentes attitudes : le malade fut placé sur le pied de la partie luxee; il fut situe horizontalement ; on fit des extensions; on essaya de ramener, suivant l idee de M. Petit, les muscles extenseurs de la jambe vers leur insertion. Malgré tous ces soins, la rotule resta immobile sous la main du praticien etonne ; on essaya de quelques machines; tous ces efforts furent vains; et il apprit encore une fois qu'il etait sage de se defier des préceptes lorsqu'on n'a pas encore ete dans le cas d'en reconnaitre la solidité dans la pratique. Les difficultés parurent enfin si insurmontables dans cette occasion, que l'on crut qu'il ne restait que la cruelle alternative ou d'abandonner le malade à son état, ou d'ouvrir la capsule articulaire afin de passer un elevatoire entre le femur et la rotule Ce dernier parti fut celui que l'on choisit pour faire cette réduction. Je ne ferai point ici le tableau des accidens auxquels cette operation donna naissance; les gens de l'art devineront aisément quelles en furent les suites; j'aurais même desiré pouvoir me dispenser de rappeler ce fait; mais il devenait essentiel pour justifier ce que j'ai avance; je n'aurais pas pu le dissimuler sans trahir les interêts de l'art.

Boyer regrettait que pour l'instruction de la postérité, Valentin n'eût pas conservé l'histoire de ces accidens formidables. J'ai trouvé dans une thèse soutenue aux écoles de chirurgie en 1761, quelques détails de plus sur cette luxation. L'individu était tombe en marchant sur la face interne du genou. Il fut amene à Moreau, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu, qui voyait cette luxation pour la première fois. La réduction ne put être faite même au moyen de l'élévatoire; et on peut conjecturer d'après une note très-circonspecte de cette thèse, que la gangrène survint. Nous aurons du reste occasion de citer ailleurs des cas analogues; les accidens graves paraissent plutôt dûs au défaut de réduction qu'à la plaie même, comme nous le verrons; et nous pouvons déjà citer ici un fait unique dans la science d'une luxation complète de la rotule compliquée de plaie de l'articulation, heureusement réduite et menée à guérison par notre honorable confrère, M. Chopin, médecin à Neubourg, qui a bien voulu nous en communiquer l'histoire.

LUXATION COMPLIQUÉE DE LA ROTULE; RÉDUCTION; GUÉRISON.

OBS VII. — Au mois de septembre 1827, je fus appelé auprès d'une femme de 60 ans, demeurant dans un village voisin de Neubourg; son commissionnaire me dit qu'elle venait d'avoir la jambe broyée sous un morceau de bois.

Arrivé près de la malade, j'appris d'elle-même que regardant travailler des charpentiers, elle fut effrayée de la chute d'une grosse poutre · elle chercha à l'éviter par la fuite, mais en reculant elle rencontra un obstacle qui la fit tomber; la poutre alors l'atteignit au genou gauche et lui occasionna une violente douleur; elle voulut se relever seule, ses efforts furent inutiles la jambe blessee, étendue au moment de la chute de la pièce de bois, flechit sous la malade quand elle essaya de se mettre sur les pieds.

Voici dans quel état étaient les choses : la malade, couchée sur son lit, reposait sur ce côté et sur la jambe à demi flechie; la rotule n'était plus à sa place, on y sentait au contraire un enfoncement, et en appuyant avec les doigts, on arrivait à la poulie du femur. Vers la partie inferieure du genou existait une plaie presque verticale, largement ouverte, qui permettait de voir qu'une portion du ligament inférieur de la rotule avait été dechiree ou violemment séparée de son attache; le doigt introduit par cette plaie rencontrait directement en arrière la poulie articulaire, et en debors la face interne de la rotule dont le tiers à peu près dépassait le niveau de la tubérosité externe du femur contre laquelle les deux autres tiers etaient appliqués; la saillie que faisait sous les tégumens l'os déplacé était très-considerable. On pouvait le circonscrire facilement avec les doigts, et reconnaitre à travers la peau fortement distendue que la face anterieure était devenue externe, que le bord interne alors anterieur faisait une saillie de plus d'un pouce, que le bord externe était postérieur; les deux bords n'etaient pas parallèles à l'axe du membre, l'os avait fait un mouvement de rotation, de telle sorte qu'il etait incliné légèrement d'arrière en avant et de haut en bas : ce mouvement avait ete sans doute favorisé par la rupture d'une partie du tendon.

Il y avait impossibilite de flechir la jambe davantage ou de l'etendre sans occasionner de vives douleurs

Pour obtenir la réduction, je m'y pris de la manière suivante : avec mes deux mains placées l'une sous le jarret et l'autre sous le mollet, j'élevai ce membre, puis je le confiai à deux aides, dont l'un etait chargé de maintenir la cuisse dans la demi-flexion sur le bassin; l'autre saisit la jambe au-dessus des malléoles sur laquelle il tira avec précaution pour l'etendre lentement. Pendant ce temps là j'étais placé en-dehors de la malade, mes mains appliquees, la droite sur l'extremité inferieure de la cuisse, la gauche sur la partie superieure du tibia, sur lesquelles elles prenaient un point d'appui, tandis que mes deux pouces, appuyant fortement sur le bord externe de la rotule devenu posterieur, tendaient à le pousser en devant d'abord, puis en dedans; l'os deplace suivit plus facilement que je ne le pensais le mouvement que je lui imprimais; au moment où il fut assez élevé pour pouvoir glisser sur le bord externe de sa poulie, je fis redresser la jambe tout-à-fait; j'appuyai sur la face anterieure de l os qui bascula et ne tarda pas à reprendre sa place naturelle. Nous en fûmes assurés par un petit bruit qu'il fit entendre, par la bonne conformation du genou et la liberte des mouvemens du membre.

Lorsque les parties furent reduites, je vis que la plaie dont j'ai parlé plus haut s'étendait depuis la partie moyenne de la rotule jusqu'à la partie inférieure du tendon, elle correspondait exactement à son bord interne qu'on sentait à nu.

Un gonflement énorme du genou, des ecchymoses très-étendues à la partie externe du membre ne tardèrent pas à se montrer.

Une saignee du bras, des bandelettes agglutinatives pour rapprocher les bords de la plaie, des fomentations emollientes puis ensuite resolutives, le bandage de Scultet, la diète, le repos au lit, amenèrent la guerison en une vingtaine de jours. Pendant plusieurs mois la malade a conservé de la douleur et de la raideur dans ce genou, qui etait reste plus gros que l'autre; elle ne pouvait se mettre à genoux, l'articulation malade ne flechissant qu'imparfaitement.

Je n'insisterai point sur les détails de cette belle observation, qui confirment, quant à la symptomatologie, ce que nous avons etabli dans la description générale. Mais ce qui est important à noter, c'est que malgré ce succes si rapide, et j'ajoute même à cause de sa rapidité, la malade n'a pas recouvré la première solidité de l'articulation. A ma prière, M. Chopin a bien voulu prendre des informations ultérieures.

---

la signification physiognomonique du front. Nous connaissons beaucoup de phrénologistes si mal pourvus de ce côte, malgre les ressources du rasoir, que nous ne savons trop ce qu'il en faut conclure pour ou contre leur science.

Nous serons plus courts dans nos observations ulterieures.

C'est dans l histoire des opinions philosophiques, que M. Broussais a dit les choses les plus curieuses et les plus inattendues. Nous ne tirerons aujourd'hui nos citations que de cette source.

Page 10 « Les philosophes de la Grèce, qui probablement avaient reçu des » communications de l'Orient, portèrent plus loin leurs vues; ils voulurent faire » la part du cerveau et des sens; les idees furent considerees comme four- » nies par les sens, et on admit une operation du cerveau sur les idees. » Ces philosophes de la Grece avant Platon et Aristote, qui ont ainsi fait la part des sens et du cerveau, ne sont connus que de M. Broussais Admirons toutefois cette parenthese erudite : *qui probablement avaient reçu des communications de l'Orient* !!

Page 10. « Platon vint et dit : les idées sont tout, elles forment l'univers en- » tier; elles proviennent de Dieu; elles sont placees par lui, et elles sont le modele » de l'ensemble de la creation. » Platon vint en effet, mais il ne dit pas un mot de cela; il ne dit pas que les idées sont tout, ni qu'elles forment l'univers, ni qu'elles proviennent de Dieu; etc. D'ailleurs, M. Broussais en parlant des *idées* platoniciennes, ici et ailleurs, fait voir de reste que la metaphysique n'est pas son fait. Les metaphysiciens pourraient lui dire qu'il n est pas *convenablement organisé* pour ces matières. On ne peut guère l excuser de ce defaut qu'en disant qu il ne les a jamais etudiees. Mais alors pourquoi en parler *ex professo?* la raison en est simple. « Ce sujet (page 12) ne doit pas être dedaigné par les médecins Rien ne » doit leur être etranger, puisque tout est relatif à l'homme, puisque dans la so- » ciete ils sont interroges sur tout, et qu'on en refère à leur jugement dans un grand » nombre de questions en litige. » Nous ne pensons pas que nos confrères veuillent accepter cette omni-competence. Ce n'est pas la première fois que M. Broussais reclame pour la medecine ce caractère encyclopedique. Il n'est pas vrai que les médecins doivent tout savoir, et notamment l'histoire de la philosophie grecque; et, dans tous les cas, ceux qui se mêlent de la leur enseigner, doivent commencer eux-mêmes par l'apprendre. « D ailleurs, ajoute-t-il, ce sujet (les *idées* de Platon) se » rattache à la philosophie, principalement à la logique. » Ce devrait être là pour M. Broussais un motif de ne pas en parler, puisqu'il a déclaré autrefois dans sa *physiologie* qu'il ne laissait aux metaphysiciens que la logique, gardant pour lui tout le reste des sciences morales et philosophiques. Aujourd'hui, M. Broussais veut reprendre cette logique qu il avait genereusement abandonnée à la métaphysique, et dont veritablement il n'a jamais fait usage jusqu ici De tous les emprunts qu'il pourrait faire à la philosophie, celui-ci ne lui serait pas le moins utile. Quoi qu'il en soit, c'est là une contradiction. « Enfin, dit-il, je suis obligé de suppleer » ici à un cours de philosophie fondé sur la phrenologie, qui ne peut encore exis- » ter parce qu'on n'en comprend pas toute l'importance, mais qui probablement » existera plus tard. » Nous ne voyons pas en quoi et pourquoi M. Broussais est oblige de faire un cours de philosophie; personne n'est assez exigeant pour lui imposer une telle obligation, il pourrait fort bien s'en dispenser. Quant à ce cours de philosophie-phrenologique qu'il nous montre dans le lointain, c'est une hypothèse aussi absurde, s'il est possible, que la phrénologie elle-même.

« Le mot idée (page 15) signifie litteralement, en grec, image. Les idées pui- » sent leur origine dans l'observation. L'homme, après avoir vu un objet et

Il se rendit donc dans le village où elle demeurait, et il m'écrivait en date du 21 juin 1835 : « La première personne à qui j'en parlai me dit qu'elle était morte depuis trois ans, et qu'elle n'avait pas cessé de boiter ; qu'elle était même obligée de s'appuyer sur un bâton quand elle marchait. »

Ainsi cinq années n'avaient pas suffi à rétablir l'articulation dans son état normal. A quoi peut tenir un semblable résultat, qui paraît fort en contradiction avec la plupart des observations déjà rapportées? C'est qu'ici l'observation est complète, et que les autres ne le sont pas.

Dans tous ces cas, on voit qu'après la réduction faite, le chirurgien regarde sa besogne comme achevée ; on ne dit rien des suites de la réduction, rien sur l'état ultérieur de l'articulation. A. Cooper, qui admet la déchirure des ligamens, qui dit avoir une fois trouvé la partie interne de la capsule déchirée, et une grande quantité de synovie dans l'articulation, se borne cependant à recommander, après la réduction, des lotions évaporantes et un bandage appliqué durant deux ou trois jours.

Je me suis déjà élevé contre cette conduite, qui paraît généralement adoptée par les chirurgiens, et de laquelle il résulte d'assez fréquens inconvéniens. C'est un mélange de timidité et de hardiesse qu'il serait fort difficile d'expliquer. Je me souviens qu'après avoir réduit plusieurs luxations de l'humérus, des chirurgiens même fort célèbres s'effrayaient de l'étendue des mouvemens que j'imprimais à l'articulation, pour montrer que la réduction était complète et satisfaire le malade. Sans doute il ne faut pas forcer ces mouvemens, sous peine de voir la luxation se reproduire ; mais peut être y a-t-il une timidité peu raisonnée à n'oser tenter tout au plus que de petits mouvemens dans un sens ou dans un autre. On n'est pas assez convaincu que les muscles dans l'état normal tendent à maintenir les os en contact bien plus qu'à les déplacer. Mais après tout cette réserve n'a rien de nuisible ; les mouvemens trop étendus pourraient l'être au contraire ; et je ne conseillerais pas de faire marcher un malade à qui l'on vient de réduire la rotule, ne fût-ce que pour ne point irriter l'articulation.

Mais les mêmes praticiens qui ont si peur de quelques mouvemens le premier jour les font répéter assez fréquemment, au bout de quelques jours, et surtout ils renvoient leurs malades après une semaine ou deux tout au plus. Je répéterai hautement que cela me paraît une faute grave, et d'autant plus grave que l'articulation est plus disposée à se luxer quand ses ligamens sont affaiblis. En thèse générale, toute luxation accidentelle s'accompagne d'une rupture des ligamens ; c'est cette rupture qui seule a permis aux os de se disjoindre ; c'est la cicatrice complète de cette rupture qui rassurera contre les récidives à venir. Or, comment veut-on que des tissus fibreux irrégulièrement déchirés, se réunissent en 8 ou 10 jours d'une manière solide? En supposant la réunion accomplie, comment veut-on que la cicatrice soit solide, et ne s'allonge pas sous le moindre effort? Je sais bien qu'il est difficile de soumettre les malades à un long repos, attendu qu'ils ne souffrent pas le plus souvent et qu'ils se sentent les mouvemens libres. Mais si ces raisons étaient suffisantes, ils pourraient aussi bien se servir de leur membre le jour même ou le lendemain de la réduction ; car d'ordinaire il n'y a plus de douleur. Mais le chirurgien qui doit voir, pour son malade, ce qui se passe dans l'intérieur des tissus, sait bien que la cicatrisation demande du temps pour se faire et du temps pour se consolider ; et la sage lenteur que les travaux de Dupuytren sur le cal ont fait adopter pour le traitement des fractures n'est pas moins nécessaire dans le traitement des luxations.

Pour la luxation de la rotule même, quelque superficiel que soit cet os, les récidives peuvent ne pas avoir lieu chez les sujets qui ont les condyles fémoraux plus saillans, le ligament rotulien plus court que d'autres ; mais pour peu que ces conditions manquent, la récidive menace. Nous en avons eu un exemple dans l'observation de M. Chrétien ; plusieurs années après la réduction, le sujet était obligé de s'abstenir de la danse et de l'escrime, pour ne pas s'exposer à un nouveau déplacement. Les autres accidens qui persistaient dans son articulation étaient la suite naturelle d'un traitement trop tôt interrompu, surtout alors que la luxation avait été suivie d'un léger engorgement. J'ajouterai enfin que chez certains sujets, principalement chez ceux qui ont naturellement les ligamens un peu lâches, toute luxation, surtout si elle se renouvelle, a pour effet d'allonger plus ou moins les ligamens tiraillés ; et le ligament rotulien paraît spécialement disposé à un allongement de cette nature. Si dans ce cas, après un premier déplacement on ne laisse pas le membre en repos, un temps suffisant pour réparer les désordres des parties molles articulaires, on favorise les récidives ; et enfin on arrive à ce fâcheux résultat de voir le malade affligé d'une luxation spontanée, c'est-à-dire qui se renouvelle au moindre effort, et nécessite l'application permanente d'un appareil. Nous en citerons des exemples frappans ; et peut-être ne pourrions-nous mieux placer ailleurs l'observation suivante, qui nous a été communiquée par Dupuytren. . .

LUXATION ANCIENNE ET COMPLÈTE DE LA ROTULE EN DEHORS.

Obs. VIII. — Ravier (Pierre), âgé de 14 ans, d'une bonne constitution, ayant les membres naturellement bien conformés, commissionnaire, demeurant rue Contrescarpe, n° 3, fit une chute il y a environ un an et demi, dans laquelle la partie interne de son genou droit heurta avec violence contre le pavé. Sa rotule (d'après son récit) fut complètement luxée en dehors, et se trouva dans la situation où on la voit actuellement. Il ne put se relever seul ; cependant une fois relevé à l'aide de quelques personnes, il marcha jusqu'au lieu de sa demeure, distante de près d'une demi-lieue.

Sa luxation fut réduite, et le jour même de la réduction il reprit l'usage de son membre.

Au bout de quelques mois il fit une seconde chute dans laquelle son pied glissant en dehors, le côté interne du genou vint frapper le sol. Celle-ci, quoique beaucoup moins violente que la première, suffit pour produire le même déplacement ; on y remédia de nouveau avec succès.

Depuis le premier accident, le membre abdominal droit de cet enfant était resté moins fort et moins solide que le gauche, et occasionait souvent des chutes. C'est à l'occasion d'une troisième que, il y a environ un an, il se luxa de nouveau la rotule droite. Cette fois il négligea de faire venir la personne qui avait remédié à son mal. Il s'accoutuma à marcher, la rotule étant complètement déjetée en dehors, et ce n'est qu'au bout de ce temps qu'il vint à l'Hôtel-Dieu réclamer les secours de l'art.

Voici quel était son état

Son genou droit, déformé, présentait une très-grande largeur, et un volume fort remarquable. La rotule était complètement transportée sur le côté externe de l'articulation ; sa face postérieure était appliquée sur la face externe du condyle externe du fémur ; elle avait entraîné en dehors le tendon des muscles ilio et trifémoro-rotuliens, ainsi que le gros ligament qui part de son angle inférieur. Ces parties ainsi déplacées soulevaient la peau et formaient deux cordes tendues, la supérieure obliquement de haut en bas et de dedans en dehors, l'inférieure de haut en bas et de dehors en dedans. La première aboutissait à la base de la rotule, et l'autre partait de son sommet.

» après en avoir détourné les yeux, remarqua qu'il croyait encore l'apercevoir...
» et il conclut de ces remarques qu'il avait dans son esprit des images des corps...
» Platon lui-même prétendit que ces images avaient été créées d'abord, puis que
» les corps avaient été formés d'après ces patrons. En effet, il devait avoir en
» vue des modèles semblables à ceux que font les sculpteurs sur une petite échel-
» le, avant d'entreprendre des travaux qu'ils doivent exécuter en grand.»

Autant d'erreurs que de mots ! *Idée*, dans le sens platonique et philosophique ancien, n'a jamais signifié image. Bien loin de tirer sa source du monde matériel, il était spécialement destiné à désigner les lois du monde intelligible et celles de la pensée. M. Broussais n'est pas tenu sans doute de savoir cela tant qu'il parle à un auditoire choisi devant lequel il peut prendre sans risque le *nom d'un port pour un nom d'homme*, mais devant le public, c'est différent. Il ne faut pas traiter Platon si lestement en quelques lignes ; la phrénologie n'en a pas le droit, quoiqu'elle en ait le courage. M. B.. qui paraît avoir feuilleté Reid, sur la recommandation de M. Lélut, y a vu qu'il était question, dans quelques chapitres, de la doctrine des *idées*, de Descartes, de Mallebranche, Locke, etc ; il avait entendu dire d'autre part que Platon raisonnait aussi sur les idées, et de tout cela il en a conclu que les idées innées, les idées platoniciennes, les idées-images ne faisaient qu'un, et de cet effroyable mélange de notions contradictoires, il a fabriqué une sorte de théorie grossière qu'il attribue à Platon ! !

« Les philosophes platoniciens (page 17) avaient admis trois âmes chez l'hom-
» me : la *végétative*, l'*animale* ou sensitive, et la *rationnelle*. » M. Broussais aurait dû nommer ces philosophes. Platon lui-même n'a jamais admis qu'une âme, qu'il divisait en deux parties, l'une raisonnable, qu'il plaçait dans la tête, l'autre irraisonnable, qu'il plaçait dans le cœur. Quand on écrit l'histoire, il faut citer juste.

Il ne fait pas grâce non plus à Aristote.

Page 19. « Il subordonnait tout (Aristote) à la pensée alimentée par les images
» considérées comme les *espèces réelles* représentant les corps. » Ici il attribue à Aristote l'hypothèse de l'émission des espèces sensibles, sortes d'émanations des objets qui viennent s'imprimer sur les organes des sens, hypothèse qui appartient à Démocrite et à l'école atomistique, et qu'Aristote n'a jamais adoptée.

Laissons Descartes et Locke, non moins estropiés qu'Aristote et Platon. Passons à Kant.

Page 21. « Kant, qui a été trop loué et trop blâmé, reconnut bien aussi les
» idées représentatives des attributs des corps, qui sont, selon lui, les seuls ob-
» jets de la connaissance ; mais il s'arrête principalement sur les moteurs de nos
» actions... Il ajouta qu'il y a en nous des impulsions intérieures, et il les nomma
» lois éternelles ou *virtualités*. »

M. Broussais se trompe encore ici *toto cœlo*, comme disent les latins. Jamais dans aucune chaire du monde on n'a entassé tant d'erreurs en aussi peu de mots. 1° Les *idées représentatives des attributs des corps*, sont des mots vides de sens appliqués à Kant ; 2° les corps ne sont pas les *seuls* objets de la connaissance, d'après Kant, car il était spiritualiste ; il dit seulement que nous ne pouvons rien connaître que ce qui est donné par l'expérience, et que l'expérience ne donne que des phénomènes soit corporels, soit spirituels : 3° ces prétendues impulsions intérieures, que M. Broussais assimile à ses instincts phrénologiques, sont une invention gratuite. Les *idées* de la raison pure et de la raison pratique, les *notions* et autres mots analogues de la phraséologie de Kant n'ont aucun rapport

Les condyles du fémur n'étant plus recouverts par la rotule, se trouvaient à nu sous la peau et faisaient deux saillies remarquables. La gouttière large qui les sépare formait un enfoncement sensible, surtout dans la flexion large de la jambe.

La jambe, examinée dans son plus grand état d'extension, paraissait moins droite que la gauche, et déjetée en dehors. Le condyle interne du fémur faisait en dedans une plus grande saillie que dans l'état ordinaire. Dans cette position du membre, la rotule était très-mobile, et son angle interne se trouvait au niveau et en dehors du condyle externe du fémur.

Venait-on à mettre la jambe dans sa plus grande flexion, on voyait la rotule se porter autant en dehors que possible, devenir immobile, et son angle interne ne plus être au niveau de la partie antérieure du condyle externe. Dans ce mouvement de flexion la rotule descendait un peu ; cela tenait à ce que le ligament rotulien est moins extensible que le tendon des muscles ilio et trifémoro-rotuliens (1).

C'est surtout dans cet état de flexion de la jambe et de la cuisse, que la rotule et les cordes dont nous avons parlé se dessinaient bien à travers la peau. Pendant l'extension de la jambe on pouvait ramener la rotule à sa place naturelle ; mais pour qu'elle y restât, il fallait l'y maintenir avec la main ; sans cela, de suite elle se luxait. Pendant cet état de réduction, on voyait que le tendon commun aux muscles rotuliens ne changeait point de direction : cela prouvait qu'il avait contracté des adhérences dans sa nouvelle situation.

Si, après avoir réduit la rotule, on disait au malade de fléchir sa jambe, et que pendant le mouvement de flexion on voulût l'empêcher de se luxer, il fallait les plus grands efforts de la part des deux mains exactement appliquées sur elle. Si on employait assez de force pour s'opposer à son déplacement, la flexion de la jambe ne pouvait se faire que très-incomplètement.

La marche se faisait mieux qu'on ne serait porté à le croire. Il était même difficile de penser, à la simple inspection des mouvemens, que cet enfant eût une telle maladie. En fixant la rotule, on la voyait se porter un peu en arrière au moment de la flexion de la jambe, et glisser un peu en avant sur le condyle externe du fémur pendant son extension. L'enfant avait de la difficulté à marcher sur un plan incliné, et surtout à descendre des escaliers.

Il sortit de l'Hôtel-Dieu sans qu'on eût rien tenté pour sa guérison.

J'ai déjà mentionné ce fait plus haut, à raison de cette circonstance singulière, mais fondée seulement sur le souvenir du malade, qu'il avait pu marcher immédiatement après sa luxation. Les symptômes de la luxation récente manquent; mais on voit que l'extension de la jambe n'était pas tout-à fait complète, (le dessin que j'ai sous les yeux ne laisse sur ce point aucun doute) et surtout que cette extension était bien moins assurée ; de là cette difficulté de descendre les escaliers. La même chose s'observait chez un autre sujet, dont malheureusement l'histoire, qui m'a été également communiquée par Dupuytren, se réduit aux détails suivans.

Obs. IX. — Ce malade, entré à l'Hôtel-Dieu pour y être traité d'une petite plaie contuse à la partie antérieure de la jambe droite, avait en outre, depuis sa plus tendre enfance, une luxation en-dehors de la rotule droite. Examiné en avant, le genou paraît avoir plus de largeur. en-dedans on sent le condyle interne du fémur, puis la poulie qui le sépare de l'externe, et tout-à-fait au-dehors la rotule. Quand le malade fléchit la jambe, tous les symptômes deviennent plus apparens ; ils sont, au contraire, moins sensibles dans l'extension. Cette jambe est plus faible que celle de l'autre côté ; quand le malade descend un escalier, il est obligé de tendre le jarret pour éviter les chutes (2).

Mais je veux surtout appeler l'attention sur cette abduction de la jambe en dehors, parfaitement signalée chez le premier de ces deux sujets, et qui d'après un autre dessin paraît avoir également existé chez le second. La jambe est attirée fortement en dehors par les muscles extenseurs, devenus abducteurs ; elle ne saurait obéir sans que le ligament interne du genou subisse un allongement plus ou moins considérable ; et cet allongement permet en même temps au tibia d'opérer un mouvement de rotation en dehors, mouvement favorisé encore par la situation d'extension incomplète du membre. J'ai retrouvé ce double mouvement d'abduction et de rotation en dehors du tibia, sur des sujets qui, par des causes diverses, avaient le genou fortement incliné en dedans ; et je l'ai vu notamment très-sensible sur le cadavre d'une femme de près de soixante ans, qui portait une double luxation très ancienne des fémurs. Cette action des muscles rotuliens, assez forte pour déranger le tibia de sa place, n'avait pu dégager la rotule de la sienne ; aussi les ligamens rotuliens étaient-ils à l'état normal. J'ajouterai ici une réflexion : lorsque Monteggia, et surtout ceux qui l'ont suivi ont regardé cette inclinaison du genou en dedans comme une cause si puissante de la luxation de la rotule, n'ont-ils pas quelquefois pris l'effet pour la cause, et fait jouer mal à propos à la luxation un rôle secondaire? Cette question s'adresse surtout à ceux qui concluent d'observations faites sur le cadavre, sans connaître la manière dont ces diverses lésions ont été produites sur le vivant. Je reviendrai sur ce point en traitant des luxations spontanées.

Nous ne connaissons point de dissection d'une luxation récente de la rotule en dehors. Sir A. Cooper dit qu'il a trouvé la portion externe de la capsule déchirée et un grand amas de synovie dans l'articulation; mais d'une part on ne sait s'il veut parler d'une luxation complète ; d'autre part, il est douteux si c'est à l'autopsie qu'il a vu ces choses, et il paraît bien plutôt qu'il s'en est fié à un examen sur le vivant. Pour moi je regarde comme bien difficile que la luxation complète en dehors ait lieu sur une articulation saine sans rupture des deux côtés de la capsule, sans nier cependant la possibilité du fait. J'ai trouvé dans Palletta deux cas d'autopsie de luxations anciennes ; mais cet excellent observateur, se contentant ici d'indiquer les phénomènes les plus grossiers pour ainsi dire, a précisément négligé ce que je regarde comme la chose la plus importante dans les cas de ce genre, l'étude des ligamens. On lira cependant ces deux faits avec intérêt.

LUXATION ANCIENNE DE LA ROTULE EN-DEHORS ; AUTOPSIE (1).

Obs. X. — Chez un jeune homme de 20 ans que je disséquai en 1785, la rotule, luxée probablement dès la naissance, était jetée sur le côté externe du genou, regardant par sa face interne le condyle externe du fémur, et touchant la tubérosité externe de la tête du tibia, de telle sorte que l'un de ses bords était antérieur et l'autre postérieur. Il y avait donc entre les condyles du fémur et la tête du tibia un espace vide, sensible à la vue et au toucher. Les muscles extenseurs de la jambe s'écartaient de la ligne droite qu'ils suivent d'ordinaire et se portaient obliquement sur le côté externe du genou. Ainsi le vaste externe en arrivant au genou devenait postérieur ; le muscle droit occupait la face externe du fémur ; le

(1) Ce ne sont point les tendons, mais bien les muscles qui cèdent et s'allongent dans les mouvemens des membres ; mais nous n'avons rien voulu changer au texte de l'observation.

(2) Monteggia a observé aussi une luxation complète en dehors, due à une violence extérieure et datant de plusieurs années; elle ne produisait aucune incommodité remarquable, à part la déformation du genou. La rotule passait entièrement sur le côté externe du condyle dans la flexion du genou, et revenait d'elle même presque tout-à-fait en avant lorsque la jambe était mise dans l'extension. On pouvait alors, en la saisissant avec les doigts, la ramener à peu près à sa place ordinaire ; mais dès qu'on cessait de la maintenir, elle se déplaçait immédiatement.

(1) Palletta, *Exercitationes pathologicæ*, Mediolani, 1820. P. 91.

avec ces impulsions. Ces mots lois éternelles et *virtualités* ne font pas partie du vocabulaire kantien. On peut dire de M. Broussais philosophant, ce que De Maistre a dit d'un penseur célèbre, qu'il est *infaillible dans l'erreur*. Remarquons en outre ce ton comique de supériorité familière : *Kant qui a été trop loué et trop blâmé*. C'est là un trait charmant !

Nous voici aux Écossais qui, grâce au livre de M. Lélut, ont été un peu moins maltraités que les précédens. Voici le tour de Hume, car M. B. n'oublie personne.

Page 38 : « Hume a prétendu que nous n'avons pas la certitude de l'existence » des corps, parce qu'ils ne sont que des images existant dans notre intérieur, et » que les corps et l'univers entier ne peuvent y pénétrer. » M. Broussais n'a jamais probablement lu Hume, et il a bien fait, car ces sortes de lectures ne lui conviennent pas; mais il paraît avoir lu Reid, et c'est là qu'il a puisé, sans comprendre, cette exposition du scepticisme de Hume qui avait une tout autre base que celle qu'il lui assigne. La raison que *les corps et l'univers entier ne peuvent pénétrer* dans l'esprit, est d'un philosophe nommé Norris, cité par Reid, mais M. Broussais n'y regarde pas de si près.

Savez-vous comment il réfute ces sceptiques.?

Pag. 39. « Comment mangeriez-vous, lui dirions-nous, si vous ne croyez pas à » l'existence des alimens? Comment chercheriez-vous à vous désaltérer, si vous » n'admettez pas l'existence de l'eau? etc.» C'est puissamment raisonner.

Page 39. « L'évêque Berkeley et le MOINE Mallebranche furent du même avis.» Nous savions que Berkeley était évêque de Cloyne, mais nous sommes bien aises d'apprendre que Mallebranche était moine. M. Broussais a fait cette découverte ; il a seulement oublié de citer l'ordre religieux auquel appartenait ce métaphysicien. Dans une prochaine édition nous l'engageons à remplir cette lacune, qui existe aussi dans toutes les biographies.

Ici se termine la partie historique du cours de M. Broussais. Nous pouvons assurer qu'il n'y a pas une citation qui ne soit ou une erreur de faits matérielle, ou un non sens philosophique.

M. Broussais s'est posé comme le chef d'une nouvelle école philosophique; il est membre de la Faculté de médecine de Paris, et il a un nom fameux. Ses dernières leçons ont été prônées, en style de prospectus, jusque dans les journaux de théâtre ; son auditoire lui décerne des honneurs publics. Toutes ces circonstances pourraient faire croire aux gens qui lisent, en France et à l'étranger, que M. Broussais peut être considéré comme représentant au moins une grande partie de ses confrères soit de la Faculté, soit du corps médical, et que ses étranges doctrines sont avouées par eux. Un légitime amour-propre nous force à répudier, au nom de la Faculté, au nom de tous les médecins, cette solidarité. Nous ne devons pas laisser croire aux étrangers que la science soit descendue chez nous à ce degré, et que l'esprit et la science philosophiques du professeur de phrénologie soient la mesure de l'esprit et de la science philosophiques de la nation.

Dans un prochain article, nous comparerons les nouveaux dogmes phrénologiques de M. Broussais, à ses anciens dogmes physiologiques et philosophiques ; nous opposerons ce qu'il croyait hier à ce qu'il croit aujourd'hui, et bien des gens seront étonnés d'apprendre que la meilleure réfutation qu'on ait faite du système de Gall, se trouve dans les livres de M. Broussais.

vaste interne quittant le fémur un peu au-dessous de son origine, et passant en avant de la face moyenne de l'os, se dirigeait vers la rotule. En conséquence, la région interne du fémur et la partie antérieure de cet os qui est au-dessous de sa partie moyenne, n'étaient recouvertes que par les tégumens. Toutefois la rotule dans sa position vicieuse avait conservé quelque mobilité, et pouvait se porter un peu en avant et en arrière. Le ligament rotulien inférieur, au lieu de s'insérer en droite ligne à la tubérosité tibiale, suivait de dedans en dehors une direction très-oblique. Il en résultait que l'action des muscles extenseurs de la jambe, suivant la direction de ce ligament, se divisait en deux forces distinctes; l'une moins puissante à cause de la direction oblique, servait à étendre la jambe; l'autre, plus énergique, attirait la jambe dans l'abduction. Et quoique l'articulation tibio-fémorale, consistant en un ginglyme angulaire, soit peu favorable à ce mouvement, et que les ligamens latéraux du genou s'y opposent encore davantage; toutefois l'action des muscles droit, vaste externe et crural, devenus abducteurs de la jambe, s'explique par l'inspection des parties déviées. Le tibia avait subi un mouvement de torsion tel que sa crête était tournée en dehors, et sa face interne regardait en avant. Sa direction relative au fémur était donc changée; de là l'aspect cagneux du genou (*valgus*); et la jambe dans l'extension faisait avec la cuisse un angle obtus dont le sommet regardait en dedans. Notez encore que dans cette extension la rotule était attirée un peu en avant, mais se rejetait aussitôt en arrière avec une sorte de crépitation.

Nous avons dit que les muscles extenseurs de la jambe avaient quitté la partie interne du fémur pour se porter en dehors vers la rotule luxée; et que le ligament inférieur de cet os suivait une direction opposée, se portant de dehors en dedans vers le tibia. Ces parties considérées ensemble décrivaient donc une ligne courbe, dont les extrémités s'éloignaient durant les contractions musculaires, et qui alors se rapprochaient de la ligne droite que figurait l'axe du fémur se continuant avec le tibia; la rotule était placée dans la plus grande convexité de cette ligne; et dans la contraction des muscles, elle devait nécessairement être portée en avant, ce qui favorisait parfaitement l'extension de la jambe.

Je néglige à dessein cette supposition de Palletta, que la luxation était congéniale; je reviendrai plus tard sur cette question. L'autopsie qu'on vient de lire confirme d'ailleurs tout ce que nous avaient appris les observations sur le vivant; et on notera cette rotation du tibia en dehors avec abduction du même *os*. L'auteur s'explique assez obscurément sur le degré d'extension permis à la jambe; cette lacune est parfaitement réparée dans sa seconde autopsie.

Obs. XI.—L'arrangement des parties molles était un peu différent sur le cadavre d'un jeune homme chez qui, en 1786, je trouvai la rotule gauche luxée. Les tégumens enlevés, je vis, comme dans le cas précédent, les muscles droit et crural se porter en dehors et s'écarter d'autant plus de l'axe du fémur, qu'ils s'approchaient davantage de la rotule. Leurs extrémités tendineuses embrassaient bien la rotule, mais elles allaient s'insérer à la tubérosité externe de la tête du tibia. Ainsi la rotule, déjetée sur le côté externe, était placée presque transversalement sur la face externe du fémur, au niveau du condyle externe. La face articulaire de la rotule était dépouillée de cartilage, ce qui aurait été pris pour un résultat de l'attrition, si la surface correspondante du fémur n'avait été revêtue d'une substance ligamenteuse polie et mobile. Le ligament orbiculaire était plus épais et plus robuste en avant que d'ordinaire; et autant l'articulation obéissait à la flexion, autant elle résistait à l'extension. Tandis que je réfléchissais à la cause qui avait jeté la rotule sur le condyle externe, au moins dans ce cas, je pensai qu'on devait en grande partie l'attribuer au peu de saillie et d'épaisseur du condyle fémoral externe; en sorte que le défaut de résistance a facilité la luxation sur le côté externe.

Il resterait à rechercher si ces luxations anciennes, jusqu'à un certain point susceptibles de réduction, pourraient être traitées avec avantage, et si l'on parviendrait, à l'aide du repos, de la position et d'un appareil approprié à retenir la rotule dans sa place naturelle. Le traitement ne différerait point de celui des luxations spontanées; j'y reviendrai donc en parlant de ces dernières lésions.

III. LUXATION COMPLÈTE EN DEDANS.

Nous avons vu que la luxation de la rotule en dedans fut admise pour la première fois par A. Paré, et depuis lors par presque tous les auteurs de chirurgie. Pour celle-ci comme pour celle en dehors, on n'avait guère d'autre raison de croire que l'assertion de Paré; car on ne savait pas même où la rotule devait se trouver logée; on se contentait de donner comme moyen de diagnostic la saillie anormale de cet os en dedans; et J. L. Petit, qui enseigne que *la cavité externe de la rotule se trouve sur le condyle interne*, ne décrit là que la luxation incomplète. Léveillé donne pour symptômes: « une tumeur au devant du condyle interne; l'inclinaison en dehors de la face cutanée de la rotule dont le contour interne se porte un peu en devant. » Ce ne serait pas encore là la luxation complète. Monteggia est beaucoup plus précis; il applique à la luxation en dedans les mêmes symptômes qu'à la luxation en dehors, en changeant seulement les termes. Malheureusement il convient qu'il ne l'a jamais vue; en sorte que sa description n'a de valeur que celle d'une hypothèse.

J'ai vainement cherché dans les auteurs quelque observation détaillée de cette luxation produite par une cause accidentelle; je ne connais même qu'un seul exemple d'un semblable déplacement dans une articulation relâchée; je le rapporterai en son lieu. B. Bell, Callisen et Latta qui la regardent comme plus commune que celle en dehors, ne disent point sur quelles raisons ils se fondent; et j'étais conduit à rayer cette affection du cadre des maladies réellement observées, lorsque j'ai trouvé dans le *Musæum anatomicum* de Walther, la description suivante:

« 2476 (n° 678). — *Os femoris, patella et tibia lateris sinistri fœminæ quadraginta aliquot annorum. A luxatione quæ in tenerâ ætate accidit, patella situm magis obliquum obtinuit; apex nimirùm introrsum versùs internum tibiæ condylum sibi faciem articularem paravit; basis extrorsum vergit; superficies posterior cum condylo interno femoris articulationem tantùm init. Condylus externus femoris non politus, sed asper est; hâc pravâ ossis femoris, patellæ et tibiæ conformatione factum est, ut crus cum femore sub angulo ferè recto cohærens extendi non potuerit.* »

Cette description est extrêmement concise; l'auteur ne note ni l'état des ligamens, ni la position précise de la rotule, ni la déformation qu'a dû subir le condyle interne par suite d'une luxation de date si ancienne. Deux circonstances démontrent cependant qu'il s'agit là d'une luxation complète. D'une part, cette inclinaison du sommet de la rotule en dedans, tandis que la base est tournée en dehors, ne peut convenir qu'à un cas de ce genre.

D'un autre côté, la flexion de la jambe plus forte ici que dans la luxation en-dehors indique essentiellement une luxation complète; dans la luxation incomplète, la jambe est presque nécessairement retenue dans l'extension.

Ce serait donc là l'unique exemple d'une luxation complète de la rotule en dedans; et voilà une nouvelle preuve bien frappante de la complaisance avec laquelle des auteurs fort estimables ont copié, sans les soumettre au contrôle de l'expérience, les gratuites assertions de leurs devanciers.

Ceux qui ont admis les luxations en dedans comme plus fréquentes que celles en dehors, se sont fondés sans doute sur la moindre saillie de la portion articulaire du condyle interne; et en effet il serait fort difficile d'expliquer leur extrême rareté. Les ligamens sont les mêmes et n'offrent pas plus de résistance qu'à la luxation en dehors; et bien que les muscles dussent subir un allongement plus considérable, nous avons déjà eu occasion d'établir ailleurs que les muscles ne résistent point à une force capable de rompre les ligamens; ils s'allongent ou ils se rompent. Mais ici même on peut dire que l'allongement à subir est à peine plus grand que celui auquel ils sont naturellement soumis dans la flexion parfaite de la jambe. Si les luxations complètes n'avaient lieu que dans un certain degré de flexion, on pourrait alléguer que le condyle interne oppose dans cette position une saillie plus forte à la rotule que le condyle externe; mais nous avons vu que les luxations en dehors se font aussi bien dans l'extension; et dans cette position le condyle interne ne présente aucun obstacle. Tout ce que nous pouvons dire à cet égard, c'est que la direction des muscles est bien plus contraire à cette luxation qu'à toute autre; et surtout, c'est que le bord externe de la rotule, déjà moins relevé que l'interne, est précisément protégé contre les violences extérieures par la saillie plus grande du condyle correspondant. Les chocs auxquels il est exposé sont assez forts pour opérer une luxation incomplète, comme nous le verrons; mais pas assez pour déterminer la rupture entière des ligamens, condition indispensable de la luxation complète.

Dans un autre article nous aborderons l'histoire des luxations incomplètes.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX FRANÇAIS.

I. ARCHIVES DE MÉDECINE.

Les cahiers de mai et juin contiennent huit articles originaux, savoir: 1° *mémoire sur l'absorption du placenta*, par M. Maslieurat-Lagémard; 2° *recherches pour servir à l'histoire pathologique du pancréas*, par M. Mondière, premier article; 3° *quelques observations tendant à éclairer l'histoire de la phlébite à la suite de l'accouchement*, par M. Duplay; 4° *observation d'anomalies anatomiques remarquables de l'appareil circulatoire, avec hépatocèle congénial, n'ayant donné lieu pendant la vie à aucun symptôme particulier, suivie de réflexions*, par M. Raoul-Chassinat; 5° *examen comparatif de plusieurs observations anatomiques sur des matrices doubles dans l'espèce humaine*; mémoire inédit lu à la séance publique de l'Académie royale de chirurgie, le jeudi 15 avril 1790, par Louis, se-

crétaire perpétuel de cette Académie. Rarement les mémoires posthumes, exhumés après 50 ans de la poussière où ils étaient restés, offrent un grand intérêt au lecteur; tout ce que nous dirons de celui-ci, c'est qu'il était très-intéressant en 1790; 6° *observations et réflexions sur 32 cas de névralgie frontale recueillis dans l'espace de quinze mois à Bergerac*, par M. Rennes; 7° *sur l'hypertrophie du cœur considérée comme cause de l'apoplexie et sur le système de Gall*, par M. Rochoux; c'est le mémoire qui a suscité à l'Académie de médecine cette vive discussion sur la phrénologie; nos lecteurs sont suffisamment au courant des idées qu'il renferme; 8° *observations et réflexions sur une complication grave des fractures*, par M. Lobert, interne.

MÉMOIRE SUR L'ABSORPTION DU PLACENTA, par G.-L. MASLIEURAT-LAGÉMARD.

La question traitée par M. Maslieurat, a attiré depuis quelques années l'attention des accoucheurs, qui ne l'ont pas tous résolue de la même manière. Les faits sont rares, et nous ajoutons ici qu'ils sont bien loin d'être complets; en sorte qu'on n'est d'accord ni sur leur valeur, ni sur leur signification théorique.

En 1803, M. Nægelé fut appelé près d'une femme primipare, qui accoucha entre la 24e et la 26e semaine de sa grossesse. Le cordon très-mince se rompit; l'arrière-faix resta dans l'utérus. Pendant quatre jours seulement il y eut des lochies très-peu abondantes et tout à fait inodores avec quelques caillots de sang. La menstruation reparut après la onzième semaine, et quatre mois plus tard la femme accoucha d'un enfant à terme.

Tel est le premier fait de rétention définitive du placenta dans la matrice, que M. Nægelé expliqua par l'absorption de cet organe. En 1811, il en observa un second exemple sur une femme avortée dans la 14e ou 15e semaine; le placenta était également tout entier. Enfin en 1828, appelé près d'une femme accouchée depuis 24 heures, il trouva l'utérus contracté en sablier et le placenta fortement enchatonné; tout ce qu'on put faire fut d'extraire les deux tiers du placenta, l'autre tiers étant trop adhérent à la matrice; cette portion abandonnée ne sortit point, et la femme, après divers accidens, revint à une parfaite santé. M. Nægelé ajoute que le docteur Gaelzenberger, accoucheur à Heidelberg, a observé très-exactement deux cas du même genre.

En 1826, M. Salomon, de Leyde, fut invité à donner son avis pour une femme heureusement délivrée de son enfant; mais l'orifice utérin resserré au point de ne pouvoir admettre l'extrémité des deux doigts, mettait un obstacle invincible à l'extraction du placenta; et le cordon, mince comme un fil délié, n'aurait souffert aucune traction sans se rompre. Le 4e jour seulement, on put retirer un petit morceau de placenta, et autant le lendemain; le reste demeura dans l'utérus; et toutefois un mois après environ la femme était bien rétablie.

La théorie de l'absorption du placenta ne comptait que ce petit nombre de faits, lorsque Madame Boivin s'éleva contre, et prétendit expliquer les phénomènes observés par des vices de conformation du placenta. Elle rapporta donc trois observations tirées de sa pratique, dans l'une desquelles le placenta était réduit à trois lignes d'épaisseur; à la vérité il y avait eu hydrométrie; dans la seconde, un avortement avait eu lieu à quatre mois et demi; le cordon, composé d'une artère et d'une veine seulement, n'offrait guère qu'une ligne et demie de diamètre; le placenta n'était pas distinct du reste des membranes. Enfin dans la troisième, le placenta avait subi une dégénérescence gélatiniforme. Elle pense donc que dans les cas où l'on a cru le placenta retenu dans l'utérus, ou bien on ne l'avait pas suffisamment distingué des membranes; ou bien il est sorti en masses gélatiniformes, qu'on aura pu prendre pour des caillots de sang.

Le docteur Gabillot de Lyon a publié un nouveau cas de rétention du placenta après une fausse couche de quatre mois et demi. A son arrivée près de la femme, le cordon ne tenait plus qu'au placenta qui lui parut solidement implanté dans le fond de la matrice. Il ne put être extrait, et cependant la santé se rétablit; les règles revinrent trois mois après, et une nouvelle grossesse fut menée heureusement à terme un an et quelques jours après l'avortement. L'auteur ne dit pas ce qu'il a fait de la portion de cordon adhérente au placenta. M. Velpeau mentionne quelques autres observations dues à divers auteurs et que M. Lagémard a négligées.

Enfin un dernier fait s'est présenté à la clinique de M. P. Dubois, et laisse moins de doute encore que les précédens. En effet, la femme qui en fit le sujet, accouchée à neuf mois et quelques jours d'une fille bien portante, venue en première position du sommet, éprouva presque aussitôt tous les symptômes d'une hémorrhagie interne; on tira à plusieurs reprises sur le cordon qui était aussi gros et aussi fort que de coutume; le placenta ne cédant point, M. Dubois porta la main dans l'uté-rus, trouva une partie du placenta décollée, et l'autre tellement adhérente que tous les efforts qu'il fit pour le détacher furent complètement inutiles. Il ramena au dehors la partie décollée, offrant une conformation tout-à-fait normale, mais à laquelle il manquait environ un quart de sa circonférence; l'hémorrhagie continuant, il reporta la main dans l'utérus, arracha quelques petits lambeaux de la partie adhérente; trois heures après il refit de nouvelles tentatives indiquées par la persistance de l'hémorrhagie, et ne put pas mieux compléter l'extraction. Le sang s'arrêta. Du 2e au 7e jour, rien de remarquable, à part l'odeur un peu fétide des lochies; elle rendit ce dernier jour un gros caillot de sang, et un autre le 9e jour; et après un mois environ elle quitta la clinique en bon état de santé. Observée d'ailleurs avec le plus grand soin, ni l'examen de ses linges, ni la dissection et le lavage des caillots n'ont rien montré qui ressemblât à une portion du placenta.

Que conclure de ces faits divers? Évidemment la théorie de Madame Boivin ne peut s'appliquer à tous; évidemment il y a eu des placentas ou des portions de placenta retenues dans la matrice. M. Lagémard pense avec MM. Nægelé, Salomon, P. Dubois, etc., que l'absorption a eu lieu. C'est ici que les faits sont trop incomplets pour autoriser une conclusion semblable. Qui a vu après la mort la cavité utérine? Qui même, pendant la vie, s'est assuré par le toucher que le placenta était réellement absorbé? Il est vraiment digne d'admiration de voir avec quelle facilité sont reçues les opinions les moins fondées, les plus en désaccord avec les lois connues de la physiologie. Pour étayer de quelque manière cette doctrine de la résorption, on a allégué quelques exemples, la plupart pris sur des animaux, de fœtus enfermés dans l'utérus et réduits par l'absorption aux os du squelette. Ces observations fort peu exactement recueillies, tendent seulement à prouver, ce qui est hors de question, que des corps étrangers plongés dans l'intérieur de nos organes sont soumis à une absorption plus ou moins énergique, mais bien rarement complète quand le corps étranger a quelque volume; et surtout il faut pour cela que le corps étranger soit libre d'adhérences. Le placenta retenu dans la matrice perd-il ses adhérences au bout d'un certain temps? Mais alors il est impossible d'admettre la résorption en entier; d'autant plus que des faits bien authentiques nous ont appris qu'alors le placenta se dessèche et ne renferme plus aucun liquide. L'absorption du placenta adhérent ne peut pas plus se concevoir; car cette absorption s'exerçant d'abord sur la face adhérente de cet organe, aurait pour effet de l'isoler, de même qu'un séquestre est isolé de l'os vivant auquel il tenait dans l'origine. En admettant les faits comme bien constatés, il n'y a, selon nous, qu'une seule explication plausible; c'est que ces adhérences normales ont persisté; que le placenta, greffé sur la matrice, s'est identifié avec elle, sauf à s'atrophier plus tard, comme font quelquefois les lambeaux autoplastiques; et si l'on objecte que le peu de vitalité de l'organe semble s'y opposer, nous rappelerons que dans certains cas moins rares aujourd'hui dans la science que ceux de la prétendue absorption du placenta, des portions totalement séparées du corps, et moins vivantes que lui conséquemment, ont pu cependant reprendre vie et adhérence, sans avoir jamais subi aucune sorte d'absorption.

QUELQUES OBSERVATIONS TENDANT A ÉCLAIRER L'HISTOIRE DE LA PHLÉBITE A LA SUITE DE L'ACCOUCHEMENT; par M. DUPLAY, D.-M. P.

M. Duplay a publié dans les Archives (octobre 1834), un fait dans lequel du pus fut rencontré en grande quantité non-seulement dans le système veineux, mais encore dans le système artériel. En recherchant l'origine de cette suppuration extraordinaire, il s'était demandé si la femme n'aurait pas été victime d'une de ces métro-péritonites avec phlébite utérine à la suite de quelque avortement passé sous silence; mais aucune lésion n'ayant pu être découverte dans les organes générateurs, il avait bien fallu rejeter cette idée, attendu que les traces de la phlébite se retrouvent même fort long-temps après son début, et même après une terminaison heureuse. Le fait suivant semble prouver que la phlébite après l'avortement peut débuter par les veines voisines de l'utérus, en respectant l'utérus même.

Il s'agit d'une femme de 44 ans, avortée au terme de trois mois, et entrée à l'hôpital trois semaines après. Le quatrième jour après la fausse couche, elle était sortie, avait pris froid, avait ressenti dans l'abdomen quelques douleurs légères durant plusieurs jours; et quelques jours après les lochies s'étaient presque complètement arrêtées. Tout à coup étaient survenus de la douleur et du gonflement au genou et au coude gauches, avec fièvre; à son entrée ces symptômes persistaient avec fluctuation évidente dans le genou; diarrhée, insomnie, langue sèche, rouge à la pointe; abdomen complètement indolent. Le lendemain l'épaule gauche se prit; les jours suivans la maladie marcha de

manière à faire penser à M. Rostan qu'à l'état déjà si grave des articulations se joignait un état général plus grave encore, qui aurait pris son point de départ dans une métro-péritonite avec phlébite utérine. Le traitement dirigé dans ce sens n'eut pas plus de succès; les frissons survinrent; la prostration apparut et alla en croissant; la femme succomba vingt-un jours après son entrée.

A l'autopsie on trouva du pus autour de l'articulation scapulo-humérale gauche, et dans les articulations du coude et du genou du même côté. Rien de bien notable dans la tête, ni dans la poitrine; les viscères digestifs sains; la rate seulement était volumineuse; elle offrait vers le haut un foyer du volume d'une petite noix, rempli de pus bien lié; et vers la partie moyenne de sa face antérieure, une tache brunâtre vers laquelle convergeaient de nombreux vaisseaux. L'utérus paraissait aussi à l'état sain; mais les veines des ligamens larges étaient fortement indurées, béantes comme des artères, remplies par des caillots adhérant à leurs parois; il en était de même dans toutes les ramifications des veines hypogastriques, dans le tronc de ces veines, dans l'iliaque primitive. La veine cave inférieure même, beaucoup plus volumineuse et plus distendue que de coutume, fortement épaissie dans ses parois, était remplie par des concrétions pseudo-membraneuses adhérentes à sa tunique interne et par un long caillot de nature diverse; formé inférieurement par des pseudo-membranes contenant du pus en nature, et plus haut par un coagulum sanguin mélangé avec le pus.

On est frappé ici tout d'abord de l'étendue de la phlébite mise en regard du petit nombre de foyers purulens métastatiques. Dance avait déjà noté ce fait, ainsi que la coïncidence opposée, de phlébites très-circonscrites avec des lésions secondaires considérables.

La maladie a-t-elle débuté par les vaisseaux utérins? Dance regardait ce début comme constant; cependant ces vaisseaux n'offraient ici aucune trace d'inflammation antérieure; et M. Duplay pense que les veines des ligamens larges ont été les premières atteintes. En effet quand des veines ont été enflammées au point de donner lieu à la suppuration de leurs parois, elles s'oblitèrent, et c'est par ce seul mécanisme que s'opère la guérison.

Les trois autres observations ont pour but de montrer cette guérison même dans la phlébite utérine, et constatée par l'autopsie. Ainsi dans le premier cas, la femme succombe à une entérite chronique, le 40e jour de ses couches; on trouve dans les parois de l'utérus de petits cylindres d'un jaune grisâtre, constitués par les veines utérines renfermant dans leur intérieur du pus concret. La seconde femme morte au 10e jour de ses couches, offrit également dans l'utérus des veines remplies d'un pus concret pseudo-membraneux; il en fut de même chez la troisième, morte trois semaines après l'accouchement. Toutes trois avaient éprouvé des symptômes de métro-péritonite qui avaient cédé devant un traitement approprié.

De ces trois faits découlent ces deux conséquences: que la phlébite utérine n'est pas, comme on le croyait, complètement au-dessus des ressources de l'art; et que quand elle est guérie, on en retrouve des traces longtemps encore après l'invasion de la maladie, et même, d'après la première observation de M. Duplay, après un intervalle de deux mois.

L'article suivant appartient à la dernière revue.

RECHERCHES D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE SUR UNE FORME PARTICULIÈRE DE DILATATION ET D'HYPERTROPHIE DU COEUR; par M. BEAU, interne à l'hôpital Necker.

L'objet de ce mémoire est d'indiquer une nouvelle théorie pour le développement de la dilatation avec hypertrophie du cœur, qui coïncide avec une adhérence des deux feuillets du péricarde. Ce n'est point une théorie générale, elle ne s'applique qu'aux cas peu nombreux que nous venons d'indiquer. Voici comment M. Beau explique lui-même la formation de cette hypertrophie à la suite d'une observation qui en présentait un exemple. Après avoir cherché en vain à l'expliquer par l'inflammation du péricarde ou celle du tissu du cœur, « il ne reste donc, dit-il, comme dernière explication, que celle qui était fournie par la circonstance même de l'adhérence des deux feuillets séreux du péricarde, et qui se présentait ainsi: Dans les premiers temps de la maladie, le sac du péricarde ayant été distendu par le liquide sécrété, avait occupé un volume considérable. Plus tard, ce liquide ayant disparu de sa cavité et y ayant été remplacé par un produit séro-membraneux, il y avait eu, comme conséquence de cette transition, un double mouvement de traction opéré par les fausses membranes, l'un sur le sac du péricarde qui avait été attiré de dehors en dedans, l'autre sur la périphérie du cœur qui avait été tiré de dedans en dehors; et notons que cette traction avait agi de concert avec la tendance naturelle qui portait les deux organes à se rapprocher pour s'opposer par là au vide qui devait résulter de la disparition du liquide épanché. Ainsi, pendant que le péricarde éprouvait une action de retrait sur son centre, et diminuait de volume, de l'autre, le cœur subissait une augmentation dans ses différens diamètres, qui tenait surtout à l'ampliation de ses cavités.»

Cette explication est-elle aussi satisfaisante que semble le croire l'auteur? nous en doutons. Il ne semble pas tenir compte de la facilité qu'a le péricarde de revenir sur lui-même, et qui, dans quelques cas, doit être considérable. Si, en effet, nous voyons une quantité très notable de sérosité distendre en quelques heures le péricarde et repousser les parties voisines même les plus résistantes, à plus forte raison nous semble-t-il naturel de croire que, lorsque ce fluide se résorbe, ce qui ordinairement se fait avec plus de lenteur, le retrait du péricarde et le retour des parties voisines à l'état normal doit se faire sans beaucoup de difficulté. Nous admettons pourtant que cette cause peut exercer quelque influence sur la production de l'ampliation du cœur dans quelques circonstances; et, sous ce rapport, il est à désirer que M. Beau continue ses recherches qui ne peuvent amener que d'heureux résultats, ainsi que le prouvent ceux qu'il a déjà obtenus. Il a comparé dans un tableau les cas d'adhérence du cœur observés par lui ou par les auteurs, et a trouvé que, sur 48 cas d'adhérence, il y avait eu ampliation dans 40 cas, tandis que, dans huit seulement, le cœur avait conservé son volume normal. 5 de ces cas ont été observés par M. Beau lui-même, et sont rapportés avec détail dans son mémoire.

II. REVUE MÉDICALE FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE.

Les cahiers de mai et juin contiennent cinq articles ou mémoires originaux: 1° *recherches historiques sur l'extirpation des ovaires, dans lesquelles on examine s'il serait en même temps possible et sûr d'enlever les ovaires attaqués de tumeur squirrheuse ou d'une hydropisie enkystée*, par Hévin, de l'Académie royale de chirurgie; encore un mémoire qui pouvait être bon il y a un demi-siècle, mais dont les conclusions ont été démontrées fausses par des faits postérieurs. Hévin pense que l'extirpation des ovaires offre un péril éminent sans aucun espoir de guérison; 2° *considérations sur la nature et le traitement du cancer*, par le docteur Godelle; 3° *notice sur l'emploi du vin de colchique contre les affections rhumatismales et goutteuses*, par le docteur Chailly; 4° *observation de diaphragmatie chez une femme enceinte; accès convulsifs; mort du fœtus, dont l'expulsion a nécessité l'emploi du seigle ergoté*, par le docteur Fauverger; 5° *de la valeur comparative des faits anatomiques, et de la spécificité en médecine*, par M. Marcé.

NOTICE SUR L'EMPLOI DU VIN DE COLCHIQUE CONTRE LES AFFECTIONS RHUMATISMALES ET GOUTTEUSES, par le docteur CHAILLY.

Il y a quelque temps que les journaux allemands vantent le vin de graines de colchique contre les affections rhumatismales et goutteuses. Ce médicament est loin d'être nouveau; il jouit d'une grande réputation parmi les goutteux de l'est de la France; mais les médecins ne l'avaient point encore officiellement adopté. La notice de M. Chailly contribuera certainement à rendre son usage plus général.

Un malade était affecté de rhumatisme aigu articulaire; plusieurs saignées faites en deux jours n'avaient point produit l'effet désiré; son médecin lui prescrivit le vin de colchique à la dose d'une once, trois fois par jour. Après la troisième dose, dans la nuit, il y eut des évacuations abondantes. Dès le lendemain les douleurs articulaires avaient presque entièrement cessé, et le malade entra en convalescence. Ce succès rapporté à M. Chailly par le médecin qui l'avait obtenu l'engagea à tenter cette médication. Il rapporte dans sa notice cinq cas plus ou moins favorables.

Le premier malade était pris d'un rhumatisme articulaire aigu. Le vin de colchique fut prescrit. Après la troisième dose survinrent des évacuations, et le lendemain le malade était tellement soulagé, qu'il crut pouvoir se lever et s'habiller. Cette imprudence ramena la fièvre, et le lendemain les douleurs étant aussi fortes que le premier, on le conduisit à l'hôpital. Ce fait, sans être bien concluant, pouvait cependant encourager.

Une dame avait contracté, par suite de couches, des douleurs vagues qui affectèrent d'abord les membres, et plus tard se transportèrent sur l'estomac, revenant par accès et résistant à tous les moyens employés. M. Chailly prescrivit trois doses de vin de colchique par jour; le cinquième jour seulement survinrent des évacuations. Depuis, cette dame

n'a éprouvé que de légères atteintes de ses anciennes douleurs d'estomac.

Une autre dame souffrait d'une gastrodynie revenant par attaques nocturnes; le vin de colchique dissipa également ces attaques violentes, laissant seulement l'estomac un peu sensible.

M. Chailly a guéri par le même moyen un individu atteint d'un rhumatisme articulaire chronique avec sciatique; et enfin il l'a employé avec succès comme drastique chez un ascitique. Il l'a essayé pour des pleurodynies, des péritonites, en un mot pour toutes les affections que les signes actuels ou commémoratifs pouvaient signaler comme rhumatismales ou goutteuses. Chez toutes les personnes soumises à ce traitement il y a eu d'abondantes évacuations par bas, stercorales d'abord, puis séreuses et plus ou moins colorées en jaune. Trois de ces personnes ont eu des superpurgations; deux avaient mangé de la soupe à l'oseille en même temps qu'elles prenaient le vin de colchique, et une prit une dose de ce vin après un dîner très-copieux et lorsque déjà les évacuations avaient commencé. Aucune cependant n'éprouva d'amélioration avant l'effet purgatif, pas même celle qui en avait pris treize doses en cinq jours. Pendant son usage, toutes, sans exception, ont ressenti dans la région épigastrique un peu plus ou moins de malaise, et ce sentiment indéfinissable s'est dissipé dans l'espace de deux à quatre jours. La cessation des douleurs a eu lieu dans la plupart des cas immédiatement après les évacuations, et dans un petit nombre de cas, il n'y a eu qu'une diminution des douleurs.

Comme on le voit, M. Chailly pense que l'efficacité du vin de colchique est liée à son action purgative. Cela ne paraît cependant pas constant. Nous connaissons un négociant, obèse et goutteux au suprême degré, qui prévient ou qui guérit ses attaques de goutte avec quelques cuillerées de vin de colchique; il a observé que l'effet thérapeutique était bien moindre quand le vin produisait des évacuations alvines. Il est vrai que la formule dont il se sert, est de beaucoup plus active que celle employée par M. Chailly, qui consiste à faire macérer pendant quatre jours une partie de graines dans dix parties de vin de Malaga, et à filtrer la liqueur. En Allemagne, on reconnaît aussi au vin de colchique une propriété antirhumatismale à part de sa propriété purgative; et M. Sichel emploie parmi nous la teinture de graine de colchique d'automne, à la dose de 15 à 30 ou 40 gouttes, prises trois ou quatre fois par jour dans une boisson émolliente, contre les ophthalmies rhumatismales, lorsque l'inflammation est beaucoup diminuée. Elle lui a réussi dans la plupart des cas, sans agir cependant comme drastique; il croit, et c'est aussi notre opinion, que la manière d'agir de ce remède n'est pas encore suffisamment éclairée.

III. JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE.

Les cahiers de mai et de juin contiennent les articles suivans : 1° *de l'examen clinique des enfans nouveau-nés*, par M. Valleix; 2° *recherches sur la surdité*, suite et fin, par M. Gairal; 3° *mémoire sur les convulsions pendant la grossesse et le travail de l'accouchement*, par M. Capuron; 4° *lettre à M. Alibert sur le pian de Cayenne*, par M. Segond; 5° *clinique de M. Velpeau*, par M. Barthez; 6° *philosophie de la critique des faits et des opinions en médecine*, par M. Marc d'Espine, de Genève; 7° *lettre chirurgicale à M. Mayor sur le cathétérisme forcé*, par M. Vidal de Cassis; nous en avons rendu compte; 8° *quelques observations isolées*.

MÉMOIRE SUR LES CONVULSIONS PENDANT LA GROSSESSE ET LE TRAVAIL DE L'ACCOUCHEMENT, par M. CAPURON.

M. Capuron déclare d'abord qu'il ne veut qu'exposer le tableau de ce qu'il a vu, parce qu'il en est plus sûr que de ce qu'il a lu dans les livres; il ne recherche pas même si ses observations sont en accord ou en lutte avec celles d'autrui. Il rapporte donc onze observations à lui propres, desquelles il tire les conclusions suivantes.

1° Il a observé plus de convulsions pendant le travail de l'accouchement que pendant celui de l'avortement; chose aisée à concevoir; les avortemens étant bien plus rares que les accouchemens, et l'innervation étant plus troublée dans ce dernier cas.

2° La plupart des femmes atteintes de convulsions étaient pléthoriques ou sanguines, fortement constituées et brunâtres, quelques-unes seulement lymphatiques, blondes et délicates, mais toutes très-nerveuses, irritables et sensibles.

3° Presque toujours les convulsions ont reconnu une cause antérieure appréciable, contrariété, colère, frayeur; irritation du cerveau, du tube digestif, et surtout de l'utérus.

4° Quelquefois elles ont eu des signes précurseurs, comme des maux de tête, des vertiges, des éblouissemens, des tintemens d'oreilles, des soubresauts, etc.; le plus souvent elles se sont déclarées tout à coup. Elles avaient plus de ressemblance avec l'hystérie qu'avec toute autre affection convulsive.

5° Les convulsions étaient continues ou intermittentes; elles se terminaient tantôt par un état comateux plus ou moins profond, avec une respiration ou peu bruyante et un pouls grand et large comme dans l'apoplexie; tantôt par une suspension de tout sentiment et de tout mouvement comme dans l'hystérie et la syncope; ou une rigidité insurmontable de la mâchoire inférieure et des muscles comme dans le tétanos, ou un relâchement de ces parties comme dans l'asphyxie par le charbon. Ce qui porte à croire que le centre d'innervation à force d'être irrité avant et pendant les convulsions, finit par s'épuiser, ou bien par s'enflammer et se désorganiser.

6° Sur six femmes prises de convulsions pendant l'accouchement, une seule est morte; sur cinq durant la grossesse deux ont succombé; il est vrai qu'une de ces dernières avait en même temps le choléra et resta quatre jours sans secours. M. Capuron pense que les convulsions durant l'avortement sont plus redoutables, parce que le travail est alors moins naturel, plus long, plus difficile. N'y a-t-il pas là quelque contradiction avec sa première conclusion, où il prétend que dans l'accouchement l'innervation est plus troublée ou irritée?

7° Ce serait donc une erreur de croire à l'abri de l'apoplexie les femmes enceintes ou en travail, surtout celles qui sont pléthoriques ou affectées de lésions organiques du cœur; puisqu'elles sont sujettes aux convulsions et que les convulsions peuvent se terminer par l'apoplexie.

8° La saignée générale et locale appliquée à propos et secondée des bains émolliens, a paru le moyen le plus efficace pendant la grossesse et l'écoulement, soit pour prévenir les convulsions chez les femmes qui en étaient menacées, soit pour les combattre et en détourner les suites chez celles qui en étaient atteintes.

9° On peut employer comme auxiliaires les autres calmans, tels que l'extrait de belladone dont on enduit l'orifice de l'utérus, les sirops opiacés, l'eau de fleurs d'oranger, l'éther, la thridace, etc. Mais ces moyens sont loin d'avoir l'efficacité de la saignée et des bains.

10° Enfin certaines causes particulières donnent des indications spéciales. Quand l'orifice de l'utérus forme sur la tête de l'enfant un bourrelet dont les contractions utérines ne peuvent vaincre la rigidité, il faut le fendre à droite et à gauche avec un bistouri. Si la vessie est pleine d'urine, le cathétérisme. Enfin, quand le défaut de souplesse des parties externes s'oppose seule à la sortie de la tête déjà parvenue au fond du bassin, l'application du forceps est le moyen le plus héroïque.

RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU; PÉRICARDITE; ENDOCARDITE; ÉPANCHEMENT PLEURÉTIQUE A DROITE; TRAITEMENT PAR LES SAIGNÉES FRÉQUEMMENT RÉPÉTÉES; MORT; par le docteur GRISOLLE, chef de clinique à l'Hôtel-Dieu.

L'observation que nous allons rapporter est intéressante sous divers points de vue, et d'abord parce qu'il est rare de voir la mort arriver pendant le cours du rhumatisme articulaire aigu, et ensuite parce qu'elle peut jeter quelque lumière sur l'une des questions le plus fréquemment agitées aujourd'hui, savoir l'existence de l'endocardite et les symptômes qui s'y rattachent. Pour nous, cette question est beaucoup moins avancée qu'on ne semble le croire communément, et nous saisissons avec empressement toutes les occasions de recueillir des matériaux propres à l'éclairer, et de les communiquer à nos lecteurs.

OBS. — L. Miguel, âgée de 27 ans, lingère, a toujours joui d'une bonne santé et n'a jamais eu d'affection rhumatismale; elle demeure au septième étage, a une bonne nourriture et ne connaît pas de goutteux dans sa famille. Elle ne s'était pas refroidie, n'avait fait ni course ni ouvrage forcé quand, le 19 mars, elle éprouve tout à coup des douleurs dans les fesses, les cuisses et les mollets; elle continue cependant quoiqu'avec peine ses travaux, mais le 18, elle est forcée de s'aliter et le 21 elle est transportée à l'Hôtel-Dieu, après avoir éprouvé depuis trois jours une fièvre intense et des douleurs dans toutes les articulations des membres inférieurs. Le soir même de son arrivée, le pouls bat 102, le cœur et sa région n'offrent rien d'anormal, une saignée de 18 onces pratiquée aussitôt n'amène pas le sommeil, et n'empêche pas les douleurs de redoubler pendant la nuit.

Le 22. Les rotules sont soulevées par l'épanchement qui s'est formé dans les genoux, la douleur a augmenté dans les deux articulations tibio-tarsiennes, la sensibilité est vive dans la continuité des cuisses et dans les lombes; le pouls donne 120, large et dur; le thorax et le cœur n'offrent encore rien d'anormal; saignée de 18 onces dans la journée, les douleurs deviennent intolérables; le gonflement du genou et des pieds augmente; troisième saignée de 18 onces; même insomnie, mêmes douleurs, même agitation pendant la nuit. Deux grains d'opium prescrits dans la soirée, calment les souffrances et procurent plusieurs heures d'un sommeil paisible.

Le 23, pouls à 96; les douleurs un peu moins vives; saignée de 30 onces qui est suivie d'une syncope. Le soir, légère sensibilité dans la région précordiale, sans douleur ni matité; en dehors et en bas du mamelon on entend distinctement, dans l'espace d'un pouce environ, un très-léger souffle accompagnant le premier bruit du cœur. Point de dyspnées; point de tendance aux lypothimies.

Le 24, le bruit de souffle est plus fort; il s'entend dans toute la région précordiale. Au niveau du mamelon l'oreille perçoit un leger bruit de râpe. saignée de 18 onces ; les douleurs deviennent atroces ; une nouvelle saignee est pratiquée le soir, mais une syncope qui survient ne permet de tirer que 8 onces de sang.

Le 25, même état. nouvelle saignee de 18 onces qui n'empêche pas les douleurs de s'aggraver au point qu'on est obligé de donner à la malade 2 ou 3 grains d'opium, comme on le faisait au reste tous les soirs précedens. Les jours suivans, la malade reste à peu près dans le même état, et de nouvelles saignées ne sont point pratiquées.

Le 1er avril, il y a on grand affaissement; la douleur de la région precordiale a augmenté; il y a 30 respirations par minute, et le soir 40; le pouls, irrégulier, bat 116 fois (20 sangsues sur la région du cœur.)

Le 5, un peu de délire: 44 respirations; toux fréquente; râle sibilant dans tout le côté droit; les douleurs articulaires, qui avaient un pen perdu de leur intensité, sont devenues très-vives dans les lombes, les poignets, les épaules, les coudes. (Saignée de 13 onces.)

Le 7, le bruit de souffle, qui avait offert une intensité variable depuis le moment de son apparition, a complètement cessé.

Le 9, on trouve dans le quart inférieur du côté droit, à la poitrine, le bruit respiratoire faible et le son un peu obscur; les douleurs articulaires ont cessé.

Le 10, la matité s'étend à tout du côté droit du thorax; quelques crachats rougeâtres et un peu visqueux sont rejetés. Agitation; selles involontaires; mort pendant la nuit.

AUTOPSIE 30 HEURES APRÈS LA MORT.

Articulations. Leur intérieur est blanc lisse; il s'en écoule une petite quantité de synovie visqueuse, jaunâtre, demi-transparente, sans odeur. Toutes les parties constituantes de ces articulations n'offrent aucune altération appréciable ni dans leur consistance, ni dans leur coloration, ni dans leur épaisseur.

Thorax. Une pinte de sérosité dans la plèvre droite. Le péricarde contient deux cuillerées à bouche de serosité citrine. Il n'y a ni rougeur, ni épaississement, ni fausses membranes dans la plus grande étendue de cette enveloppe; mais vers sa face postérieure on trouve quelques fausses membranes grisâtres, minces, de formation recente, et occupant environ un pouce et demi carré.

Le *cœur*, dans sa forme et son volume, n'offre rien de très-anormal; sur tout le pourtour de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche; on trouve de petites granulations du volume d'une tête d'épingle à un grain de millet, confluentes ou discrètes, grisâtres, assez dures. Les tendons fournis par la colonne charnue qui longe la paroi postérieure du ventricule, sont enveloppés par une matière molle, grisâtre, granuleuse, peu adhérente, friable. Il y a en outre, sur la partie de la valvule qui forme la paroi inférieure de l'oreillette, une véritable fausse membrane qui a 6 lignes, sa surface est très-adhérente et peu granuleuse. De ces deux productions se détache une masse qui fait une saillie de 10 lignes dans la cavité du cœur, molle, grisâtre, comme spongieuse au-dedans. Sur le bord libre des valvules aortiques existe un tissu grenu, grisâtre, forme par des granulations semblables à celles déjà decrites, sur l orifice auriculo-ventriculaire gauche, ressemblant assez bien aux choux-fleurs syphilitiques. On retrouve encore les mêmes granulations sur le pourtour de l'orifice auriculo-ventriculaire droit.

Nous avons rapporté cette observation avec détails afin de faire voir jusqu'où on peut porter la médication antiphlogistique et fournir un exemple de la saignée *coup sur coup*. Quant à la manière dont cette maladie s'est terminée, nous n'en parlerons pas ici. Nous laissons aux praticiens qui connaissent la valeur des évacuations sanguines et l'influence funeste qu'elles exercent sur l'économie lorsqu'on en abuse à juger de l'opportunité du traitement employé chez cette femme, et à déterminer si ce n'est pas à l'opiniâtreté avec laquelle il a été suivi que l'on peut attribuer la funeste terminaison de la maladie. Nous nous contenterons de rappeler à ceux qui auraient quelque doute à cet égard, les recherches qui ont été faites depuis bien des années, tant en France qu'en Angleterre, sur l'état anémique et sur la facilité avec laquelle s'opèrent les épanchemens et les métastases chez les sujets qui le présentent. Nous voulons faire ressortir ici quelques-uns des faits anatomiques que contient cette importante observation.

1° Bien que le rhumatisme articulaire fût ici des plus intenses, et que le traitement antiphlogistique n'ait exercé aucune influence sur sa marche, les articulations n'ont offert aucune trace non-seulement de suppuration, mais encore de l'inflammation la plus légère. Ce fait est d'un haute importance, car on a rarement l'occasion d'ouvrir des individus morts pendant la durée d'un rhumatisme articulaire aigu.

2° Bien que cette observation ait été recueillie avec soin; il n'est pas démontré pour nous que ces fausses membranes qui se terminaient sous la forme d'un gros polype, aient réellement dépendu de l'inflammation de la membrane interne du cœur. Nous serions même disposés à ne voir là qu'un de ces caillots de formation ancienne, ayant contracté quelques adhérences, comme cela se voit dans les maladies les plus différentes lorsque l'agonie a été long-temps prolongée. Au reste nous devons reconnaître que dans l'état actuel de la science qui est encore bien peu avancée sur ce point, il n'existe pas de moyen bien certain de distinguer ces caillots de formation mécanique ou passive, et la fausse membrane dépendant de l'inflammation. Le seul, à notre avis, qui ait quelque valeur doit être tiré de l'état de la membrane interne du cœur, et avec les connaissances bornées que nous avons aujourd'hui sur ce point, nous n'hésiterons point à affirmer qu'un caillot ou une fausse membrane quelle que fût d'ailleurs sa texture et son organisation, ne dépendrait pas de l'inflammation du cœur si la membrane interne de cet organe avait conservé son poli normal; voyons ce qui se passe dans les veines enflammées et appliquons le ici.

3° Quant aux végétations trouvées sur la plupart des orifices du cœur, il n'est point encore évident pour nous qu'elles dépendent de l'inflammation rhumatismale, d'abord parce qu'on les trouve fréquemment chez des sujets qui n'ont jamais eu d'affections rhumatismales, et surtout parce que, chez la femme qui fait le sujet de cette observation, elles offraient une dureté peu en rapport avec le peu de temps écoulé depuis le moment où elles avaient pu commencer à se développer. Nous pensons donc, d'après cette circonstance, que les granulations existaient antérieurement à l'attaque du rhumatisme, de même qu'on ne peut leur attribuer le bruit de souffle qui a paru dans le cours de la maladie, puisqu'il a cessé d'être entendu quelques jours avant la mort. Ne serait il pas d'ailleurs très-remarquable que les articulations qui ont été le siége de douleurs si atroces, n'aient présenté aucune altération, tandis que le cœur, qui n'a offert que quelques troubles fonctionnels peu importans, et qui dépendaient plutôt du traitement que de la maladie elle-même, eût été affecté aussi gravement.

CATALEPSIE SURVENUE DANS L'ÉTAT DE SANTÉ, et exempte de toute autre affection morbide; recueillie dans le service de M. Louis par M. Barth, interne.

Cette observation nous offre un cas si insolite, qu'il nous semble difficile de ne pas soupçonner quelque supercherie de la part de la femme qui en est le sujet. Cependant, comme les antécédens recueillis avec soin sur cette femme n'ont rien appris qui pût confirmer ce soupçon, nous allons l'analyser rapidement.

OBS. — Anne Lamotte, âgée de 42 ans, d'une bonne constitution, habitant Paris depuis 26 ans, et travaillant pendant l'ete dans les champs et à la contrue pendant l'hiver, n'a jamais eu d'autre maladie qu'une affection vermineuse, dont elle souffrit, il y a deux ans, pendant huit mois; elle affirme n'avoir jamais eu à cette époque, ni depuis, aucune perte de connaissance.

Le 14 juillet 1835, après avoir fait plusieurs voyages pour ramasser de l'herbe dans les champs, elle y retournait vers une heure du soir, éprouvant, sans cause connue, de la céphalalgie, et n'ayant mangé le matin qu'un peu de pain par l'absence d'appétit. Sur la route, le mal de tête l'engage à se reposer; elle s'endort et n'est retrouvée que le lendemain matin, puis apportée à la Pitié, 22 heures environ après le début de son assoupissement.

La physionomie parait naturelle, sans altération des traits; le corps est immobile et on ne trouve quelques mouvemens légers que dans les lèvres, les ailes du nez et le globe de l'œil, quand on relève les paupières qui sont abaissées et les parois thoraciques. Les mâchoires rapprochées ne peuvent être écartées que de quelques lignes. Quand on élève un bras ou les deux à la fois et qu'on les abandonne, ils restent dans toute espèce de position qu'on leur imprime, et s'y maintiennent indéfiniment, ou ne tendant que très légèrement et par de petites oscultations à s'abaisser sur le lit; il en est de même des deux membres inférieurs, qui restent tous les deux à la fois, ou separement, soulevés dans la position qu'on leur donne. Le tronc lui-même peut être redressé sans beaucoup d'efforts; et quand on place la malade sur son séant, les bras en l'air et les jambes soulevées, elle reste assise sur le sacrum et les ischions, dans la position la plus bizarre et la plus penible à conserver: seulement le tronc, par de légères oscillations, revient graduellement sur les oreillers.

Il y a absence complète de sensibilité des deux côtés du corps, sur la face, le col, le tronc, et les membres thoraciques et abdominaux. Tous les sens paraissent aneantis. La malade ne donne aucun signe d'intelligence; elle pousse de temps en temps quelques gémissemens très-faibles. Les battemens du cœur, la respiration et la température du corps n'offrent rien d'anormal. Des sinapismes sont appliqués à la partie interne des jambes et determinent bientôt des mouvemens et des cris; dans la soirée la malade recouvre entièrement la connaissance et ne présente plus, après avoir éprouvé une sueur abondante, aucun phénomène morbide.

IV. BULLETIN DE THÉRAPEUTIQUE.

DU TRAITEMENT DE L'INCONTINENCE NOCTURNE D'URINE CHEZ LES ENFANS.

L'auteur pense que cette incommodité, qui se rencontre si fréquemment même chez des enfans déjà grands et jouissant en apparence d'une bonne santé, provient exclusivement du relâchement du sphincter vésical. On l'observe en effet spécialement chez les sujets lymphatiques, scrophuleux, rachitiques.

Dans cinq cas que l'auteur dit avoir observés à l'hôpital des Enfans, l'incontinence d'urine était tout-à-fait indépendante des maladies dont étaient atteints les sujets. Le traitement employé a réussi chez quatre de ces sujets. Le cinquième a été retiré par ses parens avant que l'on eût pu lui faire subir le traitement convenable.

A la tête des moyens employés contre cette incommodité, on place en première ligne les bains. MM. Baudelocque et Guersent emploient le bain froid à la température de 18 à 12 degrés dans la saison convenable. Dupuytren avait une grande confiance dans le bain froid par immersion, qui lui était si utile dans le traitement de la chorée. Il lui suf-

fisait d'employer quatre ou cinq de ces bains pour triompher de l'incontinence d'urine la plus rebelle.

Dans la saison rigoureuse, on remplace les bains froids par les bains sulfureux ou les bains iodurés.

Underwood recommandait les bains de mer, et le professeur Lallemand préconise surtout les bains aromatiques. Voici comment ces derniers sont préparés. On jette de l'eau bouillante sur quatre ou cinq poignées de plantes labiées dites *aromatiques*; on couvre exactement; on laisse refroidir jusqu'à une température agréable; on ajoute un verre d'eau-de-vie en mettant l'enfant dans le bain; on le frotte, et on l'y laisse tant qu'il s'y trouve bien; en le retirant, on le couvre avec de la flanelle, et on l'habille chaudement. Ce n'est ordinairement qu'après huit ou dix bains qu'on observe un changement notable. Dix-huit et même trente sont quelquefois nécessaires pour obtenir une guérison complète. Après cinq ou six bains, on doit augmenter la quantité des plantes aromatiques et d'eau-de-vie; si le premier produit trop d'excitation, on met deux ou trois jours d'intervalle entre chaque. M. Lallemand affirme que, dans sa pratique, aucun cas d'incontinence d'urine idiopathique n'a résisté à ce traitement.

Parmi les autres moyens externes, on cite le cathétérisme proposé par Goulard et employé avec succès par M. Baudelocque à l'hôpital des Enfans. L'excitation produite par l'introduction de la sonde est des plus favorables; il suffit de l'introduire cinq ou six fois à trois ou quatre jours d'intervalle, pour remédier à l'incontinence.

Les ventouses sèches au périnée, les vésicatoires volans ou à demeure au scrotum, l'électricité galvanique, complètent la série des moyens externes.

A l'intérieur, on administre une foule de médicamens de la classe des toniques et des astringens, qui peuvent être utiles, mais dont aucun ne doit être considéré comme spécifique. Les préparations de cantharides et celles de noix vomique paraissent à l'auteur les seuls médicamens qui jouissent d'une efficacité incontestable. Les cantharides sont employées en poudre ou en teinture. Cette dernière préparation est administrée aux enfans entre cinq et dix ans, d'abord à la dose de sept à huit gouttes, qu'on peut ensuite porter graduellement jusqu'à un scrupule ou même un gros par jour. La dose de la poudre est d'un demi-grain à un grain chaque jour. Leiger employait la formule suivante.

Prenez : Poudre de cantharides,	6 grains.
Extrait de bourrache,	2 gros.

Partagez en 24 pilules, à prendre une chaque soir.

Cette dose lui suffisait dans la plupart des cas.

L'extrait de noix vomique proposé par M. Ribes, recommandé par M. Guersent et employé avec succès par MM. Mauricet et Mondière, peut être administré avec avantage sous la formule suivante.

Prenez : Extrait de noix vomique,	8 grains.
Oxide de fer noir,	1 gros.

Faites 24 pilules, à prendre trois par jour.

V. BULLETIN CLINIQUE.

RÉSULTATS AVANTAGEUX DE LA COMPRESSION DES PAROIS THORACIQUES DANS LES CAS DE PNEUMOPATHIE TUBERCULEUSE CIRCONSCRITE.

Cette tentative n'est pas la première qu'ait faite M. Piorry; il nous apprend qu'il y a trois ans il essaya deux fois la compression des cavernes tuberculeuses; mais dans ces deux cas le traitement ne fut pas assez longtemps prolongé pour qu'on pût, d'après ces deux faits seulement, porter un jugement sur cette médication.

La même tentative fut encore faite en 1834 et en ville sur une dame chez laquelle M. Piorry avait constaté une vaste matité, suite d'une induration pulmonaire au dessus de la face supérieure du foie. La compression fut exercée méthodiquement et au bout de peu de jours, les matières expectorées avaient diminué de quantité et étaient plus facilement excrétées; mais la malade ne voulut pas continuer le traitement.

Le sujet sur lequel M. Piorry désire spécialement attirer l'attention est en traitement depuis le 24 mars, et les résultats obtenus jusqu'ici lui paraisssent assez avantageux pour que l'on ne doive pas abandonner le traitement.

Obs. — Séguin, âgé de 40 ans, tailleur de cristaux, d'une forte constitution, n'avait jamais été malade. En 1832, il éprouva une douleur continue dans la partie antérieure et supérieure gauche de la poitrine; plus tard il eut des palpitations et de la dispnée; en août 1833, il eut un crachement de sang considérable. Depuis, la toux s'est manifestée accompagnée quelquefois de vomissemens de matière bilieuse. Le soir, il y avait des frissons suivis de chaleur et de sueurs noctures. Reçu à l'Hôtel-Dieu le 18 mars, il offrit l'état suivant : face pâle, amaigrissement peu avancé, matité marquée avec résistance au doigt au-dessus de la clavicule gauche, et s'étendant jusque sous le sternum; à l'auscultation on distingue sur ce point un ronchus humide très-large, qui, aussitôt que le malade tousse, se change en gargouillement très-fort. Le son de la poitrine en arrière et à gauche présente aussi de l'obscurité et on y trouve quelques râles humides; pectoriloquie sur le point où existe la matité. On ne trouve à droite rien d'anormal et les crachats sont puriformes, friables, nummulaires, et en quantité assez considérable (Deux onces par jour). Le pouls est fébrile et la respiration gênée.

Les premiers jours on n'employa que quelques moyens généraux qui n'eurent aucun effet satisfaisant. Les crachats étaient toujours abondans, les symptômes prenaient de l'accroissement et le malade dépérissait lentement.

Le 24 on pratique la compression au-dessous de la masse indurée à l'aide d'une pyramide formée avec des compresses pliées et d'une bande; et de trois courroies engagées dans des boucles et qui permettaient de graduer la compression à volonté. En peu de jours on arriva à refouler fortement les côtes en arrière, à déterminer une dépression sur le point comprimé. Lorsque la compression était exécutée, on entendait sur le point comprimé la respiration pure et sans mélange de ronchus; alors aussi il n'y avait pas de pectoriloquie.

Aussitôt après l'application de l'appareil, l'expectoration devint plus facile, les crachats devinrent de moins en moins abondans, et perdirent leur aspect puriforme. La respiration cessa d'être laborieuse, l'état fébrile du soir disparut, le facies prit un meilleur aspect et aujourd'hui, 4 mai, le malade est encore dans le service où la compression est continuée; il tousse et crache peu, n'a pas de dévoiement et paraît jouir d'une excellente santé.

Une autre observation analogue à celle-ci est encore rapportée par M. Piorry, et dans laquelle nous voyons une jeune dame supporter parfaitement et avec beaucoup d'avantages pour sa santé, l'application d'un appareil compressif sur le même point que chez le malade de l'observation précédente, pendant près d'un mois.

Tels sont les moyens de traitement que M. Piorry essaie en ce moment dans les cas de tubercules isolés, et les résultats qu'il a obtenus. Cette méthode présente certainement un grand nombre d'inconvéniens, et ne sera applicable, si elle réussit complètement, que dans un très-petit nombre de cas et dans ceux seulement où les efforts de la nature aidés d'un traitement hygiénique convenable ont quelquefois suffi pour amener une guérison inattendue. Avant de porter un jugement sur cette méthode, nous attendons de nouveaux faits; le zèle de l'auteur de ces expériences nous fait espérer qu'ils ne tarderont pas à se présenter.

TRAVAUX ACADEMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 11 JUILLET.

EXPÉRIENCES SUR LA TORPILLE.

M. Arago donne l'extrait d'une lettre qui lui a été adressée par M. Matteucci, et dans laquelle ce physicien expose le résultat des recherches de M. Linari et de celles qu'il a faites lui-même.

M. Matteucci commence par décrire l'appareil de M. Linari. « Le fil de cuivre dont se composait l'hélice de M. Linari était long de 577 mètres; de cette longueur il avait fait deux hélices droites et trois spirales planes carrées. L'une des hélices avait, dans son intérieur, un cylindre de fer doux, long de 0^m635 et de 0^m31 de diamètre. Tout ce système d'hélices était lié ensemble et terminé par deux lames d'argent munies d'un manche isolant. Il y avait enfin une interruption dans la portion du fil qui réunissait la dernière hélice avec une des lames d'argent, et les extrémités du fil, dans cette interruption, étaient plongées dans du mercure et bien amalgamées. L'expérience était disposée de la manière suivante : la torpille, essuyée, était posée sur une lame de verre, avec une des lames d'argent sur le dos et une sur le bas-ventre. On avait soin, pour obliger l'animal à se décharger, de l'irriter de temps en temps, en le frottant avec une des lames sur la queue et sur les branchies. Dans le même temps, un des bouts du fil plongé dans le mercure était soulevé légèrement et replongé ensuite. En renouvelant plusieurs fois de suite cette opération, M. Linari parvint à obtenir l'étincelle qui éclatait entre le mercure et le fil, sans tenir les deux extrémités du fil dans le mercure; il suffisait, pour observer l'étincelle, de les frotter ensemble après les avoir bien amalgamées.

» En opérant ainsi, M. Linari a pu obtenir d'une seule torpille jusqu'à dix étincelles de suite. Aucune différence n'a été observée dans la production de l'étincelle relativement à la grandeur, à l'âge et au sexe de l'animal. Malheureusement M. Linari ne parvint pas, avec les quinze torpilles qu'il eut vivantes à sa disposition, à déterminer précisément l'époque à laquelle l'étincelle éclate, c'est-à-dire si cela arrive lorsque le courant commence à circuler, ou lorsqu'il cesse. La décomposition de l'eau acidulée et l'aimantation durable dans des aiguilles d'acier furent obtenues constamment par M. Linari »

L'appareil de M. Matteucci ne différait de celui qui vient d'être décrit que par la longueur moindre du fil, qui n'était que de 500 mètres. Ce fil formait deux hélices, doubles toutes les deux et réunies; l'une était longue de 0m,44, et avait 0m,05 de diamètre; l'autre avait 0m,72 de longueur et 0m,03 de diamètre, et était pliée en fer à cheval. Dans l'intérieur des deux hélices, il y avait une barre cylindrique de fer doux. A l'aide de cet appareil, M. Matteucci obtenait constamment des étincelles très-brillantes avec un seul couple voltaïque plongé dans de l'eau de puits, et dont le zinc avait 0m,12 de côtés. L'interruption où l'étin-

celle éclatait était arrangée comme dans l'autre appareil ; la torpille était disposée comme il a été décrit. « J'ai commencé mes expériences, dit l'auteur, en tâchant d'obtenir l'étincelle sans recourir à l'appareil de Faraday. Deux larges lames elliptiques de laiton, à chacune desquelles était soudé un fil de cuivre dont les extrémités se réunissaient dans le mercure, étaient posées l'une sur le dos, l'autre sur le ventre de la torpille. Dans le même temps que j'irritais l'animal pour l'obliger à donner la décharge, j'avais soin de soulever et de replonger ensuite un des fils dans le mercure. Une grenouille préparée et posée sur un point quelconque de la torpille, m'indiquait par ses contractions le passage de la décharge.

» Des torpilles très-vivaces ont été sacrifiées pour obtenir l'étincelle de cette manière, et toujours inutilement. Si, au contraire, on fait passer la décharge de la torpille dans l'appareil que nous avons décrit, on est sûr, après quelques tâtonnemens, de voir éclater l'étincelle très-brillante sur le mercure. Une seule des hélices, celle pliée en fer à cheval, a suffi pour cela. Or, poursuit l'auteur, puisqu'on n'obtient pas l'étincelle en employant un fil très-court, et qu'au contraire on l'observe très-aisément avec les hélices décrites, il faut en conclure que l'étincelle arrive lorsque la décharge cesse, dans lequel cas le courant d'induction (extra-courant) vient s'ajouter au courant primitif. »

Les expériences pour étudier le développement des courans électriques ont été faites sur trente six individus que M. Matteucci est parvenu à se procurer successivement pendant un long séjour à Cesenatico. Un galvanomètre assez sensible, dont les extrémités étaient terminées en aiguilles de platine, enduites en grande partie de cire laque, a servi dans ces recherches.

« J'ai commencé, dit l'auteur, par déterminer la direction du courant, et j'ai trouvé que constamment il est dirigé du dos au bas-ventre. Le dos peut être regardé comme le pôle positif, et le bas-ventre comme le pôle négatif de son appareil. La décharge s'opère dans le même sens, lorsque l'une des aiguilles du galvanomètre touche le bas-ventre de l'organe gauche, et l'autre le dos de l'organe droit, *et vice versâ*. La déviation s'accroît dans le galvanomètre, si, au lieu de faire toucher les deux aiguilles de platine directement sur la peau de la torpille, on les place sur deux lames métalliques posées elles-mêmes sur les deux faces du poisson. On peut comprimer tant qu'on veut l'organe, sans parvenir jamais à en avoir un courant continu. On est presque sûr d'avoir la décharge si l'on force l'animal à se courber de manière à rendre concave le bas-ventre. Si on enlève la peau qui couvre l'organe, la déviation diminue d'intensité, sans cesser pourtant d'arriver constamment lorsque l'animal se décharge. Lorsque l'animal ne se décharge pas, il est impossible de trouver dans aucune partie de l'organe la moindre trace de courant électrique : la déviation manque encore lorsque les deux extrémités du galvanomètre touchent dans le même temps le dos ou le bas-ventre du poisson. Si de trois troncs nerveux qui en partant du cerveau pénètrent dans l'organe, on coupe les deux extrémités, la décharge continue encore. Elle cesse à l'instant si l'on coupe celui du milieu. L'organe de l'autre côté, que l'on a laissé intact, continue à fonctionner.

SÉANCE DU 18 JUILLET.

LARVES SE NOURRISSANT SUR LE MÉLÈZE.

M. Vallot adresse de Dijon une note sur ce sujet.

Pendant l'été, on voit sur les feuilles du mélèze une grande quantité de petits flocons blancs, recouvrant tantôt une larve, tantôt des œufs agglomérés. Outre ces flocons, on peut, pendant les mois de juin et de juillet, remarquer sur les mêmes feuilles de petits points noirs qui, examinés à la loupe, offrent des larves hexapodes, les unes en apparence privées de vie, et les autres se mouvant lentement. Les larves laissent échapper de la partie postérieure de leur corps une gouttelette de liqueur sucrée et transparente : ne serait-ce pas là, demande M. Vallot, la source de l'opinion de certains naturalistes qui attribuent la transsudation de la manne des jeunes pousses de mélèze à la présence d'un puceron appelé *aphis laricis* ?

Pendant tout le temps que les mélèzes sont privés de feuilles, on peut remarquer, soit dans les germes des jeunes rameaux, soit à la base ou dans l'aisselle des bourgeons, de petits corps noirâtres ridés qu'on reconnait à la loupe pour des insectes. Ce sont en effet des femelles aptères fécondées, pourvues de deux antennes et de six pattes. A la fin de mars, leur volume augmente, et à peine les feuilles se sont-elles développées qu'elles y pondent des œufs dont l'agglomération offre des masses grisâtres. Ces œufs sont retenus chacun par un filament. Après la ponte, les femelles meurent ; bientôt les œufs éclosent et les petits se répandent sur la face supérieure des feuilles où ils apparaissent comme de petits points noirs. Vers le milieu d'avril ou le commencement de mai, une partie de ces larves deviennent immobiles et se présentent comme de petits corps verdâtres sur la feuille jaunie en cet endroit ; ce sont des larves dont les unes présentant une bordure noire principalement autour du rudiment des ailes, donnent des mâles ailés, et dont les autres n'offrant point ce caractère donnent des femelles aptères.

Le mâle a quatre ailes. M. Vallot ignore si les femelles n'en prennent pas quelquefois comme cela a lieu pour les pucerons.

Les antennes ont quatre articles, dont le premier est de beaucoup le plus gros, et dont le dernier est pourvu de deux soies.

Les tarses, composés d'un seul article, sont pourvus de deux crochets ; la jambe est terminée par un prolongement sur lequel l'insecte s'appuie en marchant.

Les femelles écloses au mois de mai ne tardent pas à pondre ; leurs œufs agglomérés sont recouverts par un duvet blanc, dont les masses, très-abondantes sur les feuilles, se déposent facilement sur les vêtemens des personnes qui approchent les mélèzes.

Au mois d'août on ne voit plus de ces insectes ; les femelles, très-petites, se retirent à la base des boutons ou dans les gerçures de l'écorce ; elles y restent immobiles jusqu'au printemps suivant, époque à laquelle elles grossissent et pondent comme il vient d'être dit.

La présence de ces insectes sur le mélèze ne parait pas nuire d'une manière notable à ces arbres.

M. Vallot pense qu'ils doivent former parmi les hémiptères un genre nouveau, pour lequel il propose le nom d'adelge du mélèse, *adelges laricis*.

— M. Serres met sous les yeux de l'Académie la première planche d'un nouveau genre d'infusoires qu'il a découvert, et indique les circonstances dans lesquelles on peut l'obtenir. Il exposera prochainement les résultats de ses observations à ce sujet.

HISTOIRE DU GUACHARO.

M. Lherminier adresse de la Guadeloupe un guacharo adulte empaillé, un jeune guacharo conservé dans la liqueur, et un flacon renfermant la graisse obtenue des oiseaux pris au nid, et dont on se sert comme d'huile pour l'usage de la cuisine, ou pour alimenter des lampes. M. Lherminier avait envoyé à ses frais un voyageur à la Côte-Ferme pour se procurer ces différens objets ; mais cette première expédition fut presque sans résultats ; du moins il fut impossible d'obtenir des individus adultes, malgré les nombreux coups de fusil qu'on tira sur ces oiseaux à leur sortie de la caverne Caripe, où, comme on le sait, ils passent la journée attendant l'entrée de la nuit pour aller chercher leur nourriture. M. le docteur Bauperthuy qui visitait alors la province de Cumana, et qui s'intéressait au succès des recherches de M. Lherminier, voulut tenter à son tour la chance ; mais il s'y prit autrement. A l'heure où les guacharos quittent leur repaire, il plaça à l'entrée de la caverne, dans le point le plus rapproché de la voûte, trois Indiens armés de longs roseaux, et leur enjoignit de battre entièrement l'air. D'abord, les guacharos effrayés par le bruit des roseaux, ne voulaient plus sortir ; ils volaient du fond vers l'ouverture, et de l'ouverture vers le fond, en se tenant toujours dans les parties les plus élevées de la voûte ; enfin, ils franchirent le passage, et après bien du temps et force coups de roseaux, trois de ces oiseaux furent ainsi abattus.

L'individu qu'envoie aujourd'hui M. Lherminier est un des trois qui furent le produit de cette chasse. Il fait remarquer que le plumage est le même que celui de l'animal qu'il avait adressé à l'Académie en 1824, conservé dans l'alcool ; il ne porte qu'une dent à la mandibule supérieure et présente quelques poils aux pieds.

Quant aux jeunes guacharos que M. Lherminier observait pour la première fois, voici ce qu'ils lui ont présenté. Leur plumage ne diffère pas de celui de l'adulte, non plus que leur appareil digestif, toujours remarquable par son ampleur, par l'égal volume des deux lobes du foie, et le grand développement de la vésicule biliaire qui était, ainsi que ses canaux excréteurs, tendue par une bile verte très-abondante. Le gésier était généralement vide : un seul renfermait des semences que M. Lherminier croit appartenir à un palmier ; aucun d'eux ne présentait le plus petit débris d'insectes. Leur sternum est composé de trois pièces alimentaires comme celui des jeunes engoulevents.

Tous étaient remarquables par l'abondance de leur graisse, surtout au ventre, autour du bassin et dans les replis du mésentère ; le panicule adipeux n'avait pas moins de trois à quatre lignes d'épaisseur ; cependant ces individus qu'on avait essayé de nourrir après les avoir abattus du nid, étaient morts après avoir été soumis à une alimentation qui ne parait pas leur convenir, et qui ainsi équivalait presque à un long jeûne.

M. de Humboldt avait déjà signalé l'impossibilité d'élever de jeunes guacharos. M. Beaupertbuy a constaté la vérité de cette assertion. Sur dix jeunes individus qu'il a nourris huit sont morts dans les deux premiers mois, deux seuls ont atteint trois mois. Ils sont, dit M. Bauperthuy, chargés d'une graisse si fluide qu'elle transsude quand on les manie.

L'aliment qui paraissait le mieux convenir à ces oiseaux, c'était la figue banane coupée en quartiers ; mais ils n'ouvraient pas le bec pour la recevoir, et il fallait la leur entonner. Le guacharo nourri en cage est triste, et se tient la queue relevée et le bec à terre ; quand on l'approche il recule dans cette position. Si on le touche, il pousse des cris aigus extrêmement désagréables, mais qu'on a eu tort de comparer au cri du chat. Pendant le jour le jeune captif cherche les lieux sombres et s'y tient collé ; vers le soir il semble sortir de son apathie, il parcourt sa prison en criant et en agitant ses ailes. Attaqué, il ne se jette point sur le dos pour se défendre comme font les chouettes, mais il cherche à frapper du bec. M. Beauperthuy ne l'a point vu chercher à grimper, et quand il marche, c'est avec difficulté, en imprimant à son corps des mouvemens latéraux.

La chair du jeune guacharo est tendre, agréable au goût, et à peu près de même saveur que celle du pigeon. La graisse, légèrement salée et conservée dans une calebasse bien bouchée, a été trouvée encore, après trois mois, parfaitement limpide, inodore, d'un goût qui rappelait celui de la graisse de jambon, mais plus délicate.

Quant aux graines trouvées dans le jabot des oiseaux pris au nid, graines auxquelles les Indiens attribuent de grandes vertus médicales, elles appartiennent à divers végétaux, et particulièrement à un qu'on désigne dans le pays sous le nom de mataca. Ce sont des semences obrondes, d'odeur aromatique, que l'animal rejette par régurgitation quand il les a dépouillées du péricarpe charnu dont il se nourrit.

Les Indiens ont dit à M. Bauperthuy qu'on trouve également des guacharos dans plusieurs cavernes situées au nord-est.

M. de Humboldt s'était avancé dans la caverne de Caripe jusqu'à 500 mètres environ de l'ouverture. En ce point, la caverne est barrée à sa partie inférieure ; l'obstacle n'était pas insurmontable, et le savant voyageur se préparait à le franchir : mais ses gardes effrayés refusèrent de le suivre. Un officier italien, M. Codazzi, a depuis exploré la même caverne, et il a inséré la relation de son voyage dans le *Courrier de Venezuela*. Ses guides plus aguerris l'accompagnèrent aussi loin qu'il le voulut, et ils parcoururent une distance qu'il évalue à plus de 1,200 mètres. M. Baupertbuy, qui depuis a tenté la même entreprise, croit avoir pénétré encore plus avant. M. Lherminier donne un extrait de la relation de ce dernier voyage, et adresse une traduction entière des articles du *Courrier*, dans lesquels M. Codazzi a donné le tableau un peu brillante de son excursion.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 19 juillet. — Présidence de M. Louyer-Willermay.

Cette séance a été presque en entier consacrée au scrutin pour l'élection d'un membre dans la section de pathologie chirurgicale.

Les candidats étaient, ainsi que nous l'avons déjà dit : MM. Bérard, Blandin, Gerdy, Jobert et Malgaigne.

Sur 119 votans, M. Blandin a obtenu 81 suffrages ; M. Gerdy 20 ; M. Bérard 8 ; M. Jobert 5, et M. Malgaigne 4.

M. Blandin est nommé.

— Pendant le scrutin, un médecin étranger à l'Académie a lu un mémoire sur l'acarus comme cause de la gale. Nous en rendrons compte à l'occasion du rapport.

— A quatre heures, comité secret pour les rapports sur les mémoires envoyés pour les prix.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

OBSERVATION D'UNE TUMEUR FIBREUSE DÉVELOPPÉE DANS LES PAROIS DE L'UTÉRUS, CHEZ UNE FEMME ENCEINTE ; ACCOUCHEMENT TRÈS-DIFFICILE ; MORT ; QUELQUES RÉFLEXIONS SUR LA FORMATION DES TUMEURS FIBREUSES, ET SUR LES OBSTACLES QU'ELLES PEUVENT APPORTER A L'ACCOUCHEMENT; par M. MAGISTEL, D.-M. P. (1).

OBS. — Madame Bourgogne, demeurant rue des Saussayes, n° 11, âgée de 43 ans, d'une constitution lymphatique, a eu deux enfans qui sont morts en bas âge. Elle fut prise, il y a environ un an, d'une perte utérine qui se continua pendant un mois et demi, et pour laquelle elle me consulta. Je l'avais perdue de vue depuis quelque temps, lorsqu'elle vint m'annoncer que sa perte avait disparu, et qu'elle se croyait enceinte. Son ventre était déjà volumineux et, croyant la chose possible, je lui conseillai d'éviter tout ce qui pourrait amener une fausse couche. Je la revis dans le mois de novembre dernier, le ventre avait alors un volume énorme ; il y avait lieu de croire qu'elle portait deux enfans dans son sein ; elle se plaignait d'une sensation douloureuse dans les reins et dans le bas ventre. On sentait une tumeur molle qui tendait à faire hernie au-dessous de l'ombilic, tumeur que je pensai formée par le siége d'un fœtus, et qui disparut au bout de peu de jours. Une tête se sentait au travers des parois de l'abdomen dans le côté droit. Des envies d'uriner continuelles, fatiguaient madame Bourgogne, et elle n'avait pas un instant de sommeil.

Ses souffrances augmentaient encore depuis plusieurs jours lorsque, le 7 décembre 1836, des douleurs d'enfantement se manifestèrent.

Je pensais qu'elle n'accoucherait que le lendemain ; le col utérin se dilatait avec peine : je sentais quelque chose de mou qui m'annonçait une position vicieuse, sans que je pusse toutefois bien constater cette position. Enfin je pus m'assurer que le fœtus présentait la région lombaire gauche ; s'il y avait deux enfans, les têtes devaient être probablement petites. Les parties externes étaient dans un état convenable. J'avais déjà accouché madame Bourgogne en 1832, et je n'étais pas inquiet sur la terminaison de ce nouvel accouchement.

A onze heures du soir la poche des eaux se rompt tout à coup, et un long cordon ombilical s'échappe avec plusieurs pintes de sérosité. Les pulsations étaient insensibles, et je savais que la mère tenait à la conservation de son enfant plus qu'à sa propre vie. Je dus, en conséquence, terminer l'accouchement sans aucun retard. Les deux pieds sont bientôt amenés au-dehors, mais la tête s'enclave supérieurement. Je réussis à la dégager ; au détroit inférieur, au lieu de suivre le mouvement de spirale exécuté par le corps, cette tête reste placée transversalement, et ce n'est qu'après des efforts que je puis l'amener en première position ; à droite, dans le bassin, je sens un corps volumineux et résistant qui s'oppose à la sortie de la tête de l'enfant. L'emploi du forceps devient nécessaire, mais malgré une grande promptitude, je ne retire qu'un enfant mort. Le placenta vient bientôt et la matrice, bien qu'elle ait une dureté remarquable, conserve un volume extraordinaire. Était-ce un second enfant ? Le docteur Nicolas qui l'examine avec moi, ne reconnait aucun bruit placentaire. Ma main introduite dans la cavité utérine, en trouve les parois libres, et rencontre à droite une tumeur anormale.

Malgré toutes les précautions possibles, la mère s'aperçut que son enfant était mort. Elle se livra à des accès de désespoir, de colère même, qui me firent présager une métro-péritonite. Le docteur Andral père vit la malade le lendemain, et porta un fâcheux pronostic. Nous eûmes recours aux antiphlogistiques, à de nombreuses applications de sangsues, aux opiacés, etc. ; le professeur Velpeau conseilla les frictions mercurielles, le calomel et l'opium à l'intérieur, des bains ; les douleurs ne purent être calmées, et au huitième jour de la métro-péritonite, la malade succomba.

AUTOPSIE.

L'ouverture de l'abdomen donne lieu à l'écoulement de deux grands verres de sérosité purulente ; il n'existe pas de fausses membranes ; les intestins ne sont pas agglutinés, mais leur muqueuse est rouge lie de vin ; la partie inférieure du rectum offre un bourrelet hémorroïdal gros comme un œuf de poule ; les traces d'insertion du placenta se remarquent à la partie supérieure du côté droit de l'utérus. Les parois de l'utérus ont au moins six lignes d'épaisseur à gauche, et à la partie moyenne, dans son propre tissu, est une loge contenant une tumeur du volume du poing, une incision permet de la détacher facilement par énucléation ; son tissu est squirreux, lardacé, crie sous le scalpel. Quelques rudimens de loges analogues à celle qui la contient, existent dans son voisinage. La paroi utérine a acquis autour d'elle plus de quinze lignes d'épaisseur.

(1) Un rapport a été fait sur cette observation, à l'Académie de médecine, par M. Espiaud, dans sa séance du 12 juillet.

L'observation précédente me paraît remarquable sous plusieurs rapports ; nous avons :

1° L'exemple d'une grossesse survenue pendant une métrorrhagie ;

2° Le développement d'une tumeur fibreuse dans le tissu propre de l'utérus ;

3° Un accouchement des plus laborieux ;

4° Une métro-péritonite qui a emporté l'accouchée malgré les soins les mieux entendus.

Jetons un coup d'œil sur ces divers points de pathologie.

S'il est admis que les femmes peuvent concevoir pendant l'écoulement menstruel, il est moins facile d'admettre que la conception, qui est une fonction naturelle, puisse avoir lieu tandis que l'utérus est sous l'influence morbide d'une hémorrhagie. Il paraîtrait assez peu probable que l'état inflammatoire ou asthénique qui peut y donner lieu ne troublât pas les fonctions de la matrice, et que le mouvement électrique qui va porter le principe de la vie dans un des corps des ovaires, pût être communiqué jusqu'à ces organes. Il semble que les vaisseaux qui donnaient du sang, devaient en donner davantage à mesure que l'utérus prenait du développement. La fécondation l'a fait disparaître pour toujours, et a donné un nouveau mode de vitalité aux organes de la gestation.

On cite un grand nombre d'exemples de grossesses qui ont atteint leur terme malgré la présence de polypes situés soit en dedans, soit en dehors des parois utérines. Les corps fibreux rencontrés dans leur tissu en pareille circonstance, sont plus rares, surtout dans le centre de ce tissu. Un polype vésiculeux situé dans l'utérus peut ne pas gêner l'accouchement. L'ouvrage de madame Boivin et de M. Dugès (1) en contient quelques observations ; mais, comme l'observent ces auteurs, et avec eux M. Capuron, il est rare que la grossesse arrive à sa fin et que l'avortement ne soit pas occasioné par une hémorrhagie ou tout autre accident. Situés en dehors de l'utérus, tous les corps qui s'y seront développés gêneront beaucoup moins et la gestation et la parturition, puisque leur accroissement aura lieu en dehors. Il n'en sera pas de même du corps fibreux formé dans le tissu utérin, et surtout au milieu de son épaisseur : par son immobilité il devient plus nuisible que s'il était situé dans la cavité utérine. Chaussier montra à la Faculté de médecine un cas analogue à mon observation. L'accouchement présenta les plus grands obstacles ; la mère et l'enfant moururent (2). Pendant le travail de l'accouchement, ces tumeurs amèneront toujours des accidens ; les positions du fœtus seront généralement vicieuses. Chez madame Bourgogne, la tumeur avait dû faire dévier la tête, et obliger le fœtus à se présenter par le travers. Si elle eût été située à la partie supérieure de la matrice, peut-être il n'en eût pas été ainsi. Lorsque ces corps fibreux ne peuvent pas être déplacés, en résistant à la tête de l'enfant ils disposent à diverses inflammations (3). Enfin ils peuvent apporter un obstacle invincible à la sortie naturelle de la tête.

Deux observations à l'appui de ce fait sont citées par M. Dugès (4). Après l'accouchement, dans le cas même où le fœtus est sorti sans accidens, ces tumeurs s'opposent à ce que les parois utérines reviennent sur elles-mêmes, et l'accouchée peut périr d'hémorrhagie comme l'ont vu Chaussier (5) et d'Outrepont (6). J'ai dit que les productions anormales de la matrice faisaient presque toujours prendre une position vicieuse aux enfans. Les difficultés que l'accouchement de madame Bourgogne a présentées, en ont été le résultat. La sortie prématurée du cordon ombilical, et l'obligation d'opérer la version, n'auraient entraîné aucun accident, si le corps fibreux qui ne pouvait être repoussé n'était venu s'opposer à la marche de la tête du fœtus, et gêner considérablement l'application du forceps. Il est probable que cette femme eût pu vivre longtemps, si elle ne fût pas devenue enceinte, car les productions fibreuses restent plus longtemps stationnaires, lorsqu'elles sont situées dans le centre du tissu utérin, que lorsqu'elles se rapprochent de ses parois libres (7).

La métro-péritonite a présenté cela de particulier, qu'il ne s'est pas for-

(1) Maladies de l'utérus, p. 355 et suiv.

(2) Bulletins de la Faculté, t. 3, p. 300.

(3) Velpeau, Accouchemens, p. 653.

(4) Dugès et Boivin, p. 521.

(5) Chaussier, l. c.

(6) D'Outrepont, Archives de médecine, mai 1830.

(7) Andral, Précis d'anat. path., p. 683.

La pièce d'anatomie pathologique dont il est ici question, a été examinée en particulier par mon confrère et ami M. Malgaigne, et par plusieurs autres médecins.

mé de fausses membranes dans l'abdomen, que la douleur n'a pas cessé un instant, que le ventre n'était pas beaucoup météorisé. Le chagrin que madame Bourgogne a éprouvé en voyant son enfant mort, a été la cause déterminante des accidens consécutifs auxquels elle a succombé. Les manœuvres de l'accouchement n'avaient point été assez pénibles pour entraîner seules un pareil résultat.

BIBLIOGRAPHIE.

NEUF ANNÉES A CONSTANTINOPLE, ou observations sur la topographie de cette capitale, l'hygiène et les mœurs de ses habitans, l'islamisme et son influence; la peste, ses causes, etc.; la non-contagion de cette maladie; les quarantaines et les lazarets; par A. BRAYER, D.-M. P. (1).

Nous avons inséré il y a quelque temps (voir notre numéro du 23 janvier dernier) un extrait d'un ouvrage fort intéressant intitulé: *Neuf années à Constantinople* et nous tenons aujourd'hui la promesse que nous avons faite à nos lecteurs, de revenir un peu plus en détail sur cette importante publication. Nous passerons rapidement sur le premier volume, presque entièrement rempli de descriptions topographiques et de tableaux anecdotiques, bien plus goûtés du public ordinaire que les dissertations de la seconde partie de l'ouvrage, mais qui ne sont pas assez de notre domaine pour que nous nous y appliquions de préférence.

Cette première partie sert pourtant d'introduction nécessaire et attrayante aux tableaux de douleur qu'entraîne un sujet comme celui de la peste, et aux preuves de non-contagion que l'auteur a rassemblées dans ses derniers chapitres. Quiconque lirait une partie sans l'autre, ne pourrait juger sainement les grandes questions agitées dans ce livre; et les descriptions topographiques du premier volume, par exemple, les études qu'il renferme sur les mœurs et les habitudes religieuses des musulmans, indiquent au praticien éclairé les causes physiques et morales qui influent en temps de peste sur la mortalité de la population turque; on peut tirer les mêmes enseignemens des chapitres qui traitent de l'hygiène particulière de chacune des nations qui habitent Constantinople.

M. le docteur Brayer, dans son premier chapitre du volume spécialement consacré à la peste, passe en revue et expose avec impartialité les opinions des principaux écrivains qui, depuis Moïse jusqu'à nos jours, ont eu occasion de s'occuper de ce fléau. Les uns, comme Fracastor, qui appela le premier, en 1546, l'attention de l'Europe sur la contagion dans l'acception qu'on lui donne aujourd'hui, ou comme Massaria, dans son Histoire de la peste de Vienne en 1576, poussent jusqu'à l'extrême, soit par conviction, soit dans des vues politiques, la terreur de la contagion; les autres ne s'occupent que des causes présumables de la maladie et de ses divers traitemens; quelques-uns pensent qu'elle n'est contagieuse que dans telles circonstances données, et par contact immédiat seulement; quelques autres enfin s'élèvent hautement contre l'admission d'un principe contagieux quelconque, et, comme l'auteur, rangent la peste au nombre des épidémies ordinaires. Il est curieux de voir, dès 1777, Stoll prononcer hardiment ces paroles: « Celui qui nierait la contagion de la fièvre la plus maligne, de la » peste, qui assignerait à cette maladie une cause épidémique s'appli- » quant également à tous les individus, mais ne produisant pas son ef- » fet sur tous; qui ferait dépendre cette cause de la saison de l'année » et d'une constitution atmosphérique propre à favoriser plus puissam- » ment que dans beaucoup d'autres années la naissance des maladies » septiques, plutôt que d'un ballot de laine ou d'une lettre apportée » d'un pays lointain désolé par ce fléau; celui-là, dis-je, avancerait » un paradoxe; mais en même temps, quelle vérité il énoncerait, et » quel service il rendrait dans ces temps de calamité! Il trouverait à » l'appui de son opinion, dans les auteurs qui ont écrit sur la peste, » même dans ceux qui pensent différemment, des preuves qui ne pour- » raient être contestées, à moins d'être entraîné par l'amour du mer- » veilleux à nier l'existence des causes familières à notre portée. »

Les observations faites pendant l'expédition d'Égypte par les célèbres professeurs Desgenettes et Larrey, les opinions de M. Pariset, de Clot-Bey et de M. Broussais sont également et succinctement rapportées; mais les pages les plus curieuses de ce chapitre sont peut être celles où l'auteur nous raconte, toujours à propos de la peste, les idées et les suppositions des diverses populations de Constantinople, les indigènes comme les étrangers.

Le chapitre suivant, sous le titre d'*Aperçu sur la peste*, est un tableau presque amusant, dans un sujet qui semble pourtant si sombre, du mouvement qui anime la capitale de la Turquie et les rives du Bosphore aux approches de la belle saison. Les beautés du printemps, le départ pour la campagne, les petites intrigues des femmes pour hâter ce moment désiré, les bruits de peste prématurés répandus dans le même dessein, le règne successif du sirocco et de la tramontana, les proverbes des habitans relativement à l'apparition de la maladie, l'arrivée des convois de la Méditerranée et l'activité des douanes, la chaleur extrême des jours caniculaires et l'explosion de la peste, tout cela est raconté avec intérêt et rapidité.

Puis vient le détail des précautions prises par les légations franques, le clergé, les médecins, les négocians, les pirates, et à la suite celui des imprudences innombrables commises par ces mêmes classes d'habitans; point de police sanitaire à Péra ni à Constantinople. L'insouciance, la résignation des Musulmans en temps de peste forment un contraste frappant avec la peur exagérée et l'égoïsme des Francs, et nous recommandons au lecteur les anecdotes qui terminent ce chapitre.

Sous le titre de *Maladies et accidens qui simulent la peste et sont pris pour elle*, M. Brayer nous donne dans un quatrième chapitre, vingt-trois observations de maladies très-graves mises sur le compte de la peste par les gens du pays, par les femmes surtout, qui se croient plus habiles que les médecins eux-mêmes à reconnaître le fléau. Ces observations sont fort curieuses pour un pays où il est difficile de s'en procurer, où les maladies sont généralement plus compliquées que dans nos climats, et où elles affectent presque toujours, en temps de peste, quelques-uns des symptômes qui caractérisent cette épidémie. Tantôt c'est une apoplexie foudroyante considérée comme une attaque de peste cruelle; tantôt ce sont des empoisonnemens et des avortemens, soit criminels, soit accidentels, dont on ne se donne pas la peine de rechercher les causes; des indigestions amenant des gastro-entérites exaspérées, des gastrites suraiguës accompagnées d'exanthèmes. Nous devons citer les observations suivantes comme les plus instructives. La quatorzième est une métro-péritonite de la plus grande intensité, avec bubon exaspéré, abcès dans le corps de la matrice, cachexie cancéreuse commençante, et dont le docteur Brayer vint à bout après six semaines de traitement; la seizième, dans laquelle on voit la fièvre jaune et la peste dans la même famille; la dix-septième, où une fièvre intermittente pernicieuse gastro-cardiaque devient mortelle par la négligence des parens à faire prendre le sulfate de quinine et apposer des sangsues; la dix-huitième, personnelle à l'auteur, qui se trouve atteint du choléra-morbus après avoir couché dans la chambre d'une pestiférée; enfin la dix-neuvième, très longue et très-compliquée, où l'on voit la malade tour à tour livrée aux sudorifiques et aux purgatifs, puis aux antispasmodiques et aux toniques, puis aux antiphlogistiques, selon que les médecins consultans faisaient triompher leurs opinions. Cette observation est encore très-intéressante comme peinture de mœurs, et met à jour les intrigues usitées dans le pays parmi les médecins pour décréditer leur rivaux, aux dépens même de la santé de leurs cliens. Quelques pages sur les maladies mal traitées par les médecins de toutes les nations, et une dernière observation, qui montre la peste prise à son tour pour un érysipèle phlegmoneux, terminent ce quatrième chapitre.

Nous arrivons ensuite aux observations de vraie peste, et quoique l'auteur commence par nous déclarer qu'il est presque impossible d'en obtenir de complètes, parceque les médecins à Constantinople et à Péra risqueraient de perdre leur clientelle s'ils soignaient des pestiférés, il a réuni vingt-huit observations presque toutes recueillies par lui-même. Il reconnaît dans la peste quatre variétés bien distinctes: l'inflammatoire, la bilieuse, la nerveuse, l'intermittente; et dans chacune de ces variétés elle peut se montrer bénigne, maligne, cruelle. Dans les trois observations de peste inflammatoire, il y a une mort et deux guérisons; dans les cinq de peste bilieuse, deux guérisons et trois morts; dans les trois de peste nerveuse, toutes ont été mortelles, et l'on comprend en effet que la terreur qui accompagne ordinairement les symptômes de ce cruel fléau agit plus violemment sur les tempéramens nerveux que sur les autres et doit les emporter plus rapidement. Il n'y a qu'une observation de peste sous forme intermittente, peu grave, qui n'amena aucun accident fâcheux. Six autres observations rapportent des accidens de peste occasionnés par des causes diverses, comme par indigestion, accès de colère, chagrin, frayeur, désespoir; et presque toujours la maladie éclate violemment et entraîne la mort. Les dix der-

(1) 2 vol. in-8°; prix 16 fr. Chez Bellizard, Dufour et comp., rue de Verneuil, n° 1 bis.

nières observations du chapitre forment un appendice sous le titre de : *Auræ pestilentiales minores et majores.* M. Brayer a cru devoir donner ce nom à une variété de peste plus bénigne que l'épidémie ordinaire, et peu observée jusqu'ici, mais dont les suites sont cependant quelquefois mortelles ; presque toute la population se trouve plus ou moins sous son influence quand les brouillards épais et les chaleurs cuisantes qui l'amènent paraissent sur les rives du Bosphore ; elle est ordinairement accompagnée de petits bubons durs, de furoncles noirs et de pustules.

Après avoir pour ainsi dire esquissé la peste à grands traits dans la première moitié du volume, l'auteur reprend dans le chapitre VI le tableau complet de cette maladie, et en étudie en détail les causes, le début, les symptômes, la marche, le traitement, la durée et les résultats. Nous ne pouvons entreprendre d'analyser dans un si court espace cent pages toutes pleines de faits et de raisonnemens parfaitement liés entre eux, et nous sommes forcés d'y renvoyer le lecteur.

Le début de la maladie est généralement rapide ; les yeux étincelans, le regard fixe, féroce, comme hydrophobique, l'altération prompte et inusitée des traits du visage, sont les symptômes les plus caractéristiques de la peste. Les bubons que l'on retrouve aussi dans plusieurs autres maladies, sont si communs dans la peste, qu'ils en sont considérés, avec raison, comme à peu près pathognomoniques. « J'ai cherché, dit M. Brayer, » à me rendre compte des causes qui, chez les pestiférés, rendent les » bubons si fréquens, quelquefois si soudains et si gros. Je ne me flatte » pas de les avoir trouvées ; cependant ne pourrait-on pas en accuser la » chaleur du climat pendant six ou sept mois de l'année, surtout pendant les jours caniculaires ; la quantité de vêtemens que portent les » hommes et les femmes musulmans et rayas ; la fatigue de la marche » dans une ville située sur sept collines et dans les campagnes montueuses des environs ; mais principalement l'usage fréquent des bains, » pendant lesquels la peau est stimulée par le degré de chaleur qui règne dans l'etuve, froissée péniblement par le massage, irritée douloureusement par des frictions long-temps prolongées, faites avec un gant » de crin sur toute la surface du corps, particulièrement à la partie interne des bras et des cuisses, tout cela accompagné de lotions chaudes avec l'étoupe et le savon de Candie ? Quoi de plus propre, en effet, à participer à toutes les irritations internes, à les révulser même » en certains cas, que les glandes et le tissu cellulaire vivace, extensible, qui environne les articulations scapulo-humérales, coxo-fémorales, le plus fréquemment exercées du corps humain ? La peau des » peuples méridionaux, si moelleuse dans son tissu, si constamment » halitueuse et si perméable, celle surtout des Orientaux, possède un » degré de susceptibilité inconnu en Europe. »

A propos des signes précurseurs de la peste, de son diagnostic et de son pronostic, l'auteur explique toutes les peines qu'il s'est données pour recueillir des notions exactes, et malheureusement il a trouvé tant de contradictions dans les faits et les raisonnemens allégués, qu'il s'est vu forcé de s'en rapporter à ses propres observations. Il a eu de longues conversations avec les *prêtres de la peste*, comme on les nomme, ou les directeurs des hôpitaux pour les pestiférés, et il s'est assuré qu'une véritable piété, une grande confiance en Dieu, mais aussi une aveugle routine, étaient leurs seuls guides dans l'accomplissement de leurs nobles fonctions ; ils ne suivent aucune méthode raisonnée, ne font aucune observation, et d'ailleurs le manque presque total d'instruction médicale leur en ôterait les moyens.

Le traitement préservatif rationnel, l'isolement, les préservatifs vulgaires, empiriques, scientifiques, l'épisode du baron de Rosenfeld, qui sacrifia sa vie au désir de trouver un remède efficace au fléau, le traitement curatif rationnel et vulgaire, les complications, la convalescence, les reliquats de peste et les cicatrices douloureuses, les guérisons spontanées, la durée de la saison morbide et la recrudescence de la maladie, son type et sa transformation, enfin la mortalité suivant l'âge, le sexe, le tempérament, la religion et les professions, forment autant de paragraphes pleins de clarté et d'intérêt.

Dans le chapitre consacré spécialement à la contagion, le docteur Brayer examine les observations citées pour et contre, et les faits douteux ; puis il démontre les contradictions des contagionistes, et réfute leurs objections ; il fait voir que toutes les maladies anciennement crues contagieuses ont tour à tour perdu cette réputation, et que la variole est la seule maintenant qui l'ait conservée entière avec la peste, car la fièvre jaune et le choléra-morbus ont beaucoup perdu de leur importance sous ce rapport. Pour prouver la non-contagion par contact immédiat, il cite, parmi tant d'autres, son observation 18 du chapitre 5, où, sur vingt personnes retenues prisonnières dans une chambre, deux prennent la peste et en meurent sans la communiquer aux autres ; puis la grande revue passée par le sultan en temps de peste maligne et par une extrême chaleur, à Dolma-Bagtha, où plus de 100,000 personnes se pressèrent les unes contre les autres sans qu'il en résultât la moindre aggravation dans la maladie. S'il s'agit de la contagion par contact médiat, réputée la plus dangereuse par les partisans de cette doctrine, M. Brayer nous mène au marché aux guenilles, au dépôt de tous les effets qui ont servi aux pestiférés ; il nous montre ces vêtemens entassés pêle-mêle dans des magasins obscurs et sans air, maniés et remaniés impunément par les juifs sales et rapaces qui les achètent à bas prix et les revendent ensuite dans la population. Puis il fait remarquer après cela la décroissance de l'épidémie et la moindre mortalité des juifs, qui semblaient pourtant les plus exposés.

Un fait que nous devons aussi constater, c'est qu'il est des lieux où la peste s'éteint sans pouvoir se communiquer ; d'autres où elle a long-temps existé et ne se montre plus ; d'autres où elle alterne ; d'autres enfin où elle ne s'est pas encore montrée malgré de nombreuses communications avec la Turquie et l'absence des réglemens sanitaires.

Nous arrivons à la grande question des quarantaines et des lazarets, et l'auteur, pour mettre à même de la juger, a pensé ne pouvoir rien faire de mieux que de raconter ce qu'il a vu et senti, c'est-à-dire tous les dangers qu'il a courus grâce aux réglemens sanitaires, et toutes les contradictions plus ou moins absurdes qu'il a remarquées dans l'organisation et la tenue des lazarets ; et, en vérité, ce recit rapide, simple et néanmoins d'un vif intérêt, est le meilleur argument lancé jusqu'à présent contre la doctrine anti-commerciale qui régit nos rapports avec le Levant. Nous engageons tout le monde à lire le détail des tribulations qui ont accueilli notre docteur pendant cent cinq jours de traversée et 30 jours de quarantaine ; sa description du lazaret de Marseille, les effets du mistral, les procédés de désinfection, les dangers du parfum, les incidens qui peuvent à chaque instant compromettre la santé des voyageurs, les imprévoyances et la cruauté des réglemens et les nombreuses anecdotes à ce sujet ; puis les infractions de quarantaine par terre et le récit vraiment scandaleux de celle qui fut imposée au docteur Walsh à Toshen-Thurm, sur les frontières de la Transylvanie, et où le barbare se mêle à l'absurde.

Le volume est terminé par quelques réflexions sur les opinions actuelles de Clot-Bey, qui, depuis tant d'années en Égypte, au centre d'activité de la peste, a planté le drapeau de la non-contagion ; par un petit appendice sur le choléra-morbus comparé avec la peste, et enfin par une notice sur la *brayera anthelminthia*, plante originaire d'Abyssinie, d'une vertu souveraine contre le tœnia, et que M. Brayer s'est efforcé, mais en vain jusqu'à présent, d'introduire en France.

VARIÉTÉS.

— Dans le comité secret de l'Académie de médecine, deux rapports ont, dit-on, été faits, l'un fort long, par M. Honoré, sur les mémoires envoyés pour le prix sur la phthisie laryngée. Le prix est accordé au n° 4, et des mentions honorables aux n° 4 et 6. Il y avait huit ou neuf mémoires.

M. Esquirol a fait le deuxième rapport, sur le prix fondé par madame Michel ; il y avait trois mémoires ; aucun prix n'a été accordé. Le mémoire n° 3 a obtenu pour encouragement une médaille de 500 fr.

— Caisse spéciale établie pour la rentrée des honoraires dus à MM. les docteurs-médecins, chirurgiens et officiers de santé. L'administration de la *caisse spéciale* a l'honneur de prévenir MM. les médecins que ses bureaux sont définitivement transférés rue Montmartre, n° 68, près le passage du Saumon.

— G. Cuvier, Leçons d'anatomie comparée, recueillies et publiées par A. Duméril. 2e édition. — Tome premier, contenant les généralités et les organes du mouvement des animaux vertébrés ; revu par M. G. Cuvier. — Tome quatrième. Première partie contenant les organes de mastication, d'insalivation et de déglutition des animaux vertébrés ; revu par G.-L. Duvernoy. — Tome quatrième. Deuxième partie contenant la suite de l'appareil de chylification des animaux vertébrés ; revu par le même. — Ensemble 3 forts vol. in-8°. Cette nouvelle édition formera 8 vol. Prix de chaque vol., 7 fr. A Paris, chez Crochard et compagnie, rue et place de l'École-de-Médecine, 13.

Le Rédacteur en chef, Jules Guérin.

PARIS. — IMPRIMERIE ÉVERAT ET COMPAGNIE, RUE DU CADRAN, N° 16.

N° 31 (TOME IV. — 1836.) SAMEDI 30 JUILLET 1836.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La Gazette médicale de Paris (*Gazette de santé* et *Clinique des hôpitaux* réunies) paraît tous les samedis; chaque numero est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et équivaut à 6 feuilles in-8°. Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois. Pour l'Étranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Poissonnière*, n° 5, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

PATHOLOGIE INTERNE.

OBSERVATIONS ET RÉFLEXIONS POUR SERVIR A L'HISTOIRE DES TUBERCULES DE L'ENCÉPHALE CHEZ LES ENFANS, par T. Constant, D.-M. P.

Depuis quatre ans que nous nous livrons à des recherches sur la pathologie de l'enfance à l'hôpital des enfans malades de Paris, nous avons rencontré quarante fois des tubercules dans les centres nerveux; trente-neuf fois ces productions morbides avaient leur siége dans l'encéphale, une seule fois dans le prolongement rachidien. Nous n'avons pas l'intention de présenter aujourd'hui un résumé complet de ces faits, et de les rapprocher de ceux qui ont été publiés par les auteurs. C'est une tâche que nous essayerons de remplir, quand nous en posséderons un plus grand nombre. Nous nous contenterons d'appeler l'attention sur quelques cas récemment soumis à notre observation. Pendant le mois de juin qui vient de s'écouler, quatre malades ont succombé dans la division des filles avec des tubercules de l'encéphale. A ces quatre faits, nous en joindrons un autre qui a été observé antérieurement. Ces observations recueillies avec détails, nous paraissent de nature à jeter quelque lumière sur le diagnostic d'une affection assez commune dans l'enfance, qui se traduit par les symptômes les plus variés, et qui jusqu'à présent, il faut le dire, n'a guère été diagnostiquée qu'après l'examen anatomique du cadavre. Les lésions de l'encéphale ayant été très circonscrites dans quelques-uns de ces cas, nous aurons occasion de vérifier jusqu'à point quel l'anatomie pathologique confirme le résultat des expérimentations physiologiques rélativement à la localisation de certaines fonctions cérébrales.

Nos deux premières observations sont relatives à des tubercules du cerveau; la troisième à des tubercules du cervelet; dans le quatrième cas, ce produit morbide siégeait à la fois dans le cerveau et le cervelet. Le diagnostic a été vérifié dans ces quatre premiers cas par l'ouverture du cadavre. Dans le cinquième, l'examen nécroscopique n'a pas eu lieu. Mais d'après l'ensemble des symptômes nous n'avons pas hésite à diagnostiquer une lésion analogue à celle des quatre autres sujets. Nous indiquerons soigneusement les signes sur lesquels a été fondé notre diagnostic.

Garçon agé de 22 mois; convulsions; paralysie avec contraction des membres du côté droit; mort; masse tuberculeuse de la couche optique gauche avec ramollissement de la substance cérébrale ambiante; exhalation abondante de sérosité dans les ventricules et la pie-mère; diathèse tuberculeuse.

Obs. I. — Nicolas Bande, âgé de 22 mois, est transporté à l'hôpital des En-

Feuilleton.

MISCELLANÉES.

N° X.

Ἔρως.

Lucrèce, voulant peindre par une image sensible cette succession des êtres vivans qui conserve éternellement les espèces, nonobstant la destruction des individus, a recours à une figure poetique aussi noble que bardie. Les hommes, dit-il, ressemblent à des coureurs qui se transmettent l'un à l'autre le flambeau de la vie.

Et quasi cursores vitaï, lampada tradunt,

Rien ne peint mieux, en effet, l'action mobile et transitoira du principe vivifiant des êtres, espèce de *transcréation* accordée aux animaux, puisque l'immortalite individuelle leur a été refusée. Ainsi la vie passe, des germes vivans qui dépérissent, aux germes vivans fécondés, comme le mouvement est communiqué dans le choc. Tout ce qui vit est soumis à l'action de cette puissante cause du mouvement de l'univers; mais elle exerce particulièrement son énergie sur l'homme, qu'elle change et qu'elle modifie continuellement; car, remarquez que, sous les noms de génération, d'amour, de sentiment, de sociabilite, de famille, se retrouve sans cesse l'acte de transmission vitale. On peut donc considerer cette loi sous le triple rapport physiologique, moral et social; autrement dit, en se tenant à la racine du phénomene, il y a l'amour physique, il y a l'amour sentiment, enfin l'amour politique ou social. J'adopterai cette division dans l'esquisse suivante. Je dis esquisse très-expressement, car je me garderai bien d'essayer même de parcourir ce vaste sujet de la reproduction considérée sous tous ses aspects, en effet, l'histoire de l'amour serait l'histoire même de l'espèce humaine.

Donnez moi, disait Descartes, de la matière et du mouvement, et je ferai un monde tout entier. Mais, dans le grand phenomène dont il s'agit, la matière et le mouvement semblent avoir acquis leur summum d'activité; ils agissent, ils se combinent, et le monde est crée, bien plus, il se crée à chaque heure, à chaque instant, car la force secrète du principe des affinites moléculaires a une action incessante, quoique toujours determinée selon la forme des espèces et des corps vivans qui la recèlent. Celui qui donna des lois au soleil, a règle aussi les proportions des corps sur la terre; il leur a distribué une portion de vie; et lorsqu'elle est dans sa plenitude pour chacun d'eux, il la fait circuler et passer à d'autres par la médiation des amours. toujours se retrouve la belle image de Lucrece. Cette succession s'accomplit dans la grande masse des êtres, surtout dans les hauts échelons de l'animalite, par l'accouplement des individus. Il ne faut pas

fans-Malades le 2 janvier 1836, dans l'état suivant. Inclinaison permanente de la tête à gauche; paralysie avec contracture des membres du côté droit; œdème considérable de ces parties; mouvemens convulsifs des yeux fréquemment répétés sans abolition complète de la vue. Le crâne paraît un peu plus volumineux que dans l'état normal; il présente une notable saillie au niveau du pariétal gauche; la fontanelle antérieure n'est pas encore ossifiée. Le malade ne fait entendre aucun son articulé ni aucun cri plaintif, il est constamment immobile dans son lit. La bouche et la langue n'offrent pas de déviation sensible; la déglutition est facile; le ventre indolent; les selles quotidiennes. Du côté des organes respiratoires, nous notons de la dyspnée et de la toux; l'auscultation pratiquée antérieurement ne permet d'entendre que du râle muqueux dans les deux côtés de la poitrine.

D'après les renseignemens que nous recueillons sur ses antécédens, ce garçon est issu de parens sains; il est né à terme; le crâne, au moment de la naissance, présentait cette saillie du côté gauche qu'il offre encore aujourd'hui. Jusqu'à 13 mois, il n'est survenu aucun accident. L'enfant prononçait alors distinctement les mots *papa* et *maman*. Il commençait à se traîner par terre. Mais à cette époque il fut affecté d'une phlegmasie aiguë de poitrine qui le retint au lit pendant deux semaines, et rendit nécessaire l'application d'un vésicatoire au bras. La toux a persisté depuis. L'intelligence a cessé de se développer; la progression n'a jamais eu lieu. Des convulsions se sont manifestées à des intervalles irréguliers pendant les mois qui ont suivi. On a cru qu'elles se liaient au travail de la dentition. Au commencement de décembre, on a remarqué que les membres du côté droit étaient moins mobiles que ceux du côté opposé; ces membres n'ont pas tardé à s'œdématier. Vers la fin du même mois, la tête s'est inclinée à gauche, et le membre supérieur droit est devenu le siége d'une contracture permanente. Le 6 et le 8 janvier, il est survenu deux accès épileptiformes qui ont duré cinq minutes chacun; quelques vomissemens ont aussi eu lieu. Depuis 15 jours, on a appliqué des sangsues à l'anus, on a posé un vésicatoire à la nuque et deux aux jambes. Tous ces moyens n'ont amené aucun changement dans l'état du malade.

Le lendemain de son admission, on soumet le malade à l'usage des mercuriaux; on administre le calomel à l'intérieur et on prescrit des frictions avec l'onguent mercuriel sur le cuir chevelu.

Le 10 et le 11, l'état du malade ne présente pas de changement.

Le 12, coma des plus profonds; strabisme; dilatation et immobilité des pupilles; perte de la vue; persistance de la contracture des membres du côté droit; résolution de ceux du côté gauche; râle trachéal; mort.

OUVERTURE DU CADAVRE 36 HEURES APRÈS LA MORT.

Habitude extérieure. L'œdème des membres du côté droit persiste; la contracture du membre supérieur s'observe encore; la main est, comme pendant la vie, singulièrement contournée sur elle-même; elle est encore fléchie sur l'avant-bras et celui-ci sur le bras; les membres du côté gauche sont en résolution.

Crâne. La dure-mère adhère au crâne au niveau de la fontanelle antérieure, qui n'est pas encore ossifiée; les sinus ne contiennent que de très-petits caillots; la grande cavité de l'arachnoïde ne renferme pas de sérosité, mais le feuillet viscéral de cette membrane est soulevé par une assez grande quantité de ce liquide, qui remplit les anfractuosités et tient les circonvolutions écartées en plusieurs points de la convexité. Pas d'adhérences entre les membranes et la substance cérébrale; pâleur remarquable des substances corticale et médullaire. Quatre à cinq onces de sérosité dans les ventricules, sans ramollissement des parties centrales. Lorsque ces cavités ont été mises à découvert, nous trouvons, à la place de la couche optique gauche, une tumeur d'un blanc jaunâtre, à la surface de laquelle adhèrent les plexus choroïdes et la toile choroïdienne. Cette tumeur s'étend jusqu'à la couche optique du côté opposé, qui a été comprimée et a subi une atrophie notable. Après l'avoir isolée des parties avec lesquelles elle est en contact, cette tumeur nous présente une masse tuberculeuse, arrondie, homogène, d'une consistance stéatomateuse, d'une couleur jaune verdâtre à l'intérieur, et d'un volume égal à celui d'une pomme d'api. La substance cérébrale qui l'entoure est ramollie dans la profondeur de deux à trois lignes. Les méninges de la base, le cervelet et la protubérance sont exempts d'altération.

Rachis. Le canal rachidien paraît, surtout vers sa partie inférieure, plus dilaté que dans l'état normal. L'arachnoïde spinale est soulevée par une assez grande quantité de sérosité transparente; la moelle est ferme et paraît un peu atrophiée.

Poitrine. Tous les ganglions du thorax ont subi la dégénérescence tuberculeuse. Des fausses membranes bien organisées unissent le poumon gauche à la plèvre costale. Les deux poumons renferment des tubercules soit isolés, soit en masse. Le péricarde contient une cuillerée de sérosité limpide. Le cœur est sain.

Abdomen. Foie d'un gris rosé, décoloré par places et très-friable. Rate à l'état normal. Ganglions mésentériques peu développés et renfermant pour la plupart des tubercules. Muqueuse gastrique pâle et d'une assez bonne consistance. Rien de remarquable dans le canal intestinal.

Les centres nerveux nous ont offert dans ce cas trois sortes d'altération : 1° une masse tuberculeuse dans l'hémisphère gauche; 2° un ramollissement de pulpe nerveuse ambiante; 3° un épanchement séreux dans les ventricules du cerveau et dans les membranes cérébro spinales. Quant à l'atrophie de la moelle, elle nous a paru trop peu tranchée pour que nous en tenions compte. Le développement du tubercule nous paraît avoir précédé celui des autres altérations et en avoir été la cause, ainsi que cela arrive dans l'immense majorité des cas. Mais il serait tout-à-fait impossible de préciser l'époque à laquelle cette production morbide a pris naissance. Nous ne pensons pas que le malade l'ait apportée en naissant, et qu'il faille attribuer à sa présence dans l'hémisphère gauche la saillie que présentait le côté du crâne correspondant. Outre que ces lésions sont extrêmement rares chez les enfans qui succombent dans les premiers jours de la vie extra-utérine, nous ne saurions concevoir l'existence d'une tumeur assez volumineuse pour donner lieu à un développement anormal du crâne, chez un enfant dont les fonctions cérébrales n'ont offert aucun trouble appréciable jusqu'à l'âge de treize mois. C'est alors seulement que la santé de l'enfant a commencé à s'altérer. Une phlegmasie aiguë de poitrine, dont nous avons retrouvé les traces à l'ouverture du cadavre, s'est manifestée. Cette phlegmasie a perdu de son acuité sous l'influence des antiphlogistiques; mais elle a passé à l'état chronique, à en juger par la toux, la dyspnée et l'amaigrissement qui ont persisté jusqu'à la nuit. C'est peu de temps après l'invasion de la pleuro-pneumonie que les premières convulsions ont eu lieu; elles se sont répétées à des intervalles variables pendant plusieurs mois. Ces troubles de la motilité annonçaient une lésion de l'encéphale, et c'est certainement à la présence du tubercule trouvé à l'ouverture du cadavre qu'il faut les rattacher. Ce ne fut qu'au bout de plusieurs mois, que la paralysie des membres du côté droit survint; elle s'établit d'une manière lente et graduelle, et s'accompagna plus tard de contracture. Ces symptômes si caractéristiques ne nous laissèrent aucun doute sur un ramollissement partiel de l'hémisphère gauche, qui a été également constaté à l'ouverture du cerveau, et qui siégeait autour de la masse tuberculeuse. Enfin les vomissemens qui ont eu lieu deux ou trois jours avant l'admission du malade à l'hôpital, qui se sont accompagnés de nouveaux accès épileptiformes, et qui ont été rapidement suivis de coma, nous paraissent se rattacher à la formation ou du moins à l'augmentation de l'exhalation séreuse des ventricules et du tissu cellulaire sous-arachnoïdien qui a eu lieu dans les derniers jours de la vie.

La maladie, dans ce cas, a eu neuf mois de durée. Pendant les huit premiers mois, outre les convulsions épileptiques revenant à des inter-

---

moins de deux vies confondues dans une rapide unité, pour en produire une troisième. Le résultat de cet acte est la fécondation du germe; il y a *génération*. Mais comment a lieu cette étrange métamorphose? comment le paroxisme du désir une fois accompli, une goutte de substance gélatineuse peut-elle receler le principe d'un homme, phénomène qui étonna tant jadis le sage Marc-Aurèle? Comment un peu de matière organique amorphe, combinée dans un sens déterminé, produit-elle un être organisé semblable aux procréans, qui vit ensuite par lui, pour lui, et se reproduit également? Voilà le problème vital le plus difficile à résoudre, voilà l'abîme tant de fois sondé inutilement, le voile qui n'a pas été soulevé. Que de mystères dans le grand mystère qui nous fait arriver à la vie! Si jamais le hasard ou le génie parviennent à le pénétrer, quels terribles changemens cette découverte amènera dans notre situation! c'en est fait de l'état social actuel. Mais qui pourrait compter les essais, les efforts qui ont été tentés à cet égard depuis Hippocrate jusqu'à nos jours? Si l'on veut se donner le spectacle des aberrations, des folies, des erreurs, des préjugés, de la patience, de la subtilité, de la hardiesse, de la hauteur, de la faiblesse de l'esprit humain, on n'a qu'à parcourir les systèmes émis depuis des siècles sur la génération : rien de plus curieux pour l'histoire et la progression des connaissances, mais aussi rien de plus triste quand on arrive à cette désolante question : Que sait-on? Loin de connaître comment s'applique le principe fécondant au germe préexistant, de saisir la vie dans sa première ébauche et son premier trait, l'état vital rudimentaire échappe à toutes nos recherches. Les lois de l'organogénésie, les évolutions embryonaires ne commencent à être connues qu'en s'éloignant déjà de l'époque du *punctum saliens*, c'est-à-dire de l'instant où s'est opérée la fécondation. Il faut que l'homoncule-germe ait déjà acquis un certain développement, pour qu'il soit possible de suivre, d'étudier le rayonnement du principe vital déposé en lui. Ce qu'on ignore, c'est le mécanisme même, l'attraction vitale et moléculaire en vertu de laquelle la semence avive le germe, lui communique intrinsèquement la vie, et même dans la suite l'énergie procréatrice; c'est là le point sur lequel pèse un nuage qu'aucun fait, aucune observation, aucune expérience n'a pu dissiper. Quant aux hypothèses, elles abondent dans les temps modernes comme chez les anciens. Hippocrate a fait la sienne, et elle n'est pas la plus absurde, à beaucoup près. Aristote, qui croyait que le flux des règles contribuait beaucoup à la formation de l'être humain, dit, dans un style éminemment figuré, que ce sang est le marbre, le sperme le sculpteur, et le fœtus la statue. Malheureusement il ne manque que la vérité à cette belle théorie.

Cependant lorsque Leuvenhoeck eut proclamé ses *detecta invisibilia*, on crut que le mystère de la génération était décidément connu. Ce fut en vain, bien que la découverte des animalcules spermatiques ait jeté un jour tout nouveau sur la fonction génératrice. Toutefois, quel est le rôle de ces *zoospermes* dans l'acte précis de la fécondation? Il est ignoré. *On croit* que le germe fécondé résulte de la réunion du système cellulo-vasculaire fourni par la mère, et du système nerveux fourni par le père, autrement, que l'animalcule spermatique forme le système cérébro-spinal de l'embryon en s'enchâssant aussi artistement qu'un chaton dans l'ovule. Nous en sommes là maintenant, et l'on voit que l'esprit humain n'a pas encore été bien loin sur ce grave et important sujet. Et puis, hâtons-nous de vanter les progrès de la science, de tirer des conclusions pratiques sur des données très-superficielles, de vouloir procréer les sexes à volonté, en dirigeant, comme dit Millot, le *canon de la vie* sur l'ovaire droit ou sur l'ovaire gauche; de faire des enfans d'esprit ou de génie, d'en procréer de très-beaux par

valles variables, nous avons observé un arrêt de développement dans l'intelligence et les fonctions locomotrices; l'enfant a cessé de parler dès le treizième mois, et il n'a jamais pu marcher; pendant le dernier mois, sont survenus la paralysie, la contracture, puis les vomissemens et les autres symptômes de l'hydrocéphale aigu, qui est venu terminer la scène.

SEPT ANS; DISPOSITION HÉRÉDITAIRE AUX AFFECTIONS CÉRÉBRALES; TROIS ACCÈS ÉPILEPTIFORMES DANS L'ESPACE DE CINQ MOIS; DANS L'INTERVALLE, TROUBLES PASSAGERS DES FACULTÉS INTELLECTUELLES; TRISTESSE, APATHIE, EXCRÉTION DES URINES SOUVENT INVOLONTAIRE; APRÈS LA DERNIÈRE CONVULSION ÉPILEPTIQUE, PERTE DE L'INTELLIGENCE ET DE LA PAROLE; HÉMIPLÉGIE GAUCHE; CONTRACTURE DU BRAS ALTERNANT AVEC LA FLACCIDITÉ; PHÉNOMÈNES CATALEPTIQUES; MORT PAR SUITE D'UNE ROUGEOLE INTERCURRENTE; DEUX MASSES TUBERCULEUSES DE L'HÉMISPHÈRE GAUCHE; RAMOLLISSEMENT PARTIEL DES DEUX LOBES ANTÉRIEURS DU CERVEAU; DIATHÈSE TUBERCULEUSE.

OBS. II.—Ernestine Puchot, âgée de 7 ans, est transportée à l'hôpital des Enfans le 25 mai, et couchée au n° 25 de la salle Ste-Catherine.

Commémoratifs. Le père de cette jeune fille est mort d'une maladie inconnue. Sa mère et son unique sœur âgée de 13 ans, sont atteintes d'aliénation mentale. Ernestine est placée depuis un an dans une pension d'orphélines; c'est à la maîtresse de cet établissement que nous devons les renseignemens qui vont suivre. Cette jeune fille se livre depuis long-temps à la masturbation; depuis qu'elle est en pension, elle a toujours été triste, morose, apathique; elle a pris rarement part aux jeux de ses compagnes.

Au mois de janvier dernier, sans cause connue, elle a été prise d'un accès épileptiforme qui s'est renouvelé deux mois après. Dans l'intervalle de ces deux accès, la tristesse et la répugnance pour le mouvement a été en augmentant; la malade a souvent lâché ses urines sous elle; elle a plusieurs fois tenu des propos incohérens, mais si l'on en croît la maîtresse de pension, *elle ne s'est jamais plaint de la tête*; elle a presque constamment toussé, et a maigri progressivement.

Enfin, le 20 mai dernier, une nouvelle convulsion épileptique est survenue; elle s'est dissipée au bout de trois quarts d'heure, mais la malade n'a pas recouvré l'usage de ses facultés intellectuelles et de la parole. Des sinapismes ont été appliqués aux membres inférieurs pendant l'attaque; on a administré les jours suivans quelques cuillerées d'une potion éthérée. On n'a pas employé de traitement actif. Voici l'état dans lequel nous l'avons trouvée le 26.

Symptômes observés; habitude extérieure. Crâne bien conformé; cheveux bruns; yeux noirs; amaigrissement général; le décubitus a lieu sur le dos; la tête présente, au moment de la visite, un mouvement par lequel elle se balance sans cesse de gauche à droite et de droite à gauche. La face est rosée; les paupières conservent leur mobilité; les pupilles sont médiocrement dilatées et contractées; la vue est conservée.

L'intelligence est complétement abolie; quelle que soit la question que nous lui adressions, elle nous regarde d'un air stupide; quelquefois elle fait entendre le monosyllabe *vui! vui! vui!* qu'elle répète sans cesse.

La motilité est notablement affaiblie dans les membres du côté gauche, comme dans ceux du côté droit; ces membres offrent en outre de la tendance à la contracture; on peut les fléchir, mais on ne peut parvenir à les étendre complétement.

La sensibilité cutanée est intacte.

Digestion. La langue est naturelle; la déglutition est facile; pas de vomissemens; constipation; ventre rétracté et indolent à la pression.

Circulation. La peau est chaude; la tête ne présente pas plus de chaleur que le reste du corps; le pouls donne 120 pulsations régulières.

Respiration. Toux assez fréquente, sans aucune expectoration; 42 inspirations par minute; la percussion donne un son mat dans la moitié inférieure et postérieure du côté droit de la poitrine; on entend dans la même étendue de la respiration bronchique; dans les autres points du thorax, le son est clair et l'auscultation ne permet d'entendre que du râle muqueux.

Sécrétions. Excrétion des urines involontaire.

On a appliqué la veille deux ventouses scarifiées sur le côté droit de la poitrine. Ce matin, on pose deux vésicatoires aux membres inférieurs; on enveloppe le côté du thorax affecté d'un large morceau de sparadrap, et on prescrit en même temps des boissons pectorales et un lavement purgatif.

Le 27, l'intelligence reste toujours complétement abolie; la parole est entièrement perdue, la malade ne fait entendre que quelques cris plaintifs; les membres offrent toujours la même tendance à la contracture; la fièvre et la dyspnée persistent; la percussion et l'auscultation du thorax fournissent les mêmes renseignemens que la veille; 112 pulsations, 36 inspirations; deux selles à la suite du lavement purgatif. On renouvelle l'application des ventouses scarifiées; et on prescrit un looch avec addition d'un scrupule d'oxide blanc d'antimoine.

Le 28, pas de changement notable; le balancement de la tête, que nous avions noté à la première visite, ne s'est pas reproduit les jours suivans.

Le 29, le bras droit a recouvré la liberté de ses mouvemens; la malade saisit avec la main droite tous les objets qu'on lui présente, et les porte à la bouche; elle paraît éprouver le sentiment de la faim; du reste, le membre supérieur gauche reste immobile. On pose la jeune malade par terre, elle se soutient sur ses jambes et parvient à faire quelques pas étant soutenue par un aide. (On lui accorde du bouillon.)

Le 31, la contracture du bras gauche est très-manifeste; l'avant-bras est fléchi en angle droit sur le bras, et les doigts sur la paume de la main; la sensibilité y est très-obtuse. Jusqu'à présent nous nous étions contentés de porter pour diagnostic: pleuro-pneumonie droite et affection idiopathique de l'encéphale; mais dès ce moment, en nous fondant sur la paralysie avec contracture du bras gauche et les antécédens, nous n'hésitons pas à écrire sur notre feuille de diagnostic: *Tubercules de l'hémisphère droit, ramollissement consécutif du cerveau.*

Les jours suivans, la paralysie du bras gauche persiste, mais le membre offre tantôt des phénomènes cataleptiques, tantôt il présente de la contracture, et tantôt de la flaccidité. Du reste, la fièvre et la dyspnée ont cessé; on n'entend plus la respiration bronchique dans le côté du thorax affecté; le son reste obscur. (On accorde des alimens.)

Le 5 juin; on applique deux cautères aux apophyses mastoïdes. L'état de la malade n'offre pas de changement notable jusqu'au 11 du même mois. A cette époque la fièvre s'allume de nouveau, la dyspnée revient, la toux est plus fréquente, la contracture du membre supérieur gauche est plus prononcée que jamais.

Le 13, une éruption de rougeole se manifeste; la gêne de la respiration devient de plus en plus intense; la mort a lieu à 8 heures du soir, sans convulsions. Pendant les trois derniers jours de sa vie, la malade n'a pas proféré une seule parole; ce cri de *vui! vui!* qu'elle répétait sans cesse les jours précédens, avait été remplacé par des gémissemens. L'intelligence est toujours restée entièrement abolie; les excrétions ont toujours été involontaires.

OUVERTURE DU CADAVRE 36 HEURES APRÈS LA MORT.

Habitude extérieure. Marasme, résolution des membres, traces à peine sensibles de l'éruption morbilleuse.

Crâne. La consistance et l'épaisseur des parois crâniennes ne présentent rien d'anormal; la dure-mère qui tapisse la convexité des hémisphères est saine; mais lorsqu'on cherche à enlever le repli de cette membrane connu sous le nom de faulx du cerveau, on trouve qu'elle a contracté vers sa partie postérieure des adhérences avec une masse tuberculeuse située à la partie interne du lobe postérieur de l'hémisphère gauche. Cette tumeur a le volume d'une grosse noix; elle est mamelonnée à sa surface, et l'un de ces mamelons a perforé la pie-mère, l'arachnoïde cérébrale et la faulx même du cerveau. Incisée, cette masse tuberculeuse offre une consistance stéatomateuse et une couleur jaune verdâtre; elle adhère à la substance corticale qui est ramollie autour d'elle dans une très-petite étendue. Au niveau des deux lobes antérieurs, dans l'étendue d'une pièce de cinq livres environ, la pie-mère est le siége d'une suffusion sanguine. Toute la substance corticale sous-jacente offre un ramollissement rouge qui occupe les par-

---

le choix des étalons, comme si cela était possible, surtout dans notre état social, où, quand il s'agit de mariages, on consulte toujours la convenance des intérêts et jamais celle des personnes. Gardons-nous pourtant d'exagérer notre ignorance sur ce point de physiologie, car les travaux de nos devanciers méritent des hommages. En effet, nous savons par eux que ces animalcules spermatiques, qu'il ne faut pas confondre avec les infusoires, jouent un rôle important dans la génération, car ils existent à peine dans la première jeunesse, et on ne les retrouve plus dans la vieillesse, où le sperme est infécondant; que si on les fait disparaître par un moyen quelconque, la liqueur testiculaire perd sa vertu prolifique; qu'ils sont actifs, énergiques ou languissans, selon l'état de santé ou de maladie de l'individu. Nous savons encore que la nature a été très-prodigue à cet égard: le nombre de ces animalcules est tel, que dans une goutte de sperme de coq, égalant à peine un grain de sable, il s'élève, dit-on, à cinquante mille. Il résulte de cette admirable prévoyance de la nature, qu'une quantité très minime de sperme suffit pour féconder le germe; il faut encore que l'application en soit immédiate et non au moyen d'un prétendu *aura seminalis*. Cette dernière vérité a été mise hors de doute par Spallanzani; en habillant le mâle d'une grenouille avec une *culotte de tafetas ciré*, il empêchait toute fécondation d'avoir lieu, tandis qu'il en opérait d'artificielles avec une très-faible dose de liqueur séminale. On voit ici combien la nature prend de soins et de précautions pour arriver à son but. On a calculé qu'un homme bien constitué peut lancer dans l'acte vénérien environ deux gros de sperme, mais un atome suffit pour qu'il y ait fécondation. On trouve à ce sujet dans les auteurs une foule de faits qui paraissent fabuleux, mais qui s'expliquent aujourd'hui très-naturellement. Il n'y a pas longtemps qu'une jeune femme enceinte pour la seconde fois, vint me consulter pour des douleurs utérines. Je lui demandai si son premier accouchement avait été heureux; elle me répondit qu'il avait, au contraire, été fort pénible, à cause de sa *virginité*; on fut forcé de rompre une partie de l'hymen. De pareils faits ne sont pas très-rares dans l'histoire de la science. N'est-ce pas le cas d'invoquer la *DEA pertunda* si chère aux libertins de Rome, eux qui sacrifiaient trop souvent sur les autels de la Vénus commode.

Toujours est-il qu'une quantité très-faible de liqueur spermatique suffit à la fécondation, preuve de l'énergie du principe virtuel qui est en elle. Qu'on cesse donc maintenant de s'étonner de la révolution que cet élément opère dans l'économie quand il commence à y paraître; c'est assurément l'époque de l'existence la plus remarquable, la plus éminemment vitale. Dès qu'un jeune homme, ému par la grace aphrodisiaque des charmes d'une belle femme, en éprouve secrètement l'influence, il y a en lui un complément d'organisation; il a franchi la barrière qui le séparait de la virilité, l'amour l'a fait homme. En effet, tout a changé dans son économie; sa stature, ses traits, son air, son regard, le son de sa voix prennent un autre caractère. Mais les plus grands changemens se remarquent dans les organes génitaux et dans les mamelles. Ces dernières se gonflent et deviennent sensibles, même chez les jeunes pubères mâles, phénomène entièrement oublié par les physiologistes. Il arrive parfois que l'intumescence mammaire se continue chez certains hommes, que pour cette raison les anciens appelaient *gynécomastes*.

Mais l'époque de la puberté a quelque chose de plus remarquable, de plus décisif encore dans l'autre sexe. Une jeune fille dont les organes commencent à sortir de la torpeur du premier âge, subit les plus étonnantes modifications; la métamorphose est complète et radicale. Cette métamorphose se caractérise par

ties supérieures et latérales de ces mêmes lobes. A la base du lobe anterieur de l'hémisphère gauche, nons retrouvons une nouvelle masse tuberculeuse du volume de la précédente, simplement enchatounée dans la substance cerébrale et ayant contracté par sa base des adberences avec les méninges. Cette dernière tumeur est ramolhe au centre. Les ventricules ne contiennent que quelques gouttes de sérnsité limpide. Les parties centrales sont exemptes d'alterations. Les autres parties de l'encéphale, soigneusement examinées, ne nous ont offert aucune lesion notable.

Thorax et abdomen. Par des circonstances indépendantes de notre volonté, nous n'avons pu examiner avec le même soin les organes contenus dans les deux cavités; nous avons pu néanmoins constater la présence de tubercules dans les deux poumons, dans les glandes bronchiques et dans les glandes mésentériques, ainsi que des adhérences intimes entre le poumon droit et la plèvre costale.

Comme chez le sujet de l'observation précédente, les tubercules du cerveau ne donnèrent lieu pendant un certain laps de temps qu'à des convulsions épileptiques, revenant à des intervalles assez éloignés. Après le dernier accès épileptiformes, il survint des symptômes qui ne nous laissèrent aucun doute sur l'existence d'une encéphalite. L'intelligence resta complétement abolie; la parole fut également perdue, car le son toujours identique que proféra le malade pendant quelques jours se rapprochait plus du cri de certains animaux que de la parole humaine. Cette tendance à la contracture qu'offrirent les membres du côté droit et du côté gauche, jointe aux symptômes que nous venons de signaler, semblait indiquer une lésion des deux hémisphères.

Mais plus tard les membres du côté droit recouvrèrent l'intégrité de leurs mouvemens. Ce fut à gauche surtout que se manifestèrent les principaux troubles de la motilité. Le membre supérieur paralysé nous offrit tantôt de la contracture, tantôt de la flaccidité; deux fois il présenta des phénomènes cataleptiques. D'après ces symptômes, il était naturel de penser que c'était spécialement dans l'émisphère du côté opposé que résidaient les principales altérations. Il n'en a point été ainsi à l'ouverture du cadavre. L'hémispère gauche seul renfermait des tubercules; le ramollissement rouge des lobes antérieurs existait des deux côtés, mais il n'était pas plus étendu à droite qu'à gauche. Considéré sous ce point de vue ce fait devrait être rangé dans la catégorie de ces cas peu nombreux *d'hémorrhagie cérébrale* et de *ramollissement* dans lesquels la paralysie s'est montrée dans les membres correspondans à l'hémisphère qui renfermait le foyer sanguin, ou qui était le siége du ramollissement. C'est le seul fait de ce genre que nous possédions.

Notons d'ailleurs que dans ce cas ce n'était pas autour des tubercules qu'existait le ramollissement, mais dans les points éloignés de ces productions morbides. Une masse tuberculeuse siégeait à la base du lobe antérieur de l'hémisphère gauche, et c'est à la convexité que le ramollissement rouge a été observé. Autour du tubercule, la substance cérébrale n'avait subi aucune diminution de consistance. C'est du reste ce que nous avons observé dans un certain nombre de cas.

Ajoutons que cette observation est favorable à l'opinion de M. Bouillaud, qui, se fondant sur des faits nombreux, soutient que la formation de la parole a pour instrument l'extrémité des lobes antérieurs. Le ramollissement partiel de ces lobes a parfaitement coïncidé dans ce cas avec la perte de la parole.

DIX ANS; CÉPHALALGIE INTENSE PENDANT SIX SEMAINES, ACCOMPAGNÉE DE VOMISSEMENS PENDANT TROIS SEMAINES; MARCHE VACILLANTE; PUIS SYMPTÔMES D'HYDROCÉPHALE AIGUË; MORT; DEUX MASSES TUBERCULEUSES DANS LE CERVELET AVEC RAMOLLISSEMENT DE LA PULPE AMBIANTE; ÉPANCHEMENT DANS LES VENTRICULES AVEC RAMOLLISSEMENT DES PARTIES CENTRALES; EXCAVATION TUBERCULEUSE DU POUMON DROIT.

OBS. III. — Jeanne Masson, âgée de 10 ans, cheveux noirs, peau brune, constitution primitivement forte, est transportée de la rue du Faubourg-Montmartre à l'hôpital des Enfans, le 14 juin.

Commémoratifs. L'aïeul maternel de cette jeune fille a succombé à la phthisie pulmonaire; son père et sa mère, qui ont dépassé 40 ans, n'ont jamais offert aucun signe d'affection tuberculeuse. Ils ont eu trois filles, dont l'aînée est morte à 18 ans de phthisie tuberculeuse; la seconde est bien portante; la troisième, qui fait le sujet de cette observation, n'a éprouvé dans les neuf premières années de sa vie qu'une rougeole et une varioloïde bénignes; elle a habité jusque dans ces derniers temps, avec sa famille, une loge de portier humide et mal aérée. Au commencement de mai 1836, Jeanne commence à se plaindre de la tête. Cette céphalalgie est générale, vive, lancinante, arrache des cris à la malade, la prive presque entièrement de sommeil, et s'accompagne d'une constipation opiniâtre et de vomissemens qui se renouvellent chaque jour pendant trois semaines. Cette jeune fille, qui jusqu'alors s'était montrée douce et enjouée, devient triste, colère, et témoigne de l'aversion pour ses parens, à qui elle avait montré jusque-là beaucoup de tendresse. Au bout de trois semaines, les vomissemens cessent, mais la céphalalgie persiste, la vue se trouble par instans, la marche devient vacillante; la malade, qui jusqu'alors avait pu faire encore quelques courses, refuse de sortir, parce qu'elle craint de tomber. Enfin, pendant les quinze jours qui précèdent son admission à l'hôpital, la marche devient tout-à-fait impossible; une vive douleur se fait sentir à la nuque; la tête se renverse en arrière; il survient de la toux, des accès de fièvre irréguliers; la malade est contrainte de garder le lit. Elle a toujours conservé toute son intelligence et n'a jamais éprouvé de mouvemens convulsifs. Si l'on en croit le rapport de sa mère, cette jeune fille n'a toussé que pendant les huit jours qui ont précédé son admission à l'hôpital. Les moyens de traitement employés pendant ces six semaines ont été : une application de sangsues à l'anus, deux potions purgatives, des pédiluves sinapisés et des tisanes insignifiantes.

Symptômes observés. Le 15, à la visite du matin, nous trouvons la malade dans l'état suivant. Le décubitus a lieu sur le dos; la tête est fortement renversée en arrière et inclinée à gauche; on arrache des cris aigus à la malade lorsqu'on cherche à la remettre dans sa rectitude naturelle; la face est pâle et amaigrie; elle exprime la souffrance; une vive douleur se fait sentir à la fois à la région frontale et à la nuque; les paupières conservent leur mobilité normale; les pupilles sont médiocrement dilatées et contractiles; la vue est conservée; la bouche n'est pas déviée; il n'y a pas de trismus. La malade répond juste aux questions qu'on lui adresse; ses paroles sont nettement articulées. Elle serre faiblement, mais également avec les deux mains; elle peut fléchir et étendre les deux membres inférieurs, mais elle ne peut les maintenir élevés. Elle ne peut non plus se mettre sur son séant. La sensibilité de la peau est également vive à droite et à gauche. La langue, que la malade tire avec peine hors de la bouche, a de la tendance à se sécher; elle n'offre pas de déviation sensible; la déglutition est facile, la soif peu vive; l'appétit est entièrement perdu; les vomissemens ne se sont pas renouvelés depuis trois semaines; l'abdomen est rétracté et indolent sous la main qui le presse; la constipation n'a pas cédé à un lavement laxatif administré la veille; l'excrétion des urines a été deux fois involontaire pendant la nuit. Le pouls donne 104 pulsations regulières; la chaleur de la peau est médiocrement élevée; la respiration est lente et fréquemment entrecoupée par la toux (16 inspirations par minute). En appliquant l'oreille sur la partie antérieure du thorax, nous trouvons du gargouillement à deux travers de doigt de la clavicule droite, et du râle muqueux dans les autres parties de la poitrine. La percussion ne fournit que des renseignemens négatifs. On coupe les cheveux et applique sur la tête des compresses froides; on donne pour boisson de l'hydromel; on pose deux vésicatoires aux jambes, et on administre un lavement avec 2 onces de manne grasse.

Pendant la nuit, insomnie, criailleries presque continuelles.

Le 16, la douleur du front et de la nuque persistent; la tête reste toujours renversée en arrière et inclinée à gauche; même fréquence du pouls, même état de la respiration, même netteté de l'intelligence et de la vue; le lavement est resté presque sans effet. (6 sangsues à la nuque; nouveau lavement purgatif.)

---

l'expansion animée du tissu cellulaire, par une sorte de turgescence vitale des organes, et surtout par l'exaltation concentrée de la sensibilité. Celle qui éprouve une telle révolution diffère entièrement de ce qu'elle était; elle ne fait pas un mouvement, ne dit pas un mot, ne lance pas un regard qui conserve le caractère de l'enfance; une lumière nouvelle écarte les nuages de l'ignorance et lui fait entrevoir avec une espèce de crainte le doux et redoutable mystère de l'amour. Il n'est pas d'observateur attentif qui n'ait été frappé de la chasteté de sensitive d'une jeune fille tremblant d'apprendre et voulant savoir, de sa timidité, de son embarras et de ses caprices. Le vague des regards est remplacé chez elle par une expression qui veut n'être pas aperçue, par une flamme qui éclate d'autant plus qu'elle cherche à la déguiser avec plus d'effort et de soin; on voit qu'elle souffre d'un mal sans nom qui l'agite et la consume; que la pudeur et la coquetterie, ces deux puissans ressorts, agissent déjà en sens contraire dans son cœur et son esprit. Toutes ces circonstances, réunies à d'autres, ne laissent aucun doute sur la révolution organique qui vient de s'opérer, sur cet acte important de la nature qui présage et prépare des changemens plus importans encore et plus nécessaires à l'accomplissement de ses desseins. Et remarquez que l'intelligence se développe sur le même plan et dans les mêmes proportions. A l'époque de la puberté, l'esprit a brisé sa larve; il est marqué du sceau de la virilité. Cette élévation subite de la vigueur organique réagit sur la sensibilité, qui à son tour augmente l'énergie des sensations, la force des impressions, la profondeur et la finesse des observations. Les testicules, *autre cerveau*, comme dit Borelli, donnent en effet, pendant leur période d'activité, une grande étendue au moral; il y a certainement un *sens vénérien* qui nous découvre un nouveau monde, aussitôt que les signes visibles de la constitution pubère annoncent la matérialité et l'expansion du désir. Malheur à celui chez lequel cette époque de la vie ne développe point les forces de l'esprit; il est à jamais condamné à végéter dans les rangs inférieurs de l'intelligence et de la société. Le sexe féminin présente le même phénomène. Il est certain que l'esprit ne vient aux filles, selon l'opinion vulgaire et vraie, que quand elles ont acquis leur complète aptitude à procréer. Si passé cette époque, l'instinct révélateur de l'amour n'a pas eu toute sa portée, si la faiblesse de l'intelligence persiste, c'en est fait de cette faculté pour le reste de la vie. Une femme peut encore être belle, mais c'est la beauté de Galathée avant l'invocation passionnée de son amant. On peut appliquer à de telles femmes le mot de Rivarol, qui, amoureux d'une jeune fille fort jolie et très-sotte, disait : « Elle a du goût comme un bon fruit et de l'esprit comme une rose. »

Mais si l'on veut comprendre tout ce que peut l'élément excitateur qui s'est manifesté dans l'économie, il faut en considérer la puissance dans l'acte vénérien lui-même, dans cet acte où se développent des sensations extrêmes qui ébranlent les forces de la vie et font résonner les profondeurs de l'âme. Qu'est-ce que l'amour et le plaisir, demande Chamfort? C'est, dit il, l'échange de deux fantaisies, le contact de deux épidermes. O délire! o profanation! Non, c'est la profonde union de deux êtres, c'est le mélange intime de deux sangs, c'est l'incompréhensible fusion de deux âmes, de deux existences, c'est Dieu qui confie aux êtres organisés pour quelques instans les attributs de sa puissance, créer. *Sic te diva potens Cypri*. . , s'écrie le poète latin en pensant au pouvoir infini des attractions amoureuses. Aussi remarquez combien la nature a rassemblé de moyens, d'actions et d'efforts, pour accomplir cette grande fonction. Tout ce que l'économie a de forces, tout ce que le système nerveux a de sensibilité, le système musculaire de vigueur, tout ce que le sang a de chaleur, la

Dans la journée, la malade a été beaucoup plus calme; elle a demandé plusieurs fois à boire; elle a uriné dans son lit.

Le 17, la malade est assoupie. Lorsqu'on l'excite fortement, elle entr'onvre les yeux, répond brièvement aux questions qu'on lui adresse, et retombe dans son assoupissement. La sensibilité de la peau s'affaiblit à droite comme à gauche, les membres se raidissent, la langue se sèche, le pouls et la respiration s'accélèrent; 110 pulsations et 28 inspirations (Nouvelle application de 8 sangsues à la nuque; looch avec addition de 8 grains de calomel.)

Le 18, l'assoupissement s'est changé en un coma profond, dont aucune excitation extérieure ne peut tirer la malade; elle ne répond plus à aucune question; ses yeux sont entr'ouverts, ses pupilles dilatées; la déglutition est gênée; les lèvres sont sèches et fuligineuses; la figure est pâle et amaigrie; la sensibilité est de plus en plus obtuse; le bras gauche offre plus de raideur que les autres membres; les yeux sont convulsés; 124 pulsations, 36 inspirations. (On applique deux cautères à la base du crâne.)

Cet état se prolonge jusqu'au lendemain 19, où la malade expira sous nos yeux au moment de la visite.

OUVERTURE DU CADAVRE 24 HEURES APRÈS LA MORT.

Le crâne est bien conformé; la dure-mère et ses sinus ne présentent rien de remarquable. L'arachnoïde conserve partout sa transparence normale. La pie-mère est saine à la surface convexe des hémisphères cérébraux; elle contient à la base, et spécialement vers les scissures de Sylvius, quelques granulations tuberculeuses. Les circonvolutions cérébrales sont déprimées comme chez les sujets dont les ventricules latéraux sont distendus par une assez grande quantité de liquide. Du reste, elles ne présentent aucune modification de consistance ni de couleur. La substance blanche n'offre également rien d'anormal jusqu'à la base des ventricules latéraux. Ces deux cavités renferment 4 onces de sérosité transparente. Le tiers postérieur de la partie inférieure de leurs parois offre un ramollissement blanc crémeux dans la profondeur de 2 à 3 lignes. Le septum lucidum est ramolli, ainsi que la voûte à trois piliers et une portion du corps calleux. Le reste du cerveau, divisé par tranches minces, ne présente rien d'anormal.

L'arachnoïde cérébelleuse adhère à la face inférieure du lobe gauche du cervelet dans l'étendue d'une pièce de 2 fr. En la détachant, on met à nu une tumeur d'un blanc jaunâtre, qui isolée présente le volume d'un abricot et paraît formée d'une multitude de tubercules pisiformes, séparés par des portions de substance nerveuse indurée. En l'enlevant, on entraîne quelques portions de substance cérébelleuse ramollie et grisâtre. En incisant le lobe droit du cervelet, on découvre une nouvelle masse tuberculeuse du volume de la précédente, mamelonnée à sa surface, et paraissant également formée de plusieurs lobules. Celle-ci est plus profondément située et ne pouvait être aperçue à l'extérieur de l'organe. La protubérance, le bulbe rachidien, la moelle épinière et ses enveloppes, ne présentent pas d'altération.

Dans la poitrine, nous constatons la dégénérescence tuberculeuse des glandes bronchiques; nous trouvons en outre, au centre du lobe supérieur du poumon droit, une large excavation tuberculeuse. Les autres lobes des deux poumons contiennent de nombreux tubercules, soit isolés, soit en masse. Plusieurs glandes mésentériques renferment également des tubercules.

Ici, ce n'est plus dans les hémisphères cérébraux, mais dans le cervelet que siégeaient les tubercules. Les symptômes observés chez cette malade ont différé de ceux que nous ont présentés les sujets des précédentes observations. C'est par la céphalalgie et les vomissemens que la maladie a débuté. Ces deux symptômes se montrent chez un assez grand nombre de sujets affectés de tubercules de l'encéphale, quel que soit d'ailleurs le siége de la lésion. Remarquons cependant qu'il n'a pas été question de céphalalgie dans les deux cas précédens. Le premier malade était trop jeune pour pouvoir l'accuser; quant à la seconde, qui portait deux tumeurs volumineuses dans le cerveau, elle ne s'était jamais plaint de la tête, d'après le rapport des personnes qui nous ont donné des renseignemens sur ses antécédens. Chez la malade qui nous occupe, la céphalalgie a été pendant tout le cours de la maladie le phénomène prédominant: elle a été d'abord générale, mais dans les derniers jours elle s'est fait surtout sentir à la nuque.

Le vomissement est aussi un symptôme qui s'observe assez communément dans les affections chroniques de l'encéphale. La plupart des auteurs qui ont écrit sur les maladies des centres nerveux l'ont signalé. Abercrombie, entre autres, avait tellement été frappé de cette circonstance, que dans son Traité des maladies de l'encéphale, il a consacré une section spéciale aux affections cérébrales, spécialement caractérisées par le trouble des fonctions digestives.

Comme signes propres à la lésion du cervelet, nous noterons la douleur de la nuque, le renversement de la tête en arrière, et cette perversion de l'action musculaire d'où résultait une démarche chancelante et mal assurée. Ce dernier symptôme s'est manifesté à une époque peu avancée de la maladie; il a suivi de près l'apparition de la céphalalgie et des vomissemens. Ce fait vient encore confirmer les expérimentations physiologiques desquelles on a déduit que le cervelet était l'organe régulateur du mouvement.

Il est encore une circonstance sur laquelle nous appelerons l'attention. Avec de si graves désordres du cervelet, nous avons dû rechercher s'il n'avait existé chez cette malade aucun désordre fonctionnel de l'appareil génital. Pendant que la malade a été soumise à notre observation, nous ne l'avons jamais vue porter ses mains vers ces parties, et ses parens, que nous avons interrogés soigneusement avant et après la mort, nous ont affirmé que cette jeune fille ne s'était jamais livrée à la masturbation. Nous ferons en outre remarquer que la malade qui fait le sujet de la seconde observation avait depuis long-temps contracté cette funeste habitude et que chez elle le cervelet était intact.

SIX ANS; CÉPHALALGIE; CONVULSIONS ÉPILEPTIFORMES; MOUVEMENS CHORÉIQUES DES YEUX; MARCHE VACILLANTE; MORT PAR SUITE D'UNE ROUGEOLE INTERCURRENTE; MASSE TUBERCULEUSE DANS LE LOBE GAUCHE DU CERVELET; TUBERCULES PISIFORMES DANS LE CERVEAU; GRANULATIONS DANS LA PIE-MÈRE.

OBS. IV. — Marie Pisochet, âgée de 6 ans, née à Paris, non vaccinée et apportée de la place Maubert à l'hôpital des Enfans, le 4 juin, est couchée au n. 11 de la salle Ste-Anne

Commémoratifs. Cette jeune fille, qui est née de parens sains, a éprouvé pendant les trois mois qui ont précédé son admission, trois attaques de convulsions épileptiformes. A la suite de la première attaque sont survenus des mouvemens irréguliers des yeux qui ont persisté. Après la seconde, qui a eu lieu six semaines après, la marche a été vacillante; enfin, après la dernière, qui est survenue ces jours derniers, la progression a été tout-à-fait impossible. Dans l'intervalle des convulsions la malade a constamment accusé des douleurs de tête; elle a souvent éprouvé des vomissemens; elle a rendu soit spontanément, soit à l'aide de potions anthelmintiques, un assez grand nombre de vers lombrics.

Symptômes observés. A la visite du 5 juin, cette jeune fille nous offre l'état suivant:

Habitude extérieure. Cheveux blonds; peau blanche satinée; pas d'engorgement des glandes cervicales; crâne bien conformé; nulle déviation du rachis. Le décubitus a lieu sur le dos. La face est rosée; les yeux sont sans cesse agités de mouvemens qui ont lieu constamment de droite à gauche et de gauche à droite; les pupilles sont normalement dilatées; la vue est très-nette; les paupières conservent leur mobilité normale; toutes les autres fonctions sensoriales sont intactes.

L'intelligence est parfaite; la malade répond juste à toutes les questions qu'on lui adresse. Quand on l'interroge sur le siége de son mal, elle indique la

---

pensée de vivacité, l'imagination d'élan, en un mot, tout ce que la vie a de puissance est au service de l'amour dans l'acte même de sa consommation. L'impétuosité, la tension organique, le spasme nerveux, le rayonnement sur un seul point des faisceaux épars des forces vitales, sont à un tel degré d'intensité, que les ressorts de l'existence en seraient brisés, si le rapide éclair de la jouissance, n'était aussitôt suivi d'un abattement toujours proportionné à l'état violent qui a précédé. Mais pendant le paroxisme, il est certain que l'économie accroît hors de mesure sa puissance et son énergie d'action. Il n'est pas même toujours nécessaire d'arriver précisément à ce moment de contraction, de sensibilité extrême, pour donner à la vie un certain degré d'exaltation qui se transmet au dehors par des signes plus ou moins sensibles. Socrate raconte, que lui étant arrivé dans sa vieillesse d'approcher son épaule et son visage d'une personne très-amoureuse pour lire dans le même livre, il sentit aussitôt une sorte d'ébranlement, comme un feu secret qui alla réchauffer son âme presque glacée par l'âge. Ne rejetons pas avec dédain de pareilles observations; tous les phénomènes de la nature ne nous sont pas connus. Barthez (*Nouv. élém. de la science de l'homme*, t. 1er, p. 212) rapport d'après le docteur Osorokouski de Saint-Pétersbourg, qu'un habitant de Tobolsk était électrique par lui même, dans certain temps et dans certaines circonstances. Le médecin russe ajoute que la femme de cet homme, par son commerce avec son mari, participait dans l'hiver à la même vertu; de sorte que lorsqu'ils se faisaient des baisers mutuels, ils étaient repoussés réciproquement par un coup électrique. Voilà, certes, de singulières caresses, et *l'âcre* baiser recueilli par Saint-Preux n'était pas à comparer.

Ce qu'il y a de positif, c'est que la fonction génératrice est de toutes les fonctions, peut-être, la plus liée aux divers états de l'organisme. Hélas! personne ne l'ignore, l'âge de la force est aussi l'âge des amours. Aussitôt que le temps a fatigué notre être, et fait pencher le corps vers la terre, l'homme sent qu'il n'est plus propre à donner la vie. Veut-il encore goûter des plaisirs de l'amour, il doit prendre pour guide les conseils de la sagesse; il a même besoin, dans certains cas, d'excitations qui raniment son énergie, soutiennent sa vigueur; de là l'ancien proverbe, *à barbon gris, jeune souris*; mais le danger est imminent et l'écueil bien près de la syrène. Il est évident que la nature n'a en vue que la conservation des espèces. Elle semble dire à l'individu, vis, crois et reproduis; dans la courte période de ta puissance génératrice, je te donnerai la force, la puissance, la grâce, la beauté, la santé, la vie en exubérance; mais cette période écoulée, je te retire tous mes dons, passe et meurs. Cependant tous les mortels n'ont pas reçu ces dons dans une mesure égale; les uns en ont été comblés, les autres en sont presque privés. Il y a des tempéramens emportés, de ces jeunes gens à tous crins, comme on dit, dont la constitution ultra-érotique, brûlée des feux de Lampsaque, acquiert une effrayante propension aux voluptés de l'amour. Il en est au contraire de faibles, d'impassibles, de ces hommes véritables misogynes, dont l'imbécillité prolifique, *l'anaphrodisie*, se trahit à chaque instant. Où est la cause de cette différence? Évidemment dans l'élément excitateur par excellence de la vie, la liqueur séminale. Huarte (*Examen des esprits*) remarque, d'après Galien, que chez certains hommes, le sperme a quelque chose d'âcre et de mordicant. Aussi, dit-il, les Latins appelaient les luxurieux *salaces*, qui veut dire des hommes qui ont force sel en la semence. Selon Gall, cette cause réside dans le cervelet et ses diverses modifications; mais quiconque voit sans prévention, sans avoir les yeux couverts de la triple taie de sectaire, ne tardera pas à s'apercevoir du peu de fondement de cette hypothèse. Ce n'est pas que Gall accorde toute l'influence à l'ac-

tête et porte la main sur la région frontale. La *sensibilité* cutanée est également vive à droite et à gauche; quant à la *motilité*, elle est intacte dans les membres supérieurs, mais elle est pervertie dans les extrémités inférieures. Si on pose la malade par terre, elle chancèle sur ses jambes et ne peut se maintenir debout sans le secours d'un aide. Cependant, lorsqu'elle est dans son lit, la malade soulève et maintient élevés les deux membres inférieurs; elle peut les fléchir et les étendre. Du côté des *voies digestives*, rien de particulier à noter si ce n'est un vomissement qui a eu lieu ce matin, après que la malade a eu pris une tasse de lait. Le pouls donne 92 pulsations régulières; la chaleur de la peau est naturelle; la respiration est calme; 24 inspirations par minute. L'auscultation et la percussion du thorax ne donnent que des renseignemens négatifs. L'émission des urines a été involontaire. Dans l'impossibilité de déterminer d'une manière précise la lésion dont l'encéphale paraît être le siége, le chef de service fait écrire sur la feuille de diagnostic: *convulsions*, *chorée oculaire*, *vers intestinaux*. Toutefois, comme la persistance de la céphalalgie, des mouvemens convulsifs des yeux, et la perversion de la contractilité musculaire dans les membres inférieurs lui paraissent de nature à faire soupçonner une lésion matérielle de l'encéphale, il prescrit une application de quatre sangsues derrière les oreilles, et un lavement purgatif; il fait en outre administrer une demi-once de mousse de Corse dans quatre onces d'eau, pour favoriser l'expulsion des vers intestinaux.

Le lendemain, 6, la malade est beaucoup plus gaie que la veille; elle a eu plusieurs évacuations, les premières ont été involontaires; mais le matin la malade a demandé le vase. On prescrit 6 grains de calomel en trois prises.

Du 6 au 20 juin, les mouvemens choréiques de l'œil persistent; ils ne subissent pas la moindre modification. La marche reste toujours vacillante. La malade se plaint presque tous les jours de la tête; du reste, elle est assise sur son lit pendant une grande partie de la journée, conserve toute son intelligence, s'entretient avec les personnes qui l'entourent. Elle a rendu deux ou trois fois des vers. Le pouls a varié de 84 à 92.

Dans la journée du 20 juin, la fièvre s'allume, accompagnée de toux et d'éternuemens.

Le 22, il se manifeste une éruption de rougeole qui est très-prononcée.

Le 23, cette éruption pâlit notablement.

Le 24, la toux devient très-fréquente, la voix rauque, la dyspnée intense; aucun nouveau symptôme cérébral ne s'ajoute à ceux qui existent déjà. On promène des sinapismes sur les membres inférieurs, et on donne des boissons pectorales.

Le 24, la respiration s'accélère de plus en plus; 72 inspirations par minute. L'auscultation permet d'entendre du râle crépitant et du souffle tubaire en différens points du thorax. On applique un vésicatoire sur le côté gauche. La malade meurt le 25, après une agonie de quelques heures accompagnée de convulsions.

A l'ouverture du cadavre, qui est pratiquée 24 heures après la mort, nous trouvons la dure-mère et l'arachnoïde saines. Les vaisseaux de la pie-mère n'offrent d'injection notable qu'à la partie postérieure de l'encéphale. Cette membrane présente çà et là quelques granulations miliaires. A la surface de l'hémisphère droit, vers l'union du lobe moyen et du lobe postérieur dans le voisinage de la grande scissure interlobulaire, existe un tubercule de forme lenticulaire, ayant le diamètre d'une pièce de 5 sous, adhérant par sa face supérieure à la pie-mère, et par sa face inférieure à la substance cérébrale, dans laquelle il est comme enchâtonné. Dans la partie convexe de l'hémisphère gauche, nous trouvons trois autres tubercules pisiformes logés dans les anfractuosités; deux occupent le lobe postérieur, et un le lobe moyen. La substance cérébrale ambiante ne présente pas de ramollissement sensible. Les ventricules renferment trois onces de sérosité transparente; les parois de ces cavités sont intactes.

Le lobe droit du cervelet renferme une masse tuberculeuse d'un pouce et quart de largeur; cette masse est bilobée; elle est formée de deux tumeurs ovalaires adhérentes par une de leurs extrémités; la surface de sa coupe est d'un jaune verdâtre; sa consistance est la même partout. Les autres parties du cervelet, la protubérance, le bulbe rachidien et la moelle épinière, ne présentent rien de remarquable.

Les poumons sont partiellement hépatisés; mais ils contiennent peu de tubercules. Ce n'est qu'après les avoir incisés dans tous les sens, qu'on a découvert deux ou trois granulations. Les glandes bronchiques ont pour la plupart subi la dégénérescence tuberculeuse. Les glandes mésentériques sont saines. Le canal intestinal ne renferme aucun ver.

Chez cette malade les tubercules n'étaient pas bornés à une seule partie de l'encéphale; ils s'étaient à la fois développés dans le cerveau et le cervelet. C'est dans cette dernière portion des centres nerveux qu'ils avaient acquis le plus de développement.

Nous retrouvons chez cette malade ce trouble de la motilité que nous avons déjà signalé chez celle qui fait le sujet de l'observation précédente. Ce n'était pas une paralysie puisque la malade pouvait fléchir et étendre les deux membres inférieurs, et qu'elle était sensible à toutes les stimulations extérieures; mais c'était un désordre du mouvement consistant dans une sorte d'incertitude et de défaut de coordination de l'action musculaire, d'où résultait une démarche chancelante, mal-assurée, comme l'a observé M. Andral chez quelques malades. Quant aux convulsions intermittentes au début, à la céphalalgie, aux vomissemens, nous les avons déjà signalés chez plusieurs des malades précédens.

Mais ces mouvemens irréguliers des yeux qui se sont manifestés après la première convulsion et qui ont persisté jusqu'à la mort, n'ont été observés que chez cette jeune fille. L'examen nécroscopique des nerfs qui se distribuent aux muscles de l'œil et qui impriment le mouvement à l'organe de la vision, ne nous a fait découvrir aucune lésion matérielle dans ces cordons nerveux.

TROIS ANS; CONSTITUTION SCROPHULEUSE; DISPOSITION HÉRÉDITAIRE AUX AFFECTIONS TUBERCULEUSES; CÉPHALALGIE; STRABISME; PROLAPSUS DE LA PAUPIÈRE DROITE; CONVULSIONS; HÉMIPLÉGIE GAUCHE SURVENUE D'UNE MANIÈRE LENTE, GRADUELLE; MORT APRÈS CINQ MOIS DE MALADIE; PAS D'AUTOPSIE; DIAGNOSTIC; TUBERCULES DE L'HÉMISPHÈRE DROIT; RAMOLLISSEMENT CONSÉCUTIF DU CERVEAU; ÉPANCHEMENT DANS LES VENTRICULES.

OBS. V. — Adelphine Lejenne, 3 ans, constitution scrophuleuse, est apportée de la commune d'Issy à l'hôpital des Enfans le 9 juin, affectée d'une hémiplégie gauche.

Commémoratifs. La mère de cette jeune fille a succombé il y a six mois à la phthisie pulmonaire; elle avait donné le jour à six enfans, dont trois sont morts en bas âge; deux sont vivans et offrent des signes d'affection scrophuleuse. La sixième fait le sujet de cette observation. Cette jeune fille a manifesté, peu de temps après la mort de sa mère, une tristesse et une apathie insolites; elle a commencé à se plaindre de la tête il y a cinq mois. On a remarqué à cette époque qu'elle louchait de temps en temps. Un mois après, il est survenu un prolapsus de la paupière supérieure droite, qui a persisté malgré l'application d'un vésicatoire sur la tempe du même côté. Il y a un mois environ, la malade a éprouvé de la difficulté à marcher: elle a commencé à traîner la jambe gauche. Il s'est manifesté en même temps une paralysie incomplète du membre supérieur du même côté. Il y a quinze jours, elle a été prise d'un accès épileptiforme qui a duré demi-heure; l'hémiplégie les jours suivans a été de plus en plus prononcée. Pendant ces cinq mois, toux, accès de fièvre irréguliers, alternatives de constipation et de diarrhée. L'appétit n'a jamais été entièrement perdu; la malade n'a été affectée de vomissemens qu'un seul jour; elle a rendu quelquefois des vers. Le vésicatoire appliqué sur la tempe droite est le seul moyen de traitement qui ait été mis en usage.

Symptômes observés le 10 juin. Décubitus sur le dos; prolapsus de la paupière supérieure droite, qu'on parvient aisément à soulever, et qui laisse voir la pupille, beaucoup plus dilatée que celle du côté opposé; en même temps, strabisme et abolition complète de la vue à droite; déviation de la bouche à gauche, sensible surtout lorsque la malade parle ou qu'elle tousse; paralysie incomplète des membres supérieurs et inférieur du côté gauche; la malade exécute avec ces membres quelques légers mouvemens, mais elle ne peut ni les soulever, ni les maintenir élevés; la sensibilité cutanée est également vive des deux côtés; l'intelligence est nette; la malade répond juste à la plupart des questions qu'on lui adresse; lorsqu'on lui demande si elle souffre de la tête, elle répond tantôt né-

---

tion cérébelleuse, mais dans son style moitié grave, moitié bouffon, il dit que pour la fonction génératrice, le cervelet est le pouvoir *législatif*, tandis que les organes reproducteurs n'ont que le pouvoir *exécutif*. Ne voilà-t-il pas des motifs bien convaincans?

En continuant à apprécier l'influence des divers états de l'économie sur cette fonction, l'observation fait voir que le désir vénérien augmente pendant le *molimen menstruationis*; et pourtant, par une prudence qui semble contradictoire aux lois de la nature, c'est alors que la continence semble plus spécialement recommandée. C'est cette précaution déterminée par l'écoulement périodique, que ce spirituel fou d'abbé Galiani appelait une retenue de quinze pour cent sur le plaisir amoureux. Toutefois, si on en croit l'histoire, Fernel donna un conseil tout différent à Catherine de Médicis: il eut raison, car la fécondation eut lieu. Qui sait pourtant si Charles IX ne dut pas à cette circonstance sa triste constitution, sa mauvaise santé et son atroce caractère? Il serait singulier que la St Barthélemy fût une conséquence du conseil de Fernel. Mais, de tous les états qui influent sur cette fonction, l'état morbide est le plus remarquable. Les maladies changent singulièrement l'aptitude à l'acte de la génération; car presque toutes, en diminuant l'énergie vitale, émoussent l'aiguillon du désir. Il en est pourtant quelques-unes qui semblent, dit-on, irriter ce désir, telles sont la goutte, la gravelle, et surtout la phthisie pulmonaire. Mais la science ne possède à cet égard que des données fort incertaines et qui touchent de près à d'anciens préjugés. Une chose plus démontrée, est que la semence, retenue contre le vœu de la nature, peut donner lieu à une foule de maladies. Cependant je ne puis adopter la bizarre opinion du docteur Capello, qui prétend que la rage est uniquement due au *désir vénérien porté à l'excès et non satisfait chez les chiens*. Cet animal, dit-il, est privé de vésicules séminales, de manière que le fluide prolifique ne peut être excrété sans la copulation. Mais ce médecin a oublié de nous dire si les chiennes sont ou non atteintes de la rage. Or, cette circonstance, indépendamment de beaucoup d'autres motifs, fait voir le peu de fondement de cette hypothèse.

Toutefois bien que, grâce à nos mœurs, la pléthore séminale soit fort rare, la continence extrême et prolongée a ses dangers, mais toujours relatifs à la constitution individuelle. Les différences de cette constitution influent aussi d'une manière marquée dans la prédisposition à la fécondation; il y a à cet égard une foule de problèmes intéressans, sur lesquels la science est tout-à-fait limitée. Remarquez même que la vigueur du corps, l'intensité des désirs, n'ont pas toujours une action directe sur les résultats de l'action procréatrice. Il est tel: « Gentil compaignon à l'endroict des dames. » Comme dit Brantôme: à jamais condamné à vivre sans postérité, tandis que le contraire s'observe souvent. Pour peu qu'il y ait d'heureux rapports entre les deux sexes, il est des individus chez qui la puissance prolifique est très-développée. Le célèbre Haller fut père de onze enfans; il vit aussi vingt petits-fils et deux arrière petits-fils. Parmi les épitaphes qui, en 1780, existaient encore au cimetère des Innocens, on remarquait celle-ci: « Cy gist, *Yollande Boilly*, qui trespassa l'an 1514, la 88e année de son âge, et la 42e de son veuvage; laquelle a vu ou pu voir devant son trépas, 195 enfans issus d'elle. » Une chose à peu près démontrée, c'est que l'aptitude à la fécondation se lie presque toujours à la modération; la sagesse et la médecine sont encore sur ce point d'un parfait accord. Il est certain que les filles folles de leur corps, que les sectateurs des amours faciles, que les libertins perdent de bonne heure la vertu prolifique qui était en eux, il y a peu d'exceptions, et les

gativement, tantôt affirmativement. Le pouls donne 90 pulsations régulières; la langue est naturelle; le ventre indolent; toux fréquente; son obscur et diminution du bruit respiratoire sons l'omoplate du côté gauche; engorgement des ganglions du cou; écoulement puriforme par l'oreille droite. (Hydromel; 4 grains de calomel en deux prises; un seton à la nuque.)

Du 10 au 15, pas de changement notable.

Le 15, le séton est en pleine suppuration; le membre supérieur gauche est par momens le siége d'un tremblement muscolaire; on observe le même phénomène dans l'extrémité inférieure lorsqu'on la soulève; tous les autres symptômes persistent. On continue l'usage du calomel, on permet des bouillons. Nous n'observons aucun changement remarquable dans l'état de la malade jusqu'au 26. A cette époque, la fièvre s'allume, la toux devient plus fréquente; la respiration plus gênée; on redoute l'invasion de la rougeole. On promène des sinapismes sur les membres inférieurs; on prescrit un julep avec acetate d'ammoniaque, et une diète absolue.

Le 27, la malade est plongée dans un assoupissement profond; elle ne répond plus à aucune des questions qu'on lui adresse; le prolapsus de la paupière droite persiste, ainsi que le strabisme et la déviation de la bouche: l'hémiplégie gauche est plus prononcee que les jours precedens; la déglutition est très-gênee; l'ingestion d'une cuillerée de liquide provoque de petites quintes de toux; la respiration est haute, costale, très-accélérée; 72 inspirations par minute; 124 pulsations. On applique un vésicatoire sur le sternum.

Le 28, le coma persiste; le membre supérieur gauche offre de la contracture; les doigts sont fortement flechis sur la paume des mains; le membre inférieur est en résolution; le pouls donne 180 pulsations, et la respiration s'est elevée à 80. L'auscultation du thorax fait reconnaitre une inflammation du poumon gauche. On applique deux nouveaux vésicatoires sur le thorax; la peau n'est le siége d'aucune eruption. La mort a lieu dans la journée.

Le cadavre réclamé par les parens, est enlevé avant que l'autopsie ait été pratiquée.

Quoique l'examen nécroscopique n'ait pas eu lieu dans ce cas, nous n'hésitons pas à le ranger dans la classe des tubercules de l'encéphale. Nous allons indiquer en peu de mots sur quels signes nous avons fondé le diagnostic.

Lorsque cette jeune fille fut soumise à notre observation, l'hémiplégie gauche était le symptôme prédominant. Cette hémiplégie s'était établie d'une manière lente et graduelle. Plus tard les membres paralysés furent le siége de tremblement et de contracture; ces symptômes ne nous laissaient aucun doute sur l'existence d'un ramollissement partiel de l'hémisphère droit. Ce ramollissement était-il aigu et spontané (1)? était-il consécutif? Pour résoudre cette question, nous eûmes recours aux antécédens. On nous apprit que plusieurs mois avant l'apparition de l'hémiplégie; la malade avait accusé des douleurs de tête, qu'elle avait perdu sa gaieté, qu'elle éprouvait de la répugnance pour le mouvement, qu'elle était fréquemment assoupie, qu'elle louchait parfois, qu'elle a été affectée d'un prolapsus de la paupière droite qui avait résisté à l'application d'un vésicatoire à la tempe: tous ces symptômes étaient de nature à nous faire soupçonner une tumeur dans l'encéphale qui avait préexisté au ramollissement. Or, de toutes les tumeurs qui se forment dans les centres nerveux à cette période de la vie, la plus commune est sans contredit le tubercule. Pendant nos quatre années de recherches à l'hôpital des enfans, nous n'avons rencontré que trois sortes de tumeurs dans l'encéphale: le tubercule, le cancer et l'acéphalocyste. Les deux dernières ne se sont offertes qu'une seule fois à notre observation; la première a été rencontrée quarante fois. Le tubercule du cerveau chez les enfans, d'après nos recherches du moins, serait donc au cancer et à l'acéphalocyste comme 40 : 1. C'est donc sur cette lésion, comme la plus fréquente que devaient se porter nos soupçons. Nous avions d'ailleurs d'autres motifs de croire à des tubercules de l'encéphale chez cette jeune fille. Sa mère était morte phthisique. Les renseignemens obtenus sur sa maladie et sa terminaison funeste, qui eut lieu six mois avant l'admission de la malade à l'hôpital, ne nous laissaient aucun doute à cet égard. Cette jeune fille offrait en outre des signes d'affection scrophuleuse, engorgemens des ganglions du cou, écoulement puriforme par l'oreille, etc.; elle toussait depuis long-temps; de plus l'auscultation et la percussion du thorax nous firent reconnaître une diminution de la sonorité et du bruit respiratoire au niveau de l'omoplate gauche; ces symptômes étaient des indices suffisans d'une affection tuberculeuse des poumons.

Ces derniers signes sont de la plus grande valeur, lorsqu'il s'agit de se prononcer sur la nature d'une tumeur de l'encéphale. Tout porte à croire que cette production morbide est analogue à celle dont nous pouvons constater l'existence dans la poitrine et les ganglions sous-cutanés. A une époque où l'on manquait par le diagnostic de la phthisie pulmonaire, des précieux moyens d'investigation que nous possédons aujourd'hui, on se fondait principalement sur la présence de tumeurs scrophuleuse pour reconnaître les tubercules du poumon. *E tumoribus scrophulosis sumendum est diagnosticum*, dit quelque part Morton en parlant du diagnostic de la phthisie tuberculeuse. C'est ainsi que nous procédons souvent pour reconnaître la nature des tumeurs de l'encéphale.

Ainsi, en nous fondant sur l'âge, la constitution scrophuleuse de la malade, sur l'existence d'une phthisie pulmonaire concomitante; de plus en ayant égard à la marche de la maladie qui a offert ce caractère de lenteur et en quelque sorte d'incertitude, propres aux affections tuberculeuses, nous ne doutons pas qu'elle ne portât des tubercules dans l'encéphale. Cette tumeur a déterminé, comme chez les sujets précédens, un ramollissement de la substance cérébrale ambiante, qui s'est traduit par une hémiplégie; enfin le coma et la dyspnée qui ont terminé la scène, se rattachaient à une phlegmasie pulmonaire due à la présence des tubercules et à un épanchement séreux dans les ventricules déterminé par la même cause.

(1) Il est extrêmement rare: nous ne l'avons observé que deux fois depuis quatre ans à l'hôpital des Enfans, où l'on pratique la nécropsie de tous les sujets qui succombent à des maladies de l'encéphale.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ANGLAIS.

I. THE EDINBURGH MEDICAL AND SURGICAL JOURNAL.

Le cahier trimestriel de juillet renferme dix articles originaux, savoir: 1° *Compte-rendu des maladies traitées durant le cours de clinique professé à l'Infirmerie royale en* 1834-35, par David Craigie; 2° *sur l'histoire et les causes du bronchocèle ou goître*, par James Reid; 3° *observations anatomiques*, par John Reid; 4° *observations sur les statistiques des hernies et les causes anatomiques qui en déterminent la production*, par Robert Knox; 5° *remarques*

lois physiologiques expliquent parfaitement cette détérioration vitale. Quoi qu'on fasse, la Venus pudique sera toujours la véritable déesse des amours. Le vice, cette estimation erronée des plaisirs et des peines, trouve encore ici son châtiment, et jamais l'infraction aux saintes lois de la nature et de l'ordre social, ne reste impunie. Si l'on veut voir un tableau fait de main de maitre, sur les effets d'une déperdition extrême de la liqueur spermatique, on peut consulter Bordeu touchant la *cachexie séminale*. (Analyse médicale du sang.) Malheur donc à celui qui frappé au type bestial ne met aucun frein à ses désirs; bientôt atteint par le souffle empoisonné du vice, qui corrompt la vie dans sa fleur, la douleur et la mort l'auront bientôt dévoré.

D'ailleurs, la plupart des moralistes anciens et modernes qui ont traité ce sujet, négligeant tout-à-fait les lois physiologiques, sont presque tous tombes dans les deux excès, ou d'une rigueur excessive, ou d'un abandon très-près de la licence. Charron, lui qui represente au frontispice de son livre la nature sous la forme d'une belle femme, mais sans que *ses hontes paraissent*, me parait être un de ceux qui aient considéré avec le plus de justesse la question dont il s'agit; il tonne surtout contre ces hommes qui, dans l'acte reproducteur, ne considèrent que leur plaisir sans penser aux résultats. «Nos hommes, dit-il, vont à l'étourdie à cet accouplage, pressés par la seule volupté et envie de ce qui les chatouille et les presse; et s'il en arrive conception, c'est grand hasard. Personne n'y va d'aguet et avec telle délibération et disposition comme il faut que nature requiert.» Puis il recommande une volupté prudente et consciencieuse; selon lui, «qui agit autrement, viole son corps en le faisant *vaisseau d'ordure*.» (De la sagesse, liv. 3.) Le malheur est que le bon chanoine de Condom n'a pas precisé des règles à cet égard, et ses préceptes sont vagues. Peut-être aussi n'est-il possible que d'établir des généralités, car le tempérament, le climat, les âges, apportent à cette fonction les plus grandes modifications. Un vieux médecin donna jadis le conseil suivant à un jeune homme: Si votre constitution est faible et délicate, fuyez les plaisirs de l'amour, il y a ici une couche d'épines enfouie sous des roses; mais l'excitant prolifique vous agite-t-il sans cesse? conduisez-vous selon votre âge; de 25 à 36 ans, vivez sur le revenu; de 36 à 45, faites des économies; depuis 45 jusqu'à la fin, gardez précieusement le capital. Au reste, quelque chose qu'on dise sur cette grande fonction, on est forcé de rester tantôt dans le cercle d'une expérience banale, beaucoup plus souvent dans le doute et l'incertitude. Que de recherches à faire encore! que de mystères à sonder! que de problèmes à résoudre! *Ce qui est* l'éternel désespoir et l'éternel affront du philosophe, reste caché pour nous dans la génération. Heureusement que l'esprit humain ne se lasse pas dans son infatigable curiosité. Quant à moi, je suis convaincu qu'avec le temps, une partie du voile sera soulevée; je l'espère et salue cet avenir que je ne dois pas voir.

R.-P.

— M. le professeur Breschet nous prie d'insérer dans la GAZETTE MÉDICALE la lettre suivante, qu'il a adressée au *Journal hebdomadaire de médecine*. Cette lettre est relative à un fait que nous avions cru devoir passer sous silence, savoir, qu'un des candidats aurait obtenu que la reine écrivît à l'un des juges du concours. Mais notre honorable confrère ayant été l'objet d'insinuations aussi

sur l'entozoaire microscopique découvert dans les muscles du corps humain, avec quelques observations sur un animal du même genre trouvé sous la muqueuse intestinale du cheval, par le docteur Knox; 6° *observations*, par W. Henderson; 7° *observations de raccourcissement du col du fémur, avec des remarques*, par G Gulliver; 8° *résumé des cas dans lesquels des pseudo-membranes ont été évacuées par les intestins*, par W. Thomson; 9° *expériences et observations sur les bruits du cœur*, par Robert Spittal; 10° *conclusion de l'histoire d'un cas de paraplégie par lésion de la moelle spinale*, par John Home Peebles.

REVUE DES CAS OBSERVÉS A L'INFIRMERIE ROYALE pendant le cours de clinique de 1835; par le docteur CRAIGIE.

Cette revue, qui n'embrasse que les cas désignés sous le nom de fièvre; et qui se sont élevés au nombre de près de 200, ne pourrait offrir d'intérêt qu'autant qu'elle contiendrait des cas très-remarquables, ou qu'elle tendrait à éclairer quelques-uns des points aujourd'hui en discussion. Nous ne trouvons rien de semblable ici. La seule remarque que nous ferons à l'occasion de cette revue, est relative aux fausses notions que paraissent avoir les médecins d'Edimbourg sur les lésions des follicules intestinaux dans la fièvre typhoïde. Sur les douze cas de fièvre qui se sont terminés par la mort, il n'en est qu'un seul, si nous en croyons le docteur Craigie, où l'on ait trouvé les follicules altérés; et encore il croit que cette altération avait précédé la maladie qui a déterminé la mort. Voici sur quoi il se fonde. Le malade étant mort le quatorzième jour après l'invasion de la fièvre, il ne pense pas que les follicules aient pu augmenter de volume, s'enflammer et s'ulcérer dans un aussi court espace de temps. « D'après ce que j'ai vu de cette maladie (la dothinentérite) dans d'autres cas, je suis porté à croire que l'affection des follicules intestinaux remontait chez ce malade à une époque plus éloignée. » M. Craigie ignore, il le paraît, que c'est du huitième au dixième ou douzième jour que les follicules hypertrophiés commencent à s'ulcérer, ainsi que cela a été démontré en France par des recherches tout-à-fait spéciales, et contre lesquelles aucune objection sérieuse n'a été faite.

DE L'HISTOIRE ET DES CAUSES DU GOITRE; par le docteur James REID.

Ce travail, qui pourrait convenir pour un dictionnaire ou une encyclopédie, nous fournit peu de documens nouveaux propres à éclairer les deux parties seulement de l'étude du goître dont il y est question. Nous ferons cependant remarquer qu'ici le mot *goître* est pris dans son extension la plus large, et nous dirions presque dans le sens que le vulgaire y attache communément. Il n'est point restreint à la simple hypertrophie de la glande thyroïde. Aussi l'auteur distingue deux formes de goîtres, le *goître thyroïde*, qui est endémique, et le *goître cellulaire* ou accidentel; et encore, sous le dernier titre, il comprend toutes les altérations de la glande thyroïde, depuis le goître aérien qu'admettent encore quelques auteurs modernes, jusqu'au squirrhe de la glande thyroïde. Il examine successivement toutes les causes auxquelles on a attribué la production du goître endémique, rappelle à cette occasion les témoignages d'un bon nombre de voyageurs sur les pays où l'on observe cette singulière maladie, et les circonstances qui l'accompagnent, et termine en avouant que quelque agent mystérieux jusqu'ici inconnu, mais que de nouvelles recherches pourront révéler, peut seul déterminer une maladie si constamment analogue dans des circonstances aussi variées.

OBSERVATIONS ANATOMIQUES, par le docteur John REID.

Nous trouvons sous ce titre des questions relatives à divers sujets; parmi lesquels le suivant nous paraît surtout offrir de l'intérêt.

Cas dans lesquels des cartilages accidentels ont été trouvés dans l'intérieur de plusieurs des membranes séreuses.

Le sujet de cette observation était un homme, âgé de 80 ans, qui est mort épuisé par de graves accès d'asthme, n'ayant offert dans le dernier temps de son existence aucun symptôme que l'on pût rapporter à l'altération que nous allons décrire.

En ouvrant l'abdomen, on trouva, à la partie supérieure du bassin, dans l'intérieur même du péritoine, un corps rond, cartilagineux, un peu plus gros qu'une bille de billard, complétement libre de toute adhérence aux parties voisines, et à l'exception d'un petit nombre de dépressions qu'ont remarquait à sa surface, il était parfaitement rond et lisse. A l'intérieur il était composé d'un certain nombre de couches concentriques, avec un dépôt calcaire au centre. Il était élastique et ressemblait aux fibro-cartilages interarticulaires. On trouva encore un autre dépôt articulaire à la surface de la rate. Enfin, dans l'intérieur des deux tuniques vaginales qui étaient affectées d'un double hydrocèle, il y avait aussi un certain nombre de corps, d'apparence cartilagineuse, dont les plus gros étaient entièrement libres dans le fluide, tandis que les plus petits tenaient encore à la surface interne de la tunique vaginale par de minces pédicules membraneux. Ces corps contenaient aussi au centre un dépôt calcaire; on en trouva aussi plusieurs adhérens à la surface interne des deux plèvres par des pédicules étroits. Les articulations n'en contenaient aucun.

Dans un autre cas l'auteur dit avoir trouvé, dans l'intérieur du péritoine, une tumeur fibro-cartilagineuse du volume d'une noisette, enveloppée d'une membrane séreuse et parfaitement libre. Le corps de l'utérus présentait encore immédiatement au dessus du péritoine un certain nombre de tumeurs rondes, de volume variable, les plus grosses entièrement calcaires, les plus petites fibro-cartilagineuses. Deux de ces dernières avaient poussé le péritoine devant elles et n'étaient plus attachées que par un pli de cette membrane.

Ces deux faits viennent à l'appui de l'explication ingénieuse donnée par Laennec de la manière dont se détachent ces tumeurs qui, primitivement formées en arrière de la séreuse, la poussent en avant, à mesure qu'elles augmentent de volume, finissent par en être complétement enveloppées et par ne plus tenir aux parties voisines qu'au moyen d'une mince handelette qui ne tarde pas elle-même à se rompre.

OBSERVATIONS SUR LES STATISTIQUES DES HERNIES ET SUR LES CAUSES ANATOMIQUES QUI EN DÉTERMINENT LA PRODUCTION, par R. KNOX.

La fréquence des hernies est un fait généralement reconnu; mais quand on cherche à acquérir des données plus précises sur le rapport

---

malveillantes, nous nous empressons de publier sa lettre, qui renvoie à qui de droit le soupçon qu'on avait cherché à faire planer sur lui.

Monsieur et honoré confrère,

Je vous remercie de ce que vous avez dit de moi dans le dernier numéro de votre journal. Vous avez eu entièrement raison, monsieur, d'affirmer que je suis complétement étranger à la lettre que M. Blandin prétend avoir été écrite, par *une personne très-élevée dans l'état*, à l'un des juges du dernier concours.

Je considère cette intervention sollicitée par un compétiteur comme un acte déloyal et indigne d'un galant homme. Dans un concours, on ne doit apporter que son courage et les talens que donnent l'étude et l'expérience. Je repousse avec indignation l'emploi de tout autre moyen.

Je suis, etc.,

BRESCHET.

— *Concours pour la chaire de pathologie chirurgicale, vacante dans la Faculté de médecine de Strasbourg.* — Les docteurs en médecine et chirurgie sont avertis qu'un concours public s'ouvrira le 1er août 1836, devant la Faculté de médecine de Strasbourg, pour la chaire de pathologie externe, vacante dans cette Faculté.

Les qualités requises pour être admis à concourir, sont: de jouir des droits civils; d'avoir été reçu docteur en médecine dans l'une des Facultés du royaume; d'avoir l'âge de 30 ans accomplis.

Le concours se composera de quatre genres d'épreuves:

1° Une appréciation des titres antérieurs des candidats;

2° Une composition écrite faite à huis-clos;

3° Deux leçons, dont l'une faite après 24 heures, et l'autre après 3 heures de préparation;

4° Une thèse ou dissertation écrite en français, sur une matière où les candidats s'argumentent réciproquement.

Les docteurs en médecine ou en chirurgie qui désireront concourir, ont dû remettre ou envoyer au secrétaire de la Faculté de médecine de Strasbourg, avant le 1er juillet 1836:

1° Copie légalisée de leur acte de naissance;

2° Leur diplôme de docteur;

3° Un paquet cacheté contenant l'exposé de leurs titres.

de cette affection aux autres maladies, ou sur la proportion des hernieux à la population en général, on ne trouve que des présomptions plus ou moins hasardées et des assertions qui ne sont fondées sur rien. Cette lacune a frappé le docteur Knox, et il a tenté de la remplir.

Aucun écrivain n'a suffisamment traité cette première question, savoir, si la hernie est plus fréquente chez les personnes sédentaires ou dans la classe laborieuse, chez les riches ou chez les pauvres, chez les jeunes ou chez les vieux sujets. Quant à la proportion des hernieux au reste de la population, M. Turnhull pense qu'elle est de 1 à 15; ce qui ferait entre 6 et 7 sur 100; et le docteur Monro est à peu près du même avis. On trouve cependant dans son propre ouvrage un document qui tendrait à faire réduire de beaucoup cette proportion; c'est un état des recrues de la légion allemande examinées par le docteur Verstrum et d'autres; sur un total de 40,460 recrues, 365 seulement ont été rejetées pour cause de hernie, c'est-à-dire moins de 1 sur 100. Et cependant ces Allemands étaient généralement de la dernière et de la plus pauvre classe du peuple, et les exigences de la guerre étaient alors assez urgentes pour faire penser que les inspecteurs n'apportaient pas trop de rigueur dans leur examen.

Dans les Mémoires de l'Académie royale de chirurgie, se trouvent des données assez importantes sur ce point. On fit le recensement de la population de quatre grands hôpitaux ou hospices, et l'on constata avec soin le nombre des hernies; à la Salpêtrière, sur 7,027 femmes, 220 portaient des descentes; à Bicêtre, sur 3,800 hommes, la proportion était de 212; à l'hôtel des Invalides, sur 2,600 hommes, on ne comptait que 155 hernieux; enfin, à l'hôpital de la Pitié, sur 1,037 jeunes hommes, il n'y en avait que 21. La proportion est plus forte ici que dans le premier calcul; cependant elle est encore bien inférieure à ce que professent certains écrivains.

Toutes les races humaines sont-elles également sujettes aux hernies? M. Knox dit n'avoir jamais observé un seul cas de hernie chez un individu de pure race nègre, bien que plusieurs milliers d'individus de cette race lui aient passé sous les yeux; tandis qu'on rencontre fréquemment cette affection chez les mulâtres.

On a essayé de préciser la fréquence comparative des hernies chez diverses nations; mais là encore on ne s'est appuyé que sur des conjectures. La fréquence des hernies en Suisse a été notée par Freytag (1721) et par Blumenbach, qui signale particulièrement sous ce rapport le canton d'Appenzell; il explique d'une manière fort ingénieuse pourquoi ce canton en est plus affligé; mais comment a-t-il constaté que les autres l'étaient moins? C'est ce qu'il a oublié de dire. Quelques-uns ont pensé que les hernies étaient plus communes dans les pays de montagnes, et par exemple dans le nord de l'Ecosse, dans le pays de Galles et dans quelques parties de l'Irlande, que dans les plaines étendues de l'Angleterre et de la France. Ce sont toujours des conjectures mises à la place des faits.

M. Lawrence dit que la hernie est plus fréquente dans la classe laborieuse. Cela est probable; mais encore faudrait-il le démontrer. Les habitans du cap de Bonne-Espérance, au moins les colons de la frontière du nord et de l'est, sont d'une indolence incroyable; ils ne se livrent à aucun travail, et cependant ils sont très-sujets aux hernies. M. Knox fut durant quelques mois chirurgien d'un corps de *Yeomanry*, fort d'environ 900 hommes, et composé presque exclusivement de colons hollandais de tout âge; un de ces colons, un mulâtre, réclama une exemption du service actif, pour une énorme tumeur qu'il portait à la cuisse; et en examinant cette tumeur, le chirurgien reconnut en outre une hernie inguinale. Il fit son rapport en mentionnant ces deux affections, mais l'officier-commandant l'invita à rayer le considérant fondé sur la hernie; autrement, lui dit-il, un tiers des hommes au moins demanderaient au même titre leur exemption; et le chef qui parlait ainsi était lui-même porteur d'une hernie. En admettant même ici quelque exagération, voilà toujours une race d'hommes jouissant d'une parfaite aisance, ne travaillant jamais, et qui est très-sujette aux hernies. Il faut dire toutefois qu'ils montent beaucoup à cheval, et qu'ils arrivent pour la plupart à une forte corpulence.

On dit que les régimens de cavalerie sont plus affligés de hernie que l'infanterie; mais dans quelle proportion, c'est ce qu'on n'a pas même cherché à établir. Sœmmering et Blumenbach attribuent la fréquence des hernies chez les Suisses et les Hollandais à leur nourriture presque exclusivement composée de lait, de fromage et de pommes de terre; assertion sur lesquelles il est inutile de s'arrêter.

Il y a une conformation anatomique qui, selon M. Knox, prédispose positivement et considérablement à la hernie; savoir la largeur du bassin plus grande que de coutume, soit chez l'homme, soit chez la femme. Il a eu occasion d'examiner le bassin d'un homme qui avait eu quatre hernies, deux crurales, une inguinale et une ventro-inguinale; les dimensions de ce bassin le rapprochaient de celui d'une femme; malheureusement, avant qu'on eût pu le dépouiller des parties molles et le mesurer rigoureusement, ce bassin se trouva perdu. Dans deux cas de hernies crurales étranglées chez l'homme, le bassin était aussi large que de coutume; malheureusement ces bassins ne furent pas non plus exactement mesurés. Toutefois d'après ce qu'il a vu, l'auteur incline à penser que la grandeur anormale du bassin chez l'homme est une prédisposition fréquente aux hernies inguinales, et quand elle dépasse un certain degré, aux hernies crurales, moins rares chez l'homme qu'on ne l'a supposé.

Les hernies sont plus fréquentes chez l'homme que chez la femme. Sur 7599 personnes qui s'étaient adressées à la société des bandages de la cité de Londres depuis son origine jusqu'en 1814, on comptait 6458 hommes, 1141 femmes. La nouvelle société pour les hernies a traité 4070 personnes, dont 3505 hommes, 565 femmes. Toutefois il ne faudrait pas prendre ces chiffres comme l'expression exacte du rapport des hernies dans les deux sexes; car on conçoit que les hommes viennent plus volontiers se soumettre à l'examen que les femmes.

Les hernies sont plus fréquentes à droite qu'à gauche. Voici les résultats obtenus par l'ancienne société. Sur 7599 cas de hernies, il y avait :

		côté droit		côté gauche
Inguinales chez l'homme,	côté droit,	2,567;	côté gauche,	1,469
— chez la femme,	—	20	—	14
Crurales chez l'homme,	—	47	—	38
— chez la femme,	—	264	—	246

Et par la société nouvelle :

		côté droit		côté gauche
Inguinales chez l'homme,	côté droit,	1,565;	côté gauche,	927
— chez la femme,	—	51	—	34
Crurales chez l'homme,	—	19	—	11
— chez la femme.	—	139	—	93

M. Knox fait remarquer qu'il a pu y avoir des erreurs dans le diagnostic des hernies crurales, faciles à confondre avec des ganglions engorgés.

Tout porte à croire que les diverses proportions des hernies inguinales et crurales dans les deux sexes tiennent à la capacité inverse des ouvertures herniaires. On avait pensé aussi que la hernie crurale chez les femmes était favorisée par la petitesse comparative du ligament de Gimbernat; idée erronée, puisque le ligament de Gimbernat a fréquemment plus d'étendue chez la femme que chez l'homme.

MM. Lawrence, J. Cloquet et d'autres ont nié que la plus grande fréquence des hernies à droite fût due à la dilatation plus considérable des ouvertures de ce côté; et ils pensent qu'il faut en accuser l'action plus énergique du côté droit dans toutes les manœuvres qui exigent de la force. M. Knox est d'un avis contraire. Quand on lève un fardeau très-lourd, par exemple, on se sert des deux mains à la fois; d'ailleurs, chez beaucoup d'individus, le côté droit est plus fort et mieux nourri que le gauche; et cette vigueur se montre dans la plus grande résistance qu'il oppose aux maladies, et dans une plus grande facilité à en guérir. Ainsi, dans les grands hôpitaux, M. Knox a toujours vu les ulcères du membre gauche plus fréquens que ceux du membre droit.

C'est donc à la plus grande dilatation des ouvertures à droite que sont dues, selon lui, les hernies plus nombreuses de ce côté. Chez les sujets atteints de hernies des deux côtés, soit inguinales, ventro-inguinales ou crurales, il a trouvé le bassin uniformément et largement dilaté. Il a essayé de s'assurer, par la mensuration, si le côté droit du bassin est plus développé que le gauche, et dans quelles proportions. Dans le plus grand nombre des cas, l'intervalle de l'épine iliaque antérieure et inférieure (*sic*) à la symphyse pubienne est évidemment plus grand à droite qu'à gauche; dans un petit nombre, il est plus grand à gauche qu'à droite; et enfin d'autres fois il y a égalité et symétrie. Les mêmes différences existent pour le trou obturateur. Mais il y a une forme du bassin assez fréquente chez l'homme, et bien propre à démontrer la tendance du bassin à se développer davantage du côté droit. Dans ces cas la branche gauche du pubis descend presque directement vers la branche ascendante de l'ischion, tandis qu'à droit la branche du pubis se courbe en dehors, de manière à offrir une concavité en dedans; et de là un singulier défaut de symétrie. Ce manque de symétrie se retrouve assez souvent dans les clavicules; et c'est là probablement la raison pour laquelle le chirurgien trouve plus de place en général pour chercher l'artère sous-clavière au-dessus de la clavicule droite que de la gauche, celle-ci étant fréquemment plus petite, plus courte et moins arquée.

Quant à la fréquence comparative des diverses hernies, on possède des données plus exactes. Voici d'abord des résultats publiés par M. Marshall. Sur 6,229 recrues, inspectées de décembre 1824 à décem-

bre 1825, 82 furent rejetées pour cause de hernies, 19 pour laxité ou relâchement des deux anneaux, 6 pour relâchement de l'anneau droit, 56 pour relâchement de l'anneau gauche. Ce dernier résultat est remarquable, et M. Knox le regarde comme inconciliable avec tous les faits connus. Sur les 82 hernies, il y avait une inguinale double, 14 inguinales droites, 17 inguinales gauches, 44 ventrales, 6 ombilicales. Le grand nombre des inguinales gauches, et surtout des ventrales, étonne M. Knox, qui laisse apercevoir qu'il soupçonne quelque erreur de diagnostic.

Un second tableau de recrues examinées au dépôt de Dublin ne donne, sur 4,012 individus, que 18 hernies; un troisième tableau, sur 2,588 recrues, en donne 16, rejetées pour la même cause. En réunissant ces trois tableaux, on voit que les hernieux ne forment pas le centième du nombre total. Cela est loin des assertions de Chaussier, qui pensait que le trentième des hommes en était attaqué; d'Arnaud, Juville et Gimbernat, selon lesquels les hernieux formeraient le quinzième de la population en Italie et en Espagne, le vingtième en France et en Angleterre, le trentième dans le nord de l'Europe. Sur 86 individus morts de diverses maladies et soigneusement examinés après la mort, M. Knox n'a rencontré également qu'un seul cas de hernie.

Si l'on consulte les tableaux de la conscription en France, on arrivera à un résultat analogue. Voici, par exemple, les chiffres fournis par trois années :

An 1831 — 295,978 hommes.	4,044	exemptés pour hernie.
1832 — 277,477	3,579	
1833 — 286,420	4,222	

Ce qui ne fait au total que 1, 3 sur 100; les autres causes d'exemption, en mettant à part le défaut de taille, ont fait rejeter 6, 7 sur 100.

La société des hernies de Londres, établie depuis 1805, et qui a examiné depuis cette époque 31,400 cas de hernie, admet que l'on trouve un hernieux sur 15 personnes au moins prises dans les deux sexes, et 1 sur 8 ou 9 parmi les individus soumis à de violens exercices du corps.

A travers ce chaos d'opinions et de résultats si divers, il faut encore mentionner l'assertion de sir G. Ballingall, qui affirme que les cas de hernie sont très-rares parmi les militaires, et que dans treize années de campagnes il n'a pas eu une seule fois occasion d'opérer une hernie étranglée.

Nous avons jusqu'ici fidèlement analysé les faits rassemblés par M. Knox, sans les soumettre à aucune critique; nous ne terminerons pas cependant sans remarquer que la plupart de ces chiffres peuvent être taxés d'inexactitude; quelques-uns de ceux qui paraissent mériter le plus de confiance, tels que ceux des sociétés de Londres, sont tellement en opposition avec ce qu'il nous a été donné d'observer à Paris, au bureau central des hôpitaux, c'est-à-dire dans l'établissement qui attire certainement le plus grand nombre de hernies, qu'il faut admettre de deux choses l'une; ou bien que les bandagistes anglais ont été exposés à de fréquentes erreurs de diagnostic, ou que la proportion des hernies diffère absolument à Paris et à Londres. Les hernies crurales à Paris sont infiniment plus rares chez les femmes qu'à Londres; les hernies inguinales beaucoup plus fréquentes. Il y aurait beaucoup à dire sur la plupart des points traités par le docteur Knox; mais nous aurons occasion de les traiter plus largement dans un travail spécial que nous avons entrepris sur ce sujet.

Un dernier mot sur les résultats des opérations chirurgicales appliquées aux hernies. Il y a quelques années, dit M. Knox, on admettait que les chirurgiens du continent étaient plus heureux dans ces opérations que ceux de la Grande-Bretagne; et on expliquait cette supériorité par la promptitude avec laquelle les premiers se décidaient à débrider. L'auteur confirme à la fois le fait et l'explication; il pense donc que les chirurgiens anglais insistent trop sur le taxis. Toutefois, il ajoute lui-même que deux chirurgiens écossais distingués, M. Crichton de Dundee et feu M. Turnbull de Dunbar, lui ont assuré que dans le cours d'une pratique longue et étendue, ils n'avaient pas rencontré une seule hernie que le taxis ne fût parvenu à réduire. M. Liston professe aussi que la plupart des hernies étranglées doivent être réduites sans opération. On voit que la question n'est pas plus décidée en Angleterre qu'en France, où, comme on sait, M. Amussat préconise contre l'école de Desault les avantages du taxis prolongé.

EXTRAITS DE CAS DANS LESQUELS DES SUBSTANCES PSEUDO-MEMBRANEUSES ONT ÉTÉ RENDUES PAR LES INTESTINS, par le docteur W. THOMSON.

Ce travail est la suite de ceux déjà publiés par le même auteur dans le même journal, sur les cas où des portions d'intestin avaient été rendues par les selles, et dont la GAZETTE MÉDICALE a rendu compte. Il rapporte ici un certain nombre de cas où des portions de matière albumineuse ont été rendues par les selles dans le but de chercher à jeter quelque jour sur les circonstances spéciales dans lesquelles une exsudation de ce genre peut se produire à la surface de la muqueuse intestinale.

La division qu'adopte l'auteur pour classer les cas nombreux qu'il a recueillis est tout-à-fait arbitraire. La voici : elle comporte trois chapitres. Dans le premier il place tous les cas où les sujets n'ont rendu qu'une seule fois des portions de matière albumineuse. Le second comprend tous ceux où ce symptôme s'est offert plusieurs fois et pendant un petit nombre de semaines; dans le troisième sont rapportés tous ceux où cette matière a été rendue, de temps en temps, pendant une longue suite d'années; enfin la quatrième série comprend ceux où la mort arrivée peu de temps après, a permis d'examiner l'état des organes. Ces quatre séries comprennent trente-cinq cas empruntés à différens recueils et aux auteurs les plus variés, et qui sont rapportés avec tous les détails originaux. L'auteur renvoie à un autre article pour les rapprochemens et les conclusions qu'il en veut tirer, ainsi que pour les faits qu'il a observés lui-même; il rapporte cependant encore avant de terminer et très-sommairement un grand nombre de cas où à l'autopsie on trouva des traces de fausse membrane sur un point de l'étendue des intestins, bien que pendant la vie on n'en eût point remarqué dans les selles.

EXPÉRIENCES ET OBSERVATIONS SUR LES BRUITS DU COEUR; par M. le docteur ROBERT SPITTAL.

L'étude des bruits du cœur occupe aujourd'hui d'une manière toute spéciale un grand nombre de médecins anglais; il en fut souvent question dans la section de médecine du congrès scientifique réuni en 1834 à Edimbourg, et un comité fut nommé et chargé de faire sur ce sujet un rapport à la réunion du congrès scientifique à Dublin en 1835, ce qui a été fait aussi. Le comité a été continué de nouveau; des fonds assez considérables ont été mis à sa disposition pour les expériences, et l'on attend des résultats importans, décisifs même peut-être sur quelques-uns des points de cette étude restés incertains jusqu'à ce moment au prochain congrès.

Le but des expériences faites par le docteur Spittal a été de chercher à déterminer si le choc du cœur contre les parois thoraciques peut produire un bruit semblable à l'un des deux bruits du cœur, et conséquemment de s'assurer jusqu'à quel point l'explication que donne M. Magendie de la manière dont se forment les bruits du cœur, est exacte. Nous allons reproduire brièvement quelques-unes de ces expériences.

1° Le cœur fut enlevé sur un cheval au moment même où il venait de mourir; et aussitôt qu'il eut acquis une certaine fermeté, il fut réintroduit dans le péricarde, et l'on s'en servit pour frapper avec la pointe la paroi thoracique, en imitant autant que possible la force et la rapidité qu'offrent les mouvemens du cœur sur le vivant. A chaque choc on entendait un bruit distinct ressemblant beaucoup au premier bruit que l'on entend pendant la vie; puis, au moment où l'on détachait la pointe du cœur des parois thoraciques, on distinguait un second bruit qui ressemblait beaucoup, par la brièveté et la rapidité, au second bruit du cœur chez le vivant.

2° Dans la seconde expérience, le cœur fut laissé en place sur un chien qui avait été empoisonné pour une autre expérience, et les mêmes résultats furent obtenus; la seule différence que l'on remarque ici, c'est que le premier bruit parut moins grave; mais aussi le cœur était moins ferme et moins contracté que dans la première expérience.

3° La troisième expérience fut faite sur un cadavre humain, et avec les mêmes résultats.

Les trois expériences suivantes sont la répétition de celles que nous venons d'analyser, mais faites dans quelques circonstances différentes, afin d'être sûr qu'on obtenait toujours les mêmes effets. Ainsi, dans un cas, pour éviter d'ouvrir la poitrine et d'y laisser introduire de l'air, le docteur Spittal voulut mettre le cœur en mouvement par le doigt introduit dans le cardia. Après quelques essais infructueux, il finit pourtant par réussir, et obtint des bruits un peu moins clairs que dans les expériences précédentes, où le thorax était rempli d'air; et alors ces bruits se rapprochèrent encore plus de ceux observés chez le vivant. Dans une autre expérience le thorax fut rempli d'eau, et les bruits obtenus furent plus sourds que chez le vivant; mais il fut facile de voir comment les deux bruits étaient produits; le plus léger contact des doigts sur la paroi thoracique déterminant un bruit appréciable qui était suivi d'un second bruit au moment où le doigt était détaché. Nous

croyons avoir à peine besoin de dire que, dans toutes les expériences, les bruits obtenus ont été perçus à l'aide du stéthoscope.

L'auteur, après avoir rapporté ces expériences, examine quelques questions qui s'y rattachent, et se demande si réellement le cœur frappe dans ses mouvemens contre la paroi thoracique; et comme il n'appuie ici son opinion que sur l'autorité des auteurs qui ont écrit sur ce sujet, nous passerons à la seconde question qu'il s'adresse. Quel est le degré de force et d'impulsion nécessaire pour la production du bruit dans les circonstances indiquées, et celle du cœur à l'état sain est-elle suffisante? Ici, les expériences faites par M. Spittal lui-même doivent suffire, puisqu'il a suffi d'une force bien médiocre pour obtenir des bruits assez intenses sur le cadavre. Il rappelle ici d'autres expériences qu'il a faites sur des chiens vivans, dans lesquelles, lorsque le doigt se trouvait en contact avec le cœur, il éprouvait à chaque systole une impulsion vive et subite, et entendait en même temps un bruit semblable au premier bruit normal. Mais si, dans ces circonstances, il empêchait le cœur, par l'interposition des doigts, de s'approcher du thorax, on n'en distinguait plus aucun bruit, pourvu toutefois que l'on ne touchât pas les parois de la poitrine avec les doigts dans ce moment de l'expérience, car lorsque cette circonstance avait lieu, les bruits étaient transmis comme si le cœur frappait directement le thorax lui-même.

Ici l'auteur combat, dans une discussion que nous regrettons de ne pouvoir reproduire, les conclusions que les commissaires du congrès de Dublin pour les bruits du cœur ont tirées de leurs expériences contre la théorie de M. Magendie. Nous dirons seulement que, dans les expériences faites par les commissaires, on avait enlevé la paroi thoracique, et que cependant on entendait encore les bruits. Mais M. Spittal fait remarquer qu'on avait remplacé cette paroi par une petite planchette ou par un stéthoscope qui, bien que pourvu d'un tube flexible, n'en était pas moins propre à transmettre le bruit produit par le choc contre un corps dur, l'extrémité du stéthoscope, par exemple.

Les expériences du docteur Spittal sont moins favorables à la théorie de M. Magendie pour la production du second bruit, qu'à celle du premier. Il ne croit pas que les ventricules viennent frapper la paroi thoracique pendant leur dilatation; et, malgré que ses expériences lui aient fourni une nouvelle explication de ce second bruit, savoir le bruit produit au moment où le cœur se détache de sa paroi thoracique, il n'en est pas moins disposé à attribuer ce bruit à l'action des valvules. (Rouanet.)

Conclusion de l'histoire d'un cas de paraplégie, suite d'une lésion de la moelle épinière; par le docteur J. Home Peebles.

Cette observation, dont le commencement avait été donné dans le numéro d'octobre 1834, est un exemple très-remarquable de ces maladies où les altérations anatomiques sont loin d'être en rapport avec les symptômes observés pendant la vie. Cependant nous devons dire que cette maladie a offert des accidens si extraordinaires, que ceux qui l'ont rapportée paraissent même avoir douté, pendant quelque temps, de l'authenticité du fait. Il s'agit d'un criminel renfermé dans les prisons de Capoue, et qui n'est mort qu'après dix-sep ou dix-huit ans de maladie et de réclusion. Les premiers symptômes apparurent à la suite d'une chute d'un troisième étage. Pendant toute la durée de sa maladie, il y eut immobilité complète des extrémités inférieures, absence complète de garderobes et d'urine, chaque repas étant suivi, au bout de trois à quatre heures, de vomissemens que ses gardiens ont dit avoir offert quelquefois une odeur urineuse très-prononcée. De temps en temps il était pris de vomissemens de matière fécale. A l'autopsie, on ne trouva qu'un peu d'injection dans les méninges et dans le tissu de la moelle, et une consistance peut-être anormale dans ce dernier.

II. THE DUBLIN JOURNAL OF MEDICAL AND CHIMICAL SCIENCE.

Remarques sur le bruit de cuir neuf, considéré comme signe diagnostic des maladies de l'abdomen, par le docteur Corrigan.

L'auteur de ce mémoire n'adopte pas l'opinion du docteur Bright, qui attribue la sensation spéciale, désignée sous le nom de «bruit de cuir neuf» que l'on perçoit par le toucher et par l'ouïe en examinant l'abdomen de quelques sujets affectés de péritonite chronique, au frottement des adhérences établies entre les deux feuillets du péritoine. Le célèbre médecin de l'hôpital Guy s'était appuyé dans cette opinion sur quatre cas avec autopsie où ce bruit avait été entendu pendant la vie et les adhérences trouvées après la mort dans le lieu que nous venons de désigner. Le docteur Corrigan ne croit pas que le bruit de cuir neuf soit le produit du frottement des fausses membranes l'une contre l'autre, il pense même que ce bruit doit cesser aussitôt que les adhérences sont formées. La seule condition susceptible, selon lui, de le produire est le dépôt d'une certaine quantité de lymphe, médiocrement épaisse et consistante à la surface du péritoine; et aussitôt que cette lymphe commence à s'organiser pour former des adhérences, le bruit de cuir neuf diminue pour disparaître complétement dès que les adhérences sont formées. Le fait suivant est le seul qu'il avance à l'appui de ses opinion.

Obs. — Jeanne Print, âgée de 47 ans, fut admise à l'hôpital en mai 1831; elle avait déjà subi une fois la ponction au mois d'août, et on fut obligé de répeter encore une fois cette operation au mois de juin. Après que la serosité eut été écoulée, on sentit pour la première fois, dans les régions hypocondriaque et lombaire gauches, de petites tumeurs sphériques et dures, avec empâtement et plenitude, tandis que le reste de l'abdomen était flasque. En pressant avec la main sur ces régions, on y éprouvait *une sensation de craquement analogue au craquement produit par le cuir neuf.* Sur les mêmes points, l'abdomen était mat à la percussion, tandis que partout ailleurs il rendait un son clair, et le changement dans la position de la malade n'en amenait aucun dans la position relative des points mats et sonores. Depuis le mois de mars jusqu'au 16 octobre, elle subit six fois la ponction. La sensation de craquement persista, mais avec des degrés variables d'intensité, jusqu'à la mort. Quand l'abdomen était fortement distendu par le fluide, on pouvait à peine percevoir le craquement, qui redevenait très-distinct après chaque ponction. On conclut de la matité qui persistait à gauche après l'évacuation du fluide, dans quelque position qu'on fit mettre le malade, qu'il devait y avoir dans cette region, outre l'hydropisie ascite, quelque tumeur probablement de l'ovaire. Et en effet, on distingua, après les dernières ponctions, une tumeur qui augmenta de volume jusqu'à la mort.

Autopsie. Une tumeur volumineuse occupe le côté gauche de la cavité abdominale, et présente sur sa face antérieure de petits kystes ressemblant à des hydatides, dont les plus gros ne dépassent pas le volume d'une noisette. C'étaient là les noyaux que l'on sentait à travers les parois abdominales. Ces kystes étaient distendus par un fluide séreux mêlé de quelques flocons. La tumeur elle-même était formée par l'ovaire, et composée d'un gros kyste et de ceux d'un moindre volume, remplis de matière spongieuse, vasculaire et cérébriforme, et présentant à la fois un bel exemple de cancer médullaire. De grosses veines se ramifiaient à l'intérieur de la tumeur, et etaient remplies de la même matière. Le péritoine pariétal, et surtout la portion qui était en contact avec la tumeur de l'ovaire, était couvert d'une couche de lymphe ferme, spongieuse, rugueuse, d'un huitième de pouce d'épaisseur, et présentant des pressions profondes sur les points où les kystes se trouvaient en contact avec elle. Le peritoine intestinal était recouvert de lymphe et de petits tubercules.

C'était précisément sur la partie la plus saillante de la tumeur où étaient les kystes, que l'on entendait le bruit de craquement. Mais pour s'assurer d'une manière plus positive encore, que c'était au frottement de ces deux parties l'une contre l'autre qu'était due la sensation obtenue, on frotta l'un contre l'autre deux lambeaux du péritoine recouverts de la lymphe plastique, et l'on obtint le craquement décrit. L'expérience, répétée dans l'eau, a produit le même résultat.

A cette observation curieuse le docteur Corrigan joint la critique de celles rapportées par le docteur Bright, et de laquelle il semble résulter qu'il pouvait y avoir aussi chez les malades observés par le docteur Bright à l'époque où le bruit de cuir neuf était perceptible, des adhérences molles, ou plutôt de la lymphe plastique épanchée.

Sur quelques changemens qui surviennent dans les élémens organiques; par le docteur Sir J. Murray.

L'objet que se propose ici le docteur Murray, est de faire ressortir l'importance de l'application des études chimiques à la pathologie. Nous allons reproduire quelques-unes des considérations sur lesquelles il s'appuie, et qui ne manquent pas d'une certaine profondeur. Après avoir rappelé les avantages que l'on retire, dans l'étude de la chimie animale, de l'application de la doctrine atomique et de la règle des proportions définies, et avoir fait allusion aux nombreuses combinaisons qui s'opèrent continuellement dans le corps humain, et que nous ne pouvons que sonpçonner par la présence de nouveaux produits dans les fluides sécrétoires, il cherche à apprécier les causes qui peuvent favoriser les nouvelles combinaisons, et à apprécier la manière dont elles s'opèrent.

Pendant la santé, le principe vital règle et détermine les affinités naturelles des combinaisons chimiques; mais lorsque ce principe est affaibli ou dérangé, alors aussi surviennent des dérangemens analogues dans les combinaisons chimiques; les principes élémentaires passent à d'autres combinaisons qui ne sont plus celles de l'état normal; il en résulte des troubles fonctionnels, des altérations des sécrétions, et enfin des lésions organiques dans les molécules ou dans les matériaux qui composent les glandes, les nerfs, etc.

Ainsi les écarts dans le régime font fermenter les matières contenues dans l'estomac, et produire des acides morbides; ces acides réagissent sur les nerfs gastriques et déterminent de l'irritation qui elle-même amène l'altération des fluides sécrétés par les glandes gastriques. Ces fluides sécrétoires trop actifs attaquent la muqueuse de l'estomac et déterminent de la douleur et de l'irritation. Le résultat de cet état de choses est l'augmentation de la vascularité (congestion sanguine),

l'épaississement des tuniques, et peut-être la production du squirrhe et du cancer.

Nous employons chaque jour les agens chimiques comme moyens de traitement; pourquoi ne chercherions-nous pas dans les causes chimiques l'explication de l'origine et du développement de la maladie. Si, à cent atomes de fibrine, nous ajoutons trois atomes d'oxigène, et nous retirons quatre atomes d'azote, la fibrine sera changée en albumine, et il en résultera une diminution notable de l'énergie animale. Par l'opération opposée, on peut aussi changer l'albumine ou la gélatine en fibrine, et par là donner plus d'énergie aux actes vitaux, augmenter le ton et même déterminer une disposition aux maladies inflammatoires.

Le carbone, l'hydrogène et l'oxigène, sont les principes de la graisse et on peut attribuer l'obésité à ce que l'azote serait entraîné au dehors par quelque émonctoire ou quelque sécrétion. Ne pourrait-on pas combattre cette disposition à l'embonpoint excessif par l'emploi longtemps continué de quelque moyen fortement azoté?

L'acide oxalique qui se forme de toutes parts dans notre économie, nous fournit la preuve de la facilité avec laquelle s'opèrent des transformations chimiques souvent nuisibles. Une fois formé il se combine avec d'autres élémens; il enlève aux os la chaux qui leur est nécessaire et fournit la base de l'une des espèces des calculs urinaires. Alors la proportion de l'acide phosphorique des os étant en excès, il en résulte un perphosphate de chaux qui est soluble et rend les os flexibles et peut causer le rachitisme.

On ne peut penser au nombre considérable des modifications chimiques que présente chaque jour l'urine de l'homme sans être immédiatement convaincu qu'un nombre immense d'opérations chimiques s'opère continuellement dans notre intérieur, et que ces changemens peuvent être modifiés par les circonstances les plus légères. On est surtout surpris des nombreuses altérations de l'acide urique et de ses sels. Ainsi quand l'ammoniaque est pris par quelque autre acide, nous pouvons voir l'acide urique déposé en cristaux et former des calculs, la gravelle ou même les concrétions goutteuses.

Une considération qui nous fera facilement comprendre la facilité avec laquelle doivent s'opérer les transformations chimiques dans l'économie, c'est celle des conditions dans lesquelles s'y trouvent les élémens, savoir: leur solubilité extrême et la faible affinité des divers composés qui les présente presque toujours à l'état de corps naissant. C'est ainsi qu'il se forme dans le corps beaucoup de produits que l'on n'a pu obtenir artificiellement.

L'auteur termine par quelques considérations sur l'influence que doit exercer sur ces opérations chimiques l'extrême divisibilité à laquelle sont réduits les élémens organiques et sur les modifications qui doivent en résulter dans l'action du même moyen administré dans des circonstances différentes.

FAITS D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE, par M. R. SMITH.

Nous trouvons ici quatre observations, toutes d'un assez grand intérêt par elles-mêmes, mais peu susceptibles d'être analysées, et conséquemment ne pouvant être notées ici que d'une manière tout-à-fait sommaire. Les deux premières sont deux cas de dégénérescence graisseuse du cœur avec présence d'une matière grasse à l'état libre dans le sang, et rupture du ventricule gauche dans l'un des cas. La science possède déjà un certain nombre de faits de ce genre, et les expériences de MM. Babington et Lecanu ont mis hors de doute que dans l'état normal le sang contient toujours une certaine quantité de matière graisseuse. Mais quelle est la quantité de cette matière? où commence l'état morbide? quelles sont les causes qui en augmentent la production? quels agens pourraient être employés pour les combattre? Voilà autant de questions qui réclament de nouvelles recherches.

Les autres faits rapportés dans ce mémoire sont un cas de transformation cartilagineuse du cœur, un cas d'ossification du péricarde, et enfin une observation d'anévrisme de l'aorte ascendante avec saillie du sac dans les deux ventricules.

OBSERVATIONS DE MORT SUBITE CHEZ LES ENFANS PRODUITE PAR L'AUGMENTATION DU VOLUME DU THYMUS; par le docteur MONTGOMMERY.

Ce mémoire est destiné à faire connaître que l'asthme thymique sur lequel les lecteurs de la GAZETTE MÉDICALE ont lu récemment (année 1836, n° 2), une savante notice, et qui n'avait encore été étudié que par les médecins d'Allemagne, s'observe également dans d'autres contrées. Au reste, les faits rapportés par le docteur Montgomerry diffèrent si peu de ceux qui forment la base du travail du docteur Kopp que nous n'en citerons aucun.

L'auteur admet comme explication de cette maladie d'abord hypertrophie permanente du thymus, et ensuite une augmentation subite du volume du même organe sous l'influence de circonstances accidentelles et passagères. C'est à cette dernière qui est produite par un afflux du sang vers l'organe, qu'il attribue les espèces d'accès qui caractérisent la maladie. Ces idées peuvent paraître vraies jusqu'à un certain point. Mais si nous considérons que les enfans qui ont eu cette maladie semblaient jouir de la plus belle santé entre les accès, que les organes hypertrophiés sont ordinairement ceux qui se prêtent le moins à une dilatation subite et momentanée, et qu'enfin les recherches anatomo-pathologiques sur cette maladie sont encore peu concluantes sur la question de son siége, nous reconnaîtrons que malgré ce qu'ont écrit les Allemands et les Anglais sur l'asthme thymique, nos connaissances sont encore peu avancées sur ce sujet et que la science a le droit d'attendre des recherches spéciales des médecins français, qui ont tant de matériaux à leur disposition dans les hôpitaux des enfans.

OBSERVATION D'UN CAS D'ÉCOULEMENT SÉREUX FOURNI PAR LE CUIR CHEVELU ET LES CHEVEUX, par M. J. BRACKEN.

Nous rapporterons brièvement le fait suivant qui n'est accompagné dans le journal anglais d'aucune réflexion.

OBS. — Dans la soirée du 9 juin 1834, je fus appelé auprès d'Ellen Dalton, âgée de 17 ans, maigre et d'une faible constitution. Je la trouvai couchée sur son lit, la tête appuyée sur la main; les cheveux qui recouvrent la région frontale étaient humides et formaient vingt ou trente mèches, ou espèces de pinceaux, à l'extrémité de chacune desquelles pendait une goutte de sérosité. Sur le reste de la tête, les cheveux étaient secs; il y avait sur le carreau environ 10 onces d'un fluide que les assistans dirent être sorti tout récemment de la tête.

Quelque temps auparavant, après avoir été mouillée par la pluie, elle avait ressenti un frisson, auquel avait succédé une transpiration abondante, qui depuis était revenue plusieurs fois.

Depuis quatre à cinq jours, elle éprouve pendant huit ou dix minutes l'écoulement d'un fluide qui sort de la partie antérieure du crâne; elle est avertie de son approche par une sensation particulière. Les règles n'ont éprouvé aucun dérangement.

Le lendemain, on avait conservé le fluide dans un bassin qui était presque plein; il était de couleur jaune-paille et n'avait aucune odeur spéciale. Les périodes de l'écoulement étaient plus fréquentes de quatre à six heures du matin que dans le reste de la journée. La circulation, la peau, le canal digestif n'offraient aucun trouble appréciable. (Calomel et rhubarbe.)

Le 11, pour la première fois je vis la sérosité couler des cheveux; les gouttes s'en détachaient de plus de trente points différens, et avec la vitesse de la pluie la plus forte. La malade ne s'affaiblissait pas. (Sulfate de quinine. 6 grains à prendre soir et matin.)

Cet état persiste jusqu'au 20; le fluide ne présente pas de traces d'albumine par la chaleur, le sublimé corrosif, l'acide muriatique, ni le prussiate de potasse. Il a un léger goût salé. (8 grains de sulfate de quinine trois fois par jour; lotions avec de l'eau contenant 8 gouttes d'acide sulfurique étendu par verre.)

L'amélioration fut en augmentant jusqu'au 3 juillet, puis tout à coup l'écoulement redevint très-abondant; il diminua ensuite, et avait disparu complètement le 20 juillet.

Le 2 septembre, je fus appelé pour la même malade, et je fus surpris de trouver que l'écoulement venait alors de la partie postérieure de la tête, et en quantité à peu près égale. Les mêmes moyens furent employés, et le 8, l'écoulement avait complètement disparu. Il n'est pas revenu depuis.

TRAVAUX ACADEMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 25 JUILLET.

EXISTENCE DU GUACHARO DANS LA PROVINCE DE BOGOTA.

M. Roulin annonce que le guacharo se trouve dans diverses localités de cette province, et il indique un ravin profond, situé à peu de distance de la petite ville de Guaduas, et l'arche du pont naturel de Pandi ou Iconozo.

M. de Humboldt, dont le nom se présente si fréquemment dans les diverses questions qui se lient à l'histoire de l'Amérique espagnole, est encore le premier qui ait indiqué la présence de ces oiseaux crépusculaires au pont de Pandi; mais les circonstances défavorables dans lesquelles il les observa ne lui permirent pas de reconnaître dans les *cácas* qui se mouvaient sous la voûte obscure du pont de Pandi les guacharos qu'il s'était procurés à la caverne de Caripe, et qu'il avait pu examiner de près. J'ai été plus heureux, dit M. Roulin, et au moment où j'ai visité le pont, il pénétrait sous la voûte assez de lumière pour que j'aie pu très-bien distinguer, non-seulement les formes des oiseaux, mais encore leur couleur, et jusqu'à leurs taches. J'ai eu occasion en outre de voir un de ces animaux qui avait été cloué sur une porte, comme chez nous on cloue les chouettes.

M. Justin Goudot, naturaliste, établi dans la Colombie, est parvenu à se procurer un des oiseaux du pont de Pandi, et il a dû l'envoyer en France, mais il ne paraît pas qu'on l'ait reçu.

M. Roulin a appris des habitans de Pandi que tous les soirs les *cácas* sortaient en grande troupe de leur retraite et s'envolaient vers une forêt voisine chercher les fruits dont ils se nourrissent. Il ne paraît pas qu'à Pandi on recherche les jeunes *cácas* pour les manger et faire usage de leur graisse, comme on le fait pour les guacharos de Caripe; mais cela tient sans doute uniquement à ce que la situation de leurs nids les protége, car dans une autre localité, distante de celle-ci d'une vingtaine de lieues, dans la paroisse de Quebrada-Honda, on va chercher les jeunes *cácas* et on en détruit beaucoup chaque année. Dans ce dernier lieu,

les oiseaux n'habitent plus une voûte, mais seulement un ravin dont la profondeur est assez grande pour qu'ils y trouvent l'obscurité qu'ils recherchent.

PRÉSENCE DE L'IODE DANS DIFFÉRENS MINERAIS ET DANS DES PLANTES CROISSANT LOIN DE LA MER.

On se rappelle, dit M. Arago, que dans les dernières années de sa vie, M. Vauquelin donna l'analyse d'un minerai d'argent qui contenait une proportion considérable d'iode. Le fait parut très-remarquable; mais malheureusement on n'avait aucune notion précise sur le gisement de ce minerai, et on croyait seulement qu'il provenait du Mexique.

J'ai pensé qu'il était intéressant d'avoir des renseignemens plus positifs, et je me suis adressé à quelques jeunes gens que le gouvernement mexicain a envoyés à Paris pour y poursuivre l'étude des sciences exactes et des sciences naturelles. L'un d'eux, M. Iniestra officier du génie, m'a appris que ce fait était bien connu au Mexique, où Delrio l'a découvert à la même époque, à ce qu'il semble, que Vauquelin en France. La mine d'où on l'extrait est celle d'Albarados; la montagne où elle est située est nommée *Cerro-Temeroso*. On a trouvé l'iode non seulement dans le minerai d'argent, mais encore dans un minerai de plomb. On l'a trouvé également dans deux plantes qui vivent fort loin de la mer, sur le plateau de Mexico, dans un aloès nommé dans le pays *sabila*, et une barille qui croît dans les îles flottantes du lac salé voisin de la ville, et que les habitans mangent en salade.

RECHERCHES ANATOMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES SUR LA MUSCARDINE.

M. Audouin lit un mémoire sur une maladie contagieuse qui attaque les vers à soie, et qu'on connaît sous le nom de muscardine.

Nous avons, dans un de nos précédens comptes rendus, parlé des recherches de Bassi sur la nature de cette maladie, et dit qu'il en trouve la cause dans la présence d'une petite plante cryptogame qui naît et et se développe sous la peau du ver, et qui, après sa mort, perçant les tégumens, apparaît au dehors sous la forme d'une efflorescence blanchâtre.

Un cas de parasitisme aussi nouveau méritait bien, dit M. Audouin, que les physiologistes répétassent, multipliassent les expériences dans le but de le constater. Sous le point de vue économique, ces recherches n'offraient pas moins d'intérêt, puisque depuis quelques années l'éducation des vers à soie prend un rapide accroissement, et qu'elle s'étend chaque jour dans de nouveaux cantons.

Dans la série d'expériences qu'il a entreprises et qu'il fait connaître en détail dans son mémoire, M. Audouin se proposait de trouver la solution des questions suivantes :

1° L'efflorescence blanche de nature végétale qui se développe sur le corps d'un ver à soie mort de muscardine, peut-elle, lorsqu'elle est inoculée sur un individu sain produire une maladie semblable; et, s'il en est ainsi, ces insectes sont-ils aptes à la contracter à leurs divers états de *chenille*, de *chrysalide* et de *papilion*?

2° Le développement de matière efflorescente que l'on a reconnue être un cryptogame, a-t-il lieu immédiatement après la mort de l'insecte, ou bien végète-t-il déjà dans l'intérieur de son corps pendant la vie? Dans ce dernier cas, qu'elles sont les altérations appréciables que l'on remarque?

3° Dans quelles circonstances l'accroissement du cryptogame se manifeste-t-il à la surface du corps du ver à soie; quels sont les caractères de cette végétation extérieure? Peut-on enfin obtenir le développement de la plante autrement que sur le corps de l'insecte qui lui fournit communément le nourriture?

Relativement à la première question, M. Audouin a constaté la nature contagieuse de la maladie, et reconnu en outre que les vers à soie sont aptes à se contracter sous les trois états de chenille, de nymphe et de papillon. Sur la seconde, il est d'opinion que la plante cryptogame, qui cause la muscardine, se propage sous la peau pendant la vie de l'insecte, par des sortes de racines bourgeonnantes et par des germes détachés, et qu'elle vit aux dépens du tissu graisseux sous-cutané, qu'elle détruit.

La propagation, quoique se faisant de proche en proche, est à une certaine époque si rapide, qu'on serait porté à y voir un développement simultané sur une grande surface.

La manifestation en dehors de la peau n'a jamais lieu qu'après la mort de l'insecte, et elle manque souvent quand la dessiccation des tégumens est rapide.

M. Audouin enfin a vu que la plante peut se développer ailleurs que sur le corps du ver à soie, un fragment de cryptogame placé dans l'eau a pris de l'accroissement, mais il a revêtu des formes toutes différentes de celles qu'il affecte quand il se nourrit aux dépens du ver, et au point qu'il aurait été à peu près impossible de le reconnaître, si on n'avait connu son origine et les phases successives de son développement.

Addition à l'avant-dernière séance.

ACTION DU PUS SUR LE SANG.

M. Donné communique les expériences suivantes, relatives à l'action du pus sur le sang.

Lorsque l'on mêle du pus phlegmoneux de bonne nature, ce que l'on appelle du *pus louable*, à du sang *sortant de la veine* (environ une partie de pus pour 9 à 10 de sang), le caillot se forme comme à l'ordinaire. Au bout d'un certain temps, six, douze ou dix-huit heures, suivant la quantité de pus, peut-être aussi suivant sa qualité et celle du sang, le caillot qui s'était formé devient diffluent et se dissout entièrement, tandis que le même sang pur présente encore ses élémens solides et liquides parfaitement distincts. Si la proportion du pus est plus considérable, la liquéfaction du caillot commence en moins de deux ou trois heures.

En observant ce sang mêlé de pus sous le microscope, on voit, dès la sixième heure environ après le mélange opéré, les globules du sang se déformer, pâlir, perdre peu à peu la netteté de leurs contours, et le lendemain, quand le sang est entièrement liquéfié, on ne trouve plus absolument que des globules purulens; la dissolution des globules sanguins s'est-elle réellement opérée comme par un agent chimique, ou bien les globules ont-ils subi une altération, une espèce de transformation purulente? Cette dernière supposition est la plus probable. En effet, si l'on opère sur du sang de grenouille dont les globules, beaucoup plus gros, se prêtent mieux à l'observation que ceux du sang de l'homme, on voit le caillot se former d'abord, puis se liquéfier ensuite. En examinant ce sang à différens intervalles, il est facile de s'assurer que les globules commencent par se rider, se plisser et perdre peu à peu leur forme ovulaire. En même temps, le noyau central paraît s'infiltrer; il devient opaque, et bientôt il se dépouille de sa légère enveloppe colorée; alors on ne trouve plus que des globules analogues à ceux du pus dans le liquide.

Le sang, lorsqu'il est refroidi et solidifié, ne subit plus aucune action analogue par son mélange avec le pus; le pus lui-même, lorsqu'il a été gardé pendant plusieurs jours, perd la propriété d'agir sur le sang et de le liquéfier, quoiqu'il n'ait encore subi aucune altération appréciable.

Un mélange réfrigérant de sel et de glace, dans lequel on plonge le mélange de pus et de sang, ne change rien au résultat, non plus que l'addition de l'acide hydro-sulfurique; il en est de même si le mélange est maintenu pendant une heure à la température de 42°; les choses se passent absolument comme elles viennent d'être décrites.

L'urine et la bile ne produisent sur le sang aucune action analogue à celle du pus; le pus acide s'est comporté comme le pus alcalin.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 26 juillet. — Présidence de M. Louyer-Willermay.

Après la lecture des pièces de correspondance, M. Cruveilhier a la parole au nom des deux commissions réunies chargées de rendre compte du mémoire de M. Jules Guérin *sur les déviations latérales de l'épine simulées*, et des différentes pièces de correspondance relatives à ce travail. Le nouveau rapport de M. Cruveilhier contient l'analyse de plusieurs lettres adressées à l'Académie et aux commissions par MM. Hossard, Lachèze, Bouvier et J. Guérin. M. le rapporteur y discute une à une les différentes objections qu'elles renfermaient contre les conclusions du mémoire de M. Guérin et le premier rapport présenté à l'Académie. Ce nouveau rapport de M. Cruveilhier renferme des faits nouveaux importans, et se distingue, comme le précédent, par une discussion lumineuse et approfondie de la question. Nous nous proposons de le publier en partie lorsqu'il aura été discuté. En ce qui concerne le fait particulier de Jenny Guéry, la commission, dit M. Cruveilhier, n'a trouvé, ni dans la discussion ni dans les faits qui lui ont été soumis, aucun élément qui puisse changer la conviction qu'elle a exprimée dans son premier rapport, savoir que le plâtre de Jenny Guéry appartient évidemment à la *classe des difformités factices*. A l'appui de cette opinion, M. Cruveilhier a rapporté une expérience faite sous ses yeux, et qui a eu pour résultat de reproduire un plâtre en tout conforme au plâtre de Jenny Guéry. Non seulement ces deux plâtres offrent les mêmes caractères anatomiques et physiologiques, mais, par une coïncidence fort remarquable, ils présentent encore une ressemblance physique et individuelle qui en rend la distinction presque impossible. Cette nouvelle expérience a paru nécessaire à M. le rapporteur pour mettre hors de doute la coupe oblique du plâtre de Jenny Guéry, que plusieurs personnes avaient cherché à expliquer par l'inclinaison du bassin.

Après la lecture de ce rapport, M. Husson demande la parole. Il prétend n'avoir pas eu connaissance du nouveau rapport, et que M. Cruveilhier a manqué aux usages académiques (exclamation dans toutes les parties de la salle) en ne communiquant pas son travail à la commission avant de le lire à l'Académie.

MM. Double, Orfila, Breschet et les autres membres de la commission, protestent contre cette accusation.

M. Double. Je demande à éclairer l'Académie sur le fait dont il s'agit. La commission dont je fais partie s'est réunie *deux fois* pour prendre connaissance des lettres et autres pièces qui forment la base de ce nouveau rapport; elle a examiné et discuté un à un et phrase par phrase ces différens documens. Dans une seconde séance, elle a discuté les conclusions modifiées du premier rapport, et elle ne s'est séparée qu'après avoir voté successivement chacune de ces conclusions telles qu'elles viennent d'être reproduites par M. Cruveilhier. Il est d'autant plus remarquable que M. Husson ait oublié ces diverses circonstances, que nous l'avons laissé lui-même avec M. le rapporteur, après l'assemblée, pour recopier les conclusions qui venaient d'être adoptées. Quant aux développemens qui précèdent ces conclusions, ils consistent dans l'analyse des lettres renvoyées à la commission; il fallait bien qu'on en rendît compte à l'Académie. Du reste, nous sommes restés tous parfaitement d'accord sur les différens points énoncés par M. le rapporteur. (Tous les membres présens de la commission, MM. Orfila, Breschet, Amussat, Velpeau, Londe et Cruveilhier donnent leur approbation à ce que vient de dire M. Double.)

M. Londe. L'objection de M. Husson a lieu de nous surprendre beaucoup, attendu qu'il a adopté, comme les autres membres de la commission, les conclusions que M. le rapporteur vient de nous lire. Si M. Husson avait quelque objection à élever, il aurait dû les faire dans le sein de la commission. (Plusieurs membres : Cela est vrai !)

M. Husson (vivement). Je n'ai point adopté ces conclusions. Si je ne les ai pas combattues dans le sein de la commission, c'est que je me proposais de les combattre en présence de l'Académie. M. Bricheteau et moi nous n'avons pas eu intention d'adopter les nouvelles conclusions. (M. Bricheteau ne répond pas.) Au reste, M. le rapporteur aurait pu se dispenser de faire mention de l'expérience à laquelle il a assisté sans en prévenir la commission.

M. Cruveilhier. Je dois déclarer qu'outre mes devoirs de rapporteur, j'en avais d'autres à remplir qui m'avaient été comme personnellement imposées. M. Hossard m'avait écrit en particulier et avait invoqué ma loyauté relativement à la coupe oblique du plâtre de Jenny Guéry; j'avais attribué cette coupe, avec M. Jules Guérin, à un artifice volontaire : malgré mes premières convictions, ma conscience me faisait un devoir de reproduire moi-même l'expérience qui devait dissiper tous les doutes. Cette expérience je l'ai répétée et j'ai cru devoir en faire connaître le résultat à l'Académie. (M. Cruveilhier met sous les yeux de l'assemblée les plâtres de Jenny Guéry, le plâtre de déviation factice envoyé par M. Bouvier et le plâtre provenant de la nouvelle expérience, qui offrent entre eux la plus parfaite identité.)

M. Lisfranc. Je ferai remarquer à l'Académie que M. le rapporteur était parfaitement dans son droit quand il a communiqué dans son rapport une observation qui lui était personnelle. Il faut lui savoir gré au contraire d'avoir cherché à éclairer l'Académie par un nouveau fait de cette importance.

L'Académie devant se former en comité secret à quatre heures pour entendre

les rapports des commissions des prix, la continuation de la discussion est renvoyée à la prochaine séance, après la séance publique qui doit avoir lieu mardi prochain.

COMITÉ SECRET.

Dans le comité secret, l'Académie a entendu un très-beau rapport de M. Double, pour le *prix Portal*.

La commission était composée de MM. Ribes, Cornac, Andral, Martin-Solon; et Double, rapporteur.

La question proposée était la suivante :

Quelle a été l'influence de l'anatomie-pathologique sur la médecine, depuis Morgagni jusqu'à nos jours.

Malgré l'importance historique et philosophique de cette question, peut-être à cause de cette importance même, elle était restée une première fois sans réponse. L'Académie doubla et le temps et la récompense. Cette persévérance a porté son fruit.

Quatre mémoires ont été adressés. Malgré le mérite des autres mémoires, la commission a placé, *à l'unanimité*, comme étant hors de ligne, le mémoire n° 2. On s'accorde à le considérer comme un travail extrêmement remarquable, et comme l'ouvrage où l'anatomie pathologique a été le mieux et le plus philosophiquement appréciée.

Le billet décacheté a fait connaître que l'auteur de ce mémoire est M. le docteur Risueno Amador, de Montpellier.

M. le président a fait remarquer à l'Académie que c'est pour la seconde fois que M. le docteur Amador obtient devant elle un pareil triomphe.

Une mention honorable a été adressée au mémoire n° 1.

L'auteur est le docteur Saucerotte, à Luneville, correspondant de l'Académie.

Ces deux mémoires seront imprimés aux frais de ce corps savant, et une commission nommée de suite doit proposer M. Amador comme membre correspondant.

On dit aussi que l'auteur couronné pour le prix de l'Académie est M. Trousseau, agrégé à la Faculté de Paris.

Le prix Michel n'a pas été accordé : seulement un mémoire du docteur Nepple de Paris, auteur d'un traité sur les fièvres intermittentes, a obtenu une médaille d'encouragement.

BIBLIOGRAPHIE.

DE LA CIRCULATION VEINEUSE; par M. E. CHASSAIGNAC, D.-M., agrégé à la Faculté de médecine, etc. — Un vol. in-8° de 163 p. — Paris, chez Germer-Baillière.

M. Chassaignac vient de reproduire sous ce titre une thèse précédemment composée à l'occasion du concours de physiologie de 1835. Les idées émises dans cet ouvrage rapidement composé, n'auraient pas été l'objet d'une critique approfondie, si, par cette nouvelle publication, l'auteur ne semblait leur accorder une plus grande importance, et vouloir leur donner cours définitif dans la science.

Je ne me propose pas, dans cet article, de passer en revue les assertions diverses de l'auteur sur les travaux des physiologistes qui se sont occupés de la circulation veineuse; je m'attacherai seulement à examiner les nouvelles expériences de M. Chassaignac, qui, suivant lui, et pour me servir de son expression (p. 159), *contredisent formellement* les conséquences que j'ai tirées de mes expériences sur ce point de la science.

Je dis avec M. Chassaignac ses nouvelles expériences, car il n'a vu ni répété aucune de celles consignées dans mes *Recherches sur les causes du mouvement du sang dans les veines*.

Rapportons les expériences de M. Chassaignac, p. 18.

« Sur un dogue de forte taille et bien portant, qu'on avait solidement fixé sur une table, et *aux lèvres duquel j'avais pratiqué plusieurs points de suture*, je fis, à la partie antérieure et latérale du cou une incision au moyen de laquelle j'arrivai sur la jugulaire externe, que j'isolai dans l'étendue de quelques pouces, sans ouvrir aucun rameau artériel ou veineux tant soit peu notable. L'animal ayant poussé quelques cris pendant l'incision de la peau, *je divisai transversalement la trachée* afin de n'être troublé en rien dans une expérience aussi délicate, et je retins le bout inférieur de ce conduit au moyen d'une sonde cannelée passée en travers dans un des espaces inter-annulaires du conduit aérien.

» A la suite de la section de la trachée, la respiration s'accéléra considérablement; et en comptant, la main placée à quelque distance de la trachée, le nombre des impulsions produites par le souffle de l'expiration, je trouvai qu'il s'exécutait 102 *mouvemens respiratoires dans une minute*. Je n'ai pu compter *très-exactement* les pulsations artérielles, *qui étaient aussi d'une extrême fréquence*.

» Je note ces circonstances avec soin, parce que plus tard elles me serviront à apprécier quel peut être le rôle des contractions du cœur et de la respiration dans les phénomènes de la circulation veineuse. »

Je rapporte religieusement ces circonstances de l'expérience de M. Chassaignac, parce que, comme on le verra tout à l'heure, elles s'opposent à une appréciation nette du rôle respectif que jouent, dans les phénomènes de la circulation veineuse, la respiration et les contractions du cœur.

« Toutes les précautions dont je viens de parler étant prises; je passai une sonde cannelée sous la jugulaire externe, à laquelle je fis une incision longitudinale à deux pouces et demi au-dessus de la poitrine. J'introduisis alors dans le bout supérieur de la veine, c'est-à-dire du côté des capillaires, une sonde cannelée au moyen de laquelle j'entr'ouvris l'ouverture, de manière à faciliter l'introduction d'un *tube en syphon muni, à l'extrémité de la courte branche, d'un prolongement horizontal*, sur lequel j'appliquai une ligature qui maintenait les parois de la veine en contact avec le tube.

» Je ferai remarquer que, pendant tous ces préliminaires, l'animal resta assez paisible; que la respiration demeura parfaitement libre, *bien qu'accélérée*, et qu'enfin toutes les circonstances étaient on ne peut *plus favorables* à l'expérience.

» Dans les expériences de ce genre, un obstacle qui mettait en très-peu de temps dans l'impossibilité de continuer les observations, *c'est la prompte coagulation du sang*. Le tube recourbé dont je me servais contenait donc, jusqu'à une hauteur égale, dans sa longue et dans sa courte branche, *une solution de sous-carbonate de soude* qui entretenait la liquidité du sang pendant les expériences. »

On voit que ce moyen d'investigation est précisément celui que nous avons introduit dans l'étude de la circulation veineuse et artérielle; M. Chassaignac ne le dit pas; c'est avec regret que nous faisons cette remarque, et que nous nous voyons forcés de lui rappeler qu'il n'aurait pas dû faire cet oubli. Peut-être cependant existe-t-il quelque différence entre notre tube et celui que décrit M. Chassaignac; son tube était-il *gradué*, et un *fil à plomb* servait-il à donner à l'appareil une position verticale? Ces deux circonstances sont tellement importantes, que sans elles, lors même qu'on répéterait l'expérience non sur la jugulaire, mais sur la saphène et l'humérale, comme nous l'avons indiqué, on ne pourrait pas constater le mouvement continu saccadé que n'a point vu M. Chassaignac. Mais poursuivons.

« Le premier tube qui fut introduit n'y resta pas un espace de temps suffisant pour que l'on pût constater avec une parfaite exactitude les moindres particularités du mouvement de progression du liquide, car l'animal, à qui on laissait un peu de liberté, fit échapper le tube dans un mouvement brusque et imprévu.

» Cependant nous avions déjà constaté, dans cette première tentative, *deux ou trois mouvemens très-brusques dans l'ascension du liquide*, mouvemens que nous ne savions encore à quoi rapporter.

» J'introduisis un nouveau tube; et, l'animal restant alors parfaitement calme, j'observai le mouvement du liquide dans *une petite portion de la branche horizontale*, *dans la branche descendante et dans la longue branche du tube*. Ce mouvement s'effectuait avec une régularité remarquable; l'examen le plus attentif ne permettait pas d'y reconnaître la moindre saccade; ce mouvement progressif continua avec la plus parfaite régularité jusqu'au moment où la totalité du tube se trouvant remplie et la solution de sous-carbonate de soude étant expulsée, la coagulation du sang contenu dans le tube arrêta tout mouvement de ce liquide. »

Comment M. Chassaignac a-t-il pu penser qu'il fût possible de découvrir un mouvement continu, saccadé, dans *la branche horizontale, verticale descendante et ascendante*, au sein de la solution de son carbonate de soude, dans le mélange du sang avec le sous-carbonate de soude?

Si le tube n'est point gradué, on ne peut constater le mouvement saccadé, et d'ailleurs, lorsqu'une grande quantité de sang s'est introduite dans le tube, le nouveau sang qui y arrive, ne rencontrant plus de sous-carbonate de soude, se coagule, des caillots frottent contre les parois du tube, et alors il est impossible d'apercevoir les faibles saccades produites, en l'absence des efforts de l'animal, par les contractions du cœur et par l'expiration ordinaire.

« .... J'introduisis un troisième tube. Le sang avait marché de même fort régulièrement jusqu'à la partie inférieure de la longue branche du tube, quand tout à coup, *et en trois ou quatre bonds bien distincts*, il remplit la totalité de la longue branche, et nous obligea à changer de tube. Mais nous avions remarqué que ces ascensions, *véritablement intermittentes et saccadées*, avaient paru coïncider avec de violens efforts musculaires que l'animal n'avait cessé de faire dès l'instant où les secousses s'étaient manifestées dans le tube.

» Un quatrième tube fut introduit, et après que nous eûmes observé pendant quelques instans, et l'animal étant parfaitement tranquille, la marche uniformément progressive du liquide, une des personnes présentes à l'expérience *pinça l'oreille de l'animal; on vit aussitôt se reproduire les impulsions brusques* que nous avions précédemment observées. Ces impulsions coïncidaient chaque fois avec les efforts de contraction musculaire que la douleur provoquait chez l'animal soumis à l'expérience. La cause provocatrice de ces mouvemens ayant été suspendue, le liquide reprit sa marche uniforme; et lorsqu'on eut re-

commencé à exciter, par le même moyen, de nouvelles contractions, *le tube acheva de se remplir, par quelques bonds, de liquide*, et je me disposai à en introduire un nouveau.

« Nous avions déjà acquis la certitude qu'il y avait *une relation constante, et on ne peut plus manifeste, entre les efforts de contraction musculaire et l'ascension saccadée du liquide dans le tube*; nous savions que, soit que la respiration et les battemens du pouls fussent accélérés ou ralentis, il ne se produisait aucune différence de vitesse, ni aucune saccade dans les mouvemens d'ascension; nous étions également certains que les efforts de contraction musculaire, lors même qu'ils paraissaient continus, déterminaient « l'ascension du liquide par des bonds successifs, bien qu'il y eût en même temps un mouvement d'ascension continu. »

« .... J'introduisis un cinquième tube. Je constatai l'exactitude des résultats précédemment obtenus, et, ayant voulu examiner l'influence que divers états de la respiration pourraient exercer sur la marche du liquide dans le tube, j'introduisis le doigt index dans la trachée de l'animal, de manière à ce que sa respiration fût suspendue, ou du moins considérablement gênée pendant quelques instans. Cependant l'ascension uniforme du liquide continuait dans le tube. »

Je ne m'arrêterai pas à cette modification de l'expérience, car l'auteur n'indique pas si le doigt fut introduit dans la trachée, soit après une inspiration, soit après une expiration, circonstances qui peuvent modifier plus ou moins l'ascension du liquide dans le tube. Je m'abstiendrai aussi de rapporter d'autres manœuvres ou accidens qui, suivant M. Chassaignac, ne font que confirmer les observations précédentes. Je transcrirai cependant encore les lignes suivantes, pag. 26, avant d'arriver aux conclusions qu'il a cru tirer de ces expériences, faites « sur un seul animal. »

« Diverses circonstances peuvent, dans cette expérience, déterminer dans la marche du liquide des rémittences bien propres à induire en erreur, et qui sont peut-être en partie la source des différences qui existent entre les résultats obtenus par M. Poiseuille et les miens.

» Si, par exemple, on incline tant soit peu la branche du tube qui est introduite dans la veine, on diminue ou l'on suspend même tout-à-fait l'écoulement du liquide. Si le tube n'est pas maintenu dans une fixité parfaite, il en résulte des oscillations dans le niveau du liquide. Enfin, j'ai déjà indiqué l'intermittence réelle qui existe pendant les efforts musculaires. Que l'on combine ces causes de variations dans le mouvement du liquide, et l'on comprendra comment il est facile de se faire illusion dans des expériences aussi délicates. »

J'ai dit pag. 5 (1) : « Un fil à plomb, fixé à l'échelle », sert à donner au tube une position verticale.

» Il y a d'ailleurs une circonstance qui me paraît s'opposer d'une manière bien puissante à ce qu'on puisse saisir une relation entre des saccades qui existeraient dans l'ascension du liquide et les mouvemens, soit de l'expiration, soit du cœur. Cette difficulté m'avait frappé dès le commencement de mes expériences.

» Nous avons vu, en effet, que les mouvemens de la respiration étaient d'une fréquence très-grande; que le pouls offrait de même une accélération marquée. Or, comment serait-il possible, même en diminuant de moitié le nombre de ces mouvemens et de ces pulsations, d'apprécier des différences de niveau correspondantes, dans un liquide qui est, en outre, animé d'un mouvement continu? Et, lors même qu'on apercevrait des saccades, comment savoir si elles dépendent, ou du mouvement d'expiration, ou du pouls, ou de ces deux causes à la fois. »

On ne peut mieux mettre en évidence toute l'inutilité de l'expérience de M. Chassaignac, pour découvrir les saccades et leurs causes, dans le mouvement dont il est ici question.

« Qu'on ne vienne pas ici m'objecter que, si je n'ai point observé une telle relation, *c'est justement parce que l'animal a présenté, pendant toute la durée de l'expérience, une accélération extraordinaire de la respiration et du pouls*; car, après les premiers instans, et lorsqu'on n'excitait pas à dessein des douleurs, l'animal était *aussi calme qu'on puisse le supposer en pareil cas.*

» En résumant donc les résultats de *mes expériences*, nous voyons :

» 1° Qu'il n'y a, dans le mouvement du liquide, aucune autre saccade que celles qui sont produites *par les efforts de contraction musculaire;*

» 2° Que les efforts musculaires, même quand ils paraissent avoir lieu d'une manière continue, déterminent *des ascensions intermittentes, mais qui n'ont aucune liaison avec les mouvemens du pouls et ceux de la respiration*, puisque chacune des secousses déterminées par la cause que j'ai indiquée, correspondait à plus de dix mouvemens respiratoires ou ventriculaires. »

Les efforts musculaires dont parle M. Chassaignac ne peuvent avoir lieu sans des efforts d'expiration : c'est ce qu'il n'a pas compris, ainsi qu'on le voit, dans son article *De l'effort*, pag. 90; mais discuter ce point, comme tant d'autres du mémoire de M. Chassaignac, ce serait s'éloigner de l'objet que nous nous proposons dans cette note.

« 3° Enfin, qu'il serait absolument impossible, quand bien même, *ce qui n'a pas lieu*, il y aurait des saccades dans l'ascension du liquide, d'apprécier, *dans l'expérience telle que l'a faite M. Poiseuille*, si elles dépendent du mouvement d'expiration ou de la contraction du ventricule aortique. »

Cette dénégation formelle de M. Chassaignac est tout-à-fait gratuite. En répétant l'expérience sur la saphène ou les racines de l'humérale, il aurait pu voir, comme je l'ai indiqué (1), que l'ascension du liquide était continue, saccadée, que chaque saccade correspondait à une contraction du cœur, ou à un mouvement d'expiration. Mais, c'était sans doute chose trop naturelle que de vérifier ces faits; il fallait à M. Chassaignac de *nouvelles expériences*; et il a cru atteindre ce but, en transportant *tout simplement* à la jugulaire externe, « le tube que j'avais appliqué à la saphène et à l'humérale »; on va voir que la tentative de M. Chassaignac a été peu heureuse.

Ainsi qu'on le fait ordinairement, lorsqu'on s'occupe de recherches expérimentales, on rédige, jour par jour, toutes les expériences qui ont trait au point de la science qu'on veut éclaircir; le journal qui m'a servi à publier mes « recherches sur les causes du mouvement du sang dans les veines », mémoire d'une trentaine de pages environ, contient plus de quatre-vingts expériences; j'ai employé vingt-cinq animaux, seize chiens et neuf chevaux. Adoptant dans ces recherches une marche synthétique, j'ai appliqué mon appareil sur les veines, dans toutes les circonstances qui m'ont paru devoir offrir des résultats différens; l'extrémité du tube tourné, tantôt vers le système capillaire, tantôt vers le cœur, à des distances différentes, soit du système capillaire, soit de la poitrine; tantôt j'agissais sur les veines du membre antérieur, tantôt sur celles du membre postérieur; et me plaçant dans des circonstances identiques, les mêmes expériences que j'avais faites sur les chiens je les répétais sur le cheval, et réciproquement toutes les fois que cela était possible. Mon journal contient l'expérience décrite par M. Chassaignac : Le 1er mai 1828, elle fut faite à Montfaucon sur un cheval avec MM. d'Espine et Cartereau mes amis, qui, alors élèves comme moi, voulaient bien m'aider dans ces expériences laborieuses. Le tube appliqué ainsi à la jugulaire externe, marqua bientôt 200 millim., et par les efforts d'expiration que fait l'animal, le liquide monta à 250 millim., 320 millim., et enfin à 410 millim., 500 millim., dans de violens efforts d'expiration. Faite en 1829 sur un chien au cours de M. Magendie, je la répétai le 16 septembre de la même année; le liquide parvenu à 80 millim. atteignit à la suite de grands efforts d'expiration la hauteur de 365 millim. Répétée les 22 et 24 septembre, encore sur des chiens, le tube offrit d'abord dans l'expérience du 24, 20 millim. dans l'inspiration, 60 millim. dans l'expiration suivante, et bientôt dans des efforts successifs d'expiration, le liquide parvint à 85 millim., 142 millim., 275 millim., 313 millim., 370 mill., 560 mill., 750 mill

Ces résultats, comme on le voit, s'accordent avec ceux de M. Chassaignac (au nombre près, puisque le tube n'était pas gradué); il ne pouvait en être autrement, ce moyen d'investigation est si simple.

Mais cette expérience, « le tube étant ainsi appliqué à la jugulaire externe, » est-elle propre à faire découvrir le rôle que remplissent les contractions du cœur, dans le mouvement du sang à travers les veines? Nullement. En revanche, elle démontre très clairement l'influence des mouvemens d'expiration sur le cours du sang dans ces vaisseaux.

En effet, l'opération faite à l'animal pour placer le tube sur la jugulaire externe, détermine ordinairement chez lui, des mouvemens par lesquels il cherche à se soustraire à la douleur et à la gêne où il se trouve; ces mouvemens se reproduisent fréquemment, même long-temps après l'application du tube; l'animal prend un point fixe dans le tronc, alors il y a des efforts d'expiration, l'air de la poitrine est comprimé, de là la pression devient beaucoup plus considérable dans les artères (2), une plus grande quantité de sang arrive dans les capillaires, et, comme en même temps, l'élévation des valvules des veines, s'oppose au retour du sang dans les gros troncs, alors, eu égard au calibre de la veine jugulaire externe, l'ascension du liquide dans le tube se fait avec une grande vitesse; et dans les grands efforts d'expiration, « brusquement et par bonds, » de la même manière que s'effectuent les mouvemens d'expiration qui suivent chaque inspiration profonde de l'animal. Bientôt la solution de sous-carbonate de soude devenant insuffisante pour s'opposer à la coagulation du sang, des caillots se moulent dans la branche horizontale de l'appareil, et l'ascension du liquide n'a plus lieu que sous l'influence des grands efforts d'expiration. Et si en outre *on prend le soin*, comme l'a fait M. Chassaignac, *de pratiquer des points de*

(1) Recherches sur les causes du mouvement du sang dans les veines.

(1) Pag. 19 et 20, *causes du mouvement du sang dans les veines.*

(2) Voyez notre mémoire sur la force du cœur aortique, *Journal de physiologie de Magendie.*

suture aux lèvres de l'animal et de *couper* transversalement la trachée-artère, on aura; comme nous en prévient, à la vérité, M. Chassaignac, *un animal aussi calme qu'on peut le supposer en pareil cas*; mais suivant nous, tout-à-fait impropre à démontrer dans l'ascension rapide et brusque du liquide, les saccades, les petits mouvemens d'accélération, que produisent, dans le cours du sang veineux, les contractions du cœur.

Nous n'avons donc pas dû rapporter cette expérience que nous avions faite cinq fois sur la jugulaire externe; mais nous avons consigné dans nos recherches sur la circulation veineuse (1), des expériences dans lesquelles le tube est appliqué à l'humérale et à la saphène; « ici nous agissons sur de petites veines, » et l'animal n'éprouve de douleurs que celles que nécessite la petite incision pour découvrir ces veines : nous nous sommes servis tantôt du tube chargé de mercure et de sous-carbonate de soude, dans ce cas, « les caillots ne se forment qu'au bout d'un très-long-temps; » tantôt du tube ne contenant qu'une solution de sous-carbonate de soude, mais alors le mouvement continu, saccadé, correspondant « aux contractions du cœur et aux mouvemens ordinaires d'expiration, » n'est bien manifeste (les divisions de l'échelle sont des millimètres) que dans les premiers temps de l'expérience, à cause de la coagulation du sang qui a bientôt lieu dans l'appareil.

Ainsi M. Chassaignac, ayant oublié de graduer le tube, ne pouvait découvrir les saccades provenant des contractions du cœur, et d'ailleurs il s'était placé dans des circonstances où les continuels efforts d'expiration masquaient à chaque instant les saccades qui pouvaient provenir des contractions de cet organe.

Reprenons l'œuvre de M. Chassaignac. On lit, page 117 :

« M. Poiseuille *prétend* avoir remarqué qu'il y avait à chaque mouvement d'expiration un reflux marqué dans les gros troncs veineux voisins du thorax. Voici l'expérience au moyen de laquelle il a reconnu ce phénomène : je ne l'indique ici que parce qu'elle a trait aux phénomènes relatifs à la circulation du sang.

« Ayant introduit le tube recourbé dans la jugulaire externe en le tournant du côté de la poitrine, on voit, dit-il, le liquide monter d'abord au-dessus du niveau de la veine, puis redescendre au-dessous; et on remarque qu'il y a une coïncidence entre l'expiration et l'élévation du liquide.

» Il conclut de ses expériences que, pendant l'expiration, les veines de la poitrine, comprimées, tendent à se débarrasser du sang qu'elles contiennent; que les valvules redressées par le reflux du sang, s'opposant à la sortie d'une nouvelle quantité de ce liquide, le sang arrêté par les valvules et comprimé par la poitrine dans l'expiration, se présente de nouveau à l'action de l'oreillette droite; enfin que, si l'inspiration appelle vers la poitrine une certaine quantité de sang veineux, l'expiration aussi concourt puissamment à mouvoir le sang vers le cœur.

» Je n'ai pas répété cette expérience de M. Poiseuille, je n'en conteste point l'exactitude, et je n'en attaque point les résultats; *seulement*, j'ai remarqué dans les expériences que j'ai faites pour constater l'influence du ventricule aortique sur la circulation veineuse, *que la jugulaire externe une fois ouverte*, le bout de cette veine correspondant au cœur s'affaisse aussitôt de lui-même; *qu'il n'en sort pas une seule goutte de sang*, et *que je ne conçois pas comment le sang pourrait, pendant l'expiration, s'élever dans un tube communiquant avec ce bout inférieur de la veine.* Je conçois bien que, quand la veine étant dans son intégrité, il arrive incessamment de nouvelles quantités de liquide, que l'état d'expiration empêche de pénétrer dans le thorax, il y ait dilatation des veines, redressement des valvules, etc.; mais si l'état d'expiration faisait, dans son expérience, refluer le sang veineux avec assez de force pour s'élever par intervalles dans le tube, je ne conçois pas pourquoi, dans la mienne, ce reflux n'a pas été assez fort pour déterminer *l'écoulement du sang hors du bout inférieur de la veine.* »

Je dis, page 8 de mon mémoire : « Ayant répété l'expérience que nous venons de décrire (pages 5 et 6), au lieu d'avoir des hauteurs au-dessus de zéro +60, +80, etc. dans l'expiration, comme précédemment, nous observâmes dans les inspirations —70, —80, —90, —75, —85, et dans les expirations correspondantes, —5, —15, —10, —5, +3, *au lieu de hauteurs toutes positives. Frappé de cette différence*, je disséquai la veine jugulaire externe sur laquelle j'avais opéré, et je remarquai que l'extrémité de l'instrument *était en-deçà des valvules qui se trouvent à l'origine de cette veine*; de sorte qu'au moment de l'expiration, une partie du liquide refluait bien dans le tube, mais *le contact des valvules arrêtant ce reflux, nous ne pouvions obtenir une hauteur du liquide au dessus de zéro, comme précédemment.* La preuve qu'on doit attribuer aux valvules la diversité de ces résultats, c'est qu'en répétant cette expérience et mettant l'extrémité du tube à 3cent. de la poitrine, on n'obtint qu'une petite élévation du liquide au-dessus de zéro; mais « enfonçant l'instrument appliqué à la jugulaire plus avant dans le vaisseau, » les hauteurs —70, —80, —75, etc., furent données par l'inspiration, et celles +60, +55, +50, etc., par l'expiration; *on éloigna le tube de trois centimètres de la poitrine, on n'obtint plus les hauteurs au-dessus de zéro.* Dans le premier cas, nous *avions franchi les valvules*; dans le second, nous *nous trouvions en deçà, c'est-à-dire qu'elles étaient entre l'extrémité du tube et le thorax.* »

Dans l'expérience de M. Chassaignac, les valvules se trouvaient placées entre l'ouverture pratiquée à la veine jugulaire externe *et la poitrine*; *le bout inférieur de la veine ne pouvait donc point fournir de sang.*

Je ne crois pas qu'il soit possible de s'abuser d'une manière plus complète; aussi pourrais-je répéter avec M. Chassaignac, cette épigraphe de sa thèse :

> *Sit experimentis fides! At sit cautum, alioquin difficillimum experimentorum judicium.* (SANTORINI.)

M. Chassaignac continue, pag. 119 :

« Voici ce que j'ai à dire sur l'expérience dont je viens de parler. Mais *il en est une autre* où je suis arrivé à des résultats tellement opposés à ceux de M. Poiseuille, qu'il faut nécessairement ou que j'aie commis de bien grandes inexactitudes, ou que M. Poiseuille se soit complètement fait illusion dans les résultats qu'il a cru obtenir. »

Je m'attendais à « une nouvelle expérience de M. Chassaignac, » point du tout, il s'agit encore, ce me semble, de *ses nouvelles expériences* sur la circulation veineuse que j'ai citées plus haut, car il poursuit ainsi :

« Ce physiologiste ayant avancé que chaque mouvement d'expiration produisait dans les artères un mouvement saccadé d'accélération, ce mouvement devrait se communiquer au sang veineux d'où il résulterait, pour le dire en passant, que l'expiration, qui, sur les troncs centraux du système veineux produit un mouvement saccadé excentrique, déterminerait, dans le reste du système veineux, un mouvement saccadé concentrique, produit à travers les artères et le système capillaire.

» Eh bien! je suis obligé de *répéter encore ce que j'ai dit à l'occasion de l'influence du cœur aortique étudié comme agent de la circulation veineuse.* Le liquide qui s'échappe d'une veine ouverte et communiquant avec un syphon armé d'une branche horizontale, ne présente de rémittences appréciables que *sous l'influence des grands efforts musculaires*; je dois ajouter que dans les vicissitudes observées durant l'ascension de la colonne de liquide, *tout se rapporte à ces efforts*, et qu'il est absolument impossible de trouver *aucune relation entre les mouvemens du ventricule gauche ou du thorax*, et des mouvemens corrélatifs dans l'ascension du liquide. » (V. *mes expériences*, p. 17.)

C'est, comme il est facile de le voir, la même expérience déjà examinée au commencement de cette note.

M. Chassaignac a cru devoir terminer ainsi sa critique de nos expériences sur la circulation veineuse, pag. 120.

« Il faut savoir gré à M. Poiseuille des efforts qu'il a tentés pour résoudre des questions délicates dans l'examen desquelles il a apporté « une grande habileté et une grande habitude d'expérimentation. » Mais il ne faudrait pas s'étonner qu'il eût été induit en erreur par des apparences trompeuses; car, à mon avis du moins, il est peu de questions physiologiques d'une étude et d'une solution plus difficiles que celles qui ont pour objet d'établir des coïncidences de temps ou des synchronismes entre tel ou tel phénomène qui se passe dans les vaisseaux, et certains phénomènes qui se passent dans les cavités du cœur et dans la cavité du thorax; il y a souvent, sous le rapport des temps, anticipation d'un mouvement sur l'autre, une sorte de subintrance. »

Ces erreurs de M. Chassaignac proviendraient-elles de ce qu'il serait tout-à-fait étranger à la mécanique et à l'hydro-dynamique, sans lesquelles tout esprit sage doit s'abstenir de parler de circulation, ou de ce qu'il aurait mis trop de confiance dans ses premières expériences de physiologie, ou bien ces erreurs de M. Chassaignac reconnaîtraient-elles d'autres causes? Dans l'un et l'autre cas, nous avons dû abandonner le projet que nous avions formé avant la lecture de sa thèse, de répéter devant lui nos expériences sur la circulation veineuse.

Ordinairement, les thèses soutenues dans les concours pour l'aggrégation, de l'aveu même des concurrens et des juges, n'ont que l'importance du moment; la plupart des questions sont emportées d'assaut et quoi qu'il coûte. Aussi n'aurions-nous pas donné ce développement à l'analyse de l'œuvre de M. Chassaignac, s'il ne l'eût pas jugée digne de réimpression.

POISEUILLE.

(1) Pag. 19 et 20, 1re 2e et 3e exp.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

PARIS. — IMPRIMERIE ÉVERAT ET COMPAGNIE, RUE DU CADRAN, N° 16.

N° 32 (TOME IV. — 1836.) SAMEDI 6 AOUT 1836.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La Gazette médicale de Paris (*Gazette de santé* et *Clinique des hôpitaux* réunies) paraît tous les samedis ; chaque numéro est composé de 16 pages in-4° 32 colonnes, et équivaut à 6 feuilles in-8°. Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois. Pour l'Étranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Poissonnière*, n° 5, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

CONSTITUTION MÉDICALE.

DE LA CONSTITUTION ATMOSPHÉRIQUE ACTUELLE ET DES MALADIES RÉGNANTES.

Des maladies graves règnent en ce moment dans la capitale. Les plus communes attaquent le tube digestif, plusieurs la peau et le pharynx, quelques-unes la tête et la poitrine. Ces maladies portent différens noms, suivant les idées théoriques de chaque médecin ; cependant, malgré la diversité de leur synonymie et la multiplicité de leurs expressions, elles revêtent toutes un appareil phénoménal commun. Les caractères de ces phénomènes révèlent manifestement une altération profonde des fonctions nerveuses, ce qui les fait classer avec raison parmi les maladies ataxiques.

Aux yeux des praticiens accoutumés à saisir le lien entre les maladies populaires et les qualités du fluide ambiant, la cause des affections régnantes est écrite en traits éclatans dans la constitution atmosphérique de Paris depuis l'hiver jusqu'à présent. Nous allons vérifier ces conjectures en rapprochant directement la nature de ces maladies de l'état atmosphérique de Paris pendant la durée de l'année courante.

L'hiver de cette année a été peu froid, mais très-humide et très-long ; l'air ne s'est échauffé sensiblement que vers la fin du mois de mai. Jusqu'à ce moment, il aurait été difficile de croire, tant la bise était piquante et le ciel brumeux, que nous touchions en effet à la dernière période du printemps. L'échauffement de l'atmosphère à la fin du mois de mai n'a pas duré long-temps. Après quelques jours doux et même chauds, l'air s'est refroidi de nouveau par l'influence d'un vent du nord permanent. Le mois de juin a présenté les mêmes alternatives du froid au chaud et du chaud au froid ; une seule chose l'a distingué du mois précédent, c'est que la chaleur a monté plus haut, et que par conséquent les vicissitudes que nous lui reprochons ont été plus grandes. L'étendue des oscillations de la température a concouru incessamment avec la promptitude de ses changemens. Le 12 de ce mois, le froid était sensible par 8 ou 10° thermométriques ; trois jours après, la chaleur s'élevait, à deux heures de l'après-midi, à 23°. Cette brusque transition a été remplacée un peu plus tard, le 18, par un abaissement non moins brusque qui s'est soutenu jusqu'au 22. Ce jour-là, une élévation nouvelle du thermomètre a fait renaître la chaleur ; bientôt après, le 25, le froid a repris pour céder encore la place à la chaleur. A dater de la fin de ce mois, cette qualité a régné avec plus de suite la nuit et le jour, le matin et le soir, jusqu'au 13 du mois suivant. C'est dans cet intervalle que, le premier jour de juillet, elle est arrivée à 27°,5, maximum de son élévation pour cette année.

Feuilleton.

COURS DE PHRÉNOLOGIE PAR M. BROUSSAIS.

(Voir le numéro du 23 juillet.)

Scrip a manent.

L'article qui suit a pour but de confronter la doctrine actuelle de M. Broussais avec ses doctrines passées ; il en résultera cette démonstration, qu'il n'y a pas dans le cours de M. Broussais une seule proposition fondamentale qui ne soit contredite par une proposition contraire de ses livres antérieurs ; que la théorie phrénologique qu'il enseigne aujourd'hui avec tant d'aplomb et une assurance si intrépide est précisément l'inverse de la théorie psycologico-physiologique qu'il a professée pendant vingt ans avec le même aplomb et la même assurance dans tous ses ouvrages ; et en outre qu'il a réfuté lui-même directement et sans réplique cette même hypothèse de Gall dont il est l'apôtre. Ceci, nos lecteurs bénevoles voudront bien le remarquer, n'est qu'un argument *ad hominem*. La phrénologie ne saurait sans injustice être responsable des contradictions de M. Broussais. Nous ne prétendons pas non plus rechercher quelle est des deux philosophies de M. Broussais la plus inintelligible et la plus burlesque. Chacun peut à cet égard suivre son goût. Nous ne voulons donc qu'offrir à la jeunesse studieuse et au public savant un sujet d'édification. Cette monographie de la constitution intellectuelle d'un grand homme mérite d'ailleurs toute l'attention des philosophes et des phrénologues.

Le point fondamental de la physiologie, appliquée aux faits intellectuels et moraux, est la détermination du siége ou des instrumens organiques de ces faits ; en d'autres termes, leur localisation, n'importe le sens précis qu'on attache à ce dernier mot, qui n'est rien moins que clair. C'est là à peu près ce qu'on s'accorde à regarder comme le but légitime de la science, et on attend beaucoup de cette découverte. On a agité plusieurs questions sur le siége organique des phénomènes de l'intelligence et de la volonté. Est-il unique ou multiple ? Faut-il le placer dans les nerfs, dans le sang, dans tels ou tels organes, dans le crâne, dans la poitrine ou dans l'abdomen. L'ancienne physiologie et l'ancienne philosophie admettaient généralement un centre unique pour l'entendement, ou âme raisonnable, qu'on plaçait dans le cerveau, et l'intervention, plus ou moins intelligiblement conçue, des principaux organes de l'économie dans la production des passions et de toutes les déterminations involontaires et irraisonnables de la sensibilité. M. Broussais, depuis 1803 jusque vers 1830 environ, c'est-à-dire pendant vingt-sept ans, a vécu dans cette antique croyance, sauf quelques modifications

Depuis le 13, il n'y a plus eu une seule journée complètement chaude. Loin de là, le froid est allé croissant jusqu'au 27. Ce jour-là, la chaleur a repris si brusquement, que le 28, dans l'après-midi, elle était devenue insupportable, marquant au thermomètre 22 et 23°,5. Le jour suivant, après quelques ondées de pluie très-froide, la chaleur est tombée rapidement pour faire place à un temps détestable, tel qu'on l'éprouve dans les plus mauvais jours des mois d'octobre ou de novembre.

Ce n'est pas seulement la température qui a varié. L'humidité aussi a alterné avec la sécheresse, les vents du nord et du sud avec les vents d'ouest, le calme et la sérénité avec les bourrasques et les brumes. Naguère, par exemple, une aridité excessive avait pris la place de l'excès d'humidité de cet hiver; aujourd'hui, l'air est saturé de vapeurs aqueuses, et nous avons des averses plusieurs fois par jour. En un mot, sous quelque rapport que nous envisagions la constitution de l'air de cette année, il est évident qu'elle est extrêmement variable par le concours du nombre, de l'étendue et de la durée de toutes les espèces de vicissitudes.

Il y a vingt-deux siècles que le père de la médecine a signalé aux modernes l'influence délétère des constitutions atmosphériques changeantes et variables. Il a mieux fait encore. Avec une admirable sagacité, il a touché du doigt le genre particulier des affections pathologiques qui proviennent de cette influence. Ce qu'Hippocrate a prédit sur ce sujet, tous les praticiens ont eu l'occasion de le confirmer. La constitution médicale de Paris que nous avons sous les yeux justifie de point en point, comme on va s'en assurer, les inspirations de ce puissant génie.

En effet l'état atmosphérique précédemment décrit a fait éclore une multitude de maladies: ce sont des gastralgies, des fièvres scarlatines, des apoplexies et des pleuro-pneumonies. Nous ne parlons pas d'une foule d'incommodités, telles que des coliques, des névralgies, des vertiges, des jaunisses. Nous ne traiterons ici que des maladies confirmées, et spécialement des plus graves.

Les gastralgies affectent de préférence les femmes du monde ou les hommes sensibles et délicats. Elles débutent de deux manières, le plus souvent après quelques jours d'une douleur vive sur le trajet d'un nerf, ou dans quelques articulations, douleur qui simule une sciatique, un rhumatisme ou une douleur goutteuse; tout à coup le ventre, l'estomac et les intestins sont saisis d'une douleur déchirante, s'exaspérant au toucher et par tous les mouvemens; des vomissemens spontanés se joignent à ces symptômes et redoublent les douleurs; la constipation est l'état le plus ordinaire et concurremment avec elle le flux urinaire se supprime très-souvent. Au milieu de ce tumulte la face n'est ni animée, ni retirée, comme on l'observe dans les inflammations réelles du bas-ventre; la langue conserve aussi sa couleur et sa forme; le pouls n'est nullement fébrile, quoi qu'il soit un peu fréquent et contracté. La douleur gastralgique occupe toute l'étendue du ventre depuis l'appendice xiphoïde jusqu'au-dessous de l'ombilic; elle gagne aussi à droite et à gauche les hypocondres et les flancs; elle a cela de particulier qu'elle existe sans aucune tension du ventre, sans ballonnement et sans chaleur.

La seconde forme de cette gastralgie se complique de ténesme, de garde-robes séreuses, sanguinolentes ou mêlées de sang. Ici le ballonnement du ventre est appréciable: la langue rouge aux bords et à la pointe; le pouls vibrant et la chaleur élevée; quelques uns de ces symptômes en ont imposé à beaucoup de nos confrères au point de croire que le choléra avait reparu. Les phénomènes de cette gastralgie n'en restent pas là: si les malades sont bien traités, la maladie se dissipe en peu de jours et même en peu d'heures, mais elle revient avec une extrême facilité. Lorsque la médication est inopportune, ou que les malades se trouvent mal disposés, les choses changent de face: la tête restée intacte jusque-là se prend tout à coup; un délire furieux s'empare des malades, et avec ce symptôme redoutable tout le système nerveux témoigne par l'agitation des membres, par l'irrégularité du pouls, par les oscillations des cordes tendineuses, l'impression dangereuse qu'il a ressenti. C'est alors que l'affection devient décidément grave et qu'elle se termine par la mort, si on n'est assez heureux pour rétablir l'équilibre dans le système des nerfs. Dès l'apparition du délire, tous les symptômes logés dans la cavité abdominale cessent brusquement, comme s'il y avait réellement une métastase de la gastralgie sur le cerveau. Le retour des douleurs abdominales est de bon augure, car il est le signal de la libération des centres de l'innervation.

Les scarlatines régnantes s'annoncent, comme les gastralgies, par des douleurs des membres, un brisement général, une irritation des organes du bas-ventre, et souvent aussi par des nausées, des vomissemens et par des déjections. Une angine accompagne toujours ces symptômes. Après que ce groupe de phénomènes se joignent des frissons vagues alternant avec des bouffées de chaleur, ont duré encore plusieurs jours, les taches rouges caractéristiques éclatent à la surface, plus foncées au torse et à la partie interne des membres qu'à la figure et ailleurs. Cette scarlatine a aussi une tendance prononcée à affecter la tête, et c'est de cette espèce de métastase que naît son danger, car l'angine elle-même, si terrible dans quelques épidémies de cette maladie, ne s'aggrave pas plus que les autres symptômes, au contraire elle disparait ainsi que les taches cutanées à l'invasion des symptômes cérébraux. C'est exclusivement l'affection des centres encéphaliques qui entraîne à des conséquences désastreuses. Elle se révèle aussi par un délire phrénétique et par un groupe menaçant de symptômes; la scarlatine reprend son cours dès que les phénomènes cérébraux se sont évanouis.

Les apoplexies sont plus multipliées qu'à l'ordinaire depuis qu'on observe les scarlatines et les gastralgies désignées. Elles sont rapides et foudroyantes, c'est-à dire brusquement mortelles, n'étant précédées d'aucun signe précurseur. On conçoit qu'il est impossible à l'égard de maladies si subites de déterminer les rapports de leurs phénomènes avec ceux des maladies décrites plus haut. Tout ce qu'il est permis de dire, c'est que si l'on ne peut se prononcer positivement sur l'affinité de ces espèces pathologiques, rien n'empêche de l'admettre, si l'on considère que les attaques d'apoplexie manquent rarement de se joindre aux maladies régnantes lorsque celles-ci reconnaissent pour cause les brusques variations de l'air. Il nous reste à connaître les affections de poitrine contemporaines. Un brisement général, des douleurs aiguës le long d'un nerf ou dans les jointures, des alternatives de froid et de chaud pendant plusieurs jours sont les symptômes caractéristiques; après cela, tout à coup, sans cause appréciable, les douleurs articulaires ou névralgiques disparaissent et se transportent sur la poitrine.

---

de détail. La phrénologie, au contraire, a nié l'unité du siége organique de la pensée, et a rattaché exclusivement à l'encéphale toutes les manifestations instinctives, affectives, etc., en un mot, toute la vie intellectuelle et morale. M. Broussais depuis 1830 environ, c'est-à-dire depuis six ans, a adopté cette nouvelle doctrine, qui est justement la contrepartie de l'ancienne.

Nous concentrerons volontairement sur ces deux points les contradictions de M. Broussais par deux raisons: 1° parce que ces deux points sont comme les pôles opposés de la question des rapports du physique et du moral, eu égard aux localisations, et qu'il n'y a pas de subterfuge qui puisse en faire disparaître l'inconciliable opposition. M. Broussais, en soutenant alternativement l'une et l'autre de ces hypothèses dans leur principe et dans leurs conséquences, s'est donc contredit autant qu'il est possible à un philosophe de le faire. 2° Parce que la discussion des questions secondaires nous entraînerait trop loin.

Maintenant, voici nos autorités.

« Cabanis, philosophe et idéologiste, attribuait, avec Locke, Condillac,
» Destutt de Tracy, etc., toutes nos idées à des impressions faites sur les orga-
» nes, toutes nos déterminations au plaisir ou à la douleur, il a fait remarquer que
» les sources des unes et des autres ne résident pas uniquement dans ce qu'on ap-
» pelle les sens. Il soutient que dans l'intérieur du corps, *dans les viscères, sans*
» *y comprendre le cerveau*, il se passe des changemens dont cet organe a con-
» naissance par le moyen des nerfs qu'il envoie dans les différens tissus. C'est
» ce qu'il nomme des impressions internes résultant du jeu des différens orga-
» nes. *Cette opinion est un trait de lumière que rien ne saurait éclipser, une*
» *mine féconde de vérités du premier ordre*, et qui ne pouvait manquer avec
» le temps d'être exploitée.

» Déjà Bichat l'avait mise à profit, en enseignant que les passions résident
» dans les viscères (1); mais il n'a pas assez vécu pour développer cette idée,
» qui fut également celle des anciens philosophes, et on ne la verrait pas au-
» jourd'hui *combattue par les médecins qui accordent tout au cerveau*, si cet
» auteur l'avait produite escortée *de toutes les raisons* qui doivent lui servir
» d'appui.

» M. le professeur Richerand se range du côté de Cabanis pour rapporter aux
» viscères les déterminations instinctives, et la *vérité de ce fait* ne paraît plus an-
» jourd'hui contestée que par le docteur Gall..... C'est de mon *Cours de phy-*
» *siologie appliquée à la pathologie*, que je tirerai, en temps opportun, des
» raisonnemens qui feront voir que l'idée du docteur Cabanis est effectivement
» une *des clés de l'étiologie et de la thérapeutique* » (*Examen*, t. 2, p. 388 et suiv.)

Gall dit à propos de ce passage: « Je suis très-curieux de savoir comment
» M. Broussais réussira à mettre de la clarté dans cette philosophie! » (*Fonctions du cerveau*, t. 2, p. 107.) Il est à regretter que M. Broussais n'ait jamais daigné satisfaire la curiosité de Gall ni de personne à cet égard. Quoi qu'il en soit, M. Broussais se déclare ici élève de Cabanis; il soutient une théorie qui n'est plus combattue que par un *seul* homme, le *docteur Gall*; et le docteur

(1) Il était difficile que Bichat mît à profit cette opinion de Cabanis; car, soit dit en passant, il mourut l'année même (1802) où parut la première édition des *Rapports du physique et du moral*. Il se peut cependant que M. Broussais ne soit pas coupable de cette peccadille historique, car son texte est amphibologique. En attendant, notre remarque subsiste.

Alors surviennent une douleur pleurétique, extrêmement vive, de l'oppression, de la toux, des crachats sanguins, tous les phénomènes enfin d'une pleuro-pneumonie. La fluxion de poitrine n'épuise pas l'activité du principe morbide; quelques jours après sa localisation dans les organes pectoraux, il se déplace pour la seconde fois, tout aussi brusquement et fait irruption sur la tête : c'est alors qu'apparaît un délire furieux escorté des symptômes déjà notés, de ces symptômes, témoins irrécusables de l'altération du centre encéphalique. La maladie veut-elle rétrograder? les signes de la pleuro-pneumonie que l'affection du cerveau avait obscurcis reprennent le dessus, et l'affection pectorale marche de nouveau suivant son cours ordinaire, tout en conservant jusqu'à sa terminaison définitive une tendance fâcheuse à renouveler la maladie cérébrale.

Voilà les trois maladies avec lesquelles nous sommes aux prises depuis environ deux mois. On est frappé comme nous de la ressemblance qu'elles présentent. D'abord, elles progressent ensemble; en second lieu, leurs symptômes précurseurs sont tout-à-fait les mêmes; elles se changent ensuite souvent les unes dans les autres; enfin, elles affectent uniformément une triste préférence pour le cerveau. Faisons abstraction des parties qu'elles attaquent, et il est impossible de ne pas voir qu'elles appartiennent à la même classe, ou plutôt qu'elles sont exactement la même maladie. Maintenant, quelle est leur nature? Procédons à cette recherche par voie d'exclusion ou d'élimination, nous reconnaîtrons ce qu'elles ne peuvent être et nous serons conduits à découvrir ce qu'elles sont. Elles ne sauraient en imposer pour une inflammation, car elles manquent des symptômes essentiels de cet état morbide, notamment de l'effervescence fébrile, de la marche ferme et mesurée des phlegmasies, de la franchise de leur solution critique; elles ne passeraient pas plus aisément pour une affection humorale, bilieuse ou muqueuse, car on n'y trouve aucune turgescence gastrique, aucune cause matérielle à évaluer, et puis leurs phases, leurs progrès et leurs terminaisons ne tiennent par aucune relation aux maladies de cet ordre. Un artifice analogue nous amènerait à éloigner toute autre supposition, à l'exception de celle qui les ferait dériver d'une lésion de l'innervation. Les preuves directes qu'on peut tirer de l'examen des phénomènes de ces affections portent jusqu'à l'évidence la certitude de cette première conjecture. Leur début est marqué par des douleurs aiguës, leurs symptômes sont d'une telle mobilité, qu'elles voyagent ou peuvent voyager dans toutes les régions du corps, sans s'arrêter ou se fixer définitivement à aucune; elles s'attachent avec une prédilection bien marquée à l'encéphale et à ses dépendances; enfin, lorsqu'il leur arrive de ne pas atteindre jusqu'à ce centre, ou bien avant d'y arriver, ou après qu'elles ont cessé de l'affecter, c'est plutôt sur les enveloppes si irritables des autres organes que sur leur tissu parenchymateux, toujours moins nerveux et d'une sensibilité plus obtuse, qu'elles viennent s'exercer. Un dernier trait achève de convaincre de leur nature essentiellement nerveuse; c'est la méthode de traitement.

Les saignées et les antiphlogistiques n'y font rien du tout. Nous nous trompons; elles jettent les malades dans la prostration, elles aggravent ou éternisent la maladie. Les évacuans gastriques ou intestinaux ne réussissent pas mieux; toutefois, ils sont moins nuisibles que les autres moyens, quoiqu'ils ne soient pas eux-mêmes exempts de danger. Ce n'est pas qu'il ne faille, dans quelques cas particuliers, avoir recours aux émissions sanguines ou aux évacuans des voies gastriques; il est nécessaire, quelles que soient d'ailleurs les contre-indications de ces agens, de les mettre à contribution lorsque les sujets atteints ont trop de sang, ou qu'il y a des signes évidens de saburre; mais ces remèdes ne guérissent jamais radicalement le mal, ils se bornent à le simplifier ou à faciliter l'intervention de la méthode vraiment curative. Celle-ci se compose exclusivement de l'usage des bains, des antispasmodiques et des épispastiques.

Dès le commencement, un bain tiède prolongé pendant long-temps, par exemple, une heure et demie ou deux heures, suffit à enrayer le progrès de ces affections. On lui associe dès lors avec beaucoup de fruit l'usage des boissons douces et tempérantes, aiguisées de quelques légers antispasmodiques. Lorsque la maladie est plus avancée, et que la faiblesse s'oppose formellement à l'emploi des bains, les antispasmodiques sont toujours de mise; seulement, on aide leur action par l'application d'un vésicatoire. Les irritans cutanés font merveille toutes les fois qu'il s'agit de détourner promptement l'irritation du cerveau ou de la poitrine; on les pose à la nuque si la tête est compromise; aux bras ou sur le thorax, si c'est la poitrine qui est le terme de la fluxion. Quoi qu'il en soit du lieu d'élection, que le praticien détermine ou change suivant les besoins, il est certain que dans toutes les maladies de l'époque où nous nous trouvons, les vésicatoires sont les moyens les plus efficaces contre les concentrations organiques que nous mentionnons.

Mais est-il vrai que les maladies dont il s'agit soient réellement le fruit de notre constitution atmosphérique? Nous n'avons que quelques courtes observations à faire pour résoudre cette question : ouvrez Hippocrate, et vous lirez que, dans toutes les saisons, les grands changemens du temps engendrent des maladies; que sous des constitutions inégales et variables, les maladies sont désordonnées et inégales aussi, marchent par sauts et par bonds, se jugent avec peine, et compromettent la vie des patiens. Recherchez après cela quelles sont les parties où ces affections se réfugient préférablement, et vous trouverez que ce sont avant tout les cavités centrales, et spécialement la cavité encéphalique; enfin, si vous voulez appeler ces maladies par un nom, vous verrez également que ce sont les pleurésies, les rhumatismes, les dysentéries et les coliques, les apoplexies; en un mot, toutes les maladies précisément que nous avons décrites, comme celles de la présente constitution. En voulez-vous d'autres preuves, interrogez au hasard les plus grands médecins, Baillou, Ramazzini, Huxam, Stoll, Frank, et parmi les médecins vivans, MM. Double, Cayol, etc., et vous n'aurez plus aucun doute sur l'origine et la filiation des maladies que nous observons.

F.

CHIRURGIE PRATIQUE.

NOTE SUR UN NOUVEAU PROCÉDÉ POUR TRAITER LES RÉTRÉCISSEMENS DE L'URÈTRE; adressée à l'Académie des sciences, par M. JOBERT, de Lamballe, chirurgien de l'hôpital Saint-Louis.

Dans un moment où on s'occupe avec tant d'ardeur des maladies des

---

Gall le range dans son livre dans la foule des médecins routiniers incapables de comprendre ses découvertes

Voyons maintenant comment cette idée de Cabanis se transforme entre les mains de M. Broussais.

C'est dans le *Traité de physiologie*, etc., que se trouve effectivement développé le système psycho-physiologique annoncé plus haut. Dans ce système, non-seulement les passions, les déterminations instinctives et involontaires, mais encore toutes les sensations, perceptions et opérations intellectuelles, sont sous la dépendance plus ou moins immédiate des viscères. Ainsi il assure, par exemple, que, pour qu'une sensation visuelle, auditive, gustative, etc., ait lieu, le cerveau n'agit ou n'exécute l'opération, c'est-à-dire ne voit, entend ou goûte véritablement, qu'après avoir consulté les viscères «Pour que le jugement ait lieu, dit-il, » *il est indispensable* que l'impression perçue par les sens externes, et transmise par les nerfs au centre de relation, *soit à l'instant réfléchie* par celui-ci » dans les viscères.. ; et ce n'est pas seulement dans les viscères que ces impres- » sions intéressent qu'elles sont réfléchies, mais dans *tous les viscères à la fois.* » Si, lorsqu'une impression est perçue, il y avait unité de direction vers tel ou » tel organe (*qui potest capere, capiat!*), cela supposerait que l'impression est » estimée et jugée par le centre *dès le moment de son arrivée* dans le cerveau, » etc » (*Traité de phy.*, t 1, p 47); et plus loin, page 61 : «Les sensa- » tions ne sont point jugées par le centre de perception *seul et à priori*, mais » après que celui-ci les a *réfléchies* dans les parties sensibles, et *surtout dans* » *les viscères.*» Dans la théorie ordinaire, les conditions organiques requises pour voir, par exemple, une pomme, sont les suivantes : 1° impression des rayons lumineux sur la rétine; 2° transport de l'impression (si on peut le comprendre) de la rétine au cerveau le long du nerf optique; 3° action (supposée, mais complètement inconnue) du cerveau. Ces conditions accomplies, la sensation est effectuée; la pomme est vue Dans la théorie de M. Broussais, ceci n'est que le commencement, et l'opération n'est pas si simple Aux trois conditions précédentes il faut en ajouter plusieurs autres : 1° irradiation de l'impression cérébrale dans tous les organes; 2° consultation de chacun des viscères sur la valeur de cette impression; 3° retour de l'impression des viscères au cerveau, accompagnée d'une acceptation ou d'un refus; 4° nouvelle opération du cerveau qui, sur l'ordre transmis par le viscère que l'impression concerne spécialement, se décide enfin à sentir, et voit alors la pomme. Voilà un échantillon de ces clartés éblouissantes que M. Broussais a empruntées à la physiologie pour dissiper les ténèbres de la psychologie. Voilà les *faits* dont toute personne *convenablement organisée* peut facilement vérifier l'authenticité. Il est fâcheux que l'auteur de ces découvertes n'ait jamais confié à personne le microscope au moyen duquel on peut apercevoir ces étonnans voyages de l'impression, nommée aussi irritation, et ce commerce amical du cerveau et des viscères. J'oubliais de dire que si l'objet d'où émane l'impression ne convient à aucun des viscères de la poitrine, du ventre et du bassin, comme, par exemple, une figure de géométrie, alors le cerveau, sur leur refus, la prend pour lui. Mais il est certain qu'il ne peut apercevoir un carré ou un cercle sans avoir consulté l'estomac, le foie, les vésicules séminales, etc... c'est *indispensable! dixit.*

Il dit, dans le même livre, que «toutes les différences que nous offre la faculté » *générale* de sentir ne sont que des différences *de degré* et de siége.» C'est la théorie idéologique de Condillac, et physiologique de Cabanis, sur laquelle M

voies urinaires, j'ai pensé qu'il ne serait pas indigne de l'Académie des sciences de lui faire connaître le résultat de quelques recherches sur les moyens à employer dans le traitement des rétrécissemens de l'urètre.

J'ai pendant long-temps réfléchi aux deux méthodes que l'on a appelées curatives et qui se sont remplacées tour à tour, je veux parler de celle de Hunter et de Home, et de celle de MM. Ducamp, Lallemand, de Montpellier, etc.

La première consiste à attaquer l'obstacle au cours de l'urine d'avant en arrière; la seconde veut, pour réussir, d'abord dilater le rétrécissement, afin de pouvoir introduire un porte-caustique dans l'intérieur même de la partie rétrécie, pour agir ainsi de dedans en dehors.

C'est cette dernière méthode qui a paru préférable, et que l'Académie des sciences même a regardée comme supérieure à la première.

Si des recherches ne m'avaient indiqué les inconvéniens de cette dernière, et ne m'avaient prouvé les avantages incontestables de la première, je ne me serais pas permis d'écrire à une compagnie savante pour lui indiquer le résultat de mon travail.

Et d'abord, sans discuter les avantages et les inconvéniens de la méthode de Ducamp et de M. Lallemand de Montpellier, je dis dire: 1° qu'avant de détruire l'obstacle, il faut le dilater, ce qui est souvent une chose longue et difficile; 2° que l'introduction du porte-caustique n'agit pas toujours sur le seul point que l'on veut attaquer; 3° que malgré tous les soins possibles, le nitrate d'argent ne peut pas borner son action à la muqueuse du point rétréci, parce qu'on n'est jamais le maître de ne dépenser que ce que l'on veut de caustique, d'où il résulte qu'une certaine quantité est dissoute en excès, de manière à brûler la muqueuse dans une étendue assez considérable, comme je l'ai observé, et comme tous les chirurgiens ont pu le voir. En conséquence, l'inconvénient que l'on voulait éviter par cette méthode n'est pas prévenu. 4° La destruction du rétrécissement est longue, difficile, douloureuse, et sans parler des accidens inflammatoires, je me bornerai à dire que la guérison est peu durable; que les malades, au bout d'un temps plus ou moins long, sont souvent forcés de revenir à un autre traitement; et si le malheur veut, comme j'ai été à même de l'observer une fois, que le caustique agisse plus profondément que le chirurgien ne le désire, il se forme alors un obstacle plus considérable au cours de l'urine, obstacle qui s'explique par la force de rétraction de la cicatrice; et ainsi succède quelquefois à un rétrécissement dépendant du gonflement de la muqueuse, un rétrécissement plus rebelle, formé par un tissu inodulaire.

La méthode de Hunter et de Home, au contraire, m'a semblé présenter plus d'avantage, 1° parce qu'il n'est pas besoin de préparatif, de dilatation préalable du canal; 2° parce qu'on peut détruire le rétrécissement en très-peu de temps; 3° parce que la bougie tend à se porter dans l'orifice du rétrécissement pendant le cathétérisme.

Pour arriver à ce but, il m'a paru qu'il ne fallait pas déterminer de perte de substance dans la membrane muqueuse, mais la dégorger, pour rétablir son état normal et favoriser l'absorption des liquides et de la lymphe qui auraient pu être déposés, par suite du travail inflammatoire, à l'extérieur de cette membrane.

C'est dans cette intention que j'ai mis en usage l'alun calciné, caustique, qui m'a paru remplir parfaitement les conditions voulues, puisqu'il détermine peu de douleur, peu de cuisson, et puisqu'il ne fait qu'augmenter la sécrétion de la muqueuse sans détruire celle-ci.

J'ai pu arriver dans la vessie lorsqu'il existait plusieurs rétrécissemens organiques depuis longues années, la deuxième ou la troisième fois, et souvent j'ai pu donner au canal un diamètre normal en quelques séances.

J'enduis une bougie emplastique d'huile, que je roule ensuite dans de l'alun calciné réduit en poudre. Il m'est facile d'augmenter la couche d'alun en trempant une deuxième fois la bougie dans l'huile et la portant de nouveau dans l'alun. Je me sers aussi d'une pommade dans laquelle entre de l'alun et dont j'enduis la bougie.

Ce n'est point ici seulement une doctrine que j'expose à l'Académie des sciences; mais des faits vont être présentés rapidement, pour montrer, j'espère, la vérité de ce que j'avance.

Obs. I. Guérin, âgé de trente-six ans, ébéniste, eut une gonorrhée en 1828, et, au bout de deux jours, il eut de la difficulté à uriner; son jet sortait en tire-bouchon, et par momens même il n'arrivait que goutte à goutte.

Cet état persista depuis et se compliqua d'une infiltration d'urine qui s'étendit dans le scrotum; et jusque dans l'aine du côté droit; des incisions furent faites sur les parties tuméfiées, et il resta des cicatrices dures, blanchâtres sur le scrotum, la verge, et dans le pli de l'aine.

Depuis, la même difficulté dans l'émission de l'urine a persisté, et le malade fut, en outre, tourmenté par des envies continuelles d'uriner, et des douleurs très-vives, qu'il calmait à l'aide de bains de siége.

On avait essayé plusieurs fois de le sonder, mais inutilement, et, le 19 avril, il entra à l'hôpital Saint-Louis, salle Saint-Augustin, n° 52, portant deux rétrécissemens, l'un en arrière du méat urinaire, l'autre au niveau de la portion bulbeuse. Après avoir tenté sans succès la dilatation à l'aide des bougies, l'alun fut employé le 26 avril, et le lendemain 27, le malade nous dit que, depuis sept ans, il n'avait pas aussi bien uriné que la nuit dernière; il avait éprouvé des cuissons, et quelques gouttes de sang s'étaient écoulées.

La bougie introduite dans le canal entre avec plus de facilité. On emploie l'alun une seconde fois.

Le 28, il a gardé sa bougie jusqu'à quatre heures du matin; il a uriné facilement pendant qu'elle était dans le canal, mais surtout après l'avoir retirée. On emploie une bougie plus forte que celle de la veille, et elle entre dans la vessie avec une facilité surprenante.

Obs. II. — Le nommé Botin (Vincent), âgé de 52 ans, commis-voyageur, d'une forte constitution, fut affecté d'une blennorrhagie, à l'âge de 19 ans, qui ne céda qu'aux injections astringentes, au bout de quinze mois, et dès ce moment l'urine s'écoula par un jet moins volumineux.

Deux ans après la guérison de la première, il fut atteint d'une seconde blennorrhagie, dont il ne fut maître qu'après deux mois de traitement, et sans être forcé d'avoir recours aux injections.

Plus tard, ce malade essuya encore plusieurs atteintes de gonorrhée qui cédaient à l'usage du sirop de Cuisinier; mais le jet de l'urine n'en demeura pas moins plus petit, et fut projeté moins loin.

A l'âge de quarante-deux ans, l'urine ne sortait plus que par un filet mince et en tire-bouchon, et il fut plusieurs fois en proie à tous les accidens d'une rétention complète d'urine, qui néanmoins céda aux boissons délayantes et aux bains.

En 1830, il fut reçu à l'hôpital Saint-Louis, où il fut traité par des bougies pendant deux mois, et d'où il sortit sans avoir le conduit de l'urine parfaitement libre. Toutes les fois qu'il se livrait aux plaisirs de l'amour, les difficultés d'uriner se renouvelaient et le menaçaient d'écoulemens plus graves.

Enfin, il y a vingt-cinq jours qu'après avoir eu des rapports avec une femme, une rétention d'urine presque complète survint, et c'est à la suite de pareils accidens qu'il vint réclamer nos secours à l'hôpital Saint-Louis, où il entra le 12 juillet 1836.

Le 13, il fut sondé, et je ne pus parvenir dans la vessie avec la bougie la plus

---

Broussais a bâti toute sa pathologie et sa thérapeutique, et que Gall n'a cessé de combattre. En voici la confirmation,

« Les besoins moraux, quoique *très-multipliés en apparence*, me semblent » découler d'une *seule* source, la nécessité où nous sommes d'observer tous les » corps de la nature et de les comparer à nous mêmes. Je la définirais: *le besoin* » *d'être excité à la pensée.* (Tr. de phys., p 238.) Ce phénomène est *pure-* » *ment intellectuel.*» Toujours l'unité de la faculté *générale* (sensibilité) dont toutes les facultés particulières ne sont que des *modes*, des *transformations*, des *développemens.* Quant à ces mots *purement intellectuel* qui terminent la phrase citée, je les crois bien appliquées, mais ils ne signifient rien sous la plume de M Broussais Il en est de même de la sentence suivante: « La sensibilité est *un phénomène immatériel.*» (Page 27.)

Quant au siége particulier des besoins moraux et physiques, des passions, des instincts, etc., noms qu'il applique, Dieu sait à combien de faits différens, il est très-explicite et positif. C'est uniquement dans les viscères qu'il faut le chercher. L'*amour* dépend des organes génitaux. « Retranchez les organes génitaux, » dit-il, l'amour s'éteint. » *Phys.* p. 175. Il le met aujourd'hui dans le cervelet sous le nom assez joli d'*amativité.*

Il loge l'*amour maternel* dans la poitrine et le bas-ventre: « Calmez l'action organique de l'abdomen d'une poule en la plongeant dans l'eau froide à plusieurs reprises... elle deviendra indifférente pour la couvée *Ibid.* p. 175. »

Aujourd'hui il a retiré ce sentiment divin des environs du pancréas pour le colloquer, sous le nom de *philogéniture*, sous la crête occipitale. C'est un logement plus digne.

L'*amitié* « est une passion toute *intellectuelle*, mais cela *n'empêche pas* » qu'elle ne soit accompagnée de sensations rapportées aux viscères » (*Ibid.*, p. 17.) Non, rien n'empêche rien dans la logique physiologique; nous le savons.

Il en est de même à peu près (p. 182) pour *l'orgueil*, *la vanité*, *l'ambition*, *l'émulation*, *l'honneur*, etc, tout cela est essentiellement viscéral, n'en doutez pas.

Quant aux facultés intellectuelles proprement dites, l'entendement, l'intellect, la volonté, elles ont pour siége l'encéphale (sauf bien entendu leur subordination aux viscères, et dans l'encéphale un *point unique.* « Les opérations du centre sensitif, dit-il, (*Ibid* p 109, et il le répète souvent), sont *toutes* déterminées par le *même point* cérébral. »

Mais quel est ce point? M. Broussais va vous le dire, car il n'ignore rien. Ce point « *est la partie supérieure de la moelle allongée.* » (*Ibid.* p. 102.) Voilà le siége de l'âme, désespoir des philosophes, trouvé; mais ce n'est pas tout. Ce point cérébral est circonscrit dans la *substance grise* de la moelle, « car les fibres » blanches sont de simples conducteurs des sensations et des volitions qui auraient » alors *leur siége dans la substance grise* » (*Ibid*, p. 108.) Jamais la nécessité d'un point central, aboutissant des sensations et point de départ des volitions n'a été plus expressément admise. Seulement M. Broussais a eu le mérite de désigner ce point, et il l'a démontré, comme il démontre tout, infailliblement.

Aujourd'hui pourtant cette détermination lui paraît une chimère ontologique, indigne d'être mentionnée; il nie la centralité par des raisons tout-à-fait aussi péremptoires que celles qui le la fesaient admettre, et c'est beaucoup dire.

En 1828, époque où parut le fameux livre de *l'Irritation et de la Folie*, ou de *la folie de l'irritation*, suivant la variante proposée par A. Miquel, M. B était

fine, qui nous donna la profondeur du rétrécissement environ à 4 pouces du méat urinaire. Les dimensions étant prises sans que la verge fût tiraillée, cette bougie fut trempée dans l'huile, dans l'alun, et poussée contre l'obstacle, où elle fut fixée.

Le 14, une bougie un peu plus grosse, enduite d'alun, put vaincre l'obstacle et arriva dans la vessie

Le 15, une grosse bougie chargée d'alun pénétra avec facilité, et l'urine put sortir aisément entre elle et les parois du canal.

Le 17, une bougie du plus gros calibre fut introduite sans alun jusque dans la vessie; plusieurs fois il put la retirer dans la journée, et il s'aperçut que le jet de l'urine avait son volume primitif.

Il y a eu quelques cuissons pendant la durée de l'introduction des bougies chargées d'alun, mais elles ont été très-supportables, et une sécrétion muqueuse assez abondante a été versée à l'extérieur; elle s'est promptement tarie.

Obs. III. — Le nommé Moutanard (Thomas), âgé de 50 ans, journalier, d'une constitution athlétique, éprouvait depuis long-temps une grande gêne à uriner, lorsqu'il entra dans mon service à l'hôpital St-Louis.

Il y a vingt ans qu'il fut affecté d'une blennorrhagie qui dura pendant six mois. Dix ans après avoir été atteint par cet écoulement, il éprouva de la difficulté dans l'émission des urines, qui ne sortirent plus que par un jet qui alla successivement en diminuant de volume, au point de devenir très-mince, de se bifurquer et de se contourner d'abord en spirale. Il arrivait que l'urine ne sortait plus par moment que goutte à goutte, et quelquefois le cours des urines était interrompu tout à-fait, mais passagèrement. L'urine déterminait sur la muqueuse urétrale un sentiment d'ardeur très-pénible, des picotemens et un besoin d'uriner qui se renouvelait fréquemment.

Tel était l'état de ce malade, lorsqu'il entra à l'hôpital Saint-Louis le 22 juin 1836, époque à laquelle il n'avait encore rien fait pour sa guérison.

Le lendemain, à la visite, en sondant le malade, je reconnus un rétrécissement considérable à la profondeur d'environ 4 pouces, contre lequel je fixai une fine bougie enduite d'huile et saupoudrée d'alun.

Plusieurs fois, dans la journée, ce malade retira sa bougie pour satisfaire à l'envie d'uriner.

Le 24 juin, une bougie d'un volume un peu plus considérable, préparée comme la première, fut poussée plus avant, et dès ce moment l'urine put sortir entre elle et l'urètre.

Jusqu'au 27, des bougies de plus en plus grosses furent introduites dans la vessie avec une grande facilité; elles n'ont rien moins que le volume d'une sonde d'argent ordinaire.

Désormais on ne glissa dans l'urètre de cet homme que des bougies enduites d'huile pour compléter sa guérison.

Quelques cuissons, la sortie d'une certaine quantité de mucus, ont été les seuls signes qui nous aient frappés.

Obs. IV. — Le nommé Johnson, âgé de 43 ans, domestique, est entré à l'hôpital Saint-Louis le 24 juin 1836, pour y être traité d'un rétrécissement qui est survenu à la suite de plusieurs gonorrhées, dont la première a débuté il y a à peu près quatorze ans. Je me suis assuré qu'il était situé à 4 pouces environ du méat urinaire, et qu'il avait été évidemment la suite d'inflammations répétées. Plusieurs fois cet homme a été traité par des bougies, aussi la cure n'a-t-elle été que palliative, et a-t-il vu reparaître, dans le cours de ses voyages, une difficulté dans l'émission des urines, qui le força de s'arrêter à Amsterdam.

Lorsqu'il est entré dans mon service, je fixai une bougie saupoudrée d'alun contre l'obstacle.

Le 27 et le 28, elle fut renouvelée, et j'ai pu, le 1er juillet, introduire dans la vessie une bougie du plus gros calibre.

Depuis le 15 juillet on a cessé l'emploi des bougies; l'urine sort par un gros jet qui est projeté à une certaine distance.

Obs. V. — Gacry (Joseph), âgé de 37 ans, garçon de bains, avait eu deux blennorrhagies, l'une en 1824, l'autre en 1830. L'une de ces blennorrhagies fut conservée trois ou quatre mois, et se compliqua d'engorgement des testicules; néanmoins elle guérit sans laisser de traces, ainsi que l'engorgement des testicules.

En 1830 il en éprouva une seconde qui fut compliquée d'écoulement de sang, de gêne dans l'émission des urines; et depuis ce moment, ce liquide s'est écoulé goutte à goutte.

Des bougies furent introduites; elles dilatèrent le canal et permirent à ce malade d'uriner pendant quelque temps avec assez de facilité; mais le rétrécissement bientôt se renouvela; il fut combattu par de nouvelles bougies emplastiques, et cependant des récidives l'exposèrent à de nouveaux accidens. Un chirurgien de la capitale, pénétré de la gravité de son mal, et n'ayant du reste pu vaincre l'obstacle par l'introduction de fines bougies, proposa à ce malade une opération que nous avons cru être celle de la boutonnière. Il ne voulut pas se soumettre à cette opération, et, le 27 février 1836, il se décida à entrer à l'hôpital Saint-Louis.

L'examen que nous fîmes de l'urètre, l'introduction d'une bougie arrêtée d'une manière invincible derrière le bulbe de l'urètre: l'écoulement goutte à goutte de l'urine, nous firent comprendre combien le rétrécissement était considérable.

C'est en vain que nous essayâmes, pendant quinze jours, d'introduire les bougies les plus fines; tous nos soins furent inutiles, et l'obstacle l'emporta sur nos tentatives. C'est ce qui nous fit essayer le procédé de notre estimable confrère M. Mayor; et nous fûmes ainsi conduits, en désespoir de cause, à mettre en pratique un procédé qui déjà avait échoué en nos mains, et qui, cette fois, ne réussit qu'à produire de vives douleurs et à être l'occasion d'un écoulement de sang qui dura plusieurs heures. Je renonçai donc à l'employer derechef, et fus même forcé, pendant quelques jours, de n'introduire dans l'urètre aucun corps dilatant.

Il est bien évident que la méthode de Ducamp et Lallemand était impraticable, et que la cautérisation d'avant en arrière était la seule qu'on pût mettre en pratique. Une bougie enduite d'huile et d'alun fut poussée contre l'obstacle.

Le 23, le 24, jusqu'au 28 avril, époque à laquelle la bougie parvint dans la vessie, on introduisit de ces corps dilatans entourés d'un corps gras et saupoudrés d'alun.

C'est avec bonheur que nous vîmes notre bougie caustique vaincre l'obstacle et parvenir dans la vessie

Malheureusement ce malade fut pris d'un rhumatisme qui affectait les lombes et le dos, pour lequel il était déjà entré à l'hôpital, ce qui nous força de suspendre notre traitement.

Maintenant que le traitement antiphlogistique, les ventouses et surtout la cautérisation transcurrente ont triomphé du rhumatisme, nous avons recommencé l'introduction de nos bougies.

Si on craignait (mal à propos), en poussant de l'alun mêlé à de l'huile dans toute la longueur de l'urètre, pour arriver au rétrécissement, d'agir sur une si grande étendue de la muqueuse, on pourrait se servir d'une canule d'argent graduée, remplie d'un mandrin olivaire, qui servirait alors à porter sur l'obstacle l'alun calciné. Il faudrait dans ce cas faire une sorte de bouillie avec de l'alun et de l'huile, ou se servir d'une pommade dans laquelle entrerait l'alun calciné.

On voit par les faits qui précèdent que ce médicament a vaincu les obstacles les plus rebelles sans produire une inflammation un peu violente, et que les rétrécissemens traités par l'alun n'ont à aucune époque du traitement, et sur aucun malade, été accompagnés de rétention d'urine, comme on le voit lorsqu'on a cautérisé avec le nitrate d'argent, et comme cela a été noté dans un mémoire intéressant sur les rétrécissemens et la cautérisation, par M. Lallemand de Montpellier.

Par ces observations, on peut s'assurer qu'aucun accident n'a accompagné la cautérisation, et que la bougie a promptement vaincu l'obstacle, puisqu'il a suffi d'un ou de deux cathétérismes pour parvenir dans la vessie.

Dans tous ces cas, nous avons vu que les fausses routes n'étaient pas à craindre, puisque la bougie tend à gagner le centre du rétrécisse-

---

encore plongé dans les ténèbres de l'école de Cabanis, quoique la phrénologie ne lui fût pas inconnue, comme on le verra bientôt.

« Notre Cabanis (préface, p. xiij) avait fait un pas au-delà des sens internes, » il avait reconnu la *puissante influence des viscères* sur la pensée, etc. » Les viscères sont encore la maîtresse roue de la théorie exposée dans l'ensemble du livre; mais de temps en temps arrivent à l'improviste des phrases analogues à celle-ci.

« On est forcé (p. 119) par le témoignage imposant de mille et mille (en tout deux mille) faits bien observés de rapporter *tous* les phénomènes *instinctifs* et *intellectuels* à l'action de l'appareil nerveux. » Voilà les viscères abandonnés, ce semble, mais peu, après ils reparaissent sur la scène.

« Les psychologistes sont sûrs d'y rencontrer (dans la conscience) des sensations » provenant des *viscères qui correspondent incessamment avec le cerveau* » (c'est là son ancienne théorie), non-seulement la faim, la soif, les désirs vénériens, le froid, le chaud... mais, de plus, une foule de sensations vagues, indéterminées, qui tantôt le porteront à la tristesse, tantôt à la joie... à l'espérance, au désespoir. » (*Irrit. et fol.*, p. 134), et plus loin, p. 177, « quoi » qu'on fasse en se livrant à la méditation, il est *de toute impossibilité* qu'on ne » réveille pas des sensations *viscérales*, et que *l'instinct* ne soit pas mis en action » de concert avec l'*intelligence*. » Remarquez que *l'intelligence* comme opération du cerveau, est ici opposée à *l'instinct* comme opération des viscères.

Dans la section II, où M. Broussais examine « comment les émotions de la » sensibilité deviennent les mobiles de tous nos actes, » il démontre toutes les facultés se développant par l'exercice de la sensibilité, à la manière de Condillac et de Cabanis. Il y entremêle cependant quelques épisodes de son roman viscéral.

Jusqu'ici pas de trace de phrénologie; au contraire, la théorie opposée est magistralement professée; puis tout à coup on tombe sur le passage suivant, p. 235, où il résume ce qu'on sait ou ce qu'il sait ou croit savoir sur le cerveau.

« Nous savons, et même depuis long-temps, 1° en quel lieu s'insèrent tous » les nerfs qui aboutissent à l'encéphale (il y a de très-habiles anatomistes qui ne » le savent pas encore; 2° que la base centrale du cerveau et le cervelet tout » entier servent principalement aux fonctions nutritives et à *l'instinct*. (Excur» sion phrénologique. L'instinct est chassé des viscères et porté au cerveau.) » 3° Que les hémisphères du cerveau *constituent l'ampliation à laquelle est* » *attachée la prédominance intellectuelle*. » (Remarquez dans les mots soulignés l'originalité des expressions et le progrès phrénologique qui se dessine.) « 4° Que leur partie antérieure est celle qui y contribue le plus puissamment » (phrénologie flagrante), et où *par conséquent* doit résider la portion la plus » délicate du *sens des idées*. » (Admirez le *par conséquent* et le *sens des idées*, » mot nouveau dans la langue philosophique et bien trouvé. « Les *cránioscu*» *pistes*, ajoute-t-il assez peu respectueusement (il ne dit pas encore les phré» nologistes), s'occupent d'ailleurs sans relâche à recueillir les faits qui tendent » à spécialiser le siège de chaque *série d'idées* et de chaque impulsion instinc» tive. Mais ce travail *est loin d'être terminé*. » Ce qui précède prouve que la grâce phrénologique agissait par intervalles sur M. B... mais le temps où il devait voir définitivement la lumière, comme Paul sur le chemin de Damas, n'était pas arrivé, car il ne cesse dans tout le cours du même livre à recourir à sa théorie viscérale et Condillacienne pour expliquer la folie qui n'est qu'une irritation du cerveau, dont les variétés sont déterminées par les divers modes ou degrés d'irritation; il y suppose toujours le cerveau agissant de masse. Les maladies

ment et à s'y introduire. Nous devons donc nous rassurer sur les craintes de déterminer des fausses routes, avec d'autant plus de raison que le caustique a une action bénigne, et qu'après le dégorgement de la muqueuse, il sera facile de faire pénétrer la bougie.

Comme on le voit, je me suis abstenu de parler des recherches curieuses de MM. Lisfranc et Amussat sur le traitement des rétrécissemens de l'urètre, et j'ai mis à profit la manière dont M. Malgaigne conseille, dans sa thèse inaugurale, de prendre la mesure du rétrécissement, c'est-à-dire sans faire subir à la verge des changemens dans sa longueur par des tiraillemens. C'est sans doute pour avoir négligé cette précaution que des auteurs ont eu des manières de voir si différentes sur le siége des rétrécissemens.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ALLEMANDS.

I. JOURNAL DER PRACTISCHEN HEILKUNDE;

PAR HUFELAND ET OSANN.

EXEMPLES REMARQUABLES DE SYPHILIS LARVÉE ET LATENTE; par le docteur BOEHR.

Ces observations, au nombre de huit, nous ont paru présenter un haut degré d'intérêt; aussi le vénérable Hufeland les recommande-t-il vivement à l'attention du public médical. Le docteur Bœhr, qui les a recueillies, est un des praticiens de Berlin qui s'occupent le plus de maladies syphilitiques; son autorité pourra être invoquée avec d'autant plus d'assurance pour résoudre d'une manière affirmative la question de syphilis larvée, qu'il avait long-temps été d'un avis opposé avant d'être éclairé par les faits mêmes que nous allons rapporter.

Comme deux de ces observations nous ont paru d'une nature douteuse et même étrangère à l'affection vénérienne, nous n'exposerons que celles qui portent le cachet syphilitique d'une manière irrécusable.

AFFECTION NERVEUSE, HYPOCONDRIAQUE, MASQUANT UNE AFFECTION SYPHILITIQUE INVÉTÉRÉE.

Cette observation répondra aux médecins qui, comme Astruc et autres, ont nié que le cerveau et les nerfs pussent être atteints par l'infection syphilitique.

OBS. I. — Un jeune homme eut, à la suite d'un coït impur, une légère excoriation au prépuce, dont il guérit spontanément. Peu de temps après, il vit se développer sur toute la surface cutanée une gale syphilitique, et à la marge de l'anus des végétations ficoïdes. Quelques grains de sublimé et la cautérisation firent disparaître ces symptômes. Le malade semblait entièrement guéri; il avait bien à se plaindre d'hémorrhoïdes non fluentes et de douleurs rhumatismales, mais il les avait déjà ressenties avant l'infection vénérienne, et de plus les douleurs se manifestaient le jour et non la nuit, et elles avaient leur siége, non dans les os, mais dans les muscles; il n'y fit donc pas attention.

Un an plus tard, il survint subitement une *blépharoblennorrhée* à laquelle, il est vrai, le malade avait déjà été sujet une première fois, mais il ne tarda pas à s'y joindre une *iritis* qui, par l'échancrure particulière de l'*iris*, se fit bientôt reconnaître pour être de nature syphilitique. Un traitement méthodique fit encore une fois disparaître ces nouveaux accidens. A part son affection hémorrhoïdale et ses douleurs de rhumatisme, le malade se trouva bien pendant neuf mois, lorsque tout à coup sa vue baissa considérablement. On lui pratiqua une saignée, à la suite de laquelle il se manifesta une hémiplégie et tous les symptômes d'une extravasation sanguine dans le cerveau, sans que jamais on eût remarqué antérieurement des signes de pléthore et de congestion sanguine. Outre l'application d'un grand nombre de sangsues, on administra au malade le calomel à haute dose, comme moyen antiphlogistique; il eut une forte salivation, mais les symptômes paralytiques disparurent avec une rapidité étonnante, dans *l'espace de trois jours*. Personne alors n'aurait pu deviner la nature syphilitique de ces accidens, et la raison pour laquelle ils avaient cédé si vite à l'emploi du calomel. Le malade eut de nouveau neuf mois de repos, au bout desquels il fut pris d'accidens nerveux particuliers et nommément d'une insomnie opiniâtre et rebelle à tous les moyens. A ce symptôme se joignirent des maux de tête intolérables survenant pendant la journée et après le plus léger repas; une simple tartine de beurre prise le matin occasionait les mêmes douleurs que la nourriture la plus substantielle; aussi le malade fut-il obligé de se borner à des bouillons et à des fruits cuits pour toute alimentation. Cet état durait depuis une année, pendant laquelle le malade n'avait pas goûté d'un quart d'heure de sommeil; il était devenu pâle, mélancolique et las de la vie. Cependant il n'avait pas notablement maigri. Tous les moyens ayant échoué, le docteur Bœhr, se rappelant tous les antécédens du malade, sa première infection, depuis laquelle il n'avait jamais été entièrement bien portant, et surtout la prompte disparution des accidens apoplectiques à la suite du calomel, fut conduit à admettre que ces différens phénomènes morbides, si rebelles aux moyens ordinaires, pourraient bien être d'origine vénérienne. Il proposa donc au malade de le soumettre à un traitement par les frictions mercurielles et par l'abstinence; le traitement fut institué, et il s'en suivit une salivation extrêmement abondante, mais lorsqu'elle fut arrêtée, le malade, loin de se trouver d'abord soulagé, ressentit ses mêmes embarras de digestion et ses anciens maux de tête. On le mit à une diète lactée; quelque temps après, le sommeil revint. Quatre mois plus tard, ayant essayé de prendre une nourriture plus substantielle, il n'éprouva pas de céphalalgie; enhardi par ce premier succès, le malade a pris successivement une plus grande quantité d'alimens, jusqu'à ce qu'il a pu enfin se nourrir d'une manière régulière. Depuis cette époque, ses maux de tête ne sont plus revenus, les digestions se font avec facilité, et il n'a cessé de jouir d'une santé plus robuste qu'avant l'époque de son infection vénérienne.

AMAUROSE SYPHILITIQUE.

OBS. II. — F..., âgé de 30 ans, eut une blennorrhagie qui s'accompagna bientôt d'une excoriation au prépuce; il employa les mercuriaux, mais sans observer de diète ni de régime convenable. La maladie locale disparut, mais il lui succéda une difficulté dans la déglutition, accompagnée de douleurs. Cette affection consécutive fut traitée pour une angine vénérienne et combattue de nouveau par le mercure; elle parut d'abord vouloir se dissiper, mais pour très-peu de temps, au bout duquel elle revint, se manifestant à des époques plus ou moins rapprochées. Dans cet intervalle, la vue du malade s'affaiblit, surtout d'un côté. On prescrivit la méthode de Dzondi et des frictions stibiées aux angles de la mâchoire inférieure; mais le tout inutilement; enfin on eut recours à la *méthode par abstinence*, qui produisit un rétablissement complet.

SYPHILIS CONSTITUTIONNELLE SOUS LA FORME D'UNE PHTHISIE DORSALE.

OBS. III. — N., âgé de 34 ans, eut il y a neuf ans un chancre au pénis qui guérit, au bout de quatre semaines, par l'emploi méthodique du mercure. A l'exception de douleurs rhumatismales vagues, N. s'était parfaitement bien trouvé, lorsqu'il y a trois ans il commença à souffrir de faiblesses dans les jambes et de douleurs lombaires. Bientôt les symptômes augmentèrent, et la maladie connue sous le nom de phthisie dorsale apparut avec tous ses caractères. Cependant rien dans la manière de vivre, ni dans la constitution du malade, ne paraissait avoir favorisé le développement d'une pareille affection. Il s'y joignit plus tard des accès épileptiformes, qui revenaient surtout la nuit. Tous les remèdes dirigés ordinairement contre l'affection de la moelle ayant été épuisés, on arriva

---

viscérales, et notamment la gastrite, les altérations du trisplanchnique, jouent un grand rôle. « Les monomanies (gaies, tristes, complexes) dépendent d'un » *mode* d'irritation du cerveau (il ne parle que du mode, non du siége); le *mode* » pouvant changer, les monomanies changent également. Le fou loquace devient tout à coup taciturne, et *vice versâ*; à la tristesse peut succéder la gaîeté, etc. » Pag. 378

Dans la *nécropsie des fous*, page 399, il ne dit rien qui se rapporte aux localisations phrénologiques, ni qui prouve même qu'il y ait songé. Il se borne à dire que toutes les altérations découvertes dans le cerveau et ses enveloppes, sont des irritations, et il tance Gall d'avoir méconnu la nature inflammatoire et irritative des maladies cérébrales.

Enfin, à la page 468 et suivantes, il rencontre directement la phrénologie, et voici comment il la traite :

« Il y a plusieurs manières d'expliquer les monomanies : celle du docteur Gall » est la plus facile et la plus séduisante. *Si* le cerveau est composé d'*organes di-* » *vers*, il est tout simple d'admettre, en appliquant la doctrine de l'irritation » (ceci est de règle), que chacun des organes peut être isolement irrité, ce qui » donne autant de monomanies qu'il y a d'organes constitutifs du cerveau. Il est » fâcheux que de *graves objections* s'élèvent contre un *système si commode*. » Ce qui frappe d'abord, c'est la difficulté de circonscrire nos penchans et nos » facultés, ou de les rapporter à un assez petit nombre de chefs, pour qu'ils ne » dépassent pas celui des organes dont M. Gall compose l'encéphale (Très bien » dit, ma foi.) Qu'est-ce, en effet, que *vingt huit ou trente organes en com-* » *paraison* des goûts et des penchans de notre instinct, des aptitudes et des va- » riétés de notre intelligence? En se bornant au petit nombre d'organes propo- » sés par l'organologiste, on est réduit à des *subtilités continuelles* (hélas! oui) » pour expliquer, par les différens degrés de développement et par les diverses » combinaisons des organes admis, les penchans et les facultés intellectuelles » qui *n'ont pas d'organe propre*. (C'est là effectivement une des plus grosses » sottises du système.) Mais comment en venir à bout *sans tomber à chaque* » *instant dans l'hypothèse*, puisqu'il est IMPOSSIBLE *de circonscrire matérielle-* » *ment* les organes admis, et d'en faire voir un CENTRAL qui communique avec » tous les autres pour les associer et les dominer au besoin? (De mieux en » mieux!)... Le docteur Gall se borne à nous signaler comme des organes parti- » culiers quelques circonvolutions qui font partie d'une expansion nerveuse où » la *nature n'a tracé aucune division*; c'est à cette membrane nerveuse qu'il » confie tous les trésors de l'intelligence, et, qui plus est (il pouvait dire qui *pis* » *est*), tous les phénomènes instinctifs, à l'exception d'un seul (il s'agit ici du » cervelet), qu'il réserve pour une autre expansion formant à peu près la sep- » tième partie de la première. Convenons *qu'il est* IMPOSSIBLE *qu'un semblable* » *partage* SATISFASSE JAMAIS les anatomistes. (Est-ce clair!)

« Il a dit-il (Gall), l'observation, mais pour quels faits l'invoque-t-il? Il l'in- » voque, dans la question du cerveau, en faveurs d'éminences osseuses *qui pour-* » *raient bien ne pas correspondre constamment* au même faisceau de fibres ner- » veuses, et *qui ne correspondent pas toujours* aux prédominances intellectuel- » les affectives. » (Incontestable.)

Il ajoute quelques faits négatifs, contraires à l'opinion de Gall, sur le cervelet, et il poursuit :

« L'expérience du docteur Gall n'est donc *pas exacte* de tout point, et telle » qu'elle ne puisse souffrir de contestation, *même pour ceux qui ont étudié son*

à penser que l'infcetion syphilitique, qui avait donné lieu depuis neuf ans à une série de phénomènes interrompus seulement à de conrts intervalles, pnurrait être aussi la cause des accidens actnels. On proposa donc an malade la méthode par abstinence, à laquelle il se soumit volontiers, et les résultats furent tels, qu'au bont de quelque temps les symptômes de la moelle épinière, l'épilepsie et les douleurs rbumatismales disparurent, et qu'après quelques mois N., qui avait repris toutes ses forces, put de nouveau aller et marcher comme de coutume.

PHTHISIE HÉPATIQUE; HÉPATITE CHRONIQUE DE NATURE SYPHILITIQUE.

OBS. IV. — X..., âgé de 40 ans, eut il y a cinq ans un chancre qui disparut par l'emploi du mercure. Bientôt après, il se manifesta des dartres aux jambes et sur le dos, auxquelles le malade attacha peu d'importance; mais il se développa insensiblement une maladie du foie caractérisée par la perte de l'appétit, une bonche amère, une langue chargée et jaunâtre, des douleurs d'abord pongitives, puis pulsatives à la région hépatique. Le soir, il survenait de la fièvre, et le matin des sueurs abondantes. Avec l'accès fébrile du soir se manifestaient des douleurs à l'epaule et à la cuisse droites. Sclérotique jaune; amaigrissement considérable; selles irrégulières, tantôt diarrhée, tantôt constipation. L'urine, depuis l'époque où les douleurs hépatiques étaient devenues pulsatives, laissait déposer un sédiment epais et purulent. Le docteur Bœhr vit le malade dans cet état; le développement des dartres immédiatement après la disparution du chancre lui fit soupçonner que l'affection hépatique pourrait bien être de nature syphilitique, il crut devoir employer encore ici la methode par abstinence qui fut de nouveau couronnée d'un plein succès, car le malade guérit entièrement de ses dartres et de son affection du foie.

SYPHILIS SE MONTRANT SOUS LA FORME D'UNE AFFECTION PULMONAIRE; PHTHISIE OU CATARRHE CHRONIQUE.

OBS. V. — M. S..., conseiller, avait eu à 20 ans une blennorrhagie, mais jamais d'antre maladie vénérienne. Marié à 24 ans, il n'avait ressenti aucune indisposition les dix premières années de son mariage. A 34 ans, il commença à souffrir d'*hémorrhoïdes vésicales*, caractérisées par de la dysurie, et parfois par une émission involontaire de l'urine s'échappant goutte à goutte, surtout la nnit et lorsque le malade n'avait pu entièrement vider la vessie; l'urine présentait constamment un sédiment muqueux, rouge et haut d'un travers de doigt. A part cette incommodité, M. S... se portait bien, lorsqu'en 1826 il ressentit subitement des douleurs violentes occasionées par la presence d'un calcul rénal dans l'urètre; il vécut ainsi pendant six ans, tronvant chaque année dans l'usage de l'eau de Carlsbad un soulagement passager à ses maux. Au printemps 1830, s'étant exposé à un refroidissement, il fut pris d'un coryza et d'une toux intense avec expectoration abondante; fièvre le soir, sueurs le matin, amaigrissement considerable, enfin tous les signes d'une phthisie pulmonaire. Tous les remèdes avaient été inutilement employés, le cas paraissait désespéré, quand tout à coup le malade fut couvert au front et sur toute la face de papules cuivrées; de semblables taches s'étendirent sur toute la surface cutanée. L'existence d'une blennorrhagie antérieure et l'apparition de ces symptômes secondaires engagèrent à recourir à un traitement mercuriel; on choisit le sublimé à petite dose et une decoction de salsepareille; peu à peu les papules et les taches pâlirent et disparurent, et ce qu'il y a de plus remarquable, c'est que les symptômes du côté de la poitrine ont diminué au point qu'il ne reste plus qu'une certaine disposition à la toux pendant un temps froid, mais qui disparait facilement quand M. S... se tient chaudement. Mais l'affection vésicale avait persisté, et pendant l'hiver 1834 il s'y etait joint des douleurs de tête qui revenaient la nnit et avaient tout-à-fait le caractère syphilitique. On eut de nouveau recours au sublimé, qu'on fut obligé d'interrompre à cause d'une salivation extrêmement abondante; plus tard, on en vint au précipité ronge et à la méthode d'abstinence, et le malade guérit entièrement et de ses maux de tête, et de son affection vésicale, qui avait duré une dixaine d'années. Il ne lui reste plus de ses anciennes incommodités qu'un état de constipation qui reclame tous les quelques jours l'emploi de moyens apéritifs.

SYPHILIS SIMULANT UNE HÉMOPTYSIE AVEC PHTHISIE LARYNGÉE.

OBS. VI.—La forme tout-à-fait insolite qu'a revêtue ici la maladie vénérienne, et l'erreur de diagnostic à laquelle elle a donné lieu, rendent cette observation très remarquable.

B.., âgé de 25 ans, d'une constitution autrefois robuste, avait joui constamment d'une bonne santé jusqu'en l'année 1824, où il avait commencé à cracher du sang. Le medecin auquel il s'était adressé d'abord lui avait recommandé le séjour et l'air de la campagne, après avoir tâché de combattre par tous les moyens thérapeutiques une affection qui faisait chaque jour des progrès. Cet état durait depuis plus d'un an, quand M. Bœhr le vit pour la première fois; le malade était arrivé à un haut degré d'émaciation; la toux était fréquente, et il expectorait chaque fois une quantite notable d'un sang vermeil; la voix était enrouée et faible, et il éprouvait des douleurs au cou. Le soir, il y avait de la fièvre; le pouls était dur, très-fréquent et petit. Le matin, les sueurs étaient excessives. Ne pouvant trouver de cause plausible à ce crachement de sang continuel, et ayant appris que le malade avait eu quelques années auparavant un chancre qu'il croit avoir été guéri trop tôt, le docteur Bœhr eut l'idée d'examiner l'interieur de la bouche; il trouva en effet que le voile du palais et le pharynx étaient garnis de grands ulcères très-enfoncés, à bords hauts, inégaux, coupés à pic, lardacés, portant en un mot tous les caractères d'ulcères syphilitiques. Dès lors plus de doute que le sang expectoré ne fût fourni par ces ulcères, qui eux-mêmes étaient consécutifs à la première infection qui avait produit le chancre, car depuis cette époque le malade ne s'était plus exposé. Quoiqu'il fût dans les conditions les plus défavorables, et malgré son état d'affaiblissement, de maigreur et de fièvre hectique, on lui proposa les frictions mercurielles et le traitement *par le jeûne*. B.. voyant dans ce traitement sa dernière chance de salut se soumit à tout. On suivit la méthode de Rust.

Le premier jour, 1 gros d'onguent mercuriel simple aux deux jambes.

Le troisième jour, 1 gros et demi aux cuisses. On continue ainsi tous les deux jours jusqu'au seizième.

Le quatorzième, salivation extrêmement abondante.

Le dix-septième, administration d'un purgatif avec le jalap.

Le dix-huitième, on reprit les frictions mercurielles, qui furent continuées tous les deux jours et alternativement, comme dans les premiers temps.

Le ptyalisme devint extrêmement fort; mais déjà pendant son cours la fièvre alla en diminuant, la toux devint moins forte et le crachement de sang de plus en plus faible. La maigreur seule avait persisté, ce qui n'est point étonnant, à cause du régime débilitant que le malade avait subi. Cependant sa physionomie s'améliora, et il put de nouveau goûter de quelque repos et d'un peu de sommeil. L'amélioration alla toujours en augmentant; il survint bien un nouveau mouvement fébrile, mais qui ne dura que quelques jours. On fit prendre au malade tous les deux jours un bain jusqu'à la cessation complète de la salivation, qui eut lieu le 20 octobre. A cette époque, les chancres de la gorge étaient entièrement cicatrisés, la voix était redevenue forte et sonore, la respiration libre et toutes les fonctions normales. Il ne restait plus qu'un peu de faiblesse. On mit encore pendant six semaines M. B... à l'usage de la salsepareille, et au bout de ce temps on put le considérer comme entièrement rétabli. Depuis lors, il s'est marié, a eu trois enfans, tous également sains, et il ne s'est jamais ressenti de son ancienne infirmité.

Ces observations sont remarquables sous plus d'un rapport. Elles démontrent d'abord que si le traitement par le mercure est souvent impuissant contre les symptômes primitifs de la syphilis, et ne peut en prévenir les rechutes, son efficacité est mieux constatée contre les accidens secondaires, dans la syphilis constitutionnelle, invétérée; qu'il y a surtout de bons résultats à espérer de la méthode par frictions sagement combinée avec la méthode par abstinence. Nous avons vu aussi que la salivation loin d'être à craindre, devait être désirée, car chaque fois elle avait été comme le prélude de l'amélioration des symptômes.

M. Bœhr croit que dans l'emploi des frictions mercurielles on ne doit pas se montrer trop méthodique, qu'il faut savoir en graduer la

---

» *système avec le plus d'attention.* » (Au lieu de *même* pour ceux, il faudrait dire *surtout* pour ceux, etc.)

« On trouve une foule de sujets (p. 472) qui manifestent constamment dans l'ivresse des penchans opposés à ceux qu'ils ont dans l'etat normal. »

« On *ne saurait croire* (p. 473) que telle faculté soit attachée à tel faisceau nerveux intra-crânien, de manière qu'elle *ne puisse s'exécuter* par aucun autre. » CELA NE SERA JAMAIS PROUVÉ. » (Il faut pour ces mots des lettres capitales.)

Suivent trois pages de développemens à ces sages propositions. Remarquons encore celle-ci : « L'action (pag. 474) *influe plus* que la *masse* pour etablir les » grandes différences. S'il en était autrement on ne les verrait pas *aussi prodi-* » *gieuses qu'elles le sont.* La distance qui sépare un homme de génie du commun » des hommes *n'est nullement en proportion des avantages du développement* » *cérébral*... et *souvent* on trouve chez d'autres qui lui sont *inférieurs en moyens*, » *plus de matière cérébrale* qu'il n'en a lui-même, *dans la région* dont on fait » dépendre sa prépondérance intellectuelle. »

Mais ce qui précède quoique très-fort n'est rien encore. Voici qui vaut mieux. « Nous lui reprochons (p. 479), en résumé : 1° *d'isoler* les penchans et les fa- » cultés dans certaines fibres nerveuses, comme des ESPÈCES D'ENTITÉS, choses » qu'elles ne *sauraient être* comme nous *l'avons prouvé* en parlant des psycolo- » gistes;

(Ceci est conséquent à l'esprit de la doctrine générale de M. Broussais. Pour un homme qui avait poursuivi à toute outrance, *per fas et nefas*, les fièvres, la diathèse, les virus, les génies épidémiques, les *divinum quid* de toute espèce, la force médicatrice, comme des fantômes imaginaires, ou des abstractions ridicules, qui avait réduit tous les phénomènes de la santé, de la maladie et de la guérison, à un seul et unique phénomène appelé irritation, les vingt-sept entites de Gall devaient en effet paraître bien plaisantes!)

» 2° De ne pas admettre un *consensus* de tout l'appareil pour chaque phéno- » mène intellectuel, et *d'établir* ARBITRAIREMENT *une* RÉPUBLIQUE ONTOLOGIQUE » *dans l'encéphale.* » (Il aurait dû ajouter : et anarchique.)

» 3° De faire agir ses organes *les uns sur les autres* sans le secours de ce » consensus, quoiqu'il n'ait point *d'organe régulateur*; défaut qui lui a été re- » proché, et AUQUEL IL N'A PAS RÉPONDU. » (Et auquel la phrénologie ne répondra jamais, ou répondra toujours mal. Nous ne connaissons rien de plus fort contre l'hypothèse de Gall.)

« 4° De ne pas admettre que des différences dans *l'action vitale* puissent en » établir de *très-grandes* dans les penchans et les facultés.

» 5° De ne pas mettre à sa place la *prodigieuse influence* des viscères diges- » tifs et générateurs sur l'encéphale.

» 6° Enfin, de soutenir que les saillies de la surface du cerveau sont les indi- » ces positifs, invariables, et donnent la juste mesure des prédominances affec- » tives et intellectuelles. »

Je crois que ces citations suffisent pour le moment. Nous les recommandons à la méditation des phrénologistes et de M. Broussais lui-même, leur chef.

Voilà quelle était la situation des affaires vers 1830. A cette époque, ou un peu plus tard, diverses causes d'une nature mystérieuse produisirent, dans les idées de M. Broussais, une révolution analogue à celle qui se passait dans le pays. Il fut converti à la phrénologie : 1° par la facilité qu'il trouvait à expliquer, au moyen de cette théorie, l'aveuglement de la génération contemporaine, qui abandonnait sa médecine. (Nous avons déjà parlé de ce fait.) 2° Par la facilité

dose selon l'idiosyncrasie, les forces, et pour ainsi dire, la susceptibilité mercurielle de chaque sujet. L'essentiel est de faire observer une diète rigoureuse, d'entretenir suffisamment la salivation et d'administrer les purgatifs aux époques déterminées. Mais la quantité de mercure à frictionner et la durée de ces frictions peuvent varier selon chaque individualité. Dans certains cas l'auteur n'a eu besoin que de faire six, sept, huit ou neuf frictions, dans d'autres il a fallu les porter jusqu'à douze. En un mot, dit-il, il faut prolonger le traitement et user d'autant plus de mercure, que les individus se montrent moins impressionables à son action, que le mal est plus profondément enraciné, qu'il a attaqué les os, par exemple, et que les accidens se montrent plus rebelles.

Une seconde remarque qui ressort de ces faits, c'est l'obscurité et les difficultés qui environnent souvent le diagnostic. En effet, en s'en tenant aux symptômes actuels, et en les isolant des phénomènes morbides qui avaient précédé, combien ne s'est-on pas trompé sur la nature réelle de ces différentes affections! dans un cas c'est l'apparition presque fortuite de papules et de taches cuivrées qui mettent sur la voie; dans un autre la sagacité du médecin lui fait découvrir des chancres dans l'arrière-bouche, que ses confrères, qui avaient traité le malade avant lui, n'avaient pas soupçonnés; cette découverte lui suffit pour reconnaître l'origine de ces crachemens de sang qu'on avait long-temps considérés, à tort, comme des hémoptysies; elle l'éclaire sur la nature du mal; et dans l'un et l'autre cas, le traitement modifié et basé sur un diagnostic désormais vrai, sauve des malades qui paraissaient perdus sans ressources.

Le cinquième tendrait à prouver, d'après l'auteur, que la blennorrhagie peut être de nature syphilitique, et donner lieu, comme les autres symptômes primitifs, à des accidens secondaires. Quelque intérêt que le malade eût à avouer le contraire; le salut de sa vie en dépendait; il soutint constamment que jamais il n'avait eu d'autre maladie que cette blennorrhagie, depuis laquelle il ne s'était plus exposé à un coït impur, et cependant dix ans après il lui vient des taches et papules cuivrées; il est pris d'une affection du foie rebelle à tous les autres moyens et que le mercure seul parvient à guérir. Nous ne chercherons à tirer aucune conclusion de ce fait isolé, le seul que l'auteur ait rencontré dans une pratique très-étendue et de plus de dix-huit ans; mais ajouté à d'autres il pourra être mis en opposition avec l'opinion qui tend à s'accréditer de nos jours sur la nature non syphilitique de la blennorrhagie.

En comparant ces différentes observations entre elles, on voit que pour arriver au diagnostic d'une affection syphilitique larvée, il faut:

1° Avoir égard aux phénomènes morbides qui peuvent faire reconnaître une affection syphilitique, existant encore avec quelques-uns de ces caractères;

2° Ou, si ces derniers manquent, suivre la filiation des symptômes qui peuvent successivement nous mettre sur la voie d'une première infection.

Ces cas sont le plus souvent difficiles à apprécier; une observation attentive, un œil exercé, et la plupart du temps, l'inefficacité des premiers remèdes, peuvent seuls faire reconnaître la véritable nature d'un mal qui se dérobe sous mille formes diverses.

Aux faits que nous venons de rapporter, M. Bœhr en ajoute un dernier qui milite en faveur de l'hérédité de la syphilis. Cette question, quoique longuement débattue, reste encore irrésolue, et la majorité des auteurs paraît pencher pour la négative; il existe néanmoins des faits qui prouvent que la vérole héréditaire peut être transmise au fœtus, sans que ce dernier l'ait contractée au passage; l'observation suivante nous montre de même un enfant atteint de syphilis trois semaines après sa naissance, sans que la mère ait montré de trace de cette maladie pendant la grossesse. Ici l'infection avait été transmise par le père, et ce qu'il y a de plus remarquable, ce dernier, antérieurement affecté d'un chancre qui avait été guéri, ne portait aucun signe, du moins appréciable, d'une affection vénérienne au moment de la copulation.

Obs. — M. de W... vint à Berlin, où, s'étant exposé à un coït impur, il contracta un chancre qui disparut à la suite d'un traitement mercuriel. Quelques semaines après sa guérison, sa femme légitime vint le rejoindre; elle devint bientôt enceinte, et pendant toute sa grossesse elle ne montra aucun signe qui pût indiquer une infection syphilitique; elle donna le jour à une petite fille qu'elle allaita elle-même. Le père, au moment de la copulation, ne paraissait plus porter aucune trace de sa première infection. L'enfant resta bien portante les trois premières semaines; lorsqu'elle fut tout à coup couverte, dans l'interstice des fesses, à l'anus et aux grandes lèvres, d'ulcères rongeans, profonds, qui augmentèrent rapidement de nombre et d'étendue; en même temps il se manifesta aux mollets des taches d'un rouge cuivré; la petite malade fut prise d'un coryza qui embarrassa beaucoup la respiration, et il se détacha de l'intérieur des fosses nasales des croûtes d'un aspect particulier. Plusieurs moyens furent employés sans succès, et le mal marchait avec une rapidité effrayante; la nature des ulcères, la coloration particulière des taches, et l'aveu du père qui rapporta au médecin avoir eu un chancre peu de semaines avant que sa femme fût venue le rejoindre, éclaircirent ce dernier sur la nature de l'affection qu'il avait à combattre; il résolut en conséquence d'administrer le mercure, et il choisit le mercure soluble d'Hahnemann, qu'il donna à un dixième de grain matin et soir. Sous l'influence de ce nouveau remède, les symptômes s'améliorèrent avec une telle rapidité que la guérison fut complète au bout de trois semaines; mais quelques mois plus tard, il y eut une rechute, et tous les symptômes antérieurs reparurent; l'administration du mercure les fit disparaître comme la première fois. Depuis cette époque, l'enfant a été atteinte d'hydrencéphale, à la suite de laquelle elle a conservé une hémiplégie qui s'est dissipée en partie. En 1835, la petite W.., qui avait atteint l'âge de trois ans et six mois, a eu de nouveau un ulcère à la voûte palatine qui a cédé à l'emploi du sublimé. Depuis lors, elle a constamment joui d'une bonne santé.

Cette observation, extrêmement intéressante, est pour nous une preuve irrécusable de la possibilité de la transmission de la syphilis par voie héréditaire, et elle peut être placée à côté des faits très-remarquables recueillis par Schenckiurs, Swédiaur, Bertin, Cullerier, ect.

ASTHME THYMIQUE; par le docteur ROESCH, de Schwenning. (Wurtemberg.)

La GAZETTE MÉDICALE, tome 4, 1836, page 18, a fait connaître les mémoires des docteurs Kopp et Hirsch sur cette maladie. Nous croyons, ainsi que nous l'avons dit alors et contre l'opinion du *Journal des connaissances médico chirurgicales*, février 1836, qu'au docteur Kopp appartient l'honneur d'avoir le premier fixé d'une manière positive l'histoire et le diagnostic de cette affection. Ainsi l'asthme thymique, sans être une maladie nouvelle, *sensu stricto*, ce que nous n'avons pas prétendu, n'a cependant été bien connue et bien décrite que depuis

---

non moins grande avec laquelle il expliquait par le même moyen les critiques des anatomo-pathologistes sur sa doctrine médicale et celle des psycologistes sur sa philosophie. Nous avons également mentionné cette circonstance. 3° Enfin, par la découverte qu'il fit d'un développement anormal de son propre crâne dans la région frontale, produit par les énormes travaux intellectuels auxquels il s'était livré à l'Académie des sciences *morales et politiques*, dont il est membre: fait curieux consigné, avec tous les détails et toute la gravité désirables, dans le *Journal de phrénologie*.

M. Broussais dut se rendre à ces démonstrations invincibles, et, dès l'année 1834, nous le voyons commencer son nouvel apostolat dans un *Mémoire sur l'association du physique et du moral*, lu à l'Académie des sciences morales et polit., les 16 et 23 août 1834. Il y défend la phrénologie, non point encore en son propre et privé nom, mais comme une doctrine admirable et qui rend compte de tout. Il y attaque Cabanis pour n'avoir vu dans tous les phénomènes moraux que la *sensation transformée*. Il le loue nommément (p. 3) d'avoir *rectifié* quelques idées des anciens, « qui *plaçaient les passions dans les viscères...*, *et qui ne » laissaient que l'intelligence dans le cerveau.* » (C'est-à-dire qu'il le loue d'avoir fait précisément tout le contraire de ce qu'il a fait, le contraire de ce que M. Broussais lui attribuait positivement dans tous ses livres, le contraire de ce que M. Broussais a constamment professé lui-même, comme il a été démontré ci-dessus.) « Cabanis, continue-t-il, a tiré des influences des viscères sur le cerveau » des inductions qui *doivent être rectifiées* (p. 4). » Et il les rectifie si bien ces inductions qui étaient aussi les siennes, qu'il met à la place l'hypothèse phrénologique

Depuis ce *mémoire*, le mal a été en empirant: les discussions de l'Académie de médecine et le cours récent à la Faculté en montrent les dernières phases.

Nous terminerons ici cet examen.

Admirons seulement, en finissant cette prodigieuse révolution intellectuelle qui fait qu'une théorie soutenue pendant plus de vingt ans, par M. Broussais, comme un *trait de lumière que rien ne saurait éclipser*, comme une *mine féconde de vérités de premier ordre*, comme une des *clés de l'étiologie et de la thérapeutique*, enfin comme *indispensable*, devient tout à coup fausse, inutile et vaine.

Admirons surtout comment, dans le cours de trois années, la phrénologie considérée comme une *hypothèse*, s'est changée en une *vérité* mathématique; comment les *graves objections* sont devenues tout à coup des *déclamations*, des *sarcasmes*, des *calomnies* et des *tracasseries*; les *subtilités continuelles* des *explications naturelles*: comment ce qui était *impossible* est devenu *certain*; comment ce qui ne *pouvait pas être prouvé* est *prouvé*; comment ce qui ne *pouvait* satisfaire les anatomistes, *doit* satisfaire les anatomistes; comment des expériences *inexactes* sont aujourd'hui *exactes*; comment des *entités imaginaires* sont devenues des *êtres palpables*; comment la *république* s'est changée en *monarchie*, l'*arbitraire* en *positif*, l'*ontologie* en *réalité*!! etc., etc.

Il n'est certes pas étonnant qu'une tête où se passent de tels efforts, s'agrandisse de 2 ou trois lignes, le miracle est qu'elle n'éclate pas.

... Quis talia fando,
... Temperet à lacrymis!

que les Allemands s'en sont occupés. Nous donnons aujourd'hui l'analyse d'un nouveau travail sur cette matière.

D'après le Dr Kopp, l'asthme thymique, ainsi que son nom l'indique, dépendrait d'une affection du thymus; et les autopsies cadavériques qu'il a eu occasion de faire, lui ont montré que c'était une hypertrophie de cette glande. Le docteur Rœsch ne nie point que, dans tous les cas, on ait trouvé une hypertrophie de la glande thymique; mais pour lui l'hypertrophie ne forme point l'essence, la base de la maladie, et il la cherche autre part; car les symptômes de suffocation que l'on observe ne sont pas ceux produits par un obstacle mécanique à la circulation du sang dans le cœur; il n'y a point de lipothymie, point d'asphyxie, point de cyanose instantanée; s'il survient une coloration en bleu de la face, ce n'est que plus tard, quand l'accès se prolonge et que la respiration est restée plus ou moins long-temps suspendue. Les enfans tiennent la bouche ouverte pour aspirer de l'air; et dès qu'une petite colonne a pu pénétrer dans les voies aériennes, ce qui s'annonce par le cri particulier que jettent les petits malades, l'accès est fini.

En second lieu, l'accès ne survient pas à la suite d'efforts ou de mouvemens irréguliers, comme cela devrait arriver s'il était provoqué par la pression mécanique du thymus sur les gros vaisseaux; il survient au contraire dans les momens de repos, et surtout quand les enfans se réveillent. Enfin la guérison, quand elle peut être obtenue, est due principalement aux antispasmodiques.

La maladie qui nous occupe, dit M. Rœsch, est donc une névrose, un spasme de la glotte, un asthme convulsif du larynx; et plusieurs fois on a trouvé un désordre matériel aux organes qui concourent à former le larynx. Ainsi Caspari a trouvé le pneumo-gastrique ramolli; dans ce cas le cerveau l'était également. Dans deux autres cas, les ligamens de la glotte, et dans un quatrième, l'épiglotte, avaient subi la même transformation sans traces d'inflammation. M. Rœsch cherchant à établir un parallèle entre le croup, l'asthme de Millar, et l'asthme thymique, considère le premier comme une névrose suraiguë, inflammatoire, une névrophlogose du larynx; le second comme une névrose aiguë sans inflammation, et le troisième comme une névrose chronique de cet organe. Selon lui, cette dernière tiendrait à une sorte d'appauvrissement du sang, à un défaut d'assimilation et de nutrition qui aurait pour première conséquence un arrêt de développement de la constitution. En effet, les enfans atteints d'asthme thymique sont pour la plupart d'une constitution scrophuleuse, rachitique, atrophiée, et très-sujets aux accès convulsifs.

Il nous serait difficile de nous prononcer d'une manière trop positive entre l'opinion de l'auteur qui est aussi celle de Caspari, de Pagenstecker, de Clarke, de H. Marsh, et la manière de voir de Kopp, Hirsh et de la plupart des auteurs allemands. Cependant nous sommes tentés de nous ranger de l'avis de ces derniers; car ce n'est pas seulement sur des enfans faibles, rachitiques, atrophiés, que cette maladie a été observée: on l'a trouvée aussi sur des sujets d'une constitution robuste et qui ne montraient d'autres signes de maladie que ceux d'une gêne instantanée dans l'acte respiratoire; les convulsions et le dépérissement des forces ne surviennent ordinairement que dans la seconde période de la maladie, comme l'a fort bien fait remarquer le docteur Hirsch; et c'est ici que pourrait se placer le spasme du larynx, qui serait alors effet et non point cause de la maladie. La véritable cause nous paraît être l'hypertrophie du thymus, que le docteur Rœsch luimême accorde comme existant dans tous les cas. Les lésions trouvées au larynx ou aux nerfs qui s'y distribuent ne sont qu'exceptionnelles, et peuvent être considérées comme des complications. Une dernière considération qui nous semble militer encore en faveur de l'opinion de Kopp, c'est que, dans les cas où les enfans n'ont pas succombé aux accès ou à leurs suites, la maladie a diminué avec les progrès de l'âge; c'est-à-dire en raison de la diminution de la glande thymique.

Le mémoire du docteur Rœsch renferme quatre observations; la marche des symptômes et l'apparition des accès n'offrent rien de remarquable. Les petites malades étaient de l'âge de cinq à quinze mois. Nous rappellerons que le docteur Kopp a observé cette maladie plus souvent sur des petits garçons. Le premier de ces petits malades a succombé; la seconde a guéri; les deux autres ont été perdues de vue par l'auteur.

Le docteur Rœsch, d'après sa manière de voir sur la nature de la maladie, s'est adressé à la médication tonique et antispasmodique; et, dans ce cas spécial, nous ne pouvons que le louer, car il avait affaire à des sujets d'une constitution délicate et plus ou moins entachée de rachitisme. Il vante surtout dans ces derniers cas l'huile de foie de morue, dont il a constamment retiré de bons effets. Nous joignons notre approbation à celle de l'auteur sur l'emploi de ce remède dans les affections scrophuleuses ou rachitiques; c'est un moyen très-efficace et qui rend des services là où on est abandonné par les autres moyens, par l'iode, par exemple.

Quoique ce médicament ait une saveur très désagréable, les petits malades le prennent avec moins de répugnance qu'on ne devrait le penser d'abord, surtout si, après son administration, on fait avaler un peu de café à l'eau ou du sucre en poudre. Le docteur Rœsch a d'ailleurs cherché à masquer cette saveur en associant l'huile de foie de morue au sous-carbonate de potasse tombé en déliquium, et au sirop d'écorce d'orange. Il est à regretter qu'il n'ait pas indiqué les proportions, que chaque praticien cherchera à déterminer selon l'exigence des cas.

DE L'AVANTAGE DES LAVEMENS DE BELLADONE DANS L'ILÉUS, par le docteur M.-B. HANIUS.

L'action particulière qu'exerce la belladone sur certains organes du corps humain, et surtout la connaissance acquise dans ces derniers temps de l'avantage qu'on peut en retirer, comme topique, contre les constrictions rebelles et opiniâtres de l'orifice utérin et des sphincters, ont suggéré à l'auteur l'idée d'employer ce remède dans les cas d'iléus; il l'a administré sous forme de lavement. Parmi les observations qui vont suivre, les trois premières ont présenté le plus haut degré de gravité.

Obs. I. — T.., journalière, arrivée à la fin de la cinquantaine sans avoir jamais eu de maladies graves, fut prise tout à coup (1825), sans cause appréciable, de coliques, de constipation et de vomissemens. Elle s'était pendant seize jours confiée aux soins d'un pharmacien qui avait épuisé sans succès presque toute son officine, lorsque M. Hanius vit la malade; elle était à toute extrémité; le cas était regardé comme désespéré, l'auteur crut devoir essayer la belladone; il prescrivit le lavement suivant:

Prenez: Racine de belladone, 4 gros.
Eau bouillante, q. s.

Faites digérer à vase clos pendant une heure et passez. Deux onces.
Mêlez avec quantité égale d'une infusion de camomille chaude pour un lavement.

Ce lavement fut donné dans l'après-dîner, et déjà dans la soirée les vomissemens cessèrent et la malade eut une selle; quelques jours après, elle était en pleine convalescence. Le mercure métallique qu'elle avait pris précédemment fut rendu peu à peu les jours suivans sous forme de petits globules.

Obs. II. — Un jardinier très-âgé, affecté d'une hernie scrotale, s'étant probablement exposé à un refroidissement pendant le travail, fut atteint (1825) de douleurs et d'accidens du côté du bas-ventre, qui bientôt ne laissèrent plus de doute sur l'existence d'un iléus. Pendant quinze jours tous les remèdes, à l'exception du mercure métallique, contre-indiqué, selon l'auteur, par la complication herniaire, furent employés sans succès. Le docteur Hanius eut enfin recours à un lavement de belladone, administré comme dans le cas précédent, et encore ici il en obtint un plein succès.

Obs. III. — Madame B..., femme du bourgmestre de F..., âgée de 40 et quelques années, se plaignant fréquemment de douleurs de bas-ventre et de constipation, après quelques jours d'une semblable indisposition, fut prise le 14 mars 1831 d'accidens que le docteur B..., médecin traitant, reconnut tout de suite comme caractérisant un iléus commençant; les symptômes allèrent bientôt en augmentant: vomissemens de matières fécales, météorisme, prostration des forces. Le 17, M. Hanius fut appelé en consultation; le mercure métallique fut d'abord administré, mais toute son action se borna à calmer pour quelque temps le vomissement. Le 23, l'auteur proposa les lavemens de belladone; on choisit ici l'herbe de préférence à la racine, et on en fit une infusion de 3 gros sur 6 onces d'eau. Le quart de ce liquide fut injecté en lavement à neuf heures du matin, et un autre quart deux heures après. Ainsi la malade reçut en tout 1 gros et demi d'herbe de belladone. Les vomissemens ne cessèrent qu'après le second lavement, et dès lors la malade parut devenir plus tranquille. Mais à deux heures du soir se manifestèrent tous les symptômes d'un narcotisme porté à un très-haut degré. Cet état très-inquiétant dura jusqu'à six heures et pendant la nuit, quoique avec moins d'intensité. Enfin le lendemain matin, à cinq heures, il y eut une première selle et une seconde à sept heures. Dès ce moment tous les signes de l'empoisonnement disparurent, en même temps que les symptômes de l'iléus continuèrent à s'amender. La malade se rétablit, mais elle eut une convalescence très-longue. Le 1er avril seulement, ainsi neuf jours après que la constipation eut cessé, elle rendit le mercure métallique qu'elle avait avalé, en une seule masse pesant 6 onces.

Obs. IV. — H. B.., âgé de 65 ans, affecté long-temps d'une dartre farineuse très-incommode située à la région inguinale, s'en trouvait entièrement débarrassé depuis deux ans; mais à sa place était survenue une goutte incomplète et revenant par accès très-courts. Dans ces derniers temps, il fut pris à plusieurs reprises de douleurs qui de l'hypocondre droit s'étendaient à tout le bas-ventre et s'accompagnaient d'oppression de poitrine. Lors d'une dernière atteinte de ces douleurs abdominales, il survint subitement un accès de goutte qui les fit cesser complètement; mais la goutte ayant disparu le cinquième jour, elles reparurent déjà dans la nuit avec une violence inaccoutumée. Des saignées générales et locales, l'application d'un grand vésicatoire sur la région du foie et de sinapismes aux pieds, des émulsions d'huile de ricin et de tartrate de potasse et de soude, le calomel et des lavemens salins huileux; tout resta sans effet, et malgré

ces différens moyens purgatifs la constipation persista, et il s'y associa bientôt des nausées et des vomissemens. Les accidens augmentant, le docteur Hanins se crut suffisamment autorisé de recourir à un lavement de belladone. Un quart d'heure après, le malade eut une selle; les renvois diminuèrent et les vomissemens cessèrent; mais comme on n'avait remédié par là qu'à un seul symptôme, le plus alarmant, il est vrai, on fit le même jour encore une large saignée, et on continua les remèdes administrés précédemment. Il survint une diarrhée sanguinolente et une sueur profuse qui terminèrent heureusement la maladie. Il n'en ressort pas moins de cette observation que l'on peut attendre de très-bons effets des lavemens de belladone dans les cas de constipation opiniâtre.

Obs. V. — A ces faits s'en joint un cinquième qui a avec eux la plus grande analogie. Un garçon maçon, occupé à broyer du blanc de céruse, fut atteint d'une violente colique saturnine. On lui fit prendre une émulsion d'huile de ricin opiacée en même temps qu'un lavement de belladone. Dans aucun cas, dit l'auteur, il ne vit un soulagement plus marqué et plus prompt et une convalescence plus courte.

Ces observations nous ont paru être d'un très-grand intérêt; l'auteur avait été conduit à l'emploi de la belladone dans l'iléus, par voie d'analogie: connaissant l'action de ce médicament sur la fibre musculaire, dont il diminue la force contractile, il avait pensé qu'appliqué directement sur la surface intestinale, il diminuerait et ferait cesser la constriction spasmodique qui donne lieu à tous les accidens caractérisant cette terrible maladie; l'expérience est venue confirmer ses vues théoriques, et si les observations que publie aujourd'hui M. Haoius ne sont point encore assez nombreuses pour qu'on puisse reconnaître à la belladone une efficacité presque spécifique dans l'iléus, elles sont du moins un encouragement à de nouvelles expérimentations qui, il faut l'espérer, viendront à l'appui de ces premières et heureuses tentatives. Il est bien entendu que ce nouveau moyen ne devra être employé que dans l'iléus idiopathique, indépendant de toute lésion organique profonde.

MEDICINISCHE ANNALEN.

Le premier cahier du deuxième volume contient: 1° *aperçu des progrès récens dans la matière médicale*, suite, par le professeur Dierbach; 2° *de quelques résultats pratiques sur la pneumonie et son traitement*, par le docteur Ruef; 3° *de l'emploi du nitrate d'argent contre les affections chroniques de l'estomac*, par le même; 4° *sur les maladies des enfans*, par le même. Dans cet article l'auteur recommande principalement l'huile de foie de morue dans les maladies scrophuleuses avec complication gastrique; 5° *traitement des fractures des extrémités inférieures*, par le docteur Schürmayer; 6° *grosseur anormale du pouce et de l'index de la main droite avec développement considérable du bras*, par le professeur Beck; 7° *histoire anatomico-pathologique d'un spina-bifida*, par le docteur Seeyer; 8° *fragment d'un rapport sur le choléra dans quelques départemens français en 1833*, par le docteur Heyfelder; 9° *sur la coqueluche*, par le docteur Zeroni; 10° *observation d'un recollement d'une portion du nez, vingt-cinq minutes après son ablation*, par le docteur Hoffacker.

DE QUELQUES RÉSULTATS PRATIQUES SUR LA PNEUMONIE ET SON TRAITEMENT, par le docteur Ruef, de Buhl.

Le docteur Ruef exerce la médecine dans une contrée où il se rencontre constamment un grand nombre de pneumonies à traiter; il attribue avec raison la fréquence de cette maladie à la position du pays, qui est montagneux, ainsi qu'au genre d'occupations de ses habitans, qui sont en grande partie vignerons.

En effet, dès le commencement de la belle saison, on voit hommes et femmes gravir les montagnes, portant du fumier dans des hottes; puis arrivés sur les hauteurs, le corps tout en nage, la perspiration pulmonaire augmentée, et la circulation accélérée, ils restent le plus souvent exposés à toutes les intempéries d'un air de printemps, occupés des journées entières à couper et à provigner la vigne. Il n'est alors point étonnant de voir prédominer les affections pulmonaires.

Ce genre de cause a été noté aussi par Laennec et Andral, qui ont remarqué que les portefaix, les charpentiers, les domestiques, et tous les artisans qui, par la nature de leurs occupations, sont obligés de rester long-temps à l'air, tandis que leur corps est échauffé, sont très-sujets aux pneumonies.

L'auteur fait remarquer de plus que les hommes, les femmes, et même les enfans, ont coutume de boire des liqueurs alcooliques, dès le matin, avant de se mettre au travail, ce qui doit nécessairement contribuer à rendre les inflammations de poitrine plus fréquentes; aussi, depuis le mois de février jusqu'au mois de mai, que dure la culture de la vigne, ces affections se rencontrent-elles en grand nombre. L'auteur, dans cet espace de temps, a eu pour son compte à en traiter quarante-six cette année.

M. Ruef ne pense pas que l'âge puisse avoir, d'une manière absolue, de l'influence sur la production de la pneumonie, et, dans ce cas, il ne partage point l'avis de Laennec, qui a observé cette maladie plus fréquemment chez les vieillards; ni celui d'Andral, qui la regarde comme enlevant le plus grand nombre d'enfans. Selon lui, tous les âges sont de même affectés, et la fréquence de l'inflammation pulmonaire, dans telle ou telle période de la vie, dépend uniquement de la constitution médicale. Est-elle rhumatismo-catarrhale, les plus exposés seront les vieillards qui auront été antérieurement atteints de catarrhes fréquens ou de fièvres rhumatismales; s'il a régné auparavant des coqueluches, des fièvres éruptives, ou des affections catarrhales, la pneumonie atteindra plutôt les enfans: la constitution est-elle catarrhale-inflammatoire, ou purement inflammatoire, la jeunesse et l'âge adulte auront le plus à souffrir. Cette dernière coïncidence a été observée par l'auteur ce printemps, où sur quarante-six pneumoniques, plus de la moitié avait de vingt-cinq à quarante ans, cinq de cinquante à quatre-vingts, et le reste de trois à vingt-cinq.

L'auteur a trouvé, en opposition avec la plupart des observateurs, que les femmes étaient aussi sujettes à la pneumonie que les hommes; en effet, sur quatre-vingt quatorze personnes atteintes de cette maladie dans l'espace de trois ans, il compte quarante-quatre hommes et cinquante femmes; sur ce nombre, sept étaient enceintes; une d'entre elles avorta. Cette proportion, même plus forte du côté du sexe féminin, tient probablement à ce que, dans le pays où exerce M. le docteur Ruef, les femmes se livrent au même genre de travail et sont exposées aux mêmes influences pathogéniques que les hommes. Cette circonstance explique la différence de proportion qu'on remarque quant au siége des pneumoniques dans les grandes villes, où il y a un bien plus grand nombre d'hommes atteints par cela même que la nature de leurs travaux, si différens de ceux des femmes, les y exposent davantage. Pour ne prendre qu'un exemple, dans les salles Saint-Jean et Saint-Joseph, de l'hôpital de la Charité, de Paris, sur quatre-vingt-dix-sept pneumoniques, traités de 1822 à 1827, on a compté soixante-treize hommes et seulement vingt-quatre femmes; ce qui établit la proportion de une femme sur trois hommes.

Passant à la partie du traitement, l'auteur commence par quelques notions historiques sur l'emploi du tartre stibié dans la pneumonie; puis il arrive aux résultats de sa propre expérience, dont nous parlerons uniquement ici.

Sur quatre-vingt-quatorze malades traités dans l'espace de trois ans, par l'emploi du tartre stibié, le docteur Ruef n'a eu que cinq morts à regretter; il fait remarquer qu'il a choisi les observations avec beaucoup de soin, qu'il ne s'agit que de pneumonies franches, violentes, sans complications, avec exclusion de catarrhes pulmonaires, broochites, etc. Dans les commencemens, l'auteur administrait l'émétique, en suivant exactement la méthode de Laennec, laissant aux malades quelques intervalles de repos; mais il remarqua que chaque fois l'affection locale et la douleur augmentaient jusqu'à ce qu'une nouvelle dose de médicament fût administrée; puis, d'après les circonstances, il faisait suivre une saignée; plus tard, il a fait prendre le tartre stibié à la dose de un grain sur une once d'un liquide résolutif, par cuillerée à bouche, d'heure en heure, sans interruption; ainsi demi-grain par heure jusqu'à la fin de la maladie. Les effets de cette médication sont quelquefois si rapides qu'on voit souvent les symptômes se calmer dès la première demi-journée, et le malade ne plus se plaindre que de lassitude, de toux et de soif; mais il est rare que la maladie ait entièrement disparu. Si, à la suite de cette amélioration commençante, on cesse l'administration du médicament, après six ou douze heures le point de côté, la difficulté de la respiration, et la fièvre reviennent: on est obligé de retourner au tartre stibié: quoique ce dernier agent thérapeutique ait pour effet de diminuer l'éréthisme vasculaire, on ne doit cependant pas craindre, si l'inflammation ne cède pas à son action, ou quand elle augmente, de faire même quatre à cinq saignées; c'est en combinant leurs effets, en se prêtant, pour ainsi dire, un secours réciproque, que ces deux moyens agissent d'une manière aussi spécifique dans la pneumonie. Les médecins qui croient que le tartre stibié peut faire négliger entièrement la saignée, n'ont peut-être point observé de pneumonies aussi intenses que celles traitées par l'auteur. Quant à l'indication de la saignée, M. le docteur Ruef ne veut pas qu'on se dirige principalement, et encore moins exclusivement, d'après le pouls, qui est au commencement plein et dur, et devient petit et faible, quand la pneumonie passe à l'hépatisation; et l'on sait qu'il existe des cas, ajoute M. Ruef qui n'est cependant point partisan des fortes saignées, où cette dernière seule peut sauver le malade du cinquième au dixième

me jour. La douleur n'est point non plus, d'après l'auteur, une indication principale pour la saignée; car elle peut manquer dans les pneumonies les plus intenses; mais le symptôme le plus constant et le moins trompeur, est une respiration courte et brève, avec bouche béante et mouvement des côtés du nez; aussi long-temps que cet état se fait remarquer, l'inflammation n'a pas diminué. A l'appui de cette assertion, que personne ne lui contestera, le docteur Ruef rapporte l'observation suivante :

Obs. — L. Kern fut affecté d'une violente pneumonie qui paraissait vouloir se terminer heureusement dès les premiers jours par l'effet de trois saignées et du tartre stibié à haute dose. La douleur, la toux, la difficulté de respirer et la fièvre avaient diminué. Mais le sixième jour au soir, quoique la douleur et la toux n'eussent pas augmenté de nouveau, l'état du malade devint très-alarmant; il pouvait à peine parler, tellement sa respiration était devenue brève et accélérée; pouls très-petit et fréquent, affaiblissement notable, assoupissement. On fit une saignée de 16 onces et on administra 6 grains de tartre stibié sur 4 onces de véhicule, à prendre par cuillerée toutes les heures. Le sang présentait une croûte phlogistique; l'émétique provoqua des vomissemens à la suite desquels il survint une amélioration instantanée dans la respiration. Bientôt après, le malade entra en convalescence; il avait pris 36 grains de tartre stibié.

On voit ici que l'on n'a eu besoin de recourir qu'une seule fois à la saignée; l'auteur fait remarquer que des observations ultérieures pourront nous conduire à restreindre encore davantage l'emploi de la saignée, par l'effet du tartre stibié.

Tout en reconnaissant la valeur des symptômes indiqués par l'auteur, nous regrettons qu'il ne fasse pas mention des signes fournis par l'auscultation et la percussion, beaucoup plus sûrs et moins trompeurs : néanmoins le résultat obtenu par l'auteur prouve qu'il ne s'était pas trompé dans son pronostic, et nous croyons que les symptômes qu'il a signalés comme indiquant un haut degré d'intensité dans la pneumonie doivent être pris au sérieux.

Revenant à la valeur du traitement suivi par l'auteur, nous voyons qu'en combinant le tartre stibié à la saignée, il est parvenu à sauver 89 pneumoniques sur 94, proportion immense et qui milite puissamment en faveur de cette méthode curative : faisons remarquer que, quoique l'auteur ne parle principalement que du tartre stibié, il paraît qu'il fait encore largement usage de la saignée; loin de lui en faire un reproche, nous ne pouvons qu'approuver ce traitement mixte, ce qui nous intéresse le plus c'est le résultat.

Après ces considérations, le docteur Ruef passe en revue quelques accidens qui surviennent à la suite de l'administration trop prolongée du tartre stibié et dont la connaissance ne nous paraît pas être sans importance; le second ou troisième jour la langue, quelque sèche qu'elle soit, devient rugueuse et brune et s'humecte, en se couvrant d'un enduit floconneux et visqueux; elle devient en même temps épaisse et plus immobile; les dents forment sur les côtés des ulcérations semblables à celles qu'on observe pendant la salivation mercurielle; l'arrière-bouche se tapisse également de gros flocons muqueux; le malade est sujet à une expuition presque continuelle et à de l'enrouement; à la surface de la langue, et surtout à sa pointe, il se forme de petits ulcères ronds à bords lardacés de la grandeur d'une lentille jusqu'à celle d'une pièce de dix sols; ces ulcères sont douloureux, mais disparaissent bientôt après la cessation de l'emploi du médicament. Chez quelques malades le gonflement de la langue ou du gosier est tel qu'ils ne peuvent parler qu'en bégayant; mais ces différens accidens ne doivent pas inquiéter, car ils n'ont jamais de suites fâcheuses et sont toujours suivis de la cessation des symptômes de la maladie principale. On pourrait appeler cet état une *salivation antimoniale*, car il est probable que les autres antimoniaux donnés à haute dose peuvent le provoquer. Lorsqu'on cesse l'administration de l'émétique pendant quelques jours, la sécrétion de la cavité buccale diminue, la langue devient nette et d'un rouge vif; il s'y forme comme un nouvel épiderme très-tendre et tout-à-fait sec; il survient en même temps une soif plus ou moins vive. Par l'effet du tartre stibié la toux la plus sèche devient humide et, sans qu'on puisse noter de jours critiques, même avec l'attention la plus minutieuse, l'expectoration continue et marche d'un pas égal avec la résolution de l'inflammation.

Ordinairement du quatrième au huitième jour, selon le degré d'intensité de la maladie, l'auteur suspend l'administration du médicament et laisse l'inflammation parcourir seule sa période de résolution. Pour traitement consécutif, il reprend de nouveau l'émétique à petite dose, en l'associant à la gomme et quelquefois à l'eau de laurier-cerise; il ne donne jamais les narcotiques au début de la pneumonie; dans tous les cas où il a administré l'opium et l'acide prussique, il en a obtenu de fâcheux résultats; il croit même que ces médicamens provoquent l'hépatisation, loin de l'empêcher.

De l'emploi du nitrate d'argent contre les affections chroniques de l'estomac, par le même.

A l'exemple du docteur Johnson en Angleterre, et encouragé par ses nombreux succès, le docteur Ruef a expérimenté le nitrate d'argent dans un grand nombre d'affections chroniques de l'estomac. Son expérience a non-seulement confirmé celle du médecin anglais, mais elle l'a encore conduit à de nouveaux résultats.

Johnson n'a employé le nitrate d'argent que dans les névroses pures de l'estomac; le docteur Ruef en a encore fait usage, dans les gastralgies sympathiques, comme moyen palliatif et calmant, contre les douleurs du cancer de l'estomac; il dit aussi l'avoir administré avec quelque succès dans certains cas d'inflammation chronique; mais il ne cite aucun fait concluant à cet égard.

Avant d'entrer en matière, M. Ruef reproche à la médecine française de ne pas admettre de névroses des premières voies et de considérer toujours ces sortes d'affections comme des inflammations; l'auteur commet ici une erreur de temps assez notable, en nous croyant encore sous l'influence du broussaisisme qui d'ailleurs n'a jamais dominé exclusivement en France; s'il avait eu présent à la mémoire l'excellent travail de M. Barras sur les gastralgies et les entéralgies, il se serait rappelé que chez nous aussi on reconnaît des états morbides de l'estomac dans lesquels l'inflammation ne joue aucun rôle et que l'on désigne sous le nom de *névroses*, que, d'ailleurs, personne n'a mieux décrites que l'auteur que nous venons de nommer.

Après cette petite digression, M. Ruef arrive à la partie pratique de son sujet; il énumère trois états différens des premières voies dans lesquels il a employé avec quelques succès le nitrate d'argent; ce sont les névroses idiopathiques, les gastralgies consensuelles et les inflammations chroniques et altérations organiques de l'estomac, où il a surtout en vue l'induration squirrheuse de cet organe.

Gastralgies idiopathiques.

Obs. I. — La première observation de gastralgie idiopathique concerne un homme qui souffre depuis long-temps, surtout après avoir bu du vin fort, de douleurs à l'estomac qu'il ne peut rapporter à aucun point fixe. Ces douleurs augmentent lorsque le malade marche ou va en voiture; elles diminuent lorsqu'il se couche, surtout lorsqu'il se couche sur le ventre; elles reviennent volontiers après chaque repas, et elles sont surtout provoquées, comme nous venons de le dire, par l'usage du vin et des fruits. L'appétit est du reste bon, les selles régulières, l'aspect du malade satisfaisant; son embonpoint va plutôt en augmentant qu'en diminuant. Dans les momens où il ne souffre pas, il paraît gai et content; son sommeil est paisible; les douleurs ne le prennent jamais la nuit, et dans la journée il y a des rémissions de cinq à six heures. Ce malade prend du nitrate d'argent, une heure après l'administration du médicament, les douleurs s'apaisent, et lorsqu'il est continué pendant quelques jours, elles cessent entièrement, et même on ne les voit pas reparaître sous l'influence des causes qui les provoquent ordinairement. C'est ainsi que le malade a essayé de boire du vin immédiatement après avoir pris une pilule, et il a toujours pu le faire impunément.

Obs. II. — La seconde observation est une *gastralgie* compliquée d'une *névralgie sus-orbitaire*. Cette dernière atteint son plus haut degré d'intensité vers midi et va en diminuant jusqu'au soir. La première, au contraire, se fait le plus vivement sentir le soir. L'une ne s'améliore que sous l'influence de la belladone; l'autre, sous celle du nitrate d'argent. Ce fait est extrêmement intéressant, en ce qu'il tend à démontrer la différence d'impressionnabilité des nerfs de l'axe cérébro-spinal et de ceux du système ganglionaire. De plus, la manière dont M. Ruef a combattu cette double affection, en combinant ensemble le nitrate d'argent et la belladone, de chaque un demi-grain matin et soir, prouve que l'association des médicamens produit parfois de bons effets, et qu'on ne doit pas la rejeter dans tous les cas sous l'accusation banale de polypharmacie.

Obs. III. — M. K. H... souffre depuis quelques mois, après l'ingestion de certains alimens, surtout de la choucroûte, de mauvaises digestions, de renvois et de douleurs obtuses à l'estomac, augmentant par la pression; il vomit chaque matin des mucosités ou un liquide glaireux; le reste de la journée il se trouve assez bien; il n'a jamais de fièvre, mais il est d'une grande pâleur. L'auteur serait tenté de regarder cet état comme une légère inflammation chronique. Pendant huit jours, M. K... a pris du nitrate d'argent, et depuis lors il n'a plus rien ressenti de son indisposition.

Il est un genre de gastralgies idiopathiques (crampes d'estomac), qu'on observe chez les femmes avancées en âge et qui surviennent par accès très-violens et sans cause appréciable; ces crampes que l'on apaise souvent en faisant prendre quelque nourriture, ne cèdent pas toujours à l'action du nitrate d'argent.

Gastralgies sympathiques. On devrait croire au premier abord que les gastralgies sympathiques, qui dépendent, par exemple, d'une affection du rein, de la présence de calculs biliaires, d'une induration du

foie, du pancréas, etc., ne cèdent jamais qu'à l'action de médicamens dirigés entre la maladie primitive; cependant ici encore M. Ruef a obtenu de bons effets du nitrate d'argent, en calmant les accidens symptomatiques du côté de l'estomac.

C'est ainsi qu'il rapporte l'observation d'une femme de 45 ans, atteinte depuis 20 ans d'une induration du foie, et chez laquelle il parvint à apaiser une dyspnée des plus intenses avec douleurs intolérables de l'estomac, au moyen du nitrate d'argent administré pendant une quinzaine de jours.

Dans un cas d'ulcération du rein, accompagnée d'une sensibilité extrême à l'estomac avec efforts de vomissement, ce médicament se montra d'abord également efficace, mais son action ne se soutint pas long-temps. Chez un phthisique qui souffrait de douleurs à l'estomac et de vomissemens, il fit disparaître entièrement ces accidens qui avaient résisté à l'emploi de la morphine.

Les névralgies de l'estomac chez les femmes enceintes et chez les personnes affectées d'une maladie aiguë du foie, on a peu de chose à espérer du nitrate d'argent.

Altérations de tissu, et principalement désorganisation squirrheuse. Dans plusieurs cas de véritable squirrhe de l'estomac et même du duodénum et du colon transverse, le nitrate d'argent a servi au docteur Ruef comme un excellent palliatif, un sédatif puissant; il est parvenu dans certaines occasions à apaiser les douleurs intolérables qui accompagnent ordinairement cette maladie; chez d'autres malades encore en traitement il a réussi même à enrayer la marche de cette cruelle affection.

L'auteur n'a jamais observé d'effets nuisibles de l'emploi du nitrate d'argent, pas même la coloration des ongles et de la peau, dont il est généralement question; il l'ordonne constamment sous forme pilulaire de la manière suivante :

Nitrate d'argent,	10 grains.
Extrait de pissenlit, Racine d'iris de Florence,	de chaque, 70 —

Faire des pilules d'un quart de grain de nitrate chacune. A prendre matin et soir, d'une à quatre pilules.

Autenrieth (Notices de Froriep, v. xxvj, n° 26) a eu occasion d'observer aussi les bons effets du nitrate d'argent dans les cardialgies dépendant principalement d'une métastase psorique ou accompagnant une affection goutteuse, la miliaire chronique, le pyrosis, etc. Le même auteur le vante encore comme palliatif dans les cas d'induration de l'estomac.

Enfin le docteur Ruef le recommande dans les cas de vomissement nerveux, ou d'autres dérangemens des fonctions digestives si fréquent chez les enfans en bas âge. Chez un de ces petits malades il a employé avec succès la formule suivante :

Nitrate d'argent,	1 demi grain.
Eau de fleurs d'oranger, Sirop de cannelle,	de chaque, 1 demi-once

A prendre toutes les heures une cuillerée à café.

Le nitrate d'argent paraît agir comme sédatif sur le système nerveux ganglionnaire à la manière du bismuth et du zinc, dont il surpasse l'efficacité. Il a en outre la propriété d'empêcher et même de détourner les congestions vers le cerveau, et sous ce rapport il est préférable à l'opium et aux autres narcotiques. Sa conformité d'action avec les métaux que nous avons nommés plus haut et qu'on a employés avec quelque succès contre le choléra, fait espérer qu'il pourra se ranger un jour parmi les moyens les plus puissans contre cette terrible maladie.

En nous en tenant aux résultats positifs consignés dans ce petit mémoire, nous espérons que l'expérience viendra les confirmer; et nous croyons d'autant moins nous tromper que déjà les anciens ont employé avec succès ce même médicament contre un grand nombre d'autres affections du système nerveux ganglionnaire. (V. le Mémoire de M. Lombard, Gazette médicale, p. 487, 1832.)

I. ZEITSCHRIFT FUR DIE GESAMMTE MEDICIN.

Ce recueil dont nous avons déjà donné un premier compte-rendu, continue, par le choix de plus en plus remarquable de ses articles originaux et de littérature étrangère, à être digne de la réputation des hommes éminens qui le rédigent. Nous avons devant nous les troisième et quatrième cahiers du premier volume, et les premier et deuxième du second volume; ils contiennent les articles originaux suivans : 1° *sur la valeur de la transfusion du sang comme moyen médicamenteux*, par le docteur Marcinkowski. Dans cet article l'auteur se basant sur une expérience faite par M. Dieffenbach, qui réussit à transmettre, au moyen de la transfusion, le farcin à un cheval sain, croit que l'on pourrait utiliser ce moyen dans les maladies qui ont leur point de départ dans le sang; il se livre à ce sujet à des idées fort ingénieuses, mais qui remeot spéculatives, et qui trouveraient difficilement leur place dans un journal d'un caractère essentiellement pratique; 2° *rapport de la section de chirurgie du grand hôpital de Hambourg*, par le docteur Fricke. Nous en rendrons compte en même temps que d'un rapport nouveau qui vient de nous parvenir; 3° *sur la gastromalacie chez les enfans*, par le docteur Droste; rien de nouveau; 4° *sur un nouveau sécateur utérin*, par le docteur Aronssohn. (Voyez Gazette médicale, p. 124, 1836); 5° *traitement des ouvertures contre nature à la partie antérieure de l'urètre de l'homme d'après de nouvelles méthodes*, par Dieffenbach. Mémoire très-intéressant que nous publierons *in extenso*; 6° *de l'inflammation des cryptes muqueux superficiels de l'urètre chez l'homme*, par le docteur Kleeberg; 7° *histoire d'un accouchement après l'opération de l'épisiorraphie*, par le docteur Plath, médecin-accoucheur; 8° *sur les soi-disant contusions par pression de l'air atmosphérique*, par le docteur Behr.

De l'inflammation des cryptes muqueux superficiels de l'urètre chez l'homme, par le docteur Kleeberg de Kœnigsberg.

Sous ce nom, le docteur Kleeberg décrit l'inflammation des cryptes muqueux qui entourent l'orifice externe de l'urètre; inflammation qui accompagne toujours, il est vrai, la blennorrhagie ordinaire, mais qui peut exister aussi indépendamment de cette dernière.

Le premier cas de ce genre que l'auteur ait eu occasion d'observer, remonte à trois ans : c'était un jeune homme qui, depuis sept mois, souffrait d'une blennorrhagie qu'aucun moyen n'avait pu arrêter; l'écoulement était peu abondant, et la douleur insignifiante; autour de l'orifice externe du canal de l'urètre, existait un bourrelet d'un rouge cuivré, montrant à son bord interne de petites ouvertures pointillées qu'un médecin de Dantzick prit pour de petits chancres, et qu'il traita, mais sans succès, d'après la méthode de Dzondi. Le docteur Kleeberg, ayant examiné à la loupe ces petites ouvertures, trouva que c'étaient les orifices dilatés des cryptes muqueux de cette partie de l'urètre, et que là résidait la cause qui entretenait la blennorrhagie; chaque orifice ainsi dilaté était entouré d'un rebord rouge et boursouflé; M. Kleeberg fit appliquer sur l'orifice de l'urètre de la charpie, trempée dans une solution de deux grains de sublimé sur une once d'eau de laurier-cerise, et en peu de jours le malade fut guéri. Plusieurs cas analogues sont venus se présenter plus tard à l'observation de l'auteur.

M. Kleeberg compare cette affection de l'urètre, chez l'homme, à la lésion des cryptes muqueux des parties génitales de la femme, observée et démontrée par M. Fricke, à la dernière assemblée générale des savans naturalistes allemands, à Hambourg.

Des observations répétées lui ont fait reconnaître les différens degrés d'inflammation de ces follicules superficiels de l'urètre, l'*écoulement blennorrhagique* et *leur ulcération*. Il a appris à distinguer également ce genre d'affection de la blennorrhagie aiguë et chronique ordinaire avec laquelle on l'a jusqu'à présent confondue, par cela même que ces lésions se rencontrent souvent ensemble.

On sait que l'orifice urétral externe chez l'homme est entouré d'une certaine quantité de follicules muqueux, dont le fond est dirigé en dehors et l'ouverture vers l'urètre; les follicules de la rangée supérieure se trouvent placés immédiatement sous l'épithélium du gland. A l'état sain, leurs orifices ne se découvrent que difficilement; le meilleur moyen de les trouver, c'est de tâcher d'y introduire une soie raide et fine : de semblables follicules se retrouvent à l'intérieur de la muqueuse urétrale, et sont connus sous le nom de *glandes de Littre*; mais la lésion dont nous nous occupons ici ne regarde que les cryptes rangés extérieurement autour de l'orifice, et dont l'altération est perceptible à l'œil; l'affection des follicules plus profonds a déjà été décrite par Morgagni, et Wedekind a même considéré comme signes caractéristiques de la blennorrhagie syphilitique les petits tubercules formés dans la fosse naviculaire par ces mêmes follicules engorgés.

Les caractères de l'inflammation des follicules urétraux externes et superficiels à la suite d'un coït impur, sont les suivans :

Cette affection peut exister seule, mais le plus souvent elle accompagne la blennorrhagie ordinaire; quand la maladie est à son état de simplicité, les parties les plus voisines de l'orifice urétral sont gonflées et d'une teinte rouge-brune, la douleur est légère et se perçoit à peine en urinant. Les ouvertures des follicules muqueux se ferment à la suite de l'engorgement inflammatoire, et il se forme à leur place, dans l'espace de deux ou trois jours, des pustules qui, lorsqu'elles sont ouvertes,

laissent écouler un pus jaunâtre. On remarque alors les petites ouvertures dilatées, et entourées d'un bord boursouflé et d'un rouge foncé, qui versent un mucus *purulent* dans le canal de l'urètre; on s'aperçoit facilement que a matière sécrétée vient de ces ouvertures, en essuyant et en comprimant légèrement le gland. Outre la secrétion qui se fait aux parois internes de ces follicules, il peut s'exhaler aussi une humeur de leurs parois externes, quand l'inflammation a atteint un plus haut degré d'intensité; dans ce cas il se développe, à distance de l'orifice de l'urètre, de grosses pustules qui, en se rompant, laissent une surface ulcérée. Dans cet état, la maladie se propage souvent jusque dans l'urètre, et le malade remarque, après un intervalle de deux ou trois semaines, qu'il est atteint d'une blennorrhagie, sans s'être exposé à une nouvelle infection.

Les orifices dilatés et tuméfiés des follicules urétraux externes que nous venons de décrire ressemblent assez bien à des petits chancres; et nous avons vu, dans le cas que nous avons rapporté en commençant, qu'on les avait confondus avec ces derniers. Chez le même malade, il se manifesta un engorgement sympathique des glandes inguinales, qui n'atteignirent cependant pas, comme dans la blennorrhagie ordinaire, le même degré de développement.

Lorsque la maladie marche vers la guérison, il ne se secrète plus dans la journée que quelques flocons muqueux, tandis que dans la nuit, les lèvres de l'orifice sont encore collées ensemble. La dilatation et le gonflement des ouvertures folliculaires ne se dissipent qu'au bout de quelques semaines. L'auteur n'a pu constater jusqu'à présent si ces ouvertures s'oblitèrent entièrement, comme cela paraît démontré pour les lacunes de Morgagni, dans des cas analogues.

Cette forme de blennorrhagie qui a son siége à l'extrémité tout externe de l'urètre paraît être extrêmement rare à son état de simplicité; mais le docteur Kleeberg croit qu'on la rencontre plus fréquemment accompagnant l'urétrite interne. Il pense aussi que dans cette dernière ce sont principalement les cryptes muqueux qui se trouvent affectés. Ainsi Morgagni décrit déjà des changemens de structure et de texture des glandes connues sous son nom ou sous celui de Littre, et il admet l'ulcération, l'hypertrophie, le rétrécissement, ou la dilatation de ces cryptes comme des lésions consécutives à la blennorrhagie.

L'auteur regarde comme très-importante la distinction à faire entre la blennorrhagie urétrale externe à sa première période et l'herpès præputialis, pour le diagnostic des affections syphilitiques du gland et du prépuce, et afin d'éviter d'admettre tout de suite comme vénérienne la moindre lésion qui survient à ces parties après un coït suspect.

Il peut, dans certains cas, se développer un condylome à l'endroit même d'un de ces orifices folliculaires dilatés, sous les mêmes conditions indiquées par le docteur Fricke dans l'affection des glandes muqueuses des parties génitales de la femme. Le docteur Kleeberg a eu occasion de voir un exemple de ce genre chez un élève en pharmacie, atteint antérieurement de blennorrhagie.

La forme chronique de la maladie que nous décrivons se caractérise par une rougeur cuivrée, très-tenace, du pourtour de l'orifice externe de l'urètre, et par une sécrétion peu abondante d'une humeur aqueuse au moyen de laquelle les lèvres de cet orifice se trouvent collées pendant la nuit. Cette humeur contient de petits flocons blanchâtres, qui apparaissent en pressant sur le gland, et suintent d'une manière évidente des ouvertures dilatées des cryptes qui avoisinent l'extrémité du canal.

Dans le traitement de cette affection, qu'elle existe seule ou qu'elle accompagne la blennorrhagie ordinaire, le docteur Kleeberg n'a jamais obtenu de résultats satisfaisans des médicamens employés pour combattre cette dernière, s'il n'a pas en recours en même temps à un traitement local approprié. A cet effet il s'est servi, dans la période aiguë, d'abord de l'eau saturnine, et plus tard d'une faible solution de sublimé; il fait appliquer de la charpie imbibée de l'un ou de l'autre de ces liquides sur la partie malade, qui tient toute seule chez les personnes qui ont le prépuce allongé, et qu'on maintient au moyen d'un petit bandage dans le cas contraire. L'auteur conseille aussi, comme un précepte sanctionné par sa propre expérience, d'ouvrir de bonne heure les pustules pour remédier au gonflement inflammatoire et à l'occlusion des cryptes.

Lorsque la maladie a passé à l'état chronique, le docteur Kleeberg se sert d'une solution de sublimé et de nitrate d'argent. Dans les cas d'un écoulement blennorrhagique rebelle des cryptes muqueux, il n'a rien trouvé de plus efficace que de cautériser ces petites cavités en y introduisant un morceau de nitrate d'argent taillé très-mince.

Nous n'avons trouvé la description de la blennorrhagie ainsi bornée aux follicules les plus externes de la muqueuse urétrale chez l'homme, dans aucun auteur; nous ne l'avons jamais non plus observée à ce degré de simplicité; il n'y a jusqu'à présent d'analogue à cette affection, que l'état si bien décrit par Fricke, des bourses muqueuses, des parties génitales de la femme, après un coït impur. Cette blennorrhagie partielle et pour ainsi dire externe, est-elle idiopathique ou n'est-elle qu'un symptôme consécutif, une sorte de *reliquat*, de l'urétrite ordinaire interne? Les cas indiqués par l'auteur, où il a toujours observé cette affection après une blennorrhagie rebelle, sembleraient prouver en faveur de cette dernière affection. Quoi qu'il en soit, cet objet mérite de fixer l'attention des médecins praticiens, et peut-être qu'une observation plus exacte y découvrira une des causes de la ténacité de certaines blennorrhagies.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 2 AOUT.

La correspondance comprend :

1° Deux observations de M. Lasserre, d'Agen, sur un dépôt par congestion guéri, et sur une rétention d'urine très-grave. MM. Canuet et Velpeau rendront compte de la première observation; MM. Civiale, Ségalas et Amussat, de la seconde.

2° Une note de M. Potot, medecin à Saulieu, sur l'emploi du persil dans les fièvres intermittentes. (MM. Louis et Chomel, commissaires.)

3° Des aphorismes sur les maladies contagieuses; par M. Lamothe, médecin à Alhi. (Renvoyé à la commission du cholera.)

MM. Carpu, du college des médecins de Londres, et Coriffa, professeur à l'université de Turin, sont presens à la seance.

DISCUSSION DU RAPPORT SUR LES DÉVIATIONS SIMULÉES.

L'ordre du jour appelle la discussion du troisième rapport des deux commissions, sur le mémoire de M. J. Guérin relatif aux *déviations simulées de l'épine*. La parole est à M. Cruveilhier, rapporteur.

M. CRUVEILHIER. Messieurs, avant d'ouvrir la discussion, permettez-moi de vous rappeler succinctement l'état de la question, en vous exposant ce qui a été fait par vos deux commissions réunies. Une première commission composée de MM. Amussat, Breschet, Orfila, Velpeau et moi, vous a presenté un rapport sur le mémoire de M. J. Guérin. Sur la réclamation de quelques membres, l'Académie décida que l'ancienne commission Hossard serait adjointe à la nouvelle, dans le but de prendre connaissance des faits qui avaient servi de base au travail de M. Guérin et au rapport que nous avions eu l'honneur de vous presenter. Les deux commissions réunies se rendirent donc à l'amphithéâtre de Clamart, où M. Guérin avait fait transporter un très-grand nombre de pièces, plus de cent plâtres, et où se trouvaient un nombre également considérable de préparations anatomiques de toute espèce qui avaient servi à ses recherches. En presence de ces faits et après une discussion approfondie, les deux commissions réunies adoptèrent les conclusions du premier rapport à la majorité de 9 voix contre 2 : encore l'opposition des deux membres dissidens ne porta-t-elle que sur la forme des conclusions, qu'ils trouvaient trop absolues, tout en approuvant d'ailleurs d'une manière générale les principes et les déterminations présentés par M. Guérin.

Le résultat de cette seconde épreuve venait d'être communiqué à l'Académie, lorsque plusieurs lettres fort étendues de MM. Hossard, Lachèze, Bouvier et Guérin, trop longues pour être lues en séance, firent suspendre la discussion. Vos deux commissions furent chargées d'examiner ces nouveaux documens, et d'en rendre compte à l'Académie. Elles se réunirent à cet effet deux fois, et dans ces deux séances les pièces nouvelles furent lues. discutées phrase par phrase. Les conclusions du premier rapport furent modifiées en quelques points, et c'est après les avoir votées une à une et à l'unanimité, si je ne me trompe, ou moins une voix, que nous sommes venus vous les présenter. Votre rapporteur a fait précéder ces conclusions de l'analyse des lettres adressées à l'Académie, et vous a rendu compte d'une expérience qu'il avait cru devoir faire répéter sous ses yeux, dans le but de mettre tout-à-fait hors de doute et de contestation la coupe oblique du plâtre de Jenny Guery Jusqu'alors il ignorait qu'un rapporteur n'eût pas le droit de consigner dans son travail les faits qui lui sont personnels. Cependant, Messieurs, il y avait été en quelque sorte autorisé par l'exemple des plus célèbres membres de l'Académie, et notamment de M. Cuvier, dont les rapports les plus remarquables étaient en grande partie composés de recherches qui lui étaient propres. Je m'appuierai d'ailleurs de l'opinion de notre honorable confrère M. Lisfranc et de plusieurs membres de l'Académie, qui ont bien voulu approuver ce que j'ai fait. Si l'Académie en juge autrement, je suis tout disposé à accepter ses décisions. (Assentiment.)

M. GUÉNEAU DE MUSSY (déroulant un cahier de notes et de feuilles écrites.) MM. je me propose de combattre le rapport et les conclusions de la commission non pas dans un intérêt de personne, mais parce que ma conviction m'y a porté. J'ai longuement réfléchi sur la question, j'ai examiné et étudié avec soin les faits et les théories qu'on a invoqués, et après cet examen, je suis resté convaincu que les conclusions du rapport ne reposent sur aucun fondement solide.

M. Gueneau de Mussy commence par exprimer son étonnement sur la différence que présentent les nouvelles conclusions de la commission avec celles du premier rapport. Ces conclusions, dit-il, n'ont plus rien de semblable. Il annonce qu'il va examiner les caractères assignés par M. Guérin pour distinguer les déviations simulées des déviations pathologiques. Il reproche à l'auteur et à la commission de ne pas avoir mentionné les différentes causes de déviations pathologiques. Il parle d'un exemple de déviation de l'épine survenue à la suite d'une pleurésie. Abordant la question de la ressemblance du plâtre de Jenny Guéry avec le plâtre de Victorine Villemain, j'admets, dit M. Gueneau de Mussy, cette complète ressemblance, que prouve-t-elle; si non qu'une difformité factice peut ressembler à une difformité pathologique? et c'est avec un seul plâtre que l'on veut prouver une pareille thèse. On dit que les caractères des difformités pathologiques man-

quent complètement dans le plâtre de Jenny Guéry : mais ces caractères ou bien sont insignifians, ou n'existent pas. Ainsi la torsion des vertèbres dans les courbures est un fait que je comprends. La force qui tend à fléchir deux corps de vertèbres l'un sur l'autre éprouve une résistance difficile à vaincre par le rapprochement des bords des vertèbres à l'extrémité de leurs diamètres transverses. Ce fait pourrait bien n'être pas constant. Ainsi dans les grandes courbures, dans celles qui occupent un grand nombre de vertèbres, la torsion peut bien ne pas exister. C'est ce qui doit arriver lorsque les déviations sont dues à des attitudes vicieuses, puisqu'elles reconnaissent la même cause que les déviations simulées. D'ailleurs, messieurs, permettez-moi d'invoquer l'opinion de notre honorable confrère M. Bouvier, avec lequel je suis heureux de me rencontrer dans cette circonstance.

M. Guéneau de Mussy aborde ensuite un autre point de vue de la question. Il répète ce qu'il avait déjà dit une première fois, savoir : que le travail a été fait dans un but particulier pour balancer une autre juridiction. (Murmures et marques d'impatience.) Ici l'orateur prend son manuscrit et lit la dernière partie de son discours qui est toute relative à Jenny Guéry et à M. Hossard.

Suivant M. Guéneau de Mussy, M. Hossard est trop honnête homme pour avoir trompé l'Académie comme on l'en accuse ; il faudrait supposer que M. Hossard et sa femme-de-chambre eussent été d'accord. (Un membre : Cela n'était pas difficile.) D'ailleurs M. Guérin a adressé à M. Husson une lettre pleine d'insinuations désobligeantes, ce qui l'a engagé à prendre la défense de M. Hossard et à combattre les conclusions du rapport.

M. Cruveilhier commence par déclarer qu'il ne veut point répondre à la partie morale et personnelle du discours du préopinant ; il se renfermera dans le point scientifique de la question. L'honorable rapporteur lit les conclusions du premier et dernier rapport, et prouve que ces conclusions sont les mêmes au fond et ne diffèrent que quant à la forme.

Voici ces conclusions :

Premier rapport.	*Dernier rapport.*
1° Il est facile d'imiter jusqu'à un certain point par de simples attitudes les déviations latérales de l'épine.	1° Il est facile d'imiter jusqu'à un certain point par de simples attitudes les déviations latérales de l'épine.
2° Ces imitations offrent un ensemble des caractères uniformes et spéciaux à l'aide desquels on peut toujours les reconnaître.	2° Ces imitations imparfaites des déviations offrent des caractères dont l'ensemble permet de les reconnaître lorsqu'elles sont portées à un certain degré.
3° L'ensemble des caractères propres aux déviations simulées ne se retrouve jamais dans les déviations pathologiques et réciproquement.	3° L'ensemble des caractères propres aux déviations simulées ne se retrouve point dans les déviations pathologiques et réciproquement.
4° L'inspection seule d'un plâtre appartenant à une déviation factice, suffit pour en faire reconnaître l'origine.	4° L'inspection seule d'un plâtre provenant d'une déviation factice portée à un certain degré, suffit pour en faire reconnaître l'origine.

Et il fait remarquer ensuite que M. Guéneau de Mussy en annonçant qu'il voulait combattre les caractères indiqués par M. Guérin pour reconnaître les difformités simulées, et en déclarant ces caractères supposés ou insignifians, aurait dû au moins les indiquer et les réfuter. M. Guéneau de Mussy n'a parlé que d'un seul, de la torsion, et il a omis tous les autres. Cependant, dit M. Cruveilhier, ces caractères sont importans et nombreux ; ce n'est pas avec des preuves morales, avec des considérations personnelles qu'on détruit des faits anatomiques positifs. M. le rapporteur cite de nouveau tous ces caractères que nous nous dispensons de reproduire, et il ajoute : quant à l'opinion de M. Bouvier, que mon honorable collègue a invoquée, elle est loin d'être favorable à la sienne. Voici la conclusion de M. Bouvier au sujet du plâtre de Jenny Guéry : « Le moule de Jenny Guéry réunit tous les caractères des » déviations factices, savoir : une grande inclinaison de la partie inférieure du » tronc, l'abaissement forcé d'une épaule, l'inclinaison considérable du bassin, » joints à l'absence presque complète de gibbosité. Mais puisque ces caractères » se retrouvent dans certaines courbures simplement outrées, il est évident que » la déviation de Jenny Guéry peut être également ou entièrement factice ou en » partie réelle, mais fortement exagérée. »

Je regrette donc, dit M. Cruveilhier, de ne rien trouver dans le discours de M. Guéneau de Mussy qui puisse altérer en rien mes convictions.

M. Guéneau de Mussy demande à répliquer. Il donne quelques nouvelles explications sur la manière dont il comprend la torsion des vertèbres dans les déviations. Il affirme ensuite que M. Guérin avait annoncé, dans sa lettre à l'Académie, que M. Hossard avait provoqué une difformité chez Jenny Guéry à l'aide d'un appareil très énergique ; par conséquent, cette difformité eût été réellement pathologique.

M. Cruveilhier répond en citant un passage textuellement extrait du mémoire de M. Guérin, qui ne considère la difformité de Jenny Guéry que comme une déviation simulée par imitation (1).

M. Velpeau. Je commence par protester de nouveau contre le caractère qu'on a voulu donner à la discussion. Déjà j'ai exprimé combien je regrettais qu'une question de personnes fût venue se mêler à une question de science fort intéressante et fort importante, et j'avais cherché à écarter l'une pour faire prévaloir l'autre.

Je regrette que les personnes qui se sont opposées aux conclusions de notre rapport aient ramené la discussion sur ce terrain. Pour moi, je persiste à n'examiner et à ne traiter que la question scientifique. De quoi s'agit-il, en effet, dans le travail de M. Guérin et dans les conclusions du rapport qui vous a été présenté sur ce travail ? Il s'agit de savoir si l'on peut simuler certaines difformités de l'épine : s'il existe des caractères propres à faire distinguer ces difformités factices des difformités pathologiques ; si enfin on peut retrouver ces caractères sur un plâtre. Cette question est une question de science générale. Peu importe que tel ou tel soit atteint par les conclusions auxquelles elle peut conduire ; cela ne doit pas occuper l'Académie ; mais ce qui lui importe beaucoup, c'est de savoir si les moyens qu'on a donnés pour distinguer les courbures artificielles de l'épine des courbures pathologiques sont positifs et certains. C'est ce qu'a examiné votre commission. Or, après de nombreuses observations, elle est venue vous déclarer qu'en effet il existe des caractères positifs, anatomiques, physiologiques, pathologiques, à l'aide desquels il n'est pas possible de méconnaître une déviation factice. Qu'a-t-on répondu ? M. Guéneau de Mussy a opposé à nos faits anatomiques un discours où toutes les ressources de l'art oratoire ont été habilement ménagées, où les argumens spécieux ne manquent pas, où tout a été traité avec adresse, excepté le côté scientifique de la question. Nous avons donné des caractères dont l'exactitude a été vérifiée sur une centaine de squelettes et autant de plâtres empruntés à des difformités de tous les âges, de tous les degrés. A ces observations anatomiques qu'aucune observation n'est venue démentir, M. Guéneau de Mussy a opposé des considérations morales, des considérations d'intérêt particulier. Nous avons dit que les déviations simulées avaient toujours un même siége, une courbure unique, une inclinaison du tronc, des plis à la peau comprise entre les fausses côtes et le bassin, avec absence de torsion, de gibbosité ; nous avons dit qu'en répétant mille fois la même expérience, on obtenait mille fois le même résultat, parce qu'en effet il y a des raisons anatomiques qui veulent que la chose se passe de la sorte et pas autrement. Ainsi les insertions du sacro-lombaire et long dorsal, veulent que la flexion de l'épine ait lieu entre les points de leur insertion supérieure et inférieure, c'est-à-dire à l'union des dernières vertèbres dorsales avec la première lombaire. On a combattu ces faits positifs, immuables, par des suppositions toutes gratuites ; ou bien, on a révoqué l'infaillibilité des personnes qui ont vu et examiné Jenny Guéry pendant son traitement ; on a dit qu'il était impossible qu'elle eût gardé quatre mois la même difformité, sans laisser apercevoir le stratagème ; que sa déviation était restée la même pendant la suspension à une échelle ; que les tractions sur les jambes ne l'avaient point effacée, et plusieurs autres particularités de la même importance : et l'on a paru oublier qu'une jeune fille de 19 ans, celle qui a été moulée sous les yeux de M. Cruveilhier, a reproduit vingt fois de suite les mêmes merveilles ; qu'en marchant, qu'en se suspendant à une échelle, que, tirée par les jambes, elle avait constamment gardé la même attitude, l'attitude simulant une déviation latérale de l'épine.

On nous a cité les planches de l'ouvrage de Delpech, de M. Pravaz, etc. ; en regardant ces planches, il a été impossible d'y méconnaître des faits contraires à ceux qu'on alléguait. On a envoyé des pièces pathologiques et des plâtres à l'Académie ; ces pièces et ces plâtres ont prêté un nouvel appui à nos conclusions. Que peut-on contre de pareils témoignages ? que signifient, en regard de faits si positifs, si avérés, si concluans, que signifient les objections vagues, hypothétiques, et les considérations personnelles qu'on a cherché à leur opposer ? Pour moi, Messieurs, je déclare que le rapport et les conclusions que nous vous avons présentés, sont l'expression de ma plus profonde conviction, et qu'on n'a rien produit jusqu'ici qui soit capable de l'ébranler un instant. (Cette improvisation serrée, que nous n'avons pu rendre dans tous ses développemens, a produit une grande sensation sur l'assemblée ; de toutes parts : Aux voix ! aux voix !)

M. Husson déroule un volumineux manuscrit, et annonce qu'il n'a besoin de la parole que pour treize minutes. (Un membre : L'expérience a sans doute été faite !) L'orateur lit d'un ton solennel un discours à périodes arrondies, dans lequel il parle de tout excepté des caractères propres à faire distinguer les déviations simulées de l'épine des déviations pathologiques. Après avoir rendu hommage à l'*éloquence* de M. Guéneau de Mussy, il déclare à l'Académie qu'elle ne doit point subir la tyrannie d'un journaliste dont il méprise les attaques (1). Ici se trouve une tirade contre la presse en général et contre nous en particulier, où, par un mouvement oratoire extrêmement pathétique, M. Husson s'adresse à ses collègues, et leur demande si c'est un *journal* qui les a faits ce qu'ils sont ; si c'est par un *journal* qu'ils sont arrivés à l'Institut, à la Faculté de médecine, à la réputation ; puis vient une série d'imputations injurieuses contre l'auteur du mémoire, ce qui n'en est pas la réfutation ; enfin M. Husson conclut en demandant que l'Académie passe à l'ordre du jour, etc. Nous regrettons d'avoir été obligé de réduire l'éloquence de l'illustre académicien à de si arides et si froides expressions. Nous aurions voulu rendre le geste animé, le ton solennel, la satisfaction profonde avec laquelle il a prononcé sa harangue : mais nous nous sommes imposé l'obligation de ne faire aucune personnalité. Si, comme on a lieu de l'espérer, il consent à publier sa philippique, nous lui donnerons une preuve de haute impartialité en l'insérant en entier dans nos colonnes. Ce sera sans doute une bonne fortune pour nos lecteurs.

M. Velpeau se dispose à répondre à M. Husson lorsqu'il est violemment interrompu par ce dernier. Je m'attendais, dit M. Velpeau, d'autant moins à être interrompu par M. Husson, que je suis obligé d'improviser ma réponse à un discours écrit et longuement préparé. Je demande donc à être entendu comme j'ai écouté moi-même, sans interruption. M. Velpeau témoigne de nouveau sa surprise de l'opposition de M. Husson. Je croyais sincèrement, dit l'honorable membre,

(1) *Note de M. J. Guérin.* L'allégation de M. Guéneau de Mussy est complètement inexacte. Ma lettre à l'Académie ne contient rien de semblable à ce qu'il m'a prêté ; j'ai dit que Jenny Guéry était droite un mois avant d'être présentée à la commission, et qu'il avait fallu moins d'un mois pour lui procurer une déviation de 17 lignes : mais je ne me suis expliqué en aucune façon sur les moyens employés par M. Hossard pour opérer ce prodigieux résultat. J'étais dans la conviction que la déviation était *factice* ; mais j'ignorais à cette époque qu'on pouvait procurer par une simple attitude une déviation semblable à celle de la femme de chambre de M. Hossard.

(1) M. Husson doit se souvenir que nous n'avons parlé de lui, dans la Gazette médicale, qu'après avoir été l'objet de ses violentes attaques dans le sein de l'Académie. Notre réponse a été d'ailleurs très-modérée, surtout si on la compare à la *diatribe* (c'est ainsi que son inconcevable plaidoyer de ce jour a été qualifié par un de ses honorables collègues) qu'il vient de lancer contre nous. M. Husson a prouvé d'ailleurs qu'il ne méprisait pas du tout nos représailles, par le soin qu'il a mis à y répondre, et à nous attaquer de nouveau. Nous montrerons, nous, comment on méprise dignement les choses et les hommes qui sont méprisables : c'est en ne profitant pas pour lui répondre d'une tribune beaucoup plus retentissante que celle où il nous a insulté, et en le laissant sous le propre poids de ses injures.

que nos conclusions avaient été votées à l'unanimité et par M. Husson lui-même, car c'est pour nous mettre complètement d'accord avec lui, que nous avions acquiescé à quelques modifications de formes. (M. Husson gesticule sur son banc.) Mais puis qu'enfin il combat ce que nous pensions être son propre ouvrage (on rit), je vais examiner ses objections. Ici M. Velpeau reproduit toutes les preuves de fait qu'on avait cherché à écarter et répète qu'aucune observation n'est venue en invalider la rigoureuse exactitude. En présence de semblables résultats, n'avons-nous pas lieu de nous étonner, dit M. Velpeau, de la conclusion du discours de M. Husson? Quoi, messieurs, on nous demande de passer à l'ordre du jour sur un travail fort remarquable et fort important, et de faire tout à la fois un affront aux commissaires qui sont venus vous en rendre compte, et un déni de justice à l'auteur qui vous l'a présenté. L'auteur fût-il le premier venu, vous fût-il complètement inconnu, que vous lui devriez encore des égards. Je demande donc qu'on mette le rapport et les conclusions aux voix. (M. Husson s'agite avec violence sur son banc et réclame avec ses amis, M. Guéneau de Mussy et quelques autres, l'ordre du jour.)

M. Lisfranc. Il est impossible de laisser sans réponse la *diatribe* que M. Husson vient de lancer contre un honorable confrère qui ne peut se défendre dans cette enceinte. (M. Husson demande la parole.) Je m'abtiens d'examiner les objections scientifiques alléguées contre le travail de M. Guérin, M. Velpeau a déjà rempli cette tâche; mais je me fais un devoir de repousser les attaques dirigées contre sa personne. L'honorable membre combat ensuite les différentes allégations de M. Husson, et rappelle un précédent débat où déjà cet académicien s'était livré au même genre d'attaques.

M. Husson, avec vivacité. Je n'ai point lancé de diatribe: si j'avais voulu faire une diatribe, j'aurais parlé bien autrement. (Oh! oh! Une voix: qu'auriez-vous donc dit?)

M. Amussat. Permettez-moi, Messieurs, de vous dire quelques mots sur la question morale qui se rattache à cette discussion; car si quelques personnes, obéissant aux inspirations et aux scrupules de leur conscience, croient devoir se constituer les défenseurs de M. Hossard, dont la considération et la fortune les intéressent, ma conscience aussi me fait un devoir de prendre la défense de M. Guérin, dont la considération et l'honneur ne m'intéressent pas moins, parce qu'à sa cause se rattache celle de la vérité, celle de la science, et, j'ose le dire, celle de l'Académie. Rappelez-vous, Messieurs, les principales circonstances qui vous ont fait connaître M. Hossard. Il y a deux ou trois ans; il vous présenta d'abord des plâtres, en s'engageant à ramener les personnes guéries au bout de quelques mois. Au lieu de cela, il revenait avec de nouveaux plâtres, usurpait l'approbation de l'Académie, distribuait des adresses sur le Pont-Neuf et soulevait l'indignation de plusieurs d'entre nous, qui qualifièrent ses actes comme ils devaient l'être. Enfin vous étiez sur le point de passer à l'ordre du jour sur les prétentions de cet homme, qui n'est pas médecin, lorsque M. Duméril fit remarquer qu'une commission de l'Institut ayant été nommée pour suivre les traitemens de M. Hossard, il était peut-être convenable de faire un dernier essai, et la commission fut maintenue. Qu'arriva-t-il? que des trois sujets traités par M. Hossard, deux l'avaient été précédemment dans son établissement, l'une pendant cinq mois, et l'autre pendant sept mois, ce que M. Hossard s'était bien gardé de nous apprendre. La troisième était la femme de chambre de sa femme; et vous savez que deux des membres de votre commission avaient déjà cru reconnaître que la difformité de cette fille était hautement exagérée. Voilà les antécédens de M. Hossard. Et parce qu'il s'est trouvé un médecin assez courageux pour éclairer l'Académie, et parce que ce médecin a été victime de son zèle, et, avouons-le, de l'erreur même de l'Académie, vous voulez écarter son travail et ses découvertes par un ordre du jour. J'ai dit, Messieurs, qu'à sa cause se rattachait celle de la science et de l'Académie elle-même! En effet, qui osera désormais nous prémunir contre les mensonges de l'intrigue et du charlatanisme? Pour moi, Messieurs, je crois que nous devons des remercîmens à M. Guérin, et je demande que l'on prononce un ordre du jour définitif sur toutes les communications passées et à venir de M. Hossard. (Appuyé! appuyé! Les dernières paroles de M. Amussat sont couvertes par les exclamations de M. Husson et de ses amis. La voix de M. Husson se fait entendre au-dessus de toutes les autres. Dans ce moment le tumulte est à son comble. M. Husson paraît atteint de mouvemens convulsifs! Il interpelle M. le président, se lève, s'assied, demande à grands cris l'ordre du jour.)

MM. Paul Dubois, Nacquart, Adelon, Piorry, Lisfranc, Emery, et quelques autres membres invoquent le réglement contre les prétentions de M. Husson. Ils rappellent que les usages de l'Académie et le réglement ne permettent pas de passer à l'ordre du jour sur un rapport présenté par une commission; le réglement établit au contraire très-explicitement que les conclusions d'une commission doivent être mises aux voix avant toute proposition incidente.

Après quelques minutes d'un tumulte et d'une agitation difficiles à décrire, M. le président met la clôture de la discussion générale aux voix; elle est adoptée à une grande majorité. Le vote des conclusions du rapport est renvoyé à quinzaine, la séance annuelle devant avoir lieu mardi prochain. M. le secrétaire perpétuel annonce que l'Institut n'ayant pas accordé sa salle, cette séance aura lieu dans le local ordinaire des séances de l'Académie.

— M. Lisfranc fait voir les pièces d'anatomie pathologique fournies par un malade qu'il a opéré à l'hôpital de la Pitié. Cet homme portait un cancer qui s'étendait 1° du bord libre de la lèvre inférieure au bord inférieur de l'os maxillaire inférieur envahi par le carcinome; 2° de l'une à l'autre commissure des lèvres; le centre du corps de la mâchoire inférieure a été enlevé avec les parties molles qui le recouvrent. Pour réparer la vaste déperdition de substance qu'il venait de faire, M. Lisfranc a eu recours au procédé de M. Roux de St-Maximin, qu'il a modifié comme on le sait: la peau des parties antérieures et latérales du cou a suffi pour que la difformité soit presque entièrement masquée. L'opération est pratiquée depuis six jours; tous les points de suture sont enlevés; partout la réunion par première intention s'est faite. Le malade n'a éprouvé aucun accident. Tout porte à croire que le succès sera complet.

ADDITION A LA SÉANCE DU 26 JUILLET 1836.

1° M. Lisfranc présente le malade sur lequel il a pratiqué, il y a quatre-vingt-trois jours la ligature de l'artère iliaque externe. Cet homme portait à un demi-pouce du ligament de Fallope du côté droit sur l'artère crurale, un anévrisme vrai du volume d'un gros œuf. On s'est servi d'une seule ligature plate formée par quatre fils réunis. Pendant les deux premiers jours qui suivirent l'opération, il ne survint aucun accident, mais le troisième jour des phénomènes morbides se manifestèrent dans les trois grandes cavités splanchniques.

Le ventre devint très-volumineux et offrit tous les symptômes de la timpanite. Il n'existait de la douleur qu'autour de la solution de continuité pratiquée pour découvrir l'artère. M. Lisfranc mit en usage les cataplasmes faits avec la décoction de têtes de camomille, employa en lavement le liquide qui avait servi à cette décoction; il eut recours à des demi-lavemens purgatifs. Quarante-huit heures suffirent pour voir entièrement dissiper la timpanite.

Une congestion pulmonaire constatée par le stétoscope une bronchite suraiguë, une expuition de crachats sanglans, l'état vultueux de la face, la céphalalgie très-violente, un peu d'incohérence dans les idées, inspiraient les plus sérieuses inquiétudes; en quatre jours cinq saignées furent pratiquées au bras: la première était de trois palettes, toutes les autres étaient de deux. Cette médication active dont l'action fut aidée par l'usage des looks, des tisanes mucilagineuses et de la diète absolue, triompha complètement le cinquième jour des complications qu'elle était destinée à combattre; ainsi, il demeure encore prouvé, ajoute M. Lisfranc, que sans la médecine on ne fait presque jamais de bonne chirurgie.

Dans la nuit du 16 au 17ᵉ jour, le malade, malgré toutes les recommandations qu'on lui avait faites, eut l'imprudence de s'asseoir les jambes pendantes sur le bord de son lit. Une hémorrhagie survint au milieu de la nuit; il s'écoula environ deux palettes de sang, et quand, au bout de quelques jours, la suppuration eut entraîné tous les caillots qui siégeaient dans la plaie, on vit sa surface ecchymosée, ce qui semble prouver que le sang a été fourni par exhalation; l'hémorrhagie n'a pas reparu; la ligature est tombée le vingtième jour.

Le membre a toujours conservé sa caloricité et sa sensibilité ordinaires. Il est un peu moins volumineux que celui du côté opposé; on n'y sent encore aucun battement d'artères. La poche anévrismale, devenue très-dure, a diminué des deux tiers; elle n'a jamais offert la moindre pulsation après la ligature. Un point de la plaie dans lequel on peut à peine introduire le bout d'un stylet, fournit encore trois ou quatre gouttes de pus dans les vingt-quatre heures.

Le malade depuis une quinzaine de jours marche avec la plus grande facilité, et à mesure qu'il reprend de l'embonpoint sa petite fistule diminue.

2° M. Lisfranc dépose sur le bureau un col d'utérus carcinomateux qu'il a enlevé en ville. On voit sur la pièce d'anatomie pathologique que la section a porté sur des tissus sains, et que, faite en dédolant, elle a pénétré jusque dans le corps de la matrice; la malade, opérée il y a trois jours, n'a pas éprouvé le moindre accident.

3° M. Lisfranc fait voir un malade qui avait été affecté, depuis vingt-trois ans, de treize fistules à la cuisse. Presque toutes ces solutions de continuité pénétraient jusqu'à l'os. Le membre avait au moins double de volume. Les parties molles qui le constituent paraissent être de consistance cornée; il y avait douleur et augmentation de chaleur.

M. Lisfranc rappelle qu'il a émis depuis long temps l'idée que si les fistules déterminent les callosités, celles-ci peuvent à leur tour entretenir les trajets fistuleux et les empêcher de guérir. Il suffit souvent de combattre les indurations des parties molles et de les détruire, pour débarrasser les malades de leurs fistules. C'est en effet ce qui est arrivé sur l'homme qui est soumis à l'examen de l'Académie.

On a employé des évacuations sanguines locales et des cataplasmes émolliens pour éteindre la subinflammation; le membre a diminué de volume: dans quelques-uns de ses points, les tissus sont revenus à l'état normal; plusieurs fistules se sont cicatrisées; et quand il n'a plus existé d'élément inflammatoire, on a insisté sur tout l'appareil des moyens fondans. Le malade porte une ankilose vraie de l'articulation coxo-fémorale. Jamais aucune esquille n'est sortie par les trajets fistuleux. La guérison est complète.

BIBLIOGRAPHIE.

DE TUNICA HUMORIS AQUEI COMMENTATIO ANATOMICO-PHYSIOLOGICA ET PATHOLOGICA, a gratioso medicorum ordine in litterarum universitate Heidelbergensi præmio ornata, quam scripsit M. A. Unna, med. chir. et obstetr. doctor. c. 2, tab. in lap. incis. Heidelbergæ 1836. 8° pp. 142.

En 1835, la Faculté de médecine de Heidelberg mit au concours la question suivante: *description anatomico-physiologique et pathologique de la membrane de l'humeur aqueuse*. C'est le mémoire couronné que nous avons sous les yeux et dont nous allons donner un aperçu rapide.

M. Unna divise son opuscule en trois parties à peu près égales, une anatomique, une physiologique, et une pathologique. Dans la partie anatomique, l'auteur s'arrête d'abord à l'histoire de la membrane de l'humeur aqueuse. Il fait voir que Hovius déjà a parlé de la membrane séreuse qui recouvre l'iris; que Zinn ensuite, en 1753, indiqua chez les animaux l'existence de la membrane qui tapisse la face interne de la cornée; mais que ce fut l'anatomiste français Descemet qui, le premier, démontra l'existence de cette membrane chez l'homme, et la décrivit avec soin. Ce n'est que neuf années plus tard que Demours en parla. Il est donc plus juste d'appeler cette membrane, avec le plus grand nombre des médecins allemands, *membrane de Descemet*, que de lui donner le nom de *membrane de Demours*, usité par quelques auteurs.

A l'histoire de la membrane de l'humeur aqueuse, M. Unna rattache celle de la membrane pupillaire qu'il considère comme une partie in-

tégrante de la première chez le fœtus, avant le septième mois. Passant ensuite à la description anatomique de la membrane de l'humeur aqueuse, l'auteur expose d'abord les opinions des différens anatomistes qui se sont occupés de ce sujet, et donne même sur une planche les figures représentant la disposition des parties suivant Døeemet, Demours, Salomon, Weber, Fraenzel, Arnold, et enfin suivant ses propres recherches. De ces dernières, M. Unna conclut que la membrane de l'humeur aqueuse est la continuation de l'arachnoïde oculaire (Arnold), c'est-à-dire de cette séreuse qui sépare la sclérotique de la choroïde, et dont le feuillet sclérotical se prolonge en avant pour tapisser la face concave de la cornée; tandis que le feuillet qui recouvre la choroïde s'étend sur la face antérieure de l'iris, où il se termine à peu de distance du bord pupillaire, sans pénétrer dans la chambre postérieure. Là où les deux feuillets correspondent au ligament ciliaire et au canal de Fontana, ils sont fortement unis ensemble.

Dans la seconde partie de son mémoire, M. Unna s'occupe de la physiologie de la membrane dont il parle. Il arrive aux conclusions suivantes :

La membrane sécrète l'humeur aqueuse, laquelle peut cependant être sécrétée aussi dans la chambre postérieure. L'humeur aqueuse sert non-seulement à augmenter la réfraction des rayons lumineux, mais s'ajoute aussi à l'humeur lacrymale pour lubréfier la cornée, tend cette tunique, en sépare l'iris, facilite les mouvemens de celui-ci, en le tenant suspendu au milieu d'un liquide. La cornée absorbe et exhale l'humeur aqueuse. La membrane pupillaire n'a pas d'usage positif; mais elle a dû exister, puisque toutes les membranes séreuses se développent d'abord sous forme de poche sans ouverture. Elle disparaît, non parceque l'iris en se rétractant la déchire, mais, ainsi que Jacob, et après lui Arnold et Reich, l'ont soutenu, parce que ces vaisseaux s'oblitèrent du centre à la circonférence.

Passant enfin à la partie pathologique de son travail, l'auteur parle d'abord de l'inflammation de la membrane de l'humeur aqueuse, que Wardrop a décrite le premier. Il donne un résumé des travaux de Schindler, Langenbeck, Wedemeyer, Benedict, sur ce sujet. Ces recherches sont assez connues pour nous dispenser de les reproduire. M. Unna croit que l'inflammation de la membrane de l'humeur aqueuse est rarement primitive, et que le plus souvent elle est consécutive à l'inflammation de la cornée ou de l'iris. En ceci, nous sommes complètement de son avis; nous ajouterions même que le plus souvent il est à peu près impossible de distinguer l'iritis de l'inflammation du feuillet séreux qui recouvre l'iris; il n'en est pas de même pour le feuillet qui tapisse la cornée, car son inflammation peut être ordinairement diagnostiquée. M. Unna énumère les différents ophthalmies dans lesquelles la membrane de l'humeur aqueuse est affectée; puis il passe aux autres maladies propres à cette membrane, telles que la kératocèle ou hernie de la cornée, le ramollissement de la membrane de l'humeur aqueuse décrit par Ammon, l'hydrophthalmie antérieure, l'épanchement de sang pur, de lymphe dans la chambre antérieure, la présence d'entozoaires dans cette cavité. Il termine enfin par quelques mots sur la persistance de la membrane pupillaire après la naissance.

Cette partie pathologique nous a paru la plus faible de l'ouvrage : il n'y a que l'inflammation de la membrane de l'humeur aqueuse qui soit traitée convenablement; ce que l'auteur dit des autres affections est trop succinct. Nous aurions désiré aussi que M. Unna eût ajouté la thérapeutique à la pathologie; son œuvre en eût été plus complète. Malgré ces lacunes, le mémoire de M. Unna n'en fait pas moins honneur à son auteur; les recherches anatomiques surtout sont bien faites, et l'auteur a fait preuve d'une érudition étendue, car, à l'exception de la dissertation de M. Kammerer (*De tunicâ serosâ humoris aquei in oculo humano ejusque inflammatione. Prague*, 1828), nous n'avons remarqué aucune omission importante. Nous pouvons donc recommander l'ouvrage de M. Unna à l'attention de tous ceux de nos confrères qui s'occupent de l'anatomie, de la physiologie et de la pathologie de l'organe de la vision.

VARIÉTÉS.

Monsieur,

J'ai lu dans votre estimable journal, à la date du 16 de ce mois de juillet, qu'à la séance de l'Académie royale de médecine du 12, M. Blandin avait présenté deux personnes amputées à la partie inférieure de la jambe, qui se servaient avec une grande facilité de jambes artificielles construites par M. Martin, et que ces jambes étaient très-commodes *et plus simples* que celles *confectionnées* par M. Mille d'Aix.

Je vous prie de vouloir bien rendre publiques quelques observations à ce sujet.

Je ne me suis pas présenté à l'Institut ni à l'Académie comme fabricant, mais comme inventeur d'une nouvelle forme de jambe artificielle, prenant son point d'appui sous la tubérosité sciatique, au lieu de faire appuyer le genou, laissant l'articulation fémoro-tibiale libre, et permettant l'amputation à des points inférieurs à celui qu'on appelle lieu d'élection.

J'ai présenté un modèle auquel j'ai donné toute l'élégance de forme et de construction dont cet appareil est susceptible; j'y ai réuni tous les moyens de remplir diverses indications; nul doute qu'on pouvait retrancher à volonté les moyens qui, dans certains cas, ne sont pas nécessaires, et diminuer de l'élégance lorsqu'elle n'est pas exigée; la simplification de cet appareil ne peut pas être regardée comme un progrès ou un motif de préférence en cas de comparaison.

J'ai voulu faire profiter le public et les fabricans de jambes artificielles de mon invention; mon but est rempli.

Au sujet de mon invention, je dois aussi rétablir un fait.

Il conste des certificats que j'ai déposés en 1835 au secrétariat de l'Académie de médecine, que j'avais inventé et fait exécuter en 1831 une jambe artificielle à point d'appui sous la tubérosité sciatique et à articulation fémoro-tibiale, pour une demoiselle amputée un peu plus bas que le lieu d'élection, qui s'en servait (et elle s'en sert encore) avec beaucoup d'avantage et la plus grande facilité.

J'en fis une autre en 1832; le certificat qui le constate est également déposé.

J'avais ensuite communiqué ce système à plusieurs médecins et chirurgiens de Marseille, de Toulon et d'Aix, qui en reconnurent l'utilité et me procurèrent des sujets.

M. Goyrand, chirurgien d'Aix, m'en fournit un qui lui donna lieu de faire son mémoire sur l'amputation de la jambe au-dessous du lieu d'élection; il l'appuya sous le rapport mécanique en faisant connaître mon invention; il m'en avait demandé le dessin, et je le lui avais confié.

C'est par erreur que, dans un article du journal *la Lancette*, du mois de juillet 1835, on lui attribue l'idée ou l'invention de cet appareil. M. Goyrand m'a assuré qu'il n'avait aucune part à cette erreur; mais comme elle a été répétée dans les journaux étrangers, il m'importe de la rectifier, non par intérêt puisque je n'en fais point l'objet d'une spéculation mais par un double motif d'honneur et de justice.

Agréez, etc. G. MILLE.

— L'Académie des sciences, sur le rapport de la commission nommée pour juger les mémoires présentés pour le concours annuel du prix de médecine et de chirurgie fondé par feu M. Monthyon, a voté les récompenses suivantes :

1° Une récompense de 2,000 fr. à MM. les docteurs Mérat et Delens pour leur Dictionnaire universel de thérapeutique générale et de matière médicale;

2° Une récompense de 4,000 fr. à M. le docteur Reveille-Parise pour son ouvrage intitulé : La physiologie et l'hygiène des hommes livrés aux travaux de l'esprit;

3° Une récompense de 3,000 fr. à MM. Fabre et Constant pour leur monographie manuscrite de la méningite tuberculeuse;

4° Un encouragement de 1,000 fr. à M. Montault, pour un mémoire manuscrit intitulé : Recherches pour servir à l'histoire anatomique, physiologique du liquide séreux cephalo-rachidien considéré chez l'homme;

5° Un encouragement de 2,000 fr. à M. le docteur Junod pour ses Recherches physiologiques et thérapeutiques sur les effets de la compression et de la raréfaction de l'air, tant sur le corps qu sur les membres isolés;

6° Un encouragement de 2,000 fr. à M. le docteur Baudelocque neveu, pour son procédé de la compression de l'aorte abdominale, comme moyen d'arrêter les pertes utérines qui surviennent à la suite de l'accouchement;

7° Une récompense de 2,000 fr. à M. le docteur Heyne jeune pour une scie nouvelle destinée à la resection des os;

8° Un encouragement de 1,000 fr. à M. Martin pour une scie à molette destinée au même usage;

9° Un encouragement à M. Charrière, coutelier, pour le perfectionnement d'un grand nombre d'instrumens de chirurgie;

10° Une récompense de 3,000 fr. à M. Humbert pour son ouvrage intitulé : Essai et observations sur la manière de réduire les luxations spontanées ou symptomatiques de l'articulation ilio-fémorale, méthode applicable aux luxations congénitales et aux luxations anciennes par cause externe.

L'Académie mentionne les ouvrages suivans :

1° Le mémoire de M. Deleau sur le cathétérisme de la trompe d'Eustache;
2° Le mémoire de M. Begin sur l'œsophagotomie;
3° Les Recherches de M. le docteur Sédillot sur les luxations;
4° Celles de M. Malgaigne sur le même sujet.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

PARIS. — IMPRIMERIE ÉVERAT ET COMPAGNIE, RUE DU CADRAN, N° 16.

N° 33. (TOME IV. — 1836.) SAMEDI 13 AOUT 1836.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La Gazette médicale de Paris (*Gazette de santé* et *Clinique des hôpitaux* réunies) parait tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4° 32 colonnes, et équivaut à 6 feuilles in-8°. Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois. Pour l'Étranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Poissonnière*, n° 5, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

THÉRAPEUTIQUE.

DU TRAITEMENT DE LA FORME ATAXIQUE DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE PAR L'ÉMÉTIQUE A HAUTE DOSE, par le docteur R. Graves, médecin de l'hôpital Meath (1) (Dublin).

Jusqu'à ces derniers temps je n'avais employé le tartre stibié dans le traitement de la fièvre typhoïde qu'à des doses peu élevées, et peu de temps après le début; les observations suivantes prouvent qu'on peut l'administrer avec beaucoup d'avantage à haute dose dans une forme et une période de la fièvre typhoïde, où l'on croit communément qu'il doit être très-nuisible.

(1) Cet article est extrait d'un mémoire contenu dans le dernier numéro du *Journal de Dublin* (july), et que l'étendue et le nombre des observations qu'il renferme, et qui en font presque toute la valeur, ne nous avaient pas permis d'analyser dans la dernière revue des journaux anglais. D'ailleurs, tel est l'intérêt qui se rattache aujourd'hui à toutes les recherches faites sur la fièvre typhoïde, et surtout sur son traitement, que nous avons cru devoir offrir aux nombreux praticiens qui en France s'occupent en ce moment des mêmes recherches cet essai, de l'un des médecins anglais qui se sont le plus occupés de l'étude des fièvres. On comprendra toute l'importance du sujet que traite ici le docteur Graves, quand on se rappellera que la forme ataxique de la fièvre typhoïde est la plus grave de toutes celles sous lesquelles se présente cette maladie, toujours grave, spécialement lorsqu'elle succède à la forme inflammatoire ou à la forme adynamique. L'un de nous, sur sept cas de ce genre, n'en a vu qu'un seul (*Leçons sur la fièvre typhoïde*, recueillies à l'Hôtel-Dieu par J.-L. Genest, 1834, p. 434), et M. Piédagnel rapporte avoir perdu neuf sujets atteints de fièvre typhoïde ataxique sur 10 (Gazette médicale, année 1835, p. 195). Le traitement employé ici par le docteur Graves est ou reste à peu près le même que celui auquel eut recours Rason dans le traitement de la fièvre pétéchiale de Gênes, et dont le succès (il dit n'avoir pas perdu un seul malade) donne naissance à la doctrine du contro-stimulisme.

Feuilleton.

SÉANCE ANNUELLE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE. PROCLAMATION DES PRIX. LECTURES DIVERSES.

Il est fâcheux que l'Académie royale de médecine n'ait eu cette année à sa disposition que le local ordinaire de ses séances, rue de Poitiers. Il nous semble que les lieux de réunions ne manquent pas à Paris, et qu'on aurait pu en trouver un plus convenable sans trop de peine. Pendant long-temps cette solennité a eu lieu au Louvre. Il n'est pas probable que la liste civile eût refusé à l'Académie une des nombreuses salles disponibles de ce vaste palais, si on l'eût demandée. Pendant ces dernières années elle s'est réunie à l'Institut. Pour quoi n'a-t-on pu cette année obtenir cette faveur? c'est ce qu'on n'a pas su nous expliquer. Quoi qu'il en soit, le local de la rue de Poitiers ne convenait nullement à la circonstance. Ces sortes de solennités scientifiques et littéraires réclament un certain apparat; la séance annuelle est le seul jour où les académies paraissent en public, qui sans cela ignorerait leur existence. Il faut donc qu'elles y mettent quelque cérémonie. Quand on débarrasse les fauteuils dorés de la chemise protectrice qui cachait et conservait leur splendeur, lorsque les académiciens eux-mêmes tirent de l'armoire l'habit français, le chapeau à plumes et l'épée, c'est probablement pour les faire voir; et c'est une contradiction de déployer tout cet appareil à *huis-clos*. Il faut que dans ces grands jours les portes soient largement ouvertes à tout le monde, et que la représentation ne se réduise pas aux mesquines proportions d'une simple répétition. Ce sont là des futilités, disent certains hommes plus sages apparemment que tous les autres; soit: mais nous soutenons que certaines futilités doivent être faites gravement et sérieusement. Toutes les cérémonies officielles, politiques, scientifiques et autres, sont des niaiseries très-importantes; il serait facile de le prouver, mais nous n'avons pas le temps.

Quoi qu'il en soit, la dernière séance a manqué cette année de publicité. Il n'y avait peut-être pas quatre-vingts personnes étrangères à l'Académie. Nous ne comptons pas quelques dames que l'ingrate disposition du local a fait reléguer dans une soupente, procédé indigne d'une Académie française, et qui ne peut se justifier que par ce qui répond à tout: la nécessité.

Un autre reproche à faire à qui de droit, c'est la brièveté de la séance. Il n'y a eu que deux lectures assez courtes, et qui par malheur n'ont pas paru très-longues. Voilà encore une infraction aux usages académiques. Une séance solennelle d'Académie doit durer long-temps, très-long-temps, et en outre ennuyer

La première observation a été recueillie sur un malade de l'hôpital Meath, qui a vivement fixé l'attention des élèves et de plusieurs praticiens par la gravité extraordinaire que les symptômes présentaient au moment où l'on a commencé à administrer l'émétique à haute dose, et qui semblaient ne laisser aucun espoir.

Obs. I. — J. Taylor, âgé de 24 ans, d'une constitution robuste, d'habitudes tempérantes, fut admis à l'hôpital le 7 mai 1836; malade depuis sept jours, il avait éprouvé dès le commencement des frissons, de la céphalalgie, des douleurs dans les reins. Au moment de son admission, il se plaignait de mal à la tête, de tintement dans les oreilles; la face était congestionnée, les yeux injectés, les sourcils continuellement en mouvement, la peau chaude et sèche, légèrement tachetée; l'abdomen plein et mol. Il y avait constipation. (Infusion de rhubarbe.)

Le 9, le malade a assez bien dormi, a eu quelques rêvasseries; continue à se plaindre de bruits dans les oreilles; le mal de tête est beaucoup plus fort; les taches sont plus nombreuses; râle bronchique des deux côtés de la poitrine; les selles n'ont rien offert d'extraordinaire; le pouls donne 100, vif et très-distinctement dicrote; la langue est brune, sèche et rude; il y a trois jours, le malade avait eu une légère épistaxis. (Le malade prendra toutes les quatre heures la pilule suivante :

Prenez : Pilules de mercure, 3 grains.
Poudre d'ipecacuanha, Demi-grain.

Mêlez. Deux sangsues seront appliquées aux narines, et cette application sera répétée le soir si elle est nécessaire.)

Le dixième jour de la fièvre, il y a eu un peu de sommeil et une abondante épistaxis; la douleur de tête est un peu diminuée; la face reste congestionnée et chaude; la température du reste du corps semble être au-dessous de celle de l'état normal; les pieds sont très-froids; le pouls dicrote et plein donne 112; la langue, sèche et encroûtée, n'est sortie de la bouche qu'avec peine. (Cataplasme aux pieds; vésicatoire sur la région du cœur et d'autres sur les mollets dans le cours de la journée. Le malade prendra toutes les quatre heures la préparation suivante :

Prenez : Mixture camphrée, 1 once.
Liqueur d'Hoffmann, 1 gros.

Mêlez.)

Le onzième jour, le malade était hier soir dans un état très-violent; plusieurs fois il a voulu sortir de son lit; mais quand la garde lui avait parlé, il restait calme pendant quelques instans. Il n'a pas dormi un seul instant de toute la nuit, a constamment déliré et fait entendre un fort grincement de dents. Dans la matinée, il a eu pendant environ dix minutes un accès convulsif qui avait tous les caractères d'une attaque d'épilepsie, avec des convulsions énergiques et l'écume à la bouche. A l'heure de la visite, neuf heures du matin, la figure était très-animée, anxieuse, et exprimait une grande férocité; les yeux étaient hagards et injectés; les sourcils fortement contractés; la vue semblait troublée. La respiration était accélérée; le malade se tournait constamment d'un côté du lit à l'autre et cherchait à enlever les linges qui entouraient le vésicatoire; la peau était chaude et sèche; l'abdomen mol, sans tympanite; selles liquides; la langue est sèche et encroûtée; le malade est constamment occupé soit à la sortir et à la mordre, soit à grincer des dents. Le pouls dicrote, très-fréquent et petit. (Le malade prendra de demi-heure en demi-heure une demi-once de la potion suivante :

Prenez : Tartre stibié, 6 grains.
Eau, 10 onces.
Sirop de pavot blanc, 1 —

Mêlez.)

A trois heures après midi, le malade avait déjà pris la moitié de sa potion; quelques nausées survenues après la seconde dose n'ont pas reparu depuis; il est toujours très-violent, et croit avoir dans la bouche un os qu'il est constamment occupé à mâcher. Depuis qu'il a commencé à prendre sa potion, il est dans un état de transpiration très-abondante; on lui en administre une once de demi-heure en demi-heure.

A six heures du soir, il y a un peu de calme; le malade a pris toute sa potion sans éprouver de nausées; la langue et les lèvres offrent les traces de plusieurs morsures graves; la transpiration continue; le malade a lâché une grande quantité d'urine dans son lit; le pouls est mol et plein. (Trois grains d'émétique en 5 onces d'eau, avec une demi-once de sirop simple; on en donnera une demi-once toutes les demi-heures.)

A onze heures du soir, le malade a tout pris et n'a point eu de nausées; la congestion de la face est moins prononcée, le délire continue; pouls 100, plein et mol.

Prenez : Tartre stibié, 4 grains.
Mixture camphrée, 8 onces.
Teinture d'opium, 1 gros.

Mêlez. A prendre par demi-once de demi-heure en demi-heure.

Le 12, le délire a continué pendant toute la nuit; pas de sommeil; la face est moins congestionnée, les yeux encore hagards et menaçans, peu injectés; les sourcils sont contractés, les pupilles naturelles; le malade répond, parle raisonnablement; le pouls est à 80, régulier; il n'est plus dicrote ni filiforme; il n'y a point eu de selles. (On continuera la potion; lavement émollient; une pinte de porter et de bouillon de poulet.)

Trois heures après midi, quand le malade a eu achevé sa potion camphrée, on eut recours à la solution simple du tartre émétique, et après la seconde dose a commencé un sommeil paisible qui dure encore.

Huit heures du soir. Le sommeil a continué pendant toute la journée; le malade se réveille quelquefois, mais se rendort profondément presque aussitôt.

Le 13, le sommeil a été calme pendant toute la nuit; le malade est tranquille et très-raisonnable; les taches ont disparu; le pouls est à 84, mol et régulier. (On cesse toute espèce de médication; on lui accorde un verre de porter et quelques légers alimens.)

Ce malade a pris plus de 20 grains de tartre émétique en trente heures, et n'a éprouvé qu'une seule fois des nausées. Son observation présente quelques autres circonstances importantes que nous allons signaler successivement.

En premier lieu, la maladie dont il était atteint était la fièvre pétéchiale (maculated), la vraie fièvre typhoïde sous la forme qui règne depuis bien des années en Angleterre et à Paris, et qui est caractérisée par des taches ressemblant un peu à celles de la rougeole. En second lieu, il est remarquable que les symptômes de collapsus assez alarmans pour exciter des craintes graves et nécessiter l'application immédiate de vésicatoires et l'usage des stimulans, soient survenus le dixième jour de la fièvre. Ce fut sous l'influence de ce collapsus que se développa l'excitation cérébrale; et tel était en ce moment l'état du malade, que je ne crus pas qu'il fût possible d'avoir recours à aucun moyen évacuant, au moins sans s'exposer à voir reparaître immédiatement le collapsus. C'est ce qui m'empêcha d'ordonner une seconde application de sangsues.

Le délire fut extrêmement violent chez ce malade, et nécessita l'emploi de la camisole de force et la présence continuelle d'un garde. Les contractions de la face, l'expression de férocité que présentaient les traits, et les tentatives continuelles du malade pour se mordre les lèvres et la langue, offraient la preuve de l'excitation la plus violente et qui ne pouvait être combattue que par les moyens les plus énergiques; et cependant, comme la présence du vésicatoire appliqué sur la poitrine

---

l'auditoire jusqu'à la fatigue. Cette règle a été invariablement suivie par toutes les Académies depuis qu'il y a des Académies, et il faut bien croire qu'elle n'a pas été adoptée sans de bonnes raisons. On a donc tort d'y manquer. Il y aurait du péril à vouloir réformer un usage aussi ancien, dont les bons effets sont constatés par une expérience de plusieurs siècles. Si l'Académie royale de médecine prétend faire mieux que ses aînées, et mépriser la tradition, elle se perdra inévitablement. Elle aura de plus le tort très-grave de sortir de son rôle naturel, qui consiste, ainsi qu'on le lui a très-bien dit dernièrement, à résister aux innovations et non à en faire. Au reste, ce n'est probablement ici qu'un fait accidentel et sans conséquence. Il est tout simple que l'Académie, privée d'auditoire et réduite à peu près à se parler à elle-même, n'ait pas cru nécessaire de suivre ponctuellement l'étiquette; nous réduisons donc notre blâme à un avertissement.

La première lecture a été celle de M. Piorry, qui a rendu compte des travaux communiqués à l'Académie sur les épidémies. Le sujet n'était peut-être pas assez littéraire pour la circonstance, mais M. Piorry a su le ramener à un intérêt général, en y rattachant plusieurs questions d'hygiène publique et privée.

La proclamation des prix a été faite par M. le président, immédiatement après que M. Piorry a cessé de parler. Nous avons déjà donné la liste des lauréats[1], qui sont : pour le prix de l'Académie, M. Trousseau; et pour le prix Portal (*Sur l'influence de l'anatomie pathologique depuis Morgagni*), M. Risueno de Amador, docteur de la Faculté de Montpellier. Le président a accompagné cette déclaration de quelques paroles extrêmement flatteuses pour ces deux lauréats, et surtout pour le dernier. Il a rappelé, si nous ne nous trompons, et dans ce cas nous rappellerions nous-mêmes, que M. le docteur de Amador a remporté il y a sept ans (en juin 1829) une première couronne concurremment avec le docteur Dezeimeris, dans le concours *de philosophie et de littérature médicales* établi par Moreau de la Sarthe, et dont le prix était la riche bibliothèque de ce savant médecin. Tous ceux qui ont assisté à cette brillante lutte, n'ont pas oublié avec quelle distinction et quelle supériorité de raison, de connaissances et de talent M. R. de Amador la soutint. Le mémoire qu'il a envoyé cette année à l'Académie, a, dit-on, étonné les membres de la commission par la profondeur philosophique et le talent d'analyse qui y règnent. D'après le rapport de M. Double, qui est lui-même un modèle de discussion scientifique et que nous espérons faire incessamment connaître à nos lecteurs, l'ouvrage couronné est un livre d'une haute importance, et tel que n'en reçoivent pas souvent les Académies. L'avis de la commission a été unanime; et chacun des membres en particulier en a exprimé sa satisfaction dans les termes les plus honorables pour l'auteur.

La séance a été close par l'*éloge de Dupuytren*, prononcé par M. Pariset, qui a déployé tout le charme de son style élégant, spirituel et piquant, et ce talent d'écrire, trop dédaigné peut-être aujourd'hui dans notre science. La culture littéraire est non-seulement la parure de toutes les sciences, mais encore leur complément et leur véhicule indispensable. Elle est d'ailleurs une des conditions essentielles du perfectionnement de la langue scientifique, et un des plus nobles exercices de l'intelligence. L'éloge de Dupuytren fait par un chirurgien aurait été peut-être plus complet sous quelques points de vue tout spéciaux que M. Pariset n'a pas voulu aborder; mais personne n'aurait su nous mieux raconter la vie publique et privée de cet homme illustre, ni analyser avec plus de sagacité la nature de son génie. La tâche de l'orateur était difficile et délicate, car il parlait devant des contemporains d'un homme qui, jusqu'à sa mort, avait su

semblait avoir augmenté encore cette excitation, puisque le malade cherchait constamment à s'en débarrasser, on ne pouvait songer à lui en appliquer sur la tête, car ils auraient certainement aggravé encore le mal. On sait que dans des circonstances à peu près analogues ils déterminent une espèce de *delirium traumaticum*.

La fréquence et la vivacité du pouls semblaient demander l'emploi du tartre émétique, qui n'était contr'indiqué par aucun symptôme particulier. Le résultat dépassa notre attente; car, pendant l'emploi de ce moyen le délire diminua graduellement, et le pouls, perdant beaucoup de sa fréquence, changea de caractère, et de petit et filant qu'il était, devint plein et mou. C'est alors que nous crûmes trouver l'indication d'employer l'opium, ce qui ne fut fait cependant qu'après que douze grains d'émétique eurent été pris. Plus tard l'opium fut abandonné, et l'émétique seul continué jusqu'à la fin. Il serait cependant difficile de déterminer si, seul, il n'aurait pas auffi pour amener le sommeil qui a annoncé une terminaison heureuse de la maladie.

Ce cas ne suffirait certainement pas seul pour mettre hors de doute l'efficacité du traitement employé. Cependant, si nous considérons l'âge et la force du sujet, l'époque de la maladie à laquelle est survenu le collapsus sous l'influence duquel s'est développée l'excitation cérébrale, si nous nous rappelons que cet état survenant dans le cours d'une fièvre typhoïde et dans les circonstances que nous venons d'indiquer, est presque constamment le signe d'une mort prochaine, nous aurons de puissans motifs d'examiner quel a pu être l'effet du traitement employé dans ce cas, et les observations que nous avons faites à différentes heures de la journée, les détails dans lesquels nous sommes entrés sur l'état du malade examiné à des époques très rapprochées, nous semblent ne devoir laisser aucun doute sur l'efficacité du moyen qui a été employé.

Parmi les symptômes les plus graves qu'a offerts ce malade, l'attaque épileptiforme qu'il a éprouvée le dixième jour ne devait pour ainsi dire plus laisser d'espoir. J'en appelle ici à ma propre expérience et à celle de tous les médecins qui ont eu occasion d'observer un grand nombre de cas de fièvre. Hippocrate lui-même ne consacre pas moins de quatre aphorismes pour faire ressortir ce danger. Mais d'autres faits nous ont présenté les mêmes résultats, et dans des circonstances qui ne paraissaient pas plus favorables.

L'observation suivante est d'autant plus importante, qu'elle a été suivie par le chirurgien général, le docteur Crampton, qui, au moment où le traitement fut commencé, regardait le malade comme dans un danger extrême, et que le docteur Campbell, qui observait pour la première fois l'emploi de ce moyen, a dit depuis, dans son cours, qu'il restait à peine, au moment où il fut commencé, quelque espoir de sauver le malade.

Obs. II. — M. C..., chirurgien, ancien élève du chirurgien général, jeune homme d'une constitution et d'une force athlétiques, fut pris d'un frisson fébrile le 9 mai 1836. Il fut suivi depuis le commencement de la maladie par le docteur Campbell, et présentait, lorsque je le vis le sixième jour de la fièvre, une éruption nombreuse ressemblant un peu à celle de la rougeole. Il ne survint aucun symptôme extraordinaire jusqu'au septième jour, et le mal de tête, qui avait été très fort dès le commencement, avait presque complètement disparu sous l'influence d'une application de quelques sangsues.

Le huitième jour, au matin, j'observai quelques irrégularités dans la respiration, sous forme de soupirs éloignés, variété de la respiration qui indique souvent un trouble du système nerveux, et que j'ai fréquemment remarqué comme l'annonce d'une excitation cérébrale. C'est cet état que dans mes cours je signale sous le nom de respiration cérébrale.

Le soir, nous nous trouvâmes avec le chirurgien général, et l'état du malade était extrêmement grave; le pouls était à 140 et misérable; le malade, couché sur le dos, présentait beaucoup de taches (*maculæ*). Depuis quelques heures, l'abdomen avait pris une tuméfaction considérable, symptôme extrêmement défavorable, puisqu'il n'y avait pas de coma qui pût expliquer une tympanite aussi subitement développée, qu'elle semblait annoncer une dissolution prochaine. La langue était sèche, et il y avait de la soif. Nous résolûmes en consultation d'employer le traitement par le chlorure de soude; mais au moment où nous allions nous retirer, l'état du malade changea tout à coup; il se jeta hors de son lit, et nous eûmes de la peine à l'empêcher de se jeter par la fenêtre; il eut pendant quelques minutes un délire violent qui fit place à un délire moins intense; nous ne pûmes cependant obtenir de lui qu'il se remît au lit; il continua à se promener nu en chemise dans sa chambre, soutenu par deux gardes. Ses yeux étaient hagards, et de temps en temps il menaçait du geste et de la voix ceux qui l'entouraient. Son pouls était si fréquent, qu'on pouvait à peine le compter, et était en même temps extrêmement faible. Que pouvions-nous faire? Sa faiblesse générale ne permettait l'emploi ni des sangsues ni de l'artériotomie; les vésicatoires, outre que leur action aurait pu se faire attendre long-temps, auraient probablement aggravé la maladie. on ne pouvait songer aux affusions froides; enfin, après avoir hésité pendant quelque temps, j'ordonnai la potion suivante :

Prenez : Emétique, 8 grains.
Sirop de pavot blanc, }
Mucilage, } de chaque, 1 once.
Eau, 6 onces

A donner par demi-once de demi-heure en demi-heure.

Les six premières doses lui causèrent des nausées; cependant ce ne fut qu'à la septième qu'il eut quelques vomissemens, et après la huitième il vomit une très-grande quantité d'un fluide bilieux et muqueux; dès lors il devint plus tranquille; après le second vomissement il consentit à se remettre au lit, mais on eut beaucoup de peine à lui redonner un peu de chaleur.

A dix heures du soir, je trouvai un tel changement chez le malade, que j'ordonnai de n'administrer les doses que de deux en deux heures.

Le neuvième jour, à huit heures du matin. Le malade a pris cinq doses depuis hier au soir; l'estomac est en repos depuis la huitième dose. Il y a eu plusieurs heures de sommeil tranquille pendant la nuit (il n'avait pas dormi depuis plusieurs nuits); mais en ce moment il semble plus excité; il menace ceux qui l'entourent. J'ordonne de répéter la dose après une heure et demie. Le malade dort plusieurs heures dans la journée et a eu des selles liquides; et bien qu'il paraisse assez tranquille, on fait cependant rester deux hommes robustes avec la garde.

A sept heures du soir, la fièvre redoublait encore, ainsi que l'excitation cérébrale; on prescrit les doses de demi-heure en demi-heure.

Le dixième jour, le malade a pris six doses pendant la nuit. Dans la matinée, il a échappé à la surveillance de ses gardiens, mais s'est promené tranquillement dans la maison, et s'est remis au lit quand on lui a dit de le faire. Il était si bien, que nous discontinuâmes le tartre stibié, dont il avait pris 12 grains en tout en quarante-huit heures, avec une diminution notable de la fréquence du pouls, qui avait en même temps repris de la force et de la régularité. La peau aussi était devenue souple et moite; l'abdomen est revenu à son état normal; les pétéchies ont presque disparu.

Le quatorzième jour, la fièvre avait presque complètement disparu, et la respiration qui, le dixième jour, avait été de 50 par minute, était retombée à 25. L'amélioration continua, et le vingt-septième jour il n'y avait plus de fièvre. On administra un laxatif doux tous les deux jours, jusqu'au moment où le malade entra en convalescence. Il est assez remarquable que, depuis le moment où l'irritation cérébrale eut disparu sous l'influence de l'émétique, le malade dormit presque continuellement jusqu'à celui où disparut la fièvre.

Le fait suivant, que nous analyserons rapidement, ne prouve pas moins que les précédens en faveur du traitement par l'émétique à haute dose.

établir autour de lui le silence. M. Pariset est sorti de ces difficultés avec bonheur. Nous emprunterons à ce remarquable morceau d'éloquence quelques extraits pris au hasard, et choisis seulement en vue de l'espace qui nous reste. Nos lecteurs voudront bien suppléer aux transitions dont au reste ils n'ont pas indispensablement besoin. »

« Je vais parler d'un contemporain devant ses émules; d'un maître devant ses élèves, d'un grand chirurgien devant des gens du monde. Que d'écueils m'environnent! Pour ceux-ci, je serai obscur et fastidieux; pour ceux-là, quelque mesuré que soit mon langage dans la critique ou la louange, j'aurai toujours dit trop ou trop peu. Ajouterai-je que des écrivains pleins d'esprit m'ont précédé, et qu'en me frayant une route difficile, ils y ont jeté pour moi des difficultés nouvelles? ils m'ôtent le mérite de l'originalité; ils me livrent au danger des comparaisons; ils feront pâlir mes faibles peintures par la vivacité des leurs. Marchons toutefois; et si dans ma course, des traits m'échappent qui déjà portent leur cachet, pour ainsi dire, il ne m'en coûtera point de leur en faire hommage; et, du reste, quelque sentiment que j'exprime sur celui dont je fais l'éloge, que mes auditeurs daignent se souvenir, que, tout ami que je me pique d'être de la justice et de la vérité, je ne suis responsable ici que de la sincérité de mes paroles, et que je dois trouver toute mon apologie dans ma bonne foi.

Il est des hommes dont la vie commence comme l'histoire de quelques nations de l'antiquité, par des aventures qui tiennent du roman. Adam Smith et Dupuytren ont eu cela de singulier : le premier, né à Kirkaldy, petite ville du comté de Fife, en Écosse; le second, à Pierre-Buffière, petite ville de la Haute-Vienne, en France, tous les deux, à l'âge de trois ans : pendant qu'ils jouent devant la maison, l'un de son oncle, l'autre de son père, tous les deux sont enlevés, Adam Smith, par une troupe de Bohémiens; Dupuytren, par une riche voyageuse de Toulouse, qui, cherchant un enfant, rencontre celui-là, et le prend, charmée de sa blonde chevelure, de sa physionomie pleine de feu, et de de la grâce de son patois limousin. Adam Smith est repris par son oncle; Dupuytren par son père; et le fil des deux aventures fut coupé. S'il ne l'eût été, que seraient devenus ces deux enfans? Rendu à sa famille, Adam Smith suivit la destinée. Pour entrer dans la sienne, il fallait que Dupuytren fût encore enlevé, et cette seconde fois, non par la force ou la surprise, mais par un de ces pieux sentimens, ou si l'en veut, par une de ces amorces d'avenir, qui remuent si profondément les imaginations sans expérience. Il était né en 1777. Malgré l'étroite fortune de son père, il avait ébauché quelques études au collége de Magnac-Caral, le même où avait été élevé Giraud, son compatriote. On était en 1789. Dupuytren avait douze ans. Il était en vacance à Pierre-Buffière, et s'oubliait à jouer sur la place publique. Arrive un régiment de cavalerie, un officier de ce régiment jette les yeux sur le jeune Dupuytren. Saisi, comme l'avait été la dame de Toulouse, il adresse à cet enfant quelques paroles, et en reçoit des réponses dont la justesse et la vivacité le transportent. Il lui propose de l'emmener à Paris. Ému de joie, l'enfant accepte; la famille consent; et sur la foi de ce protecteur à peine connu, le voilà séparé de tous les siens, et sur le chemin de la capitale. Qui donnait le change dans ce jeune cœur aux affections qui l'avaient rempli? l'espérance. »

« Dès ce moment, Dupuytren se tourna vers l'anatomie pathologique. Ses travaux, préparés par ceux de Haller, Corvisart, de Bichat, secondés et quelquefois modifiés par ceux de Bayle et de Laennec, mis en ordre par Cruveilhier, imités, suivis, étendus par une foule d'écrivains plus modernes, ont fait prendre à cette partie de la science une face toute nouvelle. Ce n'est plus, en effet, l'indi-

Obs. III. — M. M..., d'habitude sédentaire, âgé de 40 ans et doué de beaucoup d'embonpoint, avait présenté les premiers symptômes de la fièvre typhoïde, la céphalalgie, l'éruption pétéchiale, vers le cinquième jour, etc. Deux fortes saignées du bras avaient été faites, et des sangsues avaient été appliquées aux tempes dans le but de diminuer l'intensité de la céphalalgie, et plusieurs fois aussi on lui avait administré des purgatifs. Du moment où l'éruption apparut, l'anxiété et la faiblesse du malade allèrent en s'accroissant, et le neuvième jour, lorsque je le vis, il était dans un état alarmant. Baigné dans une transpiration abondante, son pouls battait 130; la respiration était très-fréquente et la figure offrait les signes d'une vive excitation; la langue était sèche et le corps entièrement couvert de pétéchies.

Cet état offrait la plus grande gravité; l'excitation cérébrale survenue, malgré le traitement antiphlogistique énergique employé dès le commencement, et à une époque où la débilité présente dans ces cas un obstacle formidable à l'emploi des évacuans, ne pouvait être traitée par les antiphlogistiques; et le pronostic était singulièrement aggravé par l'état d'embonpoint du malade, qui, on le sait bien, est une circonstance très-défavorable pour les sujets frappés du typhus. Je conseillai l'émétique à la dose de 3 grains pour vingt-quatre heures, et au bout de quarante-huit heures le système nerveux était calme. Le délire était diminué et le sommeil était revenu. Chez ce malade, l'émétique amena de nombreuses selles bilieuses, en même temps qu'il diminuait notablement la fréquence du pouls et de la respiration; un fait encore remarquable que nous avons observé chez lui, c'est que, en même temps que l'effet du tartre stibié était produit, la transpiration excessive diminuait, et même qu'elle avait entièrement cessé au bout de quelques heures.

La fièvre ne cessa, il est vrai, qu'après le dix-neuvième jour, mais sans autres accidens graves, à l'exception toutefois d'un hoquet opiniâtre qui survint le treizième jour, ne lui donnait de repos ni le jour ni la nuit, et ne céda qu'à l'emploi du vin de Bordeaux à la glace, après avoir résisté à une foule d'autres moyens.

L'observation suivante va nous offrir l'un de ces cas de typhus les plus désespérés, et où il nous semble difficile de méconnaître l'efficacité du traitement employé; aussi nous croyons devoir le rappeler avec tous les détails nécessaires, pour que l'on puisse en suivre les effets.

Obs. IV. — Meylagh, paysan fortement constitué, âgé de 25 ans, fut pris le 25 mai 1836 de symptômes ordinaires du typhus commençant; il fut admis à l'hôpital le 1er juin, après avoir été à plusieurs reprises et fortement purgé.

Le 2 juin, lorsque je le vis pour la première fois, il avait passé une nuit très-agitée et était si indocile qu'on avait été obligé de lui mettre la camisole de force; il refuse de répondre à toutes les questions que je lui adresse. Sa physionomie est à la fois triste et farouche; ses yeux sont hagards et légèrement injectés; la peau est chaude et sèche, mais les extrémités sont froides et livides. Pouls, 13?, petit, comprimé; respiration 42; urines et selles involontaires; langue sèche, presque noire au centre; tout le corps est couvert de pétéchies. J'ordonne de chercher à réchauffer immédiatement les extrémités et de faire prendre de demi-heure en demi-heure une demi-once d'une potion composée de quatre grains de tartre stibié, huit onces d'eau et deux scrupules de laudanum.

A midi, il commence à serrer les dents, se mordre les lèvres et cracher à la figure de tous ceux qui s'approchent de son lit. Ses yeux présentent un mouvement de rotation presque continuel et du strabisme. La camisole de force n'étant plus suffisante pour le maintenir on est obligé de lui attacher les jambes au lit. Le pouls est petit et filant; on prescrit de doubler les doses.

A six heures du soir, il y a de l'amélioration: le malade continue, il est vrai, à délirer, mais sans fureur; il est dans une transpiration abondante; le pouls est à 120, mol, compressible; et la respiration à 36 et régulière. Depuis six heures du soir jusqu'à 9 il y a eu un sommeil paisible; la transpiration continue; il rend une grande quantité d'urine; les extrémités sont chaudes et moites; depuis le matin le malade a pris quatre grains et demi de tartre stibié et 25 gouttes de laudanum. L'administration des doses sera subordonnée à l'état du malade.

Le 3 juin, il a pris deux grains et demi d'émétique; pendant la nuit il a dormi un peu; la langue est rouge, sèche et fendillée; la soif est plus intense; la peau chaude et moite; le pouls 96, 30 respirations régulières; le malade répond raisonnablement. Il n'a point eu de selles, le ventre est ballonné. On suspend l'émétique; des lavemens émolliens amènent des évacuations abondantes après lesquelles le ballonnement du ventre disparaît; et le soir les pétéchies étaient beaucoup moins nombreux.

Le 7 juin, le sommeil était redevenu régulier; le pouls donnait 65; l'intelligence avait repris peu à peu son état normal; les urines et les selles ne sortaient plus involontairement; la langue se nétoyait et s'humectait, et le malade entrait, pour ainsi dire, en convalescence.

Nous avons observé en même temps, et dans les mêmes circonstances, trois autres cas semblables et avec les mêmes résultats. Cependant je ne terminerai pas sans faire observer que je ne prétends nullement recommander ici le tartre stibié comme spécifique dans le traitement de la fièvre typhoïde; je ne l'emploie que dans la forme que je viens de décrire. Dans le traitement de cette maladie, le médecin doit employer un grand nombre de moyens différens, suivant les circonstances et les indications; et celui-là seulement réussira, qui suivra avec attention les progrès de la maladie, et saura appliquer les moyens appropriés au moment où ils seront indiqués. Les saignées, les sangsues, les purgatifs, les mercuriaux, les antimoniaux, les absorbans, les acides, les stimulans, les toniques, les vésicatoires, le chlorure de soude, etc., sont tous utiles, mais à des époques ou dans des formes de la maladie différentes. Pour conclure, nous dirons que le traitement de la fièvre sera toujours difficile, toujours complexe, mais qu'on doit surtout chercher à l'obtenir efficace.

CHIRURGIE PRATIQUE.

REMARQUES SUR LES AMPUTATIONS PARTIELLES DU PIED ET DE LA MAIN, avec des observations par John MACFARLANE, chirurgien à l'infirmerie royale de Glasgow.

Nous avons une foule de procédés applicables aux amputations partielles du pied et de la main; ce qui nous manque, ce sont des observations en assez grand nombre pour apprécier leur véritable valeur. Aussi pensons-nous qu'on lira avec intérêt le travail tout pratique de M. Macfarlane, d'autant plus que les indications qu'il pose ne sont pas seulement appuyées sur son expérience personnelle; il nous apprend que, dans une nombreuse réunion de la Société médicale de Glasgow où il a lu son mémoire, tous les membres qui ont pris part à la discussion ont corroboré ses opinions de leur adhésion, en sorte qu'il représente pour ainsi dire la pratique actuelle de l'une des villes les plus chirurgicales de l'Angleterre.

Voici d'abord à quelle occasion il a été composé. Dans une réunion de l'association anglaise à Dublin, M. Whatton de Manchester avait lu à la section médicale un mémoire sur l'amputation longitudinale et partielle du pied, qu'il regardait comme chose nouvelle et propre à remplacer dans beaucoup de cas les amputations transversales. M. Macfarlane s'élève contre cette prétention de nouveauté; il rappelle les observations et les préceptes publiés par Garengeot, Ledran, Moreau de Bar, B. Bell, sir A. Cooper, M. Larrey, Guthrie, Hey, Hennen,

---

cation fugitive d'Hippocrate; ce n'est plus la froide anatomie de Bartholin, de Bonnet, de Mauget, de Morgagni, de Lieutaud; laquelle semble ne mettre sous les yeux des désordres, que pour en cacher à l'esprit l'origine: c'est une anatomie vivante, pour ainsi dire, et toute animée, où, l'œil attaché sur les tissus primordiaux, et par degrés, sur les grands appareils, voit les altérations poindre, se développer, opérer sur nos parties les métamorphoses qui les dénaturent, les augmentent, les diminuent, les transposent, les déforment, et finalement en changent les élémens les uns dans les autres, par une sorte de plagiat réciproque, comme si ce jeu de transmutations, dont le fœtus qui va naître est le résultat définitif, se perpétuait toute la vie. Maître d'une multitude de matériaux, Dupuytren, par les mains de Marandel, en construisit un édifice. Il distribua les lésions organiques en espèces, en genres, en ordres, en classes; il en fit un grand système, une sorte de Musée; pensant ériger ainsi l'anatomie pathologique en science indépendante; fausse vue qui le conduisait à séparer ce qui est inséparable; car, on le voit, cette anatomie n'est que la pathologie elle-même, plus analytique cette fois, plus profonde, et par là plus exacte et plus complète; c'est une histoire qui embrasse les maladies dans toutes leurs phases, et met à découvert tout ensemble, et la série des actes dont elles se composent, et les étonnantes ressources de la nature, à côté de ses aberrations apparentes. Il suit de là du moins que l'anatomie pathologique moderne a singulièrement éclairé le diagnostic. Le langage des symptômes, quelquefois si obscur, est devenu plus intelligible. L'art y saisit mieux ce qu'il doit espérer ou craindre; ce qu'il doit faire, et surtout ce qu'il doit éviter. Les méprises seront donc plus rares: c'est beaucoup; c'est trop peu; et il faut l'avouer, l'utilité pratique de ces milliers de curieuses découvertes n'est proportionnée ni à leur nombre, ni à leur éclat. Au milieu de tant de richesses, on ressent une sorte d'indigence. C'est que l'invincible nature des choses resserre cette espèce d'anatomie dans de trop étroites limites. Elle admet les cachexies qu'elle ne peut rejeter; mais elle n'en a pénétré ni l'essence ni les variétés. Ces variétés sont infinies, et comme elles se confondent avec les conditions originelles de l'organisation, et que les tempéramens divers ne sont peut-être que des cachexies fondamentales, et comme invariables, il s'ensuivrait que les principes des maladies seraient toujours des principes complexes, même quand on les croit les plus simples, et que, sous les apparences de l'identité la plus parfaite, ils cachent souvent les caractères les plus opposés. D'un autre côté, nos humeurs sont encore mal connues, ainsi que la prodigieuse diversité de leurs dépravations spontanées, ainsi que celle des impressions qu'elles portent sur le système sensitif, et finalement l'homme mort semble se survivre par des mouvemens intérieurs, par des courans qui déplacent tout, qui enlèvent d'un point les vestiges des maladies pour les transporter dans un autre, ou pour les effacer à jamais, comme s'efface un vain songe. J'ajoute que dans les recherches de cette nature, la première lésion perceptible n'est jamais que l'effet d'une cause qui échappera toujours, et qu'il serait nécessaire de saisir pour tout connaître. Quel fonds faire sur des phénomènes si obscurs et si instables? et avec quelle réserve l'art doit les interpréter! C'est surtout ici que la crainte est le commencement de la sagesse.»

« Nous allons donc sortir de ces faits de détail et tourner les yeux vers un plus grand théâtre. En 1803, un concours fut ouvert pour une place de chirurgien de seconde classe à l'Hôtel-Dieu. Roux, Tartra, Heidelhoffer, Maygrier, concoururent, et avec eux Dupuytren. On a dit que dans les épreuves il n'eut pas toujours la palme, et qu'un de ses rivaux l'éclipsa plus d'une fois. L'esprit souf-

sir Ch. Bell, Aston Key, etc. Ensuite, il rapporte ses propres opérations avec les conséquences qu'il en a déduites.

1° *Amputations partielles du pied.* Il est d'une haute importance, dans les fractures ou la carie des os du métatarse, de n'enlever que ce qui est altéré et de conserver tout ce qui est sain. Hey reculait devant l'amputation d'un seul métatarsien du centre du pied, par la crainte de ne pas pouvoir se rendre maître du sang au fond d'une plaie étroite et profonde, et aussi à cause de l'incertitude des limites de la maladie. La première objection n'a pas besoin de réponse; quant à l'autre, on peut généralement déterminer assez bien par un examen rigoureux l'étendue du mal, principalement dans les fractures, si l'on est appelé avant le développement de la tuméfaction et de la tension.

Obs. I. — J. W., âgé de 18 ans, constitution scrophuleuse, avait un petit ulcère spongieux sur le dos du deuxième métatarsien du pied droit, vers le milieu de l'os, datant de neuf mois, et qu'il attribuait à une lésion extérieure. A l'examen l'os fut trouvé carié dans une grande étendue; mais à raison de l'infiltration et de l'induration des tegumens, on éprouva quelque difficulté à constater l'état des os voisins. Toutefois, après mûr examen, M. Macfarlane pensa qu'ils étaient sains, et procéda à l'ablation de l'os malade en divisant l'espace métatarsien de chaque côté, depuis la naissance des orteils jusque vers le tarse, et en désarticulant dans la jointure métatarso-tarsienne. Les bords de la plaie furent aisément rapprochés et maintenus en contact par quelques bandelettes agglutinatives et un bandage. La plaie fut environ trois semaines à guérir; et peu après le malade marchait sans aucune gêne.

Quand on a à enlever deux ou trois métatarsiens, faut-il rapprocher les parties de manière à combler l'espace qui les sépare, ou bien les laisser séparées? Pour la main, cette question ne fait pas doute, et il faudrait rapprocher; mais pour le pied, M. Macfarlane pense qu'on obtiendrait peut-être un meilleur résultat en laissant les orteils dans leur position primitive. En les rapprochant, ce qui ne peut s'obtenir que par force, on déplace en partie les os métatarsiens qui restent invariablement écartés à leur base, et l'on rétrécit la surface sur laquelle l'opéré s'appuiera en marchant. Ces réflexions m'ont été suggérées il y a quelques années, dit l'auteur, en examinant le pied d'un ouvrier qui avait eu le second et le troisième métatarsiens enlevés avec leurs orteils, et les parties ensuite rapprochées par le docteur Georges Monteath. Il avait alors et il conservait encore, la dernière fois que je l'ai vu, une grande difficulté à marcher, difficulté qui aurait été moindre, je pense, si la plaie avait été différemment dirigée.

Le premier métatarsien est un des plus fréquemment atteints de la carie. Quand on peut en conserver quelque portion, il faut toujours le faire, attendu que la perte de cet os entraîne pour l'avenir une plus grande difficulté à marcher que celle d'aucun autre. Mais il faut être parfaitement assuré que toute la carie sera enlevée, sans quoi l'opération serait à refaire. Si la maladie est bornée au tiers antérieur de l'os, on peut le réséquer et garder l'orteil correspondant avec espoir qu'il restera utile; si la résection se pratique sur le tiers moyen ou le tiers postérieur, les chances de succès sont bien plus grandes encore, l'orteil conservant en grande partie son appui naturel. Mais lorsque l'os doit être enlevé en entier, il faut également emporter le gros orteil, pour empêcher l'incommodité que produit généralement sa conservation; cet orteil se déplaçant et s'inclinant en dedans par l'action irrégulière et incertaine de ses muscles.

Obs. II. — M. A., femme scrophuleuse et délicate, âgée de 21 ans, entra à l'infirmerie royale le 12 avril 1832. Sept mois auparavant, une petite tumeur indolente s'était développée sur la face interne du premier os métatarsien du pied droit, près de sa partie moyenne; elle avait suppuré et donné naissance à une fistule. A travers cette ouverture on sentait l'os carié et si mou, que la sonde pénétrait aisément dans sa substance. La maladie paraissant bornée au centre de l'os, on résolut d'enlever cette unique portion, en laissant en place les deux extrémités articulaires. L'opération fut pratiquée sans difficultés à l'aide d'une incision suivant la direction de l'os; on disséqua les parties molles à la face dorsale et on divisa l'os avec les pinces à résection, après s'être assuré que toutes les parties malades étaient comprises dans le fragment réséqué. Il y eut un peu de suppuration; au bout de trois semaines, la plaie était solidement cicatrisée, et quelques semaines après, le pied remplissait pleinement ses fonctions.

Chez les sujets très-jeunes, il est en général nécessaire d'emporter l'os tout entier, même quand il n'y aurait qu'une portion de la surface dénudée et cariée, à cause que le tissu spongieux, point de départ fréquent de la maladie, peut être ramolli et imprégné de la matière caséeuse des scrophules, et qu'il n'est pas possible de s'en assurer par un examen extérieur.

Obs. III. — G. N..., âgé de 9 ans, entra à l'Infirmerie royale le 15 septembre 1831. En arrière de la face plantaire du gros orteil était une tumeur œdémateuse, traversée au centre par un petit conduit fistuleux qui aboutissait à une maladie de l'os. L'affection datait d'un an et était rapportée à une légère lésion extérieure.

Le 18, une incision exploratrice fut faite le long du bord interne de l'os métatarsien, qui fut trouvé malade dans une plus grande étendue que l'introduction de la sonde et l'aspect des tégumens tuméfiés et changés de couleur ne l'avaient indiqué. On amputa l'os tout entier avec le gros orteil, à l'aide d'une incision qui de la face dorsale de l'articulation tarso-métatarsienne venait contourner la racine du gros orteil. La guérison était complète au bout d'un mois; mais près d'un an s'est écoulé avant que l'enfant pût marcher sans difficulté.

Quand la carie est limitée à un ou plusieurs des os du tarse, et qu'une opération est jugée nécessaire, c'est une question importante de savoir si l'on est autorisé à enlever les parties affectées, en laissant en place les os métatarsiens et les orteils correspondans. J'avoue, dit l'auteur, que mon expérience sur ce point n'est pas suffisante pour décider la question. J'ai enlevé une fois seulement, dans un cas de lésion produite par la chute d'un corps pesant sur le côté externe du pied, deux des os du tarse, en respectant les métatarsiens et les orteils. Le cuboïde et le troisième cunéiforme étaient brisés en esquilles, et les tégumens qui les recouvrent largement lacérés. Tous les fragmens furent enlevés, non sans difficulté, et après une violente inflammation du pied et de la jambe, la plaie se cicatrisa. J'ai perdu de vue ce malade avant d'avoir pu m'assurer si son pied lui servait pour la marche.

Il est bien plus aisé d'extirper la maladie quand elle est bornée au cuboïde ou à l'un des os situés sur le bord interne du pied, quand les os du centre sont affectés. Ceux-ci sont plus profondément situés, plus solidement engrenés les uns dans les autres, et leur ablation est extrêmement difficile et douloureuse. On y a cependant eu recours quelquefois avec succès; mais il est rare que la maladie se borne à un ou deux de ces os, et qu'on puisse s'en assurer par l'examen extérieur. Le cas suivant est le plus beau succès de ce genre que l'auteur ait été à même de voir.

Obs IV. — A M..., âgée de 19 ans, entrée le 12 septembre 1835, portait sur le dos du pied droit, touchant le cuboïde, un ulcère de l'étendue de six-pen-

---

fle où il veut, et quoi de plus variable que celui de l'homme? En revanche, je crois savoir que, sur une question très-difficile, Dupuytren mit dans ses paroles tant de force et de netteté, il déploya tant de connaissances, il s'éleva à une telle hauteur, qu'il éblouit tout son auditoire, et fit enfin pencher la balance. C'est ainsi qu'il ranima le zèle de ses protecteurs: et quels protecteurs! Thouret, Boyer, Corvisart, excellens juges du mérite, et probablement instruits par leur propre expérience des bizarres inégalités du génie: du génie qui semble sommeiller et se trahit par des explosions. Dupuytren fut nommé. Devant lui s'ouvrirent les portes de ce temple de la chirurgie, alors le plus célèbre de l'Europe et du monde, où il est appelé au plus saint des ministères, et que semblent habiter encore l'ombre de Desault, l'ombre de Bichat, de l'élève et du maître; noms consacrés par le respect des contemporains, et qui le seront encore par les hommages de la postérité la plus reculée. Un homme leur avait succédé, habile chirurgien, professeur éloquent, sous la direction duquel Dupuytren va désormais s'engager dans l'observation des maladies chirurgicales, et dans l'application pratique de ses propres théories. Sous sa direction, ai-je dit? Je me trompe. Il est des esprits d'une telle trempe, que pour eux l'indépendance est un instinct invincible, qui, soit orgueil, soit sentiment de leur propre valeur, secouent le joug de la discipline, et ne reconnaissent d'autorité que celle des faits. Dupuytren ne fait point violence à la subordination; mais il n'a de guide que lui-même; il voit, il observe, il juge; il exerce à la fois ses sens et son esprit; il s'éclaire à la fois par les succès et les revers, dont il n'a ni la gloire ni la responsabilité; impatient néanmoins de mettre les mains à l'œuvre, et sentant avec une secrète révolte qu'il a les mains liées. En 1808, il est fait chirurgien en chef adjoint. En 1811, l'école perdit ce sage Sabatier, dont l'esprit orné, dont la politesse et la modération, dont le savoir exact, solide, étendu, profond, contrastent si bien, dans l'éloge qu'en a fait Percy, avec le génie inculte, impétueux, sublime, mais inégal de Desault. Sabatier laissait vacante la chaire de médecine opératoire. Quelle conquête et quelle gloire! Succéder à Sabatier! lui succéder dignement! S'asseoir en égal au milieu de ses maîtres! et de maîtres admirés de toute l'Europe! Dupuytren se prépare. En 1812, le concours s'ouvre: des talens du premier ordre se présentent; Roux, Marjolin, Tartra, tels sont les redoutables athlètes à qui Dupuytren va disputer la victoire. Quoi que la malignité veuille insinuer contre les concours, il suffirait de celui-là pour trancher toute objection, tant il fut sévère, brillant, solennel! Pendant près de quarante jours, les concurrens furent tenus en haleine, et eurent à traiter, en face d'un public et d'un jury plein de lumières, les plus hautes questions de la chirurgie. Ils firent des réponses écrites, l'une en français, l'autre en latin; des leçons orales et des thèses où ils argumentèrent l'un contre l'autre, et finalement des opérations sur le cadavre. Il y en eut trois, particulièrement l'amputation du bras dans l'articulation supérieure. Dupuytren mit tant de justesse à la faire, que les yeux, cherchant encore le bras dans son lieu naturel, ce bras était aux pieds de l'opérateur! Merveille alors! mais qui ne l'est plus depuis Lisfranc.»

« Telle est, je le répète, la série des travaux dont se remplissaient les longues heures que Dupuytren donnait chaque jour à l'Hôtel-Dieu. Ne vous figurez pas, du reste, qu'il les entreprit dès le principe et tous à la fois. Loin de se prodiguer tout d'abord, il ne songea qu'à se familiariser, qu'à s'acclimater, pour ainsi dire, aux différentes parties de son service. Pour mieux acclimater les élèves à son tour d'esprit, à ses vues, à la gravité de ses manières, à la sévérité de ses habitudes et de ses exigences, en même temps qu'il les acclimatait, le dirai-je, aux sin-

ces, à bords très-tuméfiés, mais sans douleur. La sonde découvrait une carie du cuboïde et de la surface articulaire antérieure du calcanéum ; les autres os paraissaient sains. L'ulcère datait de sept mois ; mais plusieurs années auparavant elle s'était foulé le pied, et était restée sujette depuis lors à un gonflement et à des douleurs dans la partie.

Après divers moyens locaux employés sans succès, une consultation fut faite, et l'amputation décidée pour le 13 octobre. Une incision transversale étant pratiquée sur le dos du pied, du bord externe du troisième orteil à son articulation métatarsienne, jusqu'à l'extrémité antérieure du cinquième métatarsien, et une autre semblable à la plante, on conduisit une troisième incision le long du bord externe du pied jusqu'au niveau du calcanéum. Les lambeaux dorsal et palmaire furent disséqués jusqu'au troisième orteil ; alors il devint nécessaire, pour mettre à nu plus complètement les parties malades, de faire une quatrième incision en travers sur le lambeau supérieur, vis-à-vis la jointure calcanéo-cuboïdienne. Le bistouri fut ensuite engagé d'avant en arrière, entre le troisième et le quatrième os métatarsiens, puis on détacha le cuboïde, et toutes ces parties furent enlevées avec les orteils correspondans. La surface articulaire antérieure du calcanéum étant dépouillée de cartilage et à l'état de carie, fut également resséquée, ainsi qu'une petite portion rugueuse du cunéiforme externe. Un seul vaisseau eut besoin d'être lié. On fit trois points de suture et on pansa à l'ordinaire.

Le 16, les bords de la plaie étaient parfaitement réunis ; mais le 18, quelques minutes avant l'heure de la visite, une hémorrhagie artérielle se déclara soudainement, fit perdre près de 15 onces de sang au malade ; après quoi, elle s'arrêta spontanément et ne reparut plus. La plaie guérit graduellement. Quand cette observation fut rédigée, la malade avait quitté l'Infirmerie depuis quinze jours, le pied en bon état ; les mouvemens des orteils restans étaient complètement libres, et M. Macfarlane ne doutait pas qu'en quelques semaines elle ne vînt à marcher avec peu ou point d'inconvénient.

Si je rencontrais encore un cas semblable, dit M. Macfarlane, dans lequel l'étendue de la maladie pût être aussi nettement précisée, j'essaierais d'enlever les os du tarse seulement, en laissant les métatarsiens et les orteils avec leurs tendons. Je ne sais pas jusqu'à quel point les orteils ainsi conservés, mais privés de leur support en arrière et de leur connexion avec la voûte du pied, seraient utiles dans la marche ; toujours est-il permis d'espérer que l'espace vacant pourrait se remplir ; et comme les métatarsiens et les orteils subiraient à peine un léger déplacement, le pied rendrait ainsi plus de services que s'ils étaient enlevés.

L'auteur ne dit rien de l'amputation de M. Lisfranc. Quand toute la moitié antérieure du tarse est malade, il faut recourir à l'amputation de Chopart. On a élevé contre cette opération de nombreuses objections ; la tendance du lambeau plantaire à se gangréner, l'inclinaison en arrière du moignon et la projection en avant de l'astragale par l'action des muscles du mollet, ce qui met ainsi obstacle à la marche ; le développement d'une violente inflammation qui embrasse quelquefois la jointure tibio-tarsienne et rend une seconde amputation nécessaire. J'ai vu fréquemment, dit M. Macfarlane, cette opération pratiquée avec succès et conserver un membre utile au malade, sans qu'aucun de ces fâcheux accidens ait eu lieu ; et dans deux cas spécialement, les opérés à l'aide d'une botte d'une construction particulière marchaient avec aisance et commodité.

L'un de ces cas qu'il rapporte à trait à un enfant de 10 ans atteint de carie du tarse. M. Macfarlane pratiqua d'abord le petit lambeau dorsal semilunaire, puis le lambeau plantaire et désarticula après. Peu de semaines suffirent à la guérison. Les tendons extenseurs et fléchisseurs adhéraient à la cicatrice ; car l'enfant mouvait l'extrémité du moignon ; et il n'y avait aucune tendance au déplacement par l'action exagérée des muscles gastron-cémiens.

2° *Amputations partielles de la main.* La plupart des observations qu'on vient de lire sur les amputations du pied, s'appliquent à celles de la main ; il y a cependant quelques indications spéciales à noter.

A Glasgow, les amputations partielles de la main sont plus souvent exigées pour cause de lésions extérieures, que pour des affections des os ; c'est le contraire pour celles du pied. Tout en cherchant à conserver à la main son utilité, nous mettons plus d'attention, dit l'auteur, à rapprocher méthodiquement les parties pour éviter la difformité, que quand c'est le pied qu'on ampute. Ainsi, quand nous retranchons le doigt médius ou l'annulaire, nous retranchons en même temps la tête du métacarpien correspondant, pour permettre aux doigts restant de se rapprocher et de simuler plus parfaitement la main naturelle. Par la même raison, en enlevant un ou deux des os métacarpiens du milieu, nous tentons de rapprocher ceux qui restent, au lieu de laisser la cicatrisation se faire dans l'intervalle.

Il rapporte comme exemples un cas d'amputation du doigt annulaire avec son métacarpien, et un autre d'amputation de l'annulaire et du médius avec leurs métacarpiens. Ces derniers os étaient seuls malades ; et l'on sait que leur extirpation simple en laissant en place les doigts qu'ils soutiennent, a été recommandée et pratiquée par MM. Troccon, Roux, Blandin, Velpeau, Wardrop, etc. Mais cette pratique n'est pas généralement suivie, et les doigts ainsi conservés causent fréquemment de la gêne et de la difformité.

Dans les fractures ou les luxations compliquées du carpe, quand la lésion est limitée à un ou deux os, ils peuvent être extraits, et la main conserve son utilité. Dans un cas de luxation du scaphoïde produite par un pistolet qui avait éclaté dans la main, M. Macfarlane enleva l'os, et le malade recouvra l'entier usage de sa main après une suppuration longue et abondante. Il rapporte plus en détail une dernière observation dans laquelle une arme à feu, ayant également éclaté dans la main, avait réduit en esquilles l'index, l'annulaire et le petit doigt, fracturé le 4ᵉ et le 5ᵉ métacarpiens, déchiré les chairs, etc. L'index fut amputé, son métacarpien conservé ; mais les deux derniers doigts enlevés avec leurs métacarpiens, et même avec l'unciforme qui se trouva aussi brisé en trois fragmens. La fièvre et l'inflammation furent violentes ; mais enfin le malade guérit ; et un an environ après son accident, il avait pu reprendre sa profession de tailleur.

HOPITAL DES ENFANS MALADES.

REVUE CLINIQUE DE CET HÔPITAL PENDANT LE DEUXIÈME TRIMESTRE DE 1836.

FIÈVRE TYPHOÏDE AVEC PRÉDOMINANCE DES SYMPTÔMES CÉRÉBRAUX ; PURPURA HÉMORRHAGICA ; PLEURO-PNEUMONIES COMBATTUES AVEC SUCCÈS PAR LES ÉMISSIONS SANGUINES ; GASTRO-ENTÉRITES AVEC ET SANS CONVULSIONS ; MÉNINGO-CÉPHALITE TUBERCULEUSE.

Les phlegmasies de poitrine, toujours nombreuses au printemps, ont été les maladies prédominantes pendant les mois d'avril et de mai remarquables cette année par leurs brusques variations de température. La pneumonie, la pleurésie, la bronchite, la phthisie pulmo-

---

gulières variations de ses humeurs, il ne se jeta point au-devant de l'estime et des applaudissemens ; il les attendit. Il fit une chose, puis une autre, assurant par les suffrages qu'avait obtenus la première, ceux qu'il se promettait pour la seconde, et, qu'on me passe cette expression, élevant ainsi par degrés l'édifice de sa renommée, le construisant de matériaux choisis, de pièces appropriées entre elles, s'appuyant, se fortifiant l'une l'autre, et formant enfin ce bel ensemble qu'a vu la capitale, et qu'ont vu avec elle la France et l'Europe. Il semblerait qu'en cela même, et qu'on me pardonne d'emprunter ici les termes de son art, il semblerait qu'en cela même il fût encore chirurgien, puisqu'il parvint par ces heureuses manœuvres à cicatriser et même à effacer les plaies que l'active inimitié de ses adversaires faisait chaque jour à sa réputation. »

» Un de ses plus heureux artifices avait pour objet de réduire les luxations. Arrêtés par les résistances, les Valdajoux, on le sait, plongeaient leurs malades dans l'ivresse, parce que, dans cet état, les muscles, amollis et devenus dociles, cèdent aux moindres tractions. Pour opérer dans les muscles cette détente si favorable à la manœuvre, sur le point d'agir et lorsque les malades s'apprêtaient de tous leurs efforts à résister aux siens, il suffisait quelquefois à Dupuytren de les distraire par une question inattendue, par une apostrophe qui les emportait ailleurs de surprise, de crainte ou de colère ; et pendant ce trouble d'un moment, les muscles étaient divertis, et la réduction consommée. C'est ainsi qu'une pauvre femme qui avait le bras luxé résistait à tous les efforts. « Selon vous, lui dit » Dupuytren, votre mal vient de la chute que vous avez faite ; mais vous n'ajou- » tez pas que vous étiez ivre, votre fils me l'a dit. » A ces paroles, la mère indignée tombe dans une sorte d'anéantissement, et le bras est remis. « Revenez à » vous, reprend Dupuytren, vous êtes guérie ; et je sais que vous ne buvez que » de l'eau. C'est encore votre fils qui me l'a dit. » Par ce moyen si simple, il parvenait à réduire des luxations depuis long-temps abandonnées, et l'art apprenait à étendre ses ressources et à mieux espérer de lui-même. »

« Ainsi s'éteignit cette grande lumière de la chirurgie, homme d'un puissant esprit, dont la gloire sera continuée par ses élèves ; mais homme d'un caractère complexe ; trop sensible aux traits de la malveillance pour les oublier jamais ; et dans l'occasion, punissant une injure par le plus cruel dédain, sans lâche ménagement pour le rang, le crédit, ou l'autorité : tendre toutefois pour ses amis ; entrant dans leurs peines, et mettant tout son art à les soulager. Qui le sait mieux que moi ? et qu'il m'est doux d'en rendre ici un témoignage public à sa mémoire ! Quelle bonté dans les soins qu'il prit de l'unique enfant que m'ait donné le ciel, et dont les bras étaient déchirés de morsures empoisonnées, dangereuses ! Qui le dirait ! ce cœur si prompt à se serrer, si prompt à s'aigrir à l'approche d'un inconnu, ce cœur s'épanouissait à la vue d'un enfant. Touché de cette grâce innocente, il se livrait avec effusion à la naïve joie du premier âge. Né pauvre, comme Chaussier, Vauquelin, Fourcroy, Corvisart, peut-être prenait-il trop de souci pour ne plus l'être, et cependant généreux et désintéressé quelquefois outre mesure. Que de contraires ! Mais qui d'entre nous pourrait se vanter d'être en toutes choses identique à lui-même ? Au physique, au moral, nous sommes tous composés de pièces diverses et dépareillées, d'où naît pour nous la nécessité d'une indulgence et d'une bonté mutuelles. Il a laissé une fortune supérieure à celle de Leibnitz, et pour le moins égale à celle de Boërhaave, que l'on évaluait à 4 millions. De ce produit de ses épargnes, il avait distrait par son testament une somme de 200,000 fr. pour l'érection à la Faculté d'une chaire d'anatomie pathologique. C'était clore sa carrière comme il l'avait com-

naire, auxquelles nous joindrons la coqueluche qui a offert une fréquence tout-à-fait insolite, forment les trois quarts des maladies observées dans ces deux premiers mois. Les pneumonies, chez les enfans qui avaient dépassé l'âge de six ans, se sont présentées avec l'ensemble de symptômes qu'on observe chez l'adulte : douleur de côté, fièvre, dyspnée, expectoration sanglante ; aucun de ces signes n'a manqué. Dans un certain nombre de cas on eût pu se passer des secours de l'auscultation et de la percussion. Le traitement antiphlogistique a été employé dans tous les cas. Les saignées générales et locales, combinées quelquefois avec les préparations antimoniales, et suivies également dans quelques cas de l'application du vésicatoire, ont toujours triomphé de la maladie lorsqu'elle était dégagée de complications et qu'elle affectait des individus sains au moment de l'invasion. La pneumonie, au contraire, qui s'est montrée chez de très-jeunes sujets et qui est survenue à la suite de la bronchite, de la coqueluche ou de la rougeole, n'a pas eu toujours une aussi heureuse terminaison. On ne pouvait porter trop loin les émissions sanguines, sous peine de jeter les malades dans un collapsus plus ou moins rapidement suivi de la mort. C'est dans ces cas que l'oxide blanc d'antimoine a rendu quelques services. Le vésicatoire, utile dans quelques cas, n'a pas été exempt d'inconvéniens dans d'autres. Nous avons vu des escarrhes se former à la surface de la plaie chez quelques enfans chétifs, et chez d'autres, des ulcérations dont il était difficile d'obtenir la cicatrisation.

Les pleurésies ont été moins nombreuses que les pneumonies, et se sont heureusement terminées, quelle qu'ait été d'ailleurs la médication employée. Quant à la bronchite, lorsqu'elle n'était pas trop étendue, le repos, le régime, l'usage des boissons adoucissantes, suffisaient pour la dissiper ; mais dans quelques cas nous avons vu l'inflammation se propager jusque dans les dernières ramifications bronchiques, donner lieu à une gêne de la respiration aussi intense que dans la pneumonie, et déterminer la mort. Il était rare d'ailleurs, lorsque la phlegmasie occupait la totalité des bronches, qu'elle n'envahît pas quelques petites portions du parenchyme des poumons.

Quant aux phthisiques, ils n'entrent à l'hôpital que pour en grossir la mortalité. On n'a fait usage chez eux que de moyens purement palliatifs. Quelques-uns ont quitté l'hôpital pour aller respirer l'air de la campagne ; d'autres sont sortis après avoir échappé à une phlegmasie intercurrente qui était venue s'ajouter à l'affection tuberculeuse. Nous ne dirons rien ici de la coqueluche, à laquelle nous nous proposons de consacrer un article spécial.

Les exanthèmes fébriles, qui avaient été assez rares dans les deux premiers mois, se sont surtout montrés pendant le mois de juin. Nous avons observé un assez grand nombre de rougeoles, de varioles, de scarlatines et d'érysipèles. La complication la plus grave de la rougeole a été la pneumonie. La laryngite s'est montrée aussi dans un certain nombre de cas : on l'a combattue avec les émissions sanguines et les topiques émolliens. On a eu recours, dans quelques cas, aux frictions avec l'huile de croton tiglium. C'est surtout quand la fièvre est tombée et que la laryngite tend à passer à l'état chronique, que l'application de l'huile de croton tiglium au-devant du cou jouit d'incontestables avantages. Une maladie qui se rencontre rarement comme complication de la rougeole, c'est la méningite : nous en avons observé un exemple chez une jeune fille de deux ans qui a succombé à cette affection. Les lésions trouvées à l'ouverture du cadavre différaient de celles qu'on rencontre habituellement chez les enfans ; ce n'étaient pas dans la pie-mère que siégeaient les altérations, mais à la surface libre de l'arachnoïde, qui était recouverte de fausses membranes molles et de formation récente. C'était là un cas bien tranché d'arachnitis : c'est le premier que nous rencontrons depuis quatre ans.

Dans la scarlatine bien plus fréquemment que dans la rougeole, nous avons rencontré des symptômes cérébraux tels que délire, agitation, soubresauts des tendons, assoupissement porté quelquefois jusqu'au coma. Dans aucun de ces cas le cerveau et ses annexes n'ont offert de lésion appréciable à l'ouverture des cadavres ; aussi a-t-on vainement employé les émissions sanguines locales et les vésicatoires pour combattre les scarlatines à forme dite ataxique. Tous ces moyens ont été complètement impuissans. Quelques praticiens de Paris ont fait usage du vomitif en pareil cas : cette méthode perturbatrice a souvent été couronnée de succès ; elle était surtout indiquée lorsque l'angine pseudo-membraneuse venait compliquer la scarlatine. Les varioles n'ont rien présenté de remarquable. On a cherché à constater dans un seul cas l'influence de la vaccine sur la variole développée. La vaccination a été pratiquée le premier jour de l'éruption variolique : celle-ci a été des plus confluentes ; elle s'est accompagnée de graves accidens qui ont entraîné la mort le cinquième jour.

Nous avons en outre observé deux cas de *purpura hemorrhagica* mortels, quelques cas de gastro-entérite, qui, chez de très-jeunes enfans, s'est accompagnée de convulsions, et enfin quelques affections idiopathiques de l'encéphale.

La fièvre typhoïde n'a frappé qu'un très-petit nombre de sujets : nous en rapporterons un cas qui a offert quelques circonstances remarquables.

FIÈVRE TYPHOÏDE SOUS FORME D'ABORD INFLAMMATOIRE, PUIS ATAXO-ADYNAMIQUE, SIÉGE INSOLITE DES TACHES ROSÉES LENTICULAIRES ; PRÉDOMINANCE DES SYMPTÔMES CÉRÉBRAUX ; MORT. ÉTAT SAIN DU CERVEAU ET DE SES ANNEXES ; ULCÉRATIONS NOMBREUSES DE L'INTESTIN GRÊLE.

OBS. I. — Julienne Cornichon, âgée de 14 ans, d'une assez forte constition, à Paris depuis 11 mois, éprouve dans les derniers jours d'avril un malaise général, de la diminution de l'appetit, et quelques douleurs sourdes dans le ventre ; elle continue néanmoins son service pénible de domestique chez un restaurateur des faubourgs. Le 1er mai, elle est prise d'un violent frisson suivi de fièvre ; elle éprouve en même temps de vives douleurs dans les jambes et une diarrhée assez abondante ; pendant les sept jours qui suivent, persistance de ces symptômes ; de plus céphalalgie, insomnie ; repos du lit depuis le début, boissons adoucissantes ; pas de traitement actif.

Le 7, la malade se traine péniblement jusqu'à l'hôpital, appuyée sur le bras d'une parente.

Le 8, huitième jour de la maladie, céphalalgie sus-orbitaire, étourdissemens pendant la station, décubitus dorsal face rouge animée, douleurs contusives dans les membres ; l'intelligence est assez nette ; les réponses sont brèves, mais justes, la malade rend elle-même compte de son état antécédent ; la peau est chaude et sèche ; le pouls donne 120 pulsations ; quoique la malade n'ait pas eu d'epistaxis, nous trouvons dans le crachoir quelques caillots sanguins rendus par l'expuition et paraissant provenir des fosses nasales ; les lèvres sont rouges et sèches ; la langue est également privée de son humidité normale, elle n'est recouverte d'aucun enduit ; la soif est assez vive ; l'abdomen est sonore à la percussion, il est médiocrement sensible à la pression qui fait naître un gargouillement manifeste dans la région iliaque droite ; la diarrhée persiste ; la malade se rend encore elle-même au bassin qui est placé près de son lit ; le nombre des selles a été de cinq à six dans les vingt-quatre heures. L'abdomen et la partie antérieure du thorax ne présen-

---

mencée. Sur les sages avis d'Orfila, avec le consentement du testateur, et par décision ministérielle, ce bienfait en a produit un second, et a pris lui-même une autre destination. La chaire a été créée par l'autorité, et le legs a été affecté à la construction d'un musée qui, par les soins et l'habileté d'Orfila, a été commencé, continué, décoré avec goût et achevé en 55 jours, dans l'ancien bâtiment des Cordeliers. On y a rangé dans des armoiries élégantes les objets d'anatomie pathologique les plus curieux, les plus variés, tous préparés avec recherche, et disposés pour les yeux avec une merveilleuse industrie. Dans quelques mois, l'image de chaque objet sera gravée par les meilleurs artistes et publiée avec une notice qui en sera comme la biographie. Il en résultera un recueil dont les exemplaires distribués dans l'Europe seront comme autant de musées voyageurs qui parleront dans tout le monde, et des richesses de l'école, et de la vigilance qui l'administre, et du génie et de la munificence de Dupuytren ; monumens plus durables que l'airain, eût dit le poète, et sans doute non moins durables que ses vers. On sait, du reste, qu'une partie de cette brillante fortune avait été déposée en offrande aux pieds d'un auguste banni, action sans exemple dans l'histoire du monde, non moins honorable pour notre espèce que pour Dupuytren lui-même, et que les ames nobles et généreuses qui m'entendent ne me pardonneraient pas de dérober à leurs hommages.

— M. le docteur Scipion Pinel vient d'être nommé, par M. le Ministre de l'intérieur, médecin expectant des aliénés de Bicêtre.

(*Moniteur.*)

— M. le docteur Lélut, auteur de plusieurs ouvrages sur la phrénologie et sur les affections du cerveau, qui fut, pendant huit ans, chargé du service des aliénés de Bicêtre, vient d'être nommé, par M. le ministre de l'intérieur, médecin expectant à la Salpêtrière (service des aliénés).

— Des lettres de Milan, en date du 27 juillet, portent ce qui suit :

Depuis que nous avons le choléra, c'est-à-dire depuis le 3 juin, on compte dans la province de Milan, dont la population est de 300,000 habitans, 1,724 cas de choléra, dont 916 ont été mortels. La ville elle-même a compté 744 malades, sur lesquels 412 sont mort, ce qui établit une proportion de 272 cholériques sur 1,000 habitans ; tandis que la plupart des autres villes, Brescia, Udines, Bergame et Côme, n'ont eu à déplorer que 10 cas pour 100 habitans. Cependant nous ne serions pas fondés à nous plaindre, car le fléau n'a pas sévi contre nous avec trop de rigueur ; seulement il a laissé ici des traces fâcheuses, et tous ceux qui ont pu s'éloigner de la ville l'ont quittée. Par conséquent le commerce et l'industrie sont tout-à-fait nuls. Malheureusement le choléra redouble d'intensité, et Brescia en a beaucoup souffert ; toutefois les nouvelles que nous avons reçues hier sont plus rassurantes ; mais le nombre des victimes est considérable dans les environs. Près de la ville se trouve un faubourg nommé Borgo degli Ortolani (faubourg des jardiniers), dans lequel on compte 3,000 cas.

P. S. Au moment où nous écrivons, nous recevons des nouvelles plus favorables, et l'épidémie paraît être en décroissance. Jusqu'ici nous avions eu de 50 à 60 cas par jour ; avant-hier il n'y en a eu que 40, aujourd'hui 35 seulement, ce qu'on attribue au changement de l'atmosphère.

(*Gazette d'Augsbourg.*)

tent pas une seule tache lenticulaire. La toux est rare : l'auscultation et la percussion du thorax ne fournissent que des renseignemens négatifs. (Solution de sirop de gomme, 2 pots ; deux demi-lavemens d'amidon ; douze sangsues sur la région iliaque droite.)

Le 9, l'état de la malade n'a subi aucun changement notable ; la nuit a été sans sommeil, mais il n'y a pas eu de délire ; la diarrhée persiste ; les sangsues, par des circonstances indépendantes de la volonté du médecin, n'ont été appliquées qu'aujourd'hui. Nous avons de nouveau exploré l'abdomen, et nous n'y avons rencontré aucune tache rosée lenticulaire. Sur l'invitation du chef de service nous portons notre attention sur la partie postérieure du tronc, et nous découvrons dans la région dorsale un grand nombre de papules rosées, d'une demi-ligne à une ligne et demie de diamètre, qui présentent tous les caractères des taches rosées qu'on rencontre ordinairement sur l'abdomen.

Le 10, rien de remarquable, si ce n'est un enduit fuligineux de la langue, dont la surface présente l'aspect d'une crème brûlée. (Même prescription que les jours précédens, moins les sangsues.) Dans la soirée et pendant une partie de la nuit, agitation, délire.

Le 11, la malade est très-affaissée, elle ne répond que par monosyllabes aux questions qu'on lui adresse ; ses traits portent l'empreinte de la stupeur ; l'agitation de la nuit a fait place à l'assoupissement ; persistance de la diarrhée, du météorisme de l'abdomen, et de la sécheresse de la langue. La plupart des taches lenticulaires du dos ont pâli ; il paraît s'en être formé de nouvelles qui présentent une belle couleur rosée. Rien de notable du côté des organes respiratoires, si ce n'est un peu de râle muqueux ; le pouls, qui les deux jours précédens n'avait pas donné plus de 108 et 112 pulsations, s'est affaibli et est monté à 124. (Cataplasmes sinapisés aux membres inférieurs.) Retour du délire le soir.

Le 12, même stupeur, même prostration ; réponses lentes, articulation des sons difficile ; 124 pulsations, 28 inspirations ; l'enduit fuligineux de la langue persiste ainsi que la diarrhée ; les selles sont volontaires. La toux est plus fréquente, elle est suivie de l'expectoration de quelques crachats muqueux ; le son de la poitrine est également clair à droite et à gauche ; l'auscultation ne permet d'entendre que des râles muqueux et sibilant ; on aperçoit un certain nombre de sudamina autour des muscles. (Gomme ; julep gomm. : sinapisme ; un bain tiède.)

Dans la nuit du 13 au 14, on observe quelques mouvemens spasmodiques dans les membres et dans les muscles de la face. On applique deux sangsues derrière chaque oreille.

Le 15, la malade est immobile dans son lit, elle paraît étrangère à tout ce qui l'entoure, ne répond plus à aucune question, lâche ses fèces et son urine sous elle, se montre peu sensible à l'action des deux vésicatoires qu'on lui a appliqués aux jambes ; ses paupières sont constamment closes ; lorsqu'on les soulève, on trouve les pupilles fortement contractées ; les soubresauts des tendons sont extrêmement fréquens ; pouls à 128 ; 30 inspirations ; affaiblissement du bruit d'expansion pulmonaire à droite et à gauche. (Riz avec acide nitrique dulcifié ; sinapismes sur les membres ; exciter les vésicatoires.)

Pendant les deux jours qui suivent, la malade reste plongée dans un coma profond ; les facultés intellectuelles sont totalement anéanties ; les excrétions sont toujours involontaires ; du reste, pas de paralysie ni de contracture des membres ; le pouls devient de plus en plus petit et fréquent ; il donne, le 17, 150 pulsations, on compte dans le même laps de temps 42 inspirations inégales. Une nouvelle application de sangsues pratiquée le 16, un vésicatoire à la nuque, une potion éthérée et camphrée, des lavemens de quinquina, sont mis en usage ; tout est impuissant. La malade succombe dans le coma pendant la nuit du 17 au 18.

OUVERTURE DU CADAVRE 40 HEURES APRÈS LA MORT.

Nous procédons d'abord à l'examen du cerveau dont les fonctions ont été si profondément troublées pendant les derniers jours de la vie, et nous trouvons la dure-mère saine. L'arachnoïde conserve sa transparence normale, soit à la base, soit à la convexité. La pie-mère est médiocrement injectée et ne renferme dans son réseau ni pus, ni granulations, ni sérosité. Les vaisseaux de la périphérie du cerveau n'offrent pas même ce degré de congestion qu'on rencontre chez les sujets morts d'une affection pulmonaire, et dont les fonctions intellectuelles ont été intactes jusqu'au dernier moment. Les ventricules ne renferment que quelques gouttes de sérosité. Les portions centrales sont saines. Nous ne trouvons, tant dans la substance corticale que dans la substance médullaire des hémisphères, ni injection, ni diminution de consistance anormales. La protubérance et le cervelet sont également exempts d'altération.

Au cou et à la poitrine, pas de lésion bien profonde. Le larynx et les bronches présentent une teinte rosée et contiennent quelques mucosités spumeuses. Le pharynx et l'œsophage n'offrent rien de remarquable. Les poumons sont légèrement engoués dans leur cinquième postérieur. Tout le reste de leur parenchyme était perméable à l'air. Cœur et péricarde sains.

C'est dans le ventre que résidaient les principales altérations. La muqueuse gastrique, recouverte d'une couche épaisse de mucosités visqueuses, offrait partout une teinte ardoisée ; sa consistance ne paraissait pas néanmoins notablement diminuée. Les intestins étaient distendus par une assez grande quantité de gaz. Le tiers supérieur de l'intestin grêle était en contact avec des matières liquides jaunâtres qui coloraient en jaune une grande partie de sa surface interne. La muqueuse était pâle dans le tiers moyen. Au commencement du tiers inférieur, on remarquait trois plaques ovalaires, médiocrement saillantes, ponctuées de noir, n'offrant aucune ulcération, et placées à trois ou quatre pouces de distance l'une de l'autre. Au-delà de ces plaques, en avançant jusqu'au cæcum, nous en trouvâmes seize autres ulcérées en totalité ou en partie. Les bords de ces ulcérations qui siégeaient les unes au centre des plaques, les autres vers la circonférence, étaient formés par la muqueuse brunâtre et boursoufflée. Le fond était constitué dans quelques-unes par le tissu cellulaire épaissi, jaunâtre dans quelques points, rougeâtre dans d'autres, ou bien par la tunique musculeuse ; une seule avait pénétré jusqu'au péritoine. Dans l'intervalle des ulcérations, la muqueuse était pâle et parsemée, vers la fin de l'intestin grêle, d'une multitude de points noirs. Les glandes mésentériques étaient tuméfiées, rouges et ramollies dans le voisinage du cœcum ; elles devenaient de moins en moins volumineuses à mesure qu'on s'éloignait de cette partie de l'intestin. Dans le cæcum, nous trouvâmes une seule ulcération lenticulaire, quelques follicules isolés saillans, et quelques légères arborisations. Dans le colon et le rectum, rien de remarquable. Le foie présentait sa consistance et sa couleur normales. La vésicule biliaire était distendue par une assez grande quantité de liquide offrant l'aspect de l'urine. La rate n'était pas augmentée de volume, et conservait sa consistance normale. Les reins étaient à l'état sain.

La malade qui fait le sujet de cette observation se trouvait dans les conditions d'âge et de séjour à Paris qui favorisent le développement de la fièvre typhoïde. Les prodrômes, l'invasion et la marche de cette affection ont été, à quelques légères nuances près, tels qu'on les observe dans un assez grand nombre de cas. Quant aux lésions abdominales, elles étaient nombreuses, profondes et on ne peut pas mieux caractérisées. Nous les avons minutieusement décrites. Nous croyons inutile d'y revenir.

Le siége insolite de l'éruption typhoïde et les symptômes cérébraux qui se sont manifestés dans les derniers jours de la vie, nous ont paru surtout dignes de remarque. C'est la première fois que nous observons à la partie postérieure du tronc ces taches rosées lenticulaires qui se montrent habituellement sur l'abdomen et la partie antérieure du thorax, et qui, chez l'enfant comme chez l'adulte, appartiennent exclusivement à la fièvre typhoïde. Nous regrettons de n'avoir pas plus souvent exploré cette portion de la périphérie cutanée ; car dans des cas où cette éruption manquait à la partie antérieure du tronc, et où nous la notions comme complétement absente, nous l'aurions peut-être retrouvée dans le dos. Comme cette éruption, dans les cas équivoques, a une grande valeur séméiologique, on doit, avant de la noter comme absente, explorer toute la périphérie cutanée pendant la période de la maladie où elle apparaît, c'est-à-dire du sixième au quinzième jour.

Les accidens nerveux qui se sont montrés dans les derniers jours de la vie ont offert une intensité telle, qu'on pouvait soupçonner une lésion idiopathique de l'encéphale. L'examen nécroscopique des centres nerveux n'a point confirmé ces soupçons ; aucune altération appréciable de l'encéphale n'a pu rendre compte des désordres fonctionnels observés pendant la vie. C'est là, du reste, ce qui a lieu le plus ordinairement. L'absence de lésion est la règle dans ces cas et non l'exception. On s'expliquera facilement par là l'insuccès des émissions sanguines pratiquées aux apophyses mastoïdes, et des vésicatoires appliqués soit aux membres inférieurs, soit au voisinage de l'encéphale. Quelle médication tenter en pareil cas ? Fallait-il porter dans le tube digestif des purgatifs salins ? Mais en nous rappelant les altérations trouvées dans le canal intestinal, nous concevrions difficilement les avantages d'un pareil moyen ; les ulcérations qui sillonnaient l'intestin pénétraient dans quelques points jusqu'au péritoine ; or, la plus légère secousse imprimée à ce canal pouvait amener la rupture de l'intestin et un épanchement mortel dans la cavité péritonéale. Fallait-il s'adresser à la classe des médicamens antispasmodiques, au camphre, au musc, etc. L'efficacité de ces moyens ne nous paraît pas suffisamment démontrée ; mais il en est un que nous désirerions voir employer plus souvent en pareil cas, c'est le bain d'immersion avec affusions froides sur la tête. Ce moyen perturbateur est un des plus puissans modificateurs du système nerveux que nous connaissions. Peu de praticiens ignorent les merveilleux succès obtenus à l'aide de ce moyen par le professeur Récamier.

Arrivons à d'autres faits, et avant de quitter les maladies générales, appelons un instant l'attention sur deux faits de *purpura hemorrhagica* observés chez deux jeunes filles. L'une d'elles est entrée agonisante à l'hôpital ; elle avait succombé à la première visite. A l'ouverture du cadavre, nous avons trouvé de nombreuses ecchymoses à l'intérieur de l'estomac et du gros intestin, tout-à-fait analogues à celles qui siégeaient dans les tissus sous-épidermiques. Il y avait eu pendant la vie hématémèse et hémorrhagie intestinale. Dans le cas que nous allons rapporter, les hémorrhagies n'étaient pas bornées à la peau, à l'estomac et au gros intestin, mais elles siégeaient dans les principaux viscères, et en particulier dans les poumons, le cœur, la rate et les reins. Le tissu cellulaire sous-arachnoïdien n'en était pas exempt.

PURPURA HEMORRHAGICA ; HÉMORRHAGIES NASALE ET INTESTINALE RÉPÉTÉES ; MORT ; TACHES HÉMORRHAGIQUES A LA SURFACE DES PRINCIPAUX VISCÈRES.

Obs. II. — Baillet (Louise), âgée de 5 ans, est transportée de Clichy à l'hôpital des Enfans le 31 mai, affectée d'un purpura hemorrhagica.

D'après les renseignemens fort incomplets fournis par une voisine, cette jeune fille est en quelque sorte abandonnée par ses parens ; elle est mal logée, mal nourrie ; elle a eu la rougeole il y a un mois. On ignore l'époque précise de l'invasion de la maladie pétéchiale ; c'est depuis trois jours seulement qu'elle éprouve des hémorrhagies nasales et intestinales.

Le 1er juin, le décubitus a lieu sur le côté droit; la face est pâle; les lèvres sont saignantes; en dehors de la commissure gauche existe une large ulcération que recouvre un caillot sanguin ferme et noirâtre; sur le tronc et les membres, les taches purpurines sont très-nombreuses, les unes d'un rouge vif, les autres d'un rouge brun; leur largeur varie depuis une ligne jusqu'à un demi-pouce; elles sont pour la plupart irrégulièrement arrondies. Dans les intervalles des taches la peau est pâle; elle conserve de la chaleur; le pouls donne 112 pulsations assez développées; la malade conserve toute son intelligence; elle a eu dans la nuit deux ou trois selles, dont la matière est comparée par les religieuses au caillot du sang provenant d'une saignée et délayé dans le sérum; elle a eu également plusieurs épistaxis. (Décoction de quina acidulée avec l'acide citrique; 2 demi-lavemens de quina.)

Le 2, la malade est très-affaissée; elle ne peut ni se mettre sur son séant ni s'y maintenir; elle conserve son intelligence, mais pousse presque continuellement des cris plaintifs. Un jet de sang vermeil et rutilant s'échappe par la narine gauche; il y a eu plusieurs vomissemens, dans lesquels nous remarquons quelques stries sanguines; les selles sont toujours noirâtres, et paraissent formées d'un mélange de sang et de matières fécales. (Potion gommeuse de 4 onces avec addition d'acide nitrique dulcifié, 2 gros, et d'extrait de ratanhia, 1 scrupule.)

Le 3, la face présente un certain nombre de taches purpurines, surtout autour des yeux et des tempes: elle est profondément altérée; les lèvres sont toujours saignantes; les épistaxis persistent; les matières excrémentitielles contiennent toujours du sang; les vomissemens sont presque continuels; les lavemens ne sont point gardés; le pouls s'affaiblit; la malade succombe dans la nuit, conservant son intelligence jusqu'au dernier moment.

A l'ouverture du cadavre, nous retrouvons à la périphérie cutanée toutes les taches observées pendant la vie; des incisions pratiquées sur divers points du tronc et des membres nous montrent des ecchymoses du tissu dermoïde du tissu cellulaire sous-cutané et du périoste lui-même dans les os qui sont en contact avec la peau.

Dans le crâne, nous trouvons un petit caillot sanguin de la largeur de l'ongle sous l'arachnoïde cérébrale, au niveau de l'hémisphère droit. Le cerveau est pâle et assez ferme. Légère suffusion sanguine dans la pie-mère de la base du cervelet.

Dans la poitrine, la surface des deux poumons présente des taches analogues à celles de la peau; elles sont d'un rouge violacé, et sont d'autant plus tranchées que, dans l'intervalle, le tissu pulmonaire est d'un rose très-pâle. En pratiquant des incisions, on retrouve ces mêmes taches à la surface des coupes. Le cœur lui-même nous présente extérieurement le même ponctué rouge, surtout vers sa pointe. Le sang contenu dans ses cavités ressemble à de la sérosité légèrement teinte en rouge. On n'y remarque pas le plus petit caillot.

Dans l'abdomen, nous trouvons de nombreuses ecchymoses à l'intérieur de l'estomac et du gros intestin. L'intestin grêle est pâle. De nombreux caillots sont contenus dans le colon où ils sont mêlés aux matières fécales. La rate et les reins présentent extérieurement le même aspect que les poumons. Le tissu des reins est réduit en bouillie. On n'observe pas de tache à la surface du foie.

Lorsque dans notre dernière revue clinique nous rapportions une observation de *purpura* qui avait assez rapidement cédé à l'usage des boissons acidules et des bains sulfureux, nous indiquions les circonstances qui aggravent le pronostic de cette affection. Les accidens que nous avions à redouter se sont manifestés chez les deux sujets que nous avons observés dans ce trimestre. Ce n'est pas seulement dans le tissu de la peau que les hémorrhagies avaient eu lieu, les principaux viscères avaient été également atteints. Nous passons aux observations de pleuro-pneumonie.

PLEURO-PNEUMONIE GAUCHE; ÉMISSIONS SANGUINES RÉPÉTÉES; GUÉRISON.

Obs. III. — Antoine Randonnet, âgé de 14 ans, ouvrier fumiste, forte constitution, cheveux noirs, peau brune, systèmes pileux et musculaires très-développés, a été atteint, pendant le printemps de 1835, d'une pleuro-pneumonie du côté gauche qui a été heureusement combattue par les émissions sanguines, et qui a nécessité un séjour d'une vingtaine de jours à l'hôpital des Enfans. Ce garçon travaillait depuis quatre jours dans un four de boulanger dont la température était encore assez élevée, et s'était plusieurs fois refroidi, le corps étant en sueur, lorsque, dans la matinée du 5 avril dernier, il a été pris d'un frisson violent suivi de fièvre; en même temps toux, expectoration sanglante, douleur du côté gauche de la poitrine. Ces symptômes persistent jusqu'au surlendemain, où le malade est transféré à l'hôpital. A son arrivée, on pratique une saignée de trois palettes; le sang tiré de la veine est recouvert d'une couenne épaisse.

Le 8, à la visite du matin, le décubitus a lieu sur le dos; la face est également colorée des deux côtés; les sclérotiques présentent une légère teinte ictérique; céphalalgie frontale sans aucun trouble de l'intelligence; douleur du côté gauche de la poitrine siégeant au-dessous du sein et augmentant par la percussion, la toux et les mouvemens inspiratoires; la toux est fréquente; les crachats rouillés, visqueux et demi-transparens, la respiration est accélérée; 36 inspirations par minute et 112 pulsations; en arrière, dans la moitié supérieure gauche du thorax, le son est obscur; le bruit respiratoire est remplacé par la respiration bronchique; la bronchophonie est des plus évidentes; en avant le son est clair, et l'auscultation ne permet d'entendre que du râle muqueux; à droite, l'oreille perçoit les mêmes signes stéthoscopiques que dans la partie antérieure gauche. La langue est rouge vers la pointe et sèche à son centre; la soif est vive, l'appétit entièrement perdu; l'abdomen est complètement indolent; une selle naturelle dans les vingt-quatre heures. (Infusion de mauve, 2 pots; julep gommeux; nouvelle saignée de 3 palettes; cataplasme émollient *loco dolenti*.)

Le 9, le sang est recouvert d'une couenne épaisse dans les trois palettes qui le contiennent. Le pouls se maintient à 112 et la respiration à 36. Mêmes signes stéthoscopiques que la veille; persistance de la douleur du côté gauche. On prescrit une nouvelle saignée du bras, qui est remplacée par une application de 30 sangsues sur le côté douloureux.

Le 10, le malade a goûté pour la première fois un sommeil calme et profond, qui s'est prolongé pendant plusieurs heures; le pouls est descendu à 92 et la respiration à 24; la douleur de côté est moins vive, mais elle n'est pas entièrement éteinte; le malade la ressent encore dans les fortes inspirations; la toux est moins fréquente; les crachats conservent toujours leur viscosité, mais ils ont perdu la teinte rouillée qu'ils présentaient encore la veille. En arrière et à gauche le son est obscur dans toute la hauteur du thorax; la respiration bronchique est obscurcie dans la moitié supérieure par du râle crépitant à grosses bulles; elle s'entend encore très nettement, ainsi que la bronchophonie, dans le creux de l'aisselle; dans la moitié inférieure, le bruit respiratoire s'entend, mais faible et éloigné. La céphalalgie est complètement dissipée; la langue est humide, la soif médiocre; pas de douleur de ventre ni de diarrhée. Le malade dit éprouver de l'appétit. On le maintient à la diète et on continue l'usage des boissons pectorales.

Dans la soirée, il a été en proie à une assez vive agitation; il a tenu, suivant le rapport de la religieuse, quelques propos incohérens.

Le 11, l'intelligence est très-nette; le malade n'accuse aucune douleur de tête; l'expression de la physionomie est naturelle; la douleur est encore sensible dans les efforts de toux et dans les fortes inspirations; même différence entre la sonoréité des deux côtés de la poitrine; râle crépitant dans la moitié supérieure gauche en arrière; même diminution du bruit respiratoire inférieurement; même viscosité des crachats; 80 pulsations, 28 inspirations. On accorde du bouillon.

Le 12, nous trouvons encore dans le crachoir deux crachats qui présentent une teinte légèrement rouillée; du reste, la diminution des symptômes, tant généraux que locaux, est des plus manifestes. Le pouls est descendu à 70 et la respiration à 20; on n'entend plus ni souffle bronchique, ni bronchophonie, ni râle crépitant; on ne trouve à droite et à gauche que du râle muqueux; le sommeil s'est prolongé presque pendant toute la durée de la nuit; la peau s'est couverte d'une transpiration abondante. (Soupe et bouillons.)

Le 13 et le 14, 64 pulsations et 20 inspirations; toux rare; crachats purement muqueux; rien de particulier à l'auscultation, si ce n'est du râle muqueux à grosses bulles; appétit très-vif. On augmente la dose des alimens. L'obscurité du son, qui persistait surtout dans la moitié inférieure gauche, et qui était probablement liée à un épanchement pleurétique peu abondant, se dissipa les jours suivans. Ce garçon quitta l'hôpital le 21 avril, entièrement guéri.

Voilà une de ces pleuro-pneumonies qu'on pourrait appeler classiques; elle s'est présentée avec l'ensemble des symptômes qui caractérisent les inflammations pulmonaires chez l'adulte. La cause était évidente. Les alternatives de chaud et de froid auxquelles ce garçon avait été soumis pendant les quatre jours qui précédèrent l'invasion, ont sans aucun doute favorisé le développement d'une phlegmasie à laquelle il était d'ailleurs prédisposé. Quant aux symptômes, aucun de ceux qui caractérisent la pneumonie franche des adultes n'a manqué. Frisson initial; douleur du côté gauche du thorax augmentant par la toux et les inspirations; expectoration de crachats rouillés, visqueux, demi-transparens. Ces signes suffisaient pour faire reconnaître la phlegmasie pulmonaire; mais l'auscultation et la percussion de la poitrine nous ont permis d'apprécier l'étendue et le degré de l'inflammation. Le traitement antiphlogistique a été énergique, comme il doit toujours l'être chez des sujets placés dans les circonstances où se trouvait celui-là. Il a été toutefois employé dans une certaine mesure. La guérison ne s'est fait long-temps attendre. Deux circonstances rendaient surtout le pronostic favorable : la pleuro-pneumonie était survenue sous l'influence d'une cause évidente; elle était dégagée de toute complication, et affectait un sujet qui jouissait de la plénitude de ses forces au moment de l'invasion. En second lieu, c'est pour la seconde fois que ce sujet était atteint de phlegmasie pulmonaire. Or, il est d'observation qu'une deuxième ou une troisième atteinte de pneumonie se terminent presque constamment d'une manière favorable. On ne doit admettre d'exception que pour les cas où la phlegmasie du poumon est liée à une lésion organique, à des tubercules, par exemple. L'inflammation du parenchyme pulmonaire accélère dans ce cas la marche du travail de tuberculisation, et hâte par conséquent le moment fatal.

PLEURO-PNEUMONIE GAUCHE; TROIS SAIGNÉES GÉNÉRALES, UNE SAIGNÉE LOCALE; GUÉRISON.

Obs. IV. — François Hugonnier, 14 ans, tempérament lymphatique, embonpoint assez considérable, bonne santé habituelle, est pris, dans l'après-midi du 15 avril, sans cause connue, sans frisson initial, d'une douleur vive du côté gauche de la poitrine; en même temps, fièvre, toux, dyspnée. Un médecin appelé, le soir même, pratique une saignée du bras. Ces symptômes persistent les deux jours suivans, et il s'y joint des nausées et des vomissemens. On se borne à l'usage des boissons pectorales, et on transporte le malade à l'hôpital le 17. A son arrivée, la dyspnée est intense, la toux fréquente; les crachats présentent la teinte rouillée caractéristique de la pneumonie. On pratique une nouvelle saignée du bras de 3 palettes. Le sang est couenneux.

Le 18, à la visite du matin, le décubitus a lieu sur le dos; il serait impossible sur le côté affecté; la face est colorée; elle exprime l'anxiété et la souffrance; les ailes du nez se dilatent à chaque inspiration; la toux est fréquente; les crachats sont visqueux, mais tout-à-fait incolores; ils ont perdu la teinte rouillée qu'ils présentaient la veille; la douleur de côté persiste; la dyspnée est intense: 51 inspirations et 108 pulsations par minute; chaleur vive de la peau; la poi-

rine percutée rend un son obscur dans les deux tiers inférieurs du côté gauche en arrière ; l'auscultation fait entendre dans la même étendue de la respiration bronchique et de la bronchophonie ; partout ailleurs le son est clair et le bruit respiratoire net ; la langue est saburrale, la soif vive, l'appétit nul, le ventre indolent ; pas de selles depuis le début. Intelligence nette ; pas de céphalalgie. (Nouvelle saignée du bras de 3 palettes ; infusion de guimauve, 1 pot ; petit-lait nitré et édulcoré, 1 pot ; cataplasme émollient sur le côté affecté : diète.)

Le 19, le sang fourni par la saignée est recouvert d'une couenne épaisse ; l'anxiété est moins vive que la veille ; la douleur de côté est diminuée ; suivant le rapport du malade, le décubitus pourrait avoir lieu sur l'un et l'autre côté. Cependant la percussion et la pression intercostale exaspèrent encore la douleur de côté ; la dyspnée est aussi intense que la veille ; la respiration se répète 54 fois par minute ; le pouls se maintient à 108. Même souffle bronchique en arrière et à gauche, exactement limité par le bord postérieur du creux de l'aisselle ; même bronchophonie ; même obscurité du son. On continue l'emploi des mêmes moyens, sauf la saignée du bras. Dans la soirée, une application de 30 sangsues sur le côté gauche est jugée nécessaire.

Le 20, le malade a transpiré assez abondamment pendant la nuit ; les piqûres de sangsues ont fourni une assez grande quantité de sang ; le pouls est descendu à 96 et la respiration à 30. Cependant la toux persiste ; les crachats sont visqueux et présentent une teinte jaunâtre qu'ils n'avaient pas les deux jours précédens ; la douleur de côté n'est pas encore éteinte ; à gauche inférieurement la respiration bronchique est mêlée à de la crépitation ; le son reste obscur. (Mauve ; looch.)

Le 21, la douleur de côté est entièrement dissipée ; dans les points où se faisait entendre la respiration bronchique, l'oreille ne perçoit plus que du râle crépitant à grosses bulles ; le pouls est à 88, la respiration à 36 ; les crachats sont incolores, mais conservent de la viscosité. On combat la constipation à l'aide de lavemens simples.

Le 22, la douleur de côté n'a pas reparu ; les crachats sont purement muqueux ; le pouls se maintient à 84 et la respiration à 36. On accorde du bouillon.

Le 25, le son reste obscur à gauche en arrière ; on entend encore quelques bulles de râle crépitant. Le pouls reste à 84 ; la respiration à 32. Les voies digestives sont en bon état ; l'appétit se fait vivement sentir. On accorde des potages.

Les jours suivans, l'auscultation ne fait plus entendre aucun bruit anormal, la toux est très-rare ; mais l'obscurité du son persiste ; elle est due probablement à la présence de fausses membranes développées à la surface des plèvres costale et pulmonaire. La figure reste pâle ; les forces reviennent très-lentement. Ce garçon ne quitte l'hôpital que le 12 mai.

Mêmes réflexions pour cette observation que pour la précédente. Le traitement antiphlogistique a été plus énergique ; le sujet étant plus faible, la convalescence a été plus longue. Dans l'un et l'autre cas, la participation de la plèvre à l'inflammation pulmonaire était manifeste.

Passons des maladies de la poitrine à celles de l'abdomen.

GASTRO-ENTÉRITE ; CONVULSIONS ; MORT.

Obs. V. — Henriette Taxile, âgée de 4 ans, d'une assez forte constitution, d'un embonpoint considérable, était tout-à-fait bien portante dans la matinée du 26 mai, lorsque le soir elle fut prise sans cause connue de vomissemens qui se répétèrent les jours suivans et de fièvre. A ces symptômes il se joignit le lendemain de la diarrhée et des coliques qui arrachaient des cris aigus à la malade.

Transportée à l'hôpital le 30, elle nous offre à la visite du 31 les symptômes suivans. Face rouge animée ; chaleur élevée de la peau ; 148 pulsations par minute ; douleur vive et ballonnement considérable de l'abdomen ; selles multipliées, formées de matières d'un jaune rougeâtre, paraissant résulter d'un mélange intime de mucus, de sang et de bile. La respiration est très-accélérée ; elle se répète 84 fois par minute, et elle est fréquemment entrecoupée par une tussicule sèche. L'examen de la poitrine ne révèle aucune lésion des bronches, du poumon et de ses annexes. Les vomissemens ont cessé depuis deux jours. On applique 5 sangsues à l'anus.

A midi, les muscles de la face deviennent le siége de mouvemens convulsifs ; la bouche se couvre d'écume ; l'intelligence est anéantie, les membres en résolution. Cet état se prolonge jusqu'à minuit, où la mort arrive.

A l'ouverture du cadavre, pratiquée 38 heures après la mort, le cerveau et ses annexes ne présentent pas la moindre altération. Pas d'infiltration sous-arachnoïdienne soit séreuse, soit purulente. Pas d'injection ou de diminution de consistance de la substance encéphalique.

Les organes contenus dans la poitrine sont également exempts d'altération. Dans l'abdomen nous trouvons le péritoine sain. L'estomac contient un ver lombric et une petite quantité de liquide brunâtre. La muqueuse de ce viscère offre dans toute son étendue une rougeur vive, ponctuée ; elle a perdu sa consistance normale. Dans le duodenum, la rougeur de la muqueuse est plus uniforme et la consistance moindre. Dans le reste de l'intestin grêle, cette membrane présente seulement une teinte rosée. Les follicules isolés sont assez développés. Les plaques de Peyer sont à peine apparentes, et leur couleur ne diffère pas de celle du reste de la muqueuse. Dans le premier et le dernier tiers du gros intestin, la rougeur de la muqueuse est très-vive, et la diminution de consistance très-marquée. Les matières contenues dans cette portion du canal intestinal sont d'un rouge brun et liquides.

Chez cette jeune fille qui n'a été soumise qu'un seul jour à notre observation, les symptômes et les lésions de la gastro-entérite étaient on ne peut plus tranchés. Quoique les désordres des fonctions digestives indiquassent une phlegmasie assez étendue de la muqueuse gastro-intestinale, rien n'annonçait néanmoins une terminaison funeste, lorsque les symptômes cérébraux sont survenus et ont entraîné rapidement la malade au tombeau.

Ces accidens nerveux s'observent assez fréquemment dans les inflammations gastro-intestinales des jeunes enfans, et c'est souvent par eux que se termine la maladie. Une cause qui n'est probablement pas restée étrangère à la production des symptômes cérébraux, c'est la présence d'un ver lombric dans l'estomac. Nous sommes autorisés, par plusieurs faits analogues, à admettre l'influence de cette cause, tout en faisant la part de la phlegmasie intestinale qui offrait une assez grande intensité.

GASTRO-ENTÉRITE ; TRAITEMENT ANTIPHLOGISTIQUE ; GUÉRISON.

Obs. VI. — Augustine Poulain, 7 ans, constitution grêle, admise à l'hôpital le 1er avril, accuse cinq jours de maladie. Pendant les deux premiers jours, céphalalgie, douleurs contusives dans les membres, inappétence, nausées, endolorissement du ventre ; pendant les trois jours suivans, vomissemens répétés, selles diarrhéiques, vive sensibilité de l'abdomen, anxiété, insomnie, fièvre intense ; nécessité de garder le lit et d'observer la diète.

Un médecin appelé le troisième jour a fait appliquer cinq ou six sangsues sur la région épigastrique. Une nouvelle saignée locale est prescrite immédiatement après l'admission de la malade.

Le 2 avril, à la visite du matin, face pâle, portant l'empreinte de la souffrance ; décubitus en supination ; la langue, rouge à la pointe et sur ses bords, est recouverte à son centre d'un enduit blanchâtre, poisseux au toucher ; les vomissemens ne se sont pas renouvelés depuis hier ; la soif est vive, l'anorexie complète ; le ventre offre de la tension et de la résistance, surtout dans les régions ombilicale et hypogastrique ; dans ces parties la pression fait naître une vive douleur. Pas de selles pendant la nuit. La peau est chaude ; le pouls donne 130 pulsations. L'auscultation et la percussion du thorax ne fournissent que des signes négatifs. (Six sangsues autour de l'ombilic ; cataplasme émollient ; boisson gommeuse ; diète.)

Le 3, les piqûres des sangsues ont fourni une assez grande quantité de sang ; la malade a reposé pendant une partie de la nuit ; cependant l'anxiété persiste ce matin ; le ventre offre la même conformation et la même douleur que la veille ; le pouls est à 124, et la respiration à 32. On prescrit un bain tiède.

Le 4, la malade s'est trouvée fatiguée dans le bain, d'où on l'a retirée au bout de 8 à 10 minutes ; le pouls conserve sa fréquence, 130 pulsations ; la sensibilité du ventre persiste ; les selles sont nombreuses et ressemblent à de l'eau teinte en jaune ; cependant la langue est naturelle. La malade réclame des alimens. Une de ses voisines lui a donné la veille une certaine quantité d'eau vineuse qu'elle a immédiatement rejetée par le vomissement. On prescrit des frictions sur le ventre avec un liniment calmant, et on accorde pour aliment un lait de poule.

Le 5, l'état de la malade offre peu de changement.

Le 6, elle est assise sur son lit ; l'expression de sa physionomie est naturelle ; ses traits sont épanouis ; sa langue est large et humide ; elle réclame avec instance des alimens. La douleur de ventre est presque nulle ; la diarrhée a cessé ; cependant le pouls conserve de la fréquence : nous comptons encore 120 pulsations. (Crème de riz, bouillon.) Le pouls reste fréquent le 7 et le 8 ; il descend à 100 pulsations le 9 ; la chaleur de la peau est à peu près normale ; on augmente la dose des alimens. Cette jeune fille quitte l'hôpital le 10, au moment où elle entre en convalescence.

Dans ce cas, les vomissemens, la diarrhée, la douleur et la rénitence de l'abdomen ne nous laissaient aucun doute sur l'existence d'une phlegmasie gastro-intestinale. L'inflammation avait évidemment son siége dans le plan même de la muqueuse, comme chez le sujet de la précédente observation, et les plaques de Peyer étaient exemptes d'altération. A aucune époque de la maladie, nous n'avons observé d'éruption lenticulaire à la peau, ni d'épistaxis, ni de délire, ni de surdité, symptômes qui manquent rarement dans la dothinentérie. Les émissions sanguines locales ont procuré un assez prompt soulagement. Les piqûres de sangsues ne se sont point ulcérées, comme cela a lieu fréquemment dans la fièvre typhoïde. La toux sèche, fréquente, qui tourmentait la malade pendant les premiers jours, était indépendante de toute phlegmasie thoracique ; elle était probablement sympathique de l'inflammation de l'estomac.

MÉNINGO-CÉPHALITE TUBERCULEUSE.

Obs. VII. — Louise Moissonnet, âgée de 11 ans, est née de parens sains ; elle n'a eu dans son enfance d'autre maladie que la variole. Au commencement du mois de mai elle a été prise, sans cause connue, de céphalalgie et de vomissemens. Ces deux symptômes ont persisté jusqu'au commencement de juin. La malade a éprouvé en même temps de la toux, des alternatives de diarrhée et de constipation, des accès de fièvre irréguliers, et a beaucoup maigri. Elle ne s'est pas constamment alitée. Pendant le mois de juin, les vomissemens ont cessé, la céphalalgie a été moins intense, mais le dépérissement a fait chaque jour des progrès.

Le 29, les vomissemens se sont renouvelés ; la céphalalgie s'est exaspérée ; la progression est dès lors devenue impossible.

Le 1er juillet, les parens remarquent de la paralysie dans le membre supérieur droit ; la malade ne peut porter son gobelet à sa bouche.

Le 2, elle tombe dans un état comateux. On la transporte le jour même à l'hôpital.

Le 3, à la visite du matin, nous trouvons la malade très-amaigrie ; elle est couchée sur le dos, ne répond à aucune des questions qu'on lui adresse ; elle est étrangère à tout ce qui l'entoure ; les pommettes sont colorées, les paupières closes ; soulevées, elles laissent voir les pupilles fort contractées et immobiles ; la vue est abolie ; l'ouïe est très-obtuse. La paralysie du mouvement est complète

dans les membres du côté droit; lorsqu'on en pince la peau, ils restent immobiles; la malade exécute alors quelques mouvemens avec le bras gauche, et semble vouloir écarter la main de l'observateur. La sensibilité cutanée persiste à droite comme à gauche; le pouls n'offre pas de fréquence; la respiration est accélérée; 80 pulsations et 36 inspirations; la déglutition est gênée; l'introduction d'une cuillerée de tisane dans la bouche donne lieu à de petits accès de toux; les vomissemens ont cessé; le ventre est rétracté et paraît indolent sous la main qui le presse; pas de selles; excrétion des urines involontaire. (Chiendent, vésicatoires aux jambes, lavement purgatif.)

Le 4, le coma persiste; la malade semble dormir d'un profond sommeil, la bouche est entr'ouverte, les paupières fermées, les yeux chassieux, les pupilles dilatées; la vue est toujours complètement abolie; raideur des muscles du cou; tendance de la tête à se porter en arrière; la paralysie des membres du côté droit persiste; la sensibilité cutanée est plus obtuse; le membre supérieur gauche offre de la tendance à la contracture; le pouls s'est élevé à 92, la respiration à 40; elle est par momens stertoreuse; le lavement purgatif n'ayant produit aucun effet, on en administre un nouveau; on pose également un vésicatoire entre les deux épaules; on ajoute une certaine quantité de vin à l'eau de chiendent.

Le 5, les quatre membres sont en résolution; la tête est renversée en arrière; les yeux immobiles et dirigés en haut; les pupilles dilatées; le pouls donne 132 pulsations; la respiration est haute, accélérée, 40 inspirations par minute. On suspend l'eau rougie.

A 9 heures du soir la malade est prise d'un râle trachéal qui persiste jusqu'au lendemain matin, où la malade succombe.

OUVERTURE DU CADAVRE 28 HEURES APRÈS LA MORT.

Crâne. Les méninges, à la convexité des hémisphères, sont dans l'état naturel; à la base, le tissu de la pie-mère est très-injecté, et présente çà et là de la suffusion sanguine; il renferme en outre un certain nombre de granulations d'un blanc jaunâtre, d'une consistance cartilagineuse, et d'un volume égal à celui d'un grain de millet ou de chenevis. Ces granulations sont confluentes dans la scissure de Sylvius du côté gauche; elles forment à sa partie externe une plaque jaunâtre, irrégulièrement arrondie, de la largeur d'une pièce d'un franc. A droite, les granulations sont moins nombreuses. Lorsqu'on cherche à détacher les membranes de la base du lobe moyen du côté gauche, on entraîne des portions de substance cérébrale ramollie, et ayant l'apparence de la pulpe de certaines poires cuites. En incisant plus profondément ce lobe, on trouve sa portion blanche également réduite en une bouillie d'un beau jaune-serin. Quelques petits caillots du volume d'une lentille sont contenus dans la portion ramollie.

Toute la portion convexe des hémisphères cérébraux, jusqu'au niveau des ventricules, est exempte d'altération. Ces cavités renferment quatre onces environ de sérosité trouble. La cloison demi-transparente, la voûte à trois piliers et la surface des cavités ancyroïdes, sont réduites en un ramollissement blanc crémeux. La surface des corps striés et des couches optiques est intacte. C'est au-dessous de ces parties, dans l'hémisphère gauche, que siège le ramollissement jaune et rouge que nous avons déjà indiqué. Le cervelet et la protubérance annulaire sont exempts d'altération. La moelle épinière n'a pas été examinée.

Poitrine. Sous la plèvre pulmonaire nous trouvons une grande quantité de granulations miliaires offrant tout à-fait le même aspect que celles rencontrées sous l'arachnoïde cérébrale. Le parenchyme des poumons contient un assez grand nombre de tubercules à l'état de crudité, et présente de l'engouement à sa partie postérieure. Les ganglions qui entourent la base de la trachée et les bronches, sont transformés en masses tuberculeuses de consistance stéatomateuse.

Abdomen. La muqueuse intestinale ne présente rien de remarquable sous le rapport de sa couleur et de sa consistance. La plupart des ganglions abdominaux contiennent de la matière tuberculeuse. Le foie, la rate et l'un des reins renferment également des tubercules.

Les caractères anatomiques de la méningite et de l'encéphalite étaient on ne peut plus tranchés dans ce cas. Parmi les altérations des méninges, nous citerons les granulations tuberculeuses et la suffusion sanguine de la pie-mère; l'adhérence de cette membrane à la substance sous-jacente. Quant à l'altération de la pulpe cérébrale elle-même, le ramollissement, rouge à la périphérie, jaune dans les parties plus profondément situées, et parsemé de petits caillots sanguins, nous paraît être caractéristique de l'inflammation de cet organe; c'est ce qui a été mis hors de doute par les belles recherches de M. Lallemand. Nous ajouterons à ces lésions l'épanchement séreux contenu dans les ventricules et le ramollissement blanc, crémeux des parties centrales, qui l'accompagne presque constamment.

Quant aux symptômes, ils ont été tout-à-fait en harmonie avec les altérations. La céphalalgie avec ou sans vomissemens qui a tourmenté pendant deux mois environ la malade, nous a paru se rattacher aux tubercules développés dans les membranes cérébrales. Cette lésion a précédé toutes les autres, et en a été probablement la cause. Après ces deux mois de prodrômes, les symptômes de la méningite aiguë et du ramollissement de l'encéphale ont apparu. Ce sont l'exaspération de la céphalalgie et les vomissemens, qui ont été bientôt suivis de coma avec immobilité des pupilles, perte de la vue, renversement de la tête en arrière, gêne de la respiration et l'hémiplégie subite. C'est surtout d'après ce dernier signe, que nous avons diagnostiqué le ramollissement partiel de l'hémisphère gauche.

Dans ce cas, comme dans tous ceux où nous avons rencontré des tubercules soit dans le cerveau, soit dans ses membranes, la même production morbide s'est rencontrée dans la poitrine et quelquefois aussi dans l'abdomen. T. CONSTANT.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 1er AOUT.

ACARUS DE LA GALE.

M. Albin Gras, interne à l'hôpital Saint-Louis, adresse quelques observations relatives à *l'acarus scabiei* ou sarcopte de l'homme.

Le sarcopte de l'homme existe généralement sur tous les galeux qui n'ont pas commencé de traitement : il se tient presque exclusivement sous l'épiderme des mains, et on le rencontre plus rarement aux pieds, aux aisselles, au scrotum, etc.

On ne le trouve que chez les galeux, et jamais sur des personnes atteintes d'affections cutanées.

Après quelques frictions avec la pommade sulfuro-alcaline, tous les sarcoptes sont détruits; la gale n'est pourtant pas guérie, et l'éruption peut persister, si elle n'est pas convenablement traitée.

Des sarcoptes transportés d'un individu malade sur un individu sain s'y multiplient, et bientôt l'éruption psorique apparaît. Une de ces inoculations a été tentée dans un but thérapeutique, sur l'invitation de M. Pariset. Il s'agissait d'opérer une révulsion énergique sur une jeune fille tombée dans un état de stupeur et d'engourdissement; elle était placée à la Salpétrière, dans le service des femmes aliénées. Quelques sarcoptes furent déposés sous les aisselles de la malade, et bientôt *la gale se déclara. L'affection mentale disparut en quelques semaines.*

M. Gras a tenté plusieurs fois, mais toujours en vain, de s'inoculer la gale, en introduisant sous l'épiderme de son bras ou de sa main la sérosité provenant des vésicules psoriques. Le sarcopte est donc, dit-il, l'unique agent de la contagion de la gale, et cette maladie ne se contracte que parce que cet arachnide ou ses œufs s'attachent avec cette facilité sur la peau et les vêtemens des personnes qui s'exposent à des contacts avec des individus infectés.

Le nombre des sarcoptes existant sur chaque galeux n'est nullement en rapport avec l'étendue et l'intensité de l'éruption psorique; à cet égard la disproportion est extrême, puisqu'on ne rencontre quelquefois que cinq ou six acarus sur des personnes couvertes de vésicules, de pustules et de papules :

« Les recherches les plus minutieuses m'ont convaincu, dit M. Gras, que ces animalcules produisent l'éruption qui constitue la gale, non pas seulement par une action mécanique et localement irritante, mais par une action physiologique et vitale, au moyen d'une espèce de virus. »

BIBLIOTHÈQUE DE L'INSTITUT.

Le président de la commission centrale administrative de l'Institut, transmet les résultats du scrutin qui a eu lieu dans les cinq académies pour la nomination d'un sous-bibliothécaire : M. Roulin a obtenu 95 suffrages; M. Ackerman, 43; M. Gérand, 9.

En conséquence, M. Roulin a été nommé à la place de sous-bibliothécaire, vacante par la mort de M. Fallot.

MÉMOIRE SUR L'ÉTHER MUCIQUE ET SUR LA VÉRITABLE COMPOSITION DE L'ACIDE MUCIQUE, par M. MALAGUTTI.

Commissaires : MM. Dumas et Robiquet.

M. Malagutti a obtenu l'éther mucique en traitant l'acide mucique par l'acide sulfurique, puis par l'alcool. En cherchant la formule de ce composé, il a été conduit à reconnaître :

1° Qu'on a jusqu'à présent attribué à l'acide mucique une capacité de saturation qui n'est pas exacte, et que cette capacité doit être représentée par 8,644 au lieu de 7,57;

2° Que la formule de l'acide mucique, qu'on trouve dans tous les ouvrages de chimie, est la formule de l'acide mucique hydraté, et que celle de l'acide mucique, tel qu'il existe dans les sels, est $C^{12} H^8 O^7$;

3° Que l'éther mucique est un véritable éther composé du troisième genre, dont la composition est analogue à celle des autres éthers composés d'oxacide;

4° Que le mucate d'ammoniaque est un sel hydraté et qui rentre dans la loi commune aux sels ammoniacaux.

MONSTRUOSITÉ PAR INCLUSION.

M. Roux du Var lit un mémoire sur un cas qu'il considère comme cas de monstruosité par inclusion, ou comme une *inadelphie abdominale.*

Madame D. de Saint-Maximin, femme bien constituée, fut mariée à vingt ans, et eut à vingt-cinq un enfant mâle qui vécut jusqu'à l'âge de trois ans. Elle eut, huit ans après, une seconde grossesse, pendant laquelle, vers le second mois, une tumeur se fit sentir à la région ombilicale, qu'on prit pour une hernie et qu'on chercha à contenir au moyen d'un bandage. La grossesse d'ailleurs ne fut troublée par aucun autre accident, il naquit à terme une fille qui vit et est aujourd'hui âgée de dix-neuf ans. Quatre ans plus tard, troisième grossesse très-régulière, et, après le même intervalle, quatrième grossesse et quatrième accouchement régulier. Dans les intervalles, santé en général très-bonne; cependant Madame D. ressentait quelquefois des douleurs comme de colique vers la région où était la tumeur. La tumeur persistait, mais, peut-être en raison de l'embonpoint général, elle était peu apparente, si ce n'est après le repas.

Vers le commencement de 1836, Madame D. commença à ressentir des incommodités qui l'obligèrent à consulter M. Roux. Celui-ci reconnut une augmentation dans le volume de l'utérus, avec ulcération superficielle, mais assez large du col. Un traitement approprié fut prescrit et eut un commencement de succès. Mais tout à coup, quand on se promettait déjà le retour à la santé, il survint une suppression d'urine, puis de l'œdème au visage. Après quelques jours, l'odeur urineuse se manifesta, plus tard la tête se prit, et la malade succomba.

M. Roux n'avait pu rester près de la malade jusqu'à sa mort; l'autopsie fut faite par un médecin de Saint-Maximin. A l'ouverture de l'abdomen, on trouva au-dessous de la grande courbure de l'estomac un kyste irrégulièrement arrondi, aplati d'avant en arrière, et qui, dans ses plus grandes dimensions, avait de pourtour environ quatorze pouces; deux larges replis du péritoine le fixaient de chaque côté à l'intestin grêle. Il était séparé de la vessie par un kyste plus petit qui avait le volume et la forme d'une poire.

Le grand kyste était bosselé, et chaque bosselure formait une cavité séparée; elles étaient en général remplies d'une substance graisseuse l'une offrait au milieu de cette substance un peloton de cheveux blonds assez longs. La poche principale étant ouverte, il en sortit une grande quantité de matière d'apparence crémeuse, inodore, et un deuxième peloton de cheveux longs comme les précédens, mais moins nombreux, et les fragmens osseux de cinq dents. Le kyste vide, on en examina les parois, qui avaient à la partie postérieure environ quatre lignes d'épaisseur. Elles étaient formées intérieurement d'une membrane que l'auteur de l'autopsie désigne sous le nom de muqueuse, d'une fibreuse, et d'une séreuse extérieure, formée aux dépens du péritoine. A un point de la masse interne était colle un fragment d'os qui fut reconnu pour un temporal, la partie écailleuse était presque complète, le rocher était également bien conservé; le conduit auditif externe manquant, l'interne était intact. Sur l'os étaient implantées quatre dents dont deux solidement enchâssées à la face inférieure du rocher. Une troisième se détacha pendant l'extraction, et laissa vide une alvéole assez profodde; la quatrième tenait à la portion écailleuse.

M. Roux donne ensuite quelques autres détails qu'il a obtenus d'un médecin vétérinaire présent à l'autopsie. La tumeur principale, dit ce dernier, était située en avant du pubis (sans doute en supposant le corps dans la position d'un quadrupède), elle reposait sur les circonvolutions du colon, compr mait la vessie, la matrice et les reins; elle adhérait au mésentère par un pédicule large et mince. Au-dessus de la vessie et dans les lames du mésentère, on a trouvé une seconde tumeur du volume d'une poire ordinaire, adhérente et ramollie par sa base.

C'est sur ces renseignemens, et les comparant à ce qui s'observe dans les cas ordinaires de conception utérine, que M. Roux conclut que les débris trouvés dans le grand kyste ne sont point ceux d'une conception de madame D., mais de sa mère; en un mot, que ce n'est point son fils, mais son frère

MM. Geoffroy, Serres et Breschet sont chargés de faire un rapport sur le mémoire de M. Roux.

M. Geoffroy demande à ne pas faire partie de cette commission.: « Dans toute autre circonstance, dit-il, je me chargerais volontiers de rendre compte de l'observation de M. Roux, mais j'ai eu l'occasion de faire sur le même sujet des recherches entreprises d'abord à l'occasion du prétendu vomissement d'un fœtus par l'enfant de Syra, et qui m'ont conduit à la découverte ou du moins au soupçon de l'imposture; recherches que j'ai poursuivies depuis et que j'ai étendues à tous les cas de monstruosité par inclusion, pour lesquels je crois être arrivé à une loi générale. Mon travail est comme terminé, et il me serait difficile de parler des idées émises dans le mémoire que vous venez d'entendre, sans y mêler quelques-unes des miennes. »

M. Geoffroy est remplacé dans la commission par M. Flourens.

SOURCES THERMALES.

M. Longchamp lit un mémoire sur la source ferrugineuse de Luxeuil.

On compte à Luxeuil dix à douze sources thermales, dont la plus élevée en température est à 52° 5 centig., et la moins chaude, à 5° 5; toutes ces sources sont renfermées dans l'établissement thermal. En dehors de cet établissement, au nord, est située la source ferrugineuse dont M. Longchamp a trouvé la température, le 2 août 1823, égale à 22° 25 cent., celle de l'atmosphère étant égale à 20°,0.

M. Longchamp pense que cette eau provient de la partie supérieure du vallon, mais la température de 22,25 étant beaucoup plus élevée que la température moyenne du lieu, il est probable que dans son trajet cette eau se mêle avec quelque filet d'eau thermale.

L'eau ferrugineuse est reçue à sa sortie dans un petit bassin de cinq à six pieds cubes. Lorsqu'elle sort du sein de la terre elle est limpide et ne présente aucune matière en suspension. M. Longchamp ayant fait vider et netoyer le bassin le vit se remplir en quelques heures. Au bout de deux jours toute l'eau du bassin était comme gélatineuse, présentant des particules jaune-pâle, mêlées d'un peu de rouge, en sorte que l'aspect de la masse avait la teinte dite *couleur de chair*.

Le dépôt qui se forme au fond du bassin étant desséché a une couleur d'un jaune ocreux. Dans cet état, il se dissout en quelques heures dans l'acide nitrique étendu d'eau, et laisse indissoutes quelques traces de matière organique. L'acide oxalique dissout dans l'eau opère la dissolution de ce dépôt très-promptement, et laisse également quelques parties de matière organique indissoutes.

Le dépôt recueilli sur un filtre perd, par la dessiccation au bain-marie, 11,65 pour 100 d'eau, et par la calcination au rouge blanc, encore 17,42, c'est-à-dire qu'il contient en somme:

Matière fixe,	70,93
Eau,	29,07

La matière fixe est composée de:

Fer,	83,62
Silice,	16,38
Matière organique,	des traces.

L'eau de la source évaporée laisse par litre un résidu du poids de 0,236 grammes, desséché seulement à la température du bain-marie. Ce résidu, traité par l'eau, se dissout en partie. La potion soluble est composée de:

Muriate de soude,	0,0594 grammes.
Sulfate de soude,	0,0125
Matière organique,	0,0038
Sulfate de chaux,	des traces.
Perte,	0,0069
	0,0823

La portion soluble se compose de:

Carbonate de chaux,	0,1078 grammes.
Silice,	0,0301
Oxide ferroso-ferrique,	0,0129
Matière organique,	0,0029
	0,1537

Et en définitive, le litre ou kilogramme d'eau se compose de:

Eau de dissolution,	999,7540 grammes.
Muriate de soude,	0,0594
Sulfate de soude,	0,0125
Carbonate de chaux,	0,1078
Silice,	0,0301
Oxide ferroso-ferrique,	0,0129
Matière organique,	0,0067
Sulfate de chaux,	des traces.
Perte,	0,0069
	1000,0000

Ainsi, dit M. Longchamp, nous trouvons dans l'eau qui sort du sein de la terre, la matière organisante qui doit servir à la création des infusoires qui ont été reconnus dans le fer limoneux, et cette matière n'entre pas pour sept millionièmes dans l'eau, mais elle forme le trente-cinquième des substances solides que contient cette eau.

La matière organisée qui se montre dans le réservoir de Luxeuil, ajoute M. Longchamp, n'est pas de la baregine, du moins elle n'en a aucun des caractères physiques, et la partie que nous retrouvons dans les sels solubles n'en a aucun des caractères chimiques; mais il serait possible que celle dont nous avons reconnu l'existence dans le résidu insoluble fût bien réellement de la barégine.

M. Longchamp termine par quelques considérations sur la barégine, dont l'examen, suivant lui, n'est point du domaine des naturalistes, mais bien de celui des chimistes.

M. EDWARDS prend ensuite la parole et annonce qu'on a trouvé à Versailles une substance qui paraît se rapprocher de la baregine. Dans un cas, on l'a observée filtrant de la voûte d'une cave; dans l'autre, on l'a trouvée au fond d'une fontaine; jusqu'à présent, ajoute-t-il, la barégine, si je ne me trompe point, ne s'était présentée que dans les eaux thermales.

M. BORY DE SAINT-VINCENT soutient que la substance dont parle M. Edwards n'existe pas seulement dans les eaux thermales, mais aussi, quoiqu'en moindre abondance, dans toutes les eaux froides; elle aborde par exemple, dans les bassins du Palais-Royal et des Tuileries, et elle est formée presque entièrement du cryptogame du genre *palmella*. J'en ai parlé, dit M. Bory, dans le *Dictionnaire classique d'histoire naturelle*, à l'article *Matière*, sous la dénomination de *muqueuse*.

M. EDWARDS remarque à son tour que M. Bory n'ayant point vu la substance dont il s'agit, hasarde peut-être un peu en déclarant ainsi que c'est une substance organisée, et déterminant même d'avance le genre auquel elle appartient.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE PUBLIQUE ET ANNUELLE DU 9 AOUT 1836.

Présidence de M. Louyer-Willermay.

L'ordre du jour se composait comme il suit:

1° Rapport sur les épidémies qui ont régné en France depuis 1830 jusqu'à ce jour, par M. Piorry;
2° Prix décernés;
3° Prix proposés pour les années 1837 et 1838;
4° Eloge de M. Dupuytren, par M. le secrétaire perpétuel.

Le rapport de M. Piorry, remarquable par beaucoup de clarté et de méthode, est moins riche en faits qu'en aperçus originaux. La raison en est que les faits devaient être fournis par les correspondans de l'Académie et les médecins d'épidémies. Ceux-ci n'ayant pas envoyé des matériaux suffisans, M. Piorry y a suppléé par des considérations générales sur les causes des épidémies. La nature de ce travail ne se prête pas à l'analyse.

Après la lecture de M. Piorry, M. le secrétaire fait connaître les personnes qui ont remporté les différens prix décernés par l'Académie.

1834.

Prix de vaccine partagé entre

MM. Keller, médecin à Altkirch (Haut-Rhin), 1,000 fr.; Cayre-Mirabel, médecin à Reuilly (Cher), 500 fr.

Médailles d'or.

MM. Ancessy, médecin à Sainte-Affrique (Aveyron); Deffis, médecin à Morlaas (Basses-Pyrénées); Luroth, médecin à Bischwiller (Bas-Rhin); Rosec-Maisonneuve, médecin à Plondalmaiseau (Finistère).

1836.

CONCOURS PORTAL.

« Quelle a été l'influence de l'anatomie pathologique sur la » médecine, depuis Morgagni jusqu'à nos jours? »

Mention honorable et médaille en bronze.

N° 1. M. Saucerotte (Constant), D.-M. P., correspondant de l'Académie royale de médecine à Lunéville (Meurthe).

Mémoire couronné.

N° 2. M. Risueno de Amador, docteur en médecine à Montpellier (1).

CONCOURS MICHEL CIVRIEUX.

« Déterminer le traitement et la guérison des maladies provenant de la surexcitation de la sensibilité nerveuse? »

Mémoire couronné.

N° 3. Médaille de 500 fr. à M. Nepple (Pierre-Frédéric), D.-M. P. à Lyon, place Saint-Pierre, n° 1.

CONCOURS DE L'ACADÉMIE.

« Que doit-on entendre par phthisie laryngée? Quelles en sont les altérations organiques, les causes, les espèces, les terminaisons? Quel en est le traitement? »

Mémoire couronné.

N° 4. Auteurs : MM. Trousseau (Armand), docteur en médecine agrégé à la Faculté; Belloc (Hypolite), docteur en médecine.

Mentions honorables.

N° 1. M. Albert (Paul), père, docteur en médecine à Saint Chinian (Hérault).

N° 6. M. Schwarzschild, D.-M., praticien en médecine, chirurgie et accouchement à Francfort-sur-le-Mein.

Les prix proposés pour les années 1837 et 1838 sont :

Prix de l'Académie.

« Faire l'histoire physiologique de la menstruation; faire connaître l'influence que cette fonction exerce sur les maladies, et celle qu'elle en reçoit. »

Ce prix est de 1,000 fr.; il sera décerné dans la séance publique annuelle de 1833.

Prix fondé par M. le baron Portal.

« Faire l'histoire des découvertes relatives au système veineux, depuis Morgagni jusqu'à nos jours, et déterminer l'influence que ces découvertes ont exercée sur la connaissance et le traitement des maladies. »

Ce prix est de 600 fr.; il sera décerné dans la séance publique annuelle de 1838.

Prix fondé par Mme Marie Élisabeth Bernard de Civrieux, épouse de M. Michel jeune.

1837.

L'Académie propose de nouveau le sujet exprimé par le testament dont on donne ici l'extrait :

« Je lègue à l'Académie de médecine de Paris une rente perpétuelle sur l'état de la somme annuelle de mille francs, pour fonder un prix annuel qui serait décerné par ladite Académie à l'auteur du meilleur ouvrage sur le traitement et la guérison des maladies provenant de la surexcitation de la sensibilité nerveuse. »

Ce prix sera décerné dans la séance publique annuelle de 1837.

1838.

« Déterminer l'influence de l'éducation physique et morale sur la production de la surexcitation du système nerveux et des maladies qui sont un effet consécutif de cette surexcitation. »

Ce prix étant tiercé sera de 1,500 fr.; on le décernera dans la séance publique annuelle de 1838.

N. B. Les mémoires envoyés aux concours pour tous les prix, dans les formes usitées, devront être remis au secrétariat de l'Académie avant le 1er mars 1837 et 1838.

L'Académie croit devoir rappeler ici les sujets de prix qu'elle a proposés pour 1837 :

1° *Prix de l'Académie.* Faire connaître les analogies et les différences qui existent entre le typhus et les fièvres typhoïdes.

2° *Prix Portal.* Faire l'histoire anatomico-pathologique du ramollissement des tissus.

3° *Prix Civrieux.* Il est indiqué plus haut.

Le reste de la séance est rempli par la lecture de l'éloge de Dupuytren, par M. Pariset. Des applaudissements unanimes fréquemment répétés ont prouvé au célèbre panégyriste qu'il s'était constamment tenu à la hauteur de son sujet. (Voir le compte-rendu de cet éloge au feuilleton de ce jour.)

(1) M. Risueno de Amador a déjà été couronné par l'Académie en 1829, dans le concours pour le prix proposé par M. Moreau (de la Sarthe).

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

PERTURBATIONS LOCALES DE LA MYOTILITÉ (CONTRACTILITÉ MUSCULAIRE) EMPÊCHANT LES MOUVEMENS DE CERTAINS DOIGTS DE LA MAIN DROITE NÉCESSAIRES POUR ÉCRIRE; observations communiquées par M. J.-J. CAZENAVE, médecin à Bordeaux.

Obs. I. — Je fus consulté, il y a plusieurs années, par un habitant de Cadillac-sur-Garonne, pour une infirmité qui consistait dans l'impossibilité de tenir la plume et d'écrire avec le pouce de la main droite. Cet appendice exécutait très-bien d'ailleurs ses mouvemens de circumduction, d'adduction et d'abduction, aidait à saisir les corps, à les presser, et servait on ne peut mieux à quelques exercices pour lesquels il fallait à la fois une certaine force et une grande précision.

Des médications, rationnelles d'abord, empiriques plus tard, ayant été appliquées sans succès, M. X... vint à Bordeaux, si ma mémoire ne me trompe pas, pour consulter M. le docteur Conilh, dont les avis ne furent suivis qu'à demi. Aucun résultat avantageux ne fut obtenu.

Obs. II. — Mon savant ami le professeur Stromeyer, de Hanovre, m'a communiqué le fait suivant dans une lettre qu'il m'écrivait le 25 février dernier : M. M... avait perdu la faculté d'écrire avec la main droite depuis un an, et fut forcé de le faire avec la main gauche. Je trouvai en le voyant s'exercer que cette perte de la faculté d'écrire était due à un spasme des petits muscles du pouce qui ne se faisait sentir qu'au moment où il voulait se mettre à l'œuvre. La main était capable de tout autre mouvement volontaire. L'acupuncture des petits muscles le mettait en état de tenir la plume et de tracer quelques mots. Alors je passai un séton de deux fils de soie, du dos de la main par le muscle *abductor indicis*, en bas par les petits muscles du pouce. Ce séton fut maintenu pendant cinq semaines en le mouillant chaque matin avec une solution d'extrait d'opium et d'extrait de belladone. Après cela ce jeune homme a entièrement recouvré le pouvoir de se servir de cette main pour l'écriture. Pendant que le séton traversait les petits muscles, leur action était anéantie, et le pouce se trouvait dans une abduction complète.

Le docteur Stromeyer m'a écrit ces jours derniers que cette cure n'avait duré qu'environ quatre mois, et que l'impossibilité d'écrire s'était reproduite.

Obs. III. — M. G..., négociant, âgé de 41 ans, d'un tempérament sanguin nerveux, très-impressionnable, un peu bègue, ayant éprouvé des revers de fortune en 1830, qui le réduisirent, pendant près de deux ans, à ne savoir comment il se procurerait chaque jour les choses de première nécessité pour sa nombreuse famille, me consulta en mars 1833 pour quelques palpitations de cœur qui ont entièrement cessé depuis que sa position s'est améliorée. Quatre ou cinq mois plus tard il éprouva de la difficulté pour écrire, précisément lorsqu'il était obligé d'accepter une place de teneur de livres dans une maison de commerce, et de faire de très-nombreuses écritures chez lui pour augmenter ses ressources.

Dès que M. G... s'asseyait au comptoir, la crainte de mal faire le préoccupait tellement qu'il s'exerçait long-temps sur de mauvais papier pour rompre son pouce de la main droite au travail, comme il le disait. Quand il se croyait à peu près sûr de bien écrire sur les livres, il l'essayait; mais dès qu'il tenait sa plume, le pouce se portait involontairement en arrière, puis en dedans, et lâchait prise. Recommençant ainsi plusieurs fois de suite, il finissait par écrire assez mal et avec de si pénibles efforts qu'il en était malade. Dans certains momens le pouce n'obéissait plus à la volonté; lâchait la plume ou la tenait si peu pressée contre les deux autres doigts (l'index et le médius), qu'elle tournait sur son axe et ne traçait plus que des lettres informes.

Chose singulière! dès que quelqu'un ou quelque chose distrayait ou préoccupait fortement M. G..., le pouce obéissait, ses mouvemens étaient normaux, s'harmonisaient avec ceux des autres doigts, l'écriture était facile, nette et courante.

La compression de l'avant-bras rendit les mouvemens du pouce plus faciles; mais cela ne dura pas; les frictions sèches, l'application de quelques sangsues sur le trajet du nerf radial, où j'avais noté un peu de douleur, produisirent de bons effets, mais passagers. Douze ou quatorze commotions électriques, dont le malade et moi fûmes redevables à l'extrême complaisance de mon confrère et ami le docteur Bermond, procurèrent un amendement si marqué que je crus à la possibilité d'une

guérison radicale. Vain espoir! tous ces moyens et bien d'autres encore n'eurent toujours pour résultat qu'un mieux rapide sans durée.

Du reste, la main droite et le pouce lui même étaient aptes à tout autre chose qu'à tenir la plume, qu'à la faire courir sur le papier.

Des circonstances heureuses ayant permis à M. G... d'abandonner sa place de teneur de livres, je lui conseillai de faire le menuisier. Cet exercice lui fit le plus grand bien pendant deux mois, et ce ne fut que lorsque de nouvelles occupations l'arrachèrent à une occupation qui avait beaucoup d'attraits pour lui, que le pouce de la main droite cessa d'être à ses ordres pour écrire.

M. G... écrit rarement et fait beaucoup d'exercice depuis que sa position de fortune s'est améliorée. A dater de cette époque le mieux fut très-marqué, se soutient depuis dix huit mois et augmente sensiblement à l'aide de quelques bains de rivière, et de frictions alternativement faites avec une flanelle imprégnée des vapeurs d'une décoction de plantes labiées, et d'eau-de-vie camphrée chaude.

CRAMPE DES DOIGTS.

Obs. IV. — Le docteur Heyfelder a décrit cette singulière affection dans un des numéros (1835) de la *Gazette médicale de Berlin*. « Cette crampe consiste, dit-il, dans un tremblement convulsif des trois premiers doigts de la main droite, qui fait *divaguer* la plume sur le papier, et dans un écartement involontaire de ces mêmes doigts, qui les force à lâcher la plume. Hors de l'action d'écrire, ils jouissent de la même force, de la même adresse, de la même sûreté et de la même promptitude de mouvement. Le libraire-éditeur de ce journal (*Gazette médicale de Berlin*), M. Enslin, âgé aujourd'hui de 47 ans, et d'une santé remarquable sous tous les autres rapports, fut atteint, en 1818, de ce genre de maladie nerveuse. Les maniluves dans l'eau-de-vie chaude, les frictions avec les linimens volatils, les douches, les bains de vapeur (on croyait avoir affaire à un rhumatisme), furent employés tour à tour et sans succès. M. Albert fit ouvrir un cautère à égale distance de l'acromion et de la septième vertèbre cervicale, et prescrivit au malade d'augmenter le diamètre de sa plume en la fichant dans un bouchon. Trois mois après, M. Enslin écrivait aussi facilement que jamais et sans le secours du bouchon. Au bout de deux ans, en 1822, il se crut radicalement guéri, laissa fermer le cautère, et retomba par degrés, en moins de six mois, à son premier état. M. Albert proposa deux raies de feu sur l'épaule; le malade rejeta ce moyen sévère, se mit à écrire de la main gauche, et tarda pas à y éprouver les mêmes symptômes que de la main droite, quoique moins prononcés. L'électricité, les bains, les douches, la pommade stibiée, la noix vomique à haute dose, cinq moxas, etc., ont été inutilement employés depuis lors. Quel est le siége de la maladie? quelle est sa nature? »

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

A TREATISE ON THOSE DISORDERS OF THE BRAIN AND NERVOUS SYSTEM WHICH ARE USUALLY CONSIDERED AND CALLED MENTAL, by doctor UNWINS. London, 1833.

TRAITÉ DES DÉSORDRES DU CERVEAU ET DU SYSTÈME NERVEUX QUE L'ON DÉSIGNE COMMUNÉMENT SOUS LE NOM D'AFFECTIONS MENTALES, par le docteur UNWINS. — 1 vol. in-8°, 235 pages.

INDUCTIONS SUR LA VALEUR DES ALTÉRATIONS DE L'ENCÉPHALE DANS LE DÉLIRE AIGU ET DANS LA FOLIE, par le docteur Lélut, médecin surveillant des aliénés de l'hospice de Bicêtre. — Brochure in-8°, 110 pages. Paris, 1836.

Il n'est aucun de nous qui puisse penser sans sourire à la facilité avec laquelle les médecins qui nous ont précédé admettaient ces explications mécaniques, les mélanges de diverses humeurs pour produire certaines maladies aujourd'hui si abandonnées, et pourtant il est probable que ceux qui nous succéderont ne seront pas moins indulgens à notre égard pour la facilité avec laquelle on a admis de nos jours beaucoup d'explications toutes fondées sur l'action de certaines lésions organiques. Déjà même cette critique de la postérité a commencé de nos jours, surtout pour ce qui concerne les maladies du cerveau. Chaque nouvel ouvrage sérieux et vraiment scientifique apporte un démenti à quelques-unes de ces propositions émises et adoptées avec un peu trop de précipitation. Pour qui a lu avec attention les travaux d'Abercrombie, de M. Andral et de quelque autres hommes qui ont fait de la science sans se passionner pour quelques idées particulières, la pathologie du cerveau est encore bien peu avancée et l'obscurité qui règne toujours sur la plupart des points de cette étude est d'autant plus grande qu'il est plus difficile de distinguer la vérité de l'erreur au milieu de tant de faits discordans. La science considérée sous ce point de vue ne nous semble pas susceptible de faire de rapides progrès. On doit d'abord chercher à la débarrasser des erreurs nombreuses qui empêchent tous nouveaux progrès; et ce genre de travail n'a pas moins de mérite, à notre avis, qu'aucun autre; et c'est ici que nous devons citer les recherches de M. Lélut, auxquelles sa position et ses études toutes spéciales donnent une haute importance.

Si nous voulions faire connaître parfaitement le travail de M. Lélut, nous devrions le copier d'un bout à l'autre. Ce n'est, il le dit lui-même, qu'un extrait d'un ouvrage qu'il prépare (*Histoire clinique de la folie*) et présenté sous forme de corollaires généraux qui se prêtent peu à l'analyse. Nous allons cependant chercher à donner une idée de l'objet qu'il se propose dans cette publication et du but auquel il arrive; Nous laisserons au lecteur le soin de chercher dans le travail de M. Lélut lui-même les détails et les preuves que nous ne pouvons lui offrir en quelques lignes.

Quatre sujets principaux occupent l'auteur dans cette brochure: le délire aigu, la manie aiguë, la manie chronique ou démence simple, la démence avec paralysie générale.

Il est aussi faux de dire que le délire aigu, dans quelque circonstance qu'il se présente est constamment le résultat de l'inflammation du cerveau ou de ses membranes, qu'il le serait de dire que cette inflammation détermine nécessairement le délire aigu. Ce dernier ne suppose ni augmentation de la vascularité du cerveau, ni à plus forte raison les autres altérations anatomiques de cet organe, telles que suppuration, ramollissement, etc. A quelle altération morbide se lie donc le délire aigu? on l'ignore complètement; M. Lélut paraît disposé à traduire cette inconnue par le mot *irritation*. Si cette expression n'avait pas déjà une valeur reçue dans le langage médical, nous n'aurions aucune objection à faire ici. Mais on a déjà tant abusé du mot irritation, il a déjà eu tant de significations différentes que nous le verrions avec peine employé encore pour exprimer un état inconnu. Car si le mot irritation est adopté ici, il entraînera dans une erreur presque inévitable tous les médecins (et ils sont nombreux en France), pour lesquels irritation est synonyme d'inflammation ou de premier degré de l'inflammation. Or, tel n'est pas le but de M. Lélut en adoptant ce mot; car « maintenant au moins, dit il, nous n'avons pas d'idée de ce qui constitue matériellement cet état d'irritation du cerveau qui fait délirer et qui tue sans laisser de traces après la mort; et même quand nous demandons ce qu'il est, ce qu'il pourrait être, nous ne savons trop ce que nous demandons. » Et ailleurs, « l'irritation, dit-il, c'est un état ou une action du système nerveux central, dont le nom n'exprime autre chose que notre ignorance de sa condition organique, et n'est pas même, pour nous, un guide sûr dans le choix des moyens destinés à le combattre. » La signification que M. Lélut attache au mot irritation, nous paraît se rapprocher plus de celle que lui donnent les médecins anglais que du sens que lui attribuait l'école physiologique.

La *manie aiguë* est trop rapprochée du délire aigu par ses caractères pathologiques pour qu'elle ne doive pas fournir les mêmes résultats par rapport à sa cause organique; on ignore entièrement quelle est la condition cérébrale réelle et spéciale de la manie aiguë. Il est indispensable ici de distinguer les lésions primitives de celles qui ne sont que consécutives; les premières, nous les ignorons entièrement, mais les secondes sont très-nombreuses, et ont fourni la cause de très-fréquentes contradictions entre les antropologistes de toutes les époques; on M. Lélut résume ici en peu de mots les opinions contradictoires.

Ce que nous venons de voir pour la manie aiguë, nous le retrouvons également pour la manie chronique et la démence simple, avec les différences pourtant qui dépendent de la nature même de ces états morbides différens. « Ainsi, dit M. Lélut, il ne serait pas étonnant que cet état maladif se répercutât, se réfléchit dans les membranes, et y laissât pour traces de légères altérations chroniques, telles que leur épaississement, leur opacité, leur blancheur, leurs granulations. Cela a lieu sans doute quelquefois; mais, dans la moitié des cas que j'ai observés, les membranes, comme le cerveau, étaient à l'état normal et n'étaient ni épaissies, ni opaques, ni même infiltrées, ou leur cavité remplie par une quantité trop considérable de sérosité, et, à plus forte raison, n'étaient-elles en aucune façon adhérentes à la surface du cerveau; et

même dans les cas où il y avait véritablement phlegmasie dans le tissu du cerveau, *encéphalite*, ou tous les caractères anatomiques de l'encéphalite, il n'y avait pas eu de symptôme de cette dernière maladie. L'examen seul du cadavre révéla cet état inflammatoire de la pulpe cérébrale, comme seul il avait révélé le même état chez plusieurs épileptiques morts dans l'accès, et chez un idiot mort du choléra en vingt-quatre heures, avec des symptômes tout opposés à ceux de l'inflammation du cerveau. »

Une autre altération que l'auteur nous dit avoir rencontrée assez fréquemment chez les sujets atteints de manie chronique, c'est un retrait de tout le cerveau, prédominant cependant d'ordinaire dans quelques-unes de ses parties; mais il n'y attache encore aucune importance; car « ce retrait, dit-il, est analogue à celui qui se fait dans la vieillesse, et que j'ai constaté sur un grand nombre de cerveaux de vieillards. Dans la folie chronique, en effet, non seulement le cerveau a pensé mal, d'une façon pervertie, mais il a pensé trop vite, trop vivement, trop profondément. De là est résulté pour lui une vieillesse anticipée, et l'atrophie sénile qui s'y rattache. Il s'est usé, rapetissé par l'effet d'une action trop répétée et trop intense, au lieu de s'user par l'effet des ans. »

Enfin, il n'est pas jusqu'à la paralysie générale des aliénés elle-même qui ne s'offre quelquefois sans lésion suffisante pour l'expliquer. Cependant ce n'est pas le cas le plus ordinaire; le plus souvent, on trouve quelque altération locale; « mais ces altérations, dit M. Lélut, ne sont que la localisation de l'état général et intime du cerveau, qui, de maniaque qu'il était, est en quelque sorte devenu paralytique de pensée et de mouvement; et cet état est surtout disposé à se révéler par un retrait, une atrophie comme sénile de la presque totalité de l'encéphale, retrait et atrophie qui entraînent de toute nécessité l'épanchement de sérosité dans la cavité de l'arachnoïde ou dans les mailles de la pie-mère, et sur lesquels vient s'enter en quelque sorte la phlegmasie méningo-céphalique, plus ou moins aiguë, qui termine les jours de la plus grande partie des aliénés paralytiques. »

Quant à l'état intime spécial qui donne lieu à la paralysie générale, sa cause véritablement prochaine nous échappe, et peut nous échapper toujours, comme celle qui donne lieu à la démence simple, à la manie chronique, à la manie aiguë et même au délire aigu.

Il faut, continue M. Lélut, chercher les causes organiques du délire, de la folie et de leurs diverses formes dans des altérations constantes et exclusives du tissu même du cerveau; et l'on ne parviendra à cette découverte, si toutefois on doit y parvenir, qu'à l'aide d'une connaissance véritable de l'anatomie intime de cet organe et des modifications qu'il éprouve de la part des agens physiques les plus répandus et les plus puissans, qu'à l'aide d'une rigueur de déduction et de langage qui n'a pas toujours été apportée dans l'examen de ces matières. Jusque-là on ne fera que tourner dans le même cercle, renouveler les mêmes opinions, retomber dans les mêmes erreurs. »

Ces considérations sur l'avenir de la science, par lesquelles M. Lélut termine sa brochure, nous paraissent d'une grande justesse, et inspireront, nous l'espérons, à nos lecteurs le dessein de chercher dans le travail de M. Lélut lui-même les preuves et les détails que nous avons été obligés de négliger ici.

Le traité du docteur Unwins est entièrement différent du travail dont nous venons de parler. L'idée qui domine du commencement à la fin est exprimée dans l'épigraphe, formée de trois passages empruntés à Reid, à Haslam et à Gregory. *Nullus datur limes accuratus inter sanam mentem et Vesaniam*, a dit le dernier de ces auteurs; et nous retrouvons la même pensée plusieurs fois dans le cours de l'ouvrage, à l'occasion des causes, de la symptomatologie et du traitement de l'aliénation, mais toujours exprimée d'une manière originale, souvent spirituelle. Ainsi, le travail du docteur Unwins embrasse donc presque toutes les études qui concernent l'aliénation mentale. On ne peut s'attendre à y trouver des recherches neuves et profondes; mais l'opinion de l'auteur sur un des points les plus importans, que nous allons prendre presque au hasard, nous fera connaître suffisamment la direction qu'il a suivie dans ses recherches, le point de vue sous lequel il considère l'aliénation mentale, et le but qui doit le guider dans le traitement de cette affection.

Ce n'est pas en France seulement qu'on a voulu attribuer l'aliénation mentale à l'inflammation du cerveau; mais le docteur Unwins repousse cette opinion comme opposée à tout ce qui ressort de l'étude des faits, des connaissances pathologiques et de la pratique elle-même. L'influence des maladies du foie, des intestins, le développement des organes cérébraux, admis par les phrénologistes, lui semblent également insuffisans pour expliquer le développement de la folie. « Je suis persuadé, dit-il, que beaucoup de lésions peuvent se développer dans le cerveau et rester inappréciables pour nous, et qu'il y a des altérations du cerveau qui échapperont toujours au scalpel de l'anatomiste aidé même du microscope. »

Nous avons remarqué encore, dans le travail du docteur Unwins, de bonnes directions sur le traitement moral et médical des aliénés, quelques pages sur le suicide et ses rapports avec la folie, et d'autres passages qui nous font regretter de ne pouvoir nous arrêter plus longtemps sur ce travail, qui porte à la fois l'empreinte de l'originalité et de l'utilité pratique.

SULLA FEBBE COSTITUZIONALE BILIOSA MUTATA IN TIFOIDE, che dominò in Sicilia, e particolarmente nel vallo di Girgenti nel 1833. Memoria letta all' Accademia Pontaniana.

DE LA FIÈVRE BILIEUSE TYPHOÏDE qui a régné en 1833 en Sicile, et particulièrement dans la vallée de Girgenti; par le docteur PANVINI.

Encore une histoire de la fièvre typhoïde semblable à toutes celles qui depuis vingt-cinq ans ont été publiées en France, en Angleterre et en Italie. La Sicile ne devait pas être, plus que les autres parties de l'Europe, à l'abri des ravages de ce terrible fléau, qui paraît, d'après le rapport du docteur Panvini, y régner continuellement depuis l'année 1820, mais avec des variations dans son intensité. Elle était assez commune à Palerme au moment où l'auteur y arriva, en 1833; mais elle l'était bien plus encore dans la vallée de Trapani, de Cattanizetta et Girgenti, où il fut envoyé par le gouvernement pour y étudier les caractères de la maladie.

La description que donne ici le docteur Panvini de la fièvre bilieuse typhoïde de la Sicile, ressemble tout-à-fait à la fièvre typhoïde que l'on observe journellement à Paris. La seule différence que nous trouvions, et elle est très-importante, c'est que dès le début les symptômes bilieux étaient beaucoup plus prononcés qu'ils ne le sont ordinairement. A part cette différence, nous retrouvons le même mode d'invasion, la même marche, les mêmes phénomènes morbides, les mêmes accidens et la même durée. Quant aux lésions anatomiques, bien qu'elles ne soient que très-brièvement indiquées dans le mémoire du docteur Panvini, pourtant les expressions qu'il emploie ne permettent pas de douter que sous ce rapport il n'y ait encore identité, car il parle d'altérations spéciales de la membrane muqueuse de l'intestin grêle, des plaques de Peyer et des follicules muqueux exhalans. Il dit, il est vrai, ensuite, n'avoir trouvé qu'une seule fois les glandes mésentériques engorgées, et avoir observé chez une dame la suppuration des parotides.

Nous avons parcouru avec beaucoup d'attention ce que dit l'auteur de la médication qu'il a opposée à ce grave état morbide, et nous avons vu que les laxatifs unis aux délayans ont fait la base du traitement pendant la première période; mais pendant la seconde, c'est-à-dire lorsque les phénomènes typhoïdes commençaient à se développer, alors il avait recours à la solution de tartre stibié; bien que l'auteur ne l'indique pas, nous pensons que c'est du tartre stibié à haute dose, dont il parle ici, administré d'après la méthode de Rasori, et dont il paraît que le docteur Graves vient d'obtenir les résultats les plus heureux à Dublin. Ces moyens eurent, entre les mains de l'auteur et dans celles des nombreux médecins du pays qui les emploient, les résultats les plus heureux, et la maladie ne tarda pas à disparaître de la Sicile.

Nous ne nous étendrons pas davantage sur l'histoire de cette épidémie; les faits que nous venons de faire connaître suffiront, nous le croyons, pour caractériser la maladie. Nous dirons cependant quelques mots des causes auxquelles le docteur Panvini l'attribue, et, nous le croyons, avec raison. Ici, comme dans tous les cas où la fièvre typhoïde a régné épidémiquement, nous la voyons prendre naissance au milieu des calamités publiques. A la suite de la paix de 1815, le prix du blé que les Anglais tiraient presque uniquement, pendant nos guerres, de la Sicile, ayant éprouvé tout à coup une baisse considérable (de 60 ducats à 4) et presque sans exemple, les propriétés diminuèrent considérablement de valeur; beaucoup de terres furent laissées incultes; les paysans, réduits à la dernière misère, négligèrent les soins de propreté; puis trois années de disette et la visite de l'immense quantité de sauterelles, dont les cadavres infectèrent les eaux de la Sicile après qu'elles eurent dévoré tous les champs, mirent le comble à leur souffrance, et ce fut alors qu'éclata en 1820 l'épidémie dont nous venons d'emprunter l'historique à l'intéressant mémoire du docteur Panvini.

COUP-D'ŒIL SUR LES HÔPITAUX DE LONDRES ET SUR L'ÉTAT DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE EN ANGLETERRE, par Edwen LEE, membre du collége royal de chirurgie à Londres. 48 pages in-8°. Paris, 1836.

Ce n'est point un étranger qui, dans cette brochure, porte un jugement sur les établissemens médicaux de Londres, c'est un Anglais lui-même; mais un Anglais qui, comme la plupart de ses compatriotes, a visité les établissemens étrangers avec lesquels il compare ceux de la Grande-Bretagne. Nous avons vu, dans un numéro récent de la GAZETTE MÉDICALE, les observations recueillies par M. Lee, vrai touriste médical, en Italie et en Allemagne; il devait être plus intéressant encore de le voir juger les institutions médicales de son propre pays; c'est ce qu'a fait M. Lee dans la brochure que nous avons en ce moment sous les yeux, et qu'il a publiée en français.

Ce travail est divisé, ainsi que l'indique le titre, en deux parties distinctes. Dans la première, consacrée à une notice sur les hôpitaux de Londres, l'auteur commence par jeter de la défaveur sur ce que les médecins français ont pu dire des hôpitaux anglais. « De temps en temps, dit-il, nous voyons bien dans nos salles un médecin français et un allemand, mais leurs visites sont en général trop courtes pour qu'ils puissent bien apprécier la valeur de nos méthodes de traitement, et surtout quand leurs opinions théoriques diffèrent de celles qu'entretiennent les médecins anglais; aussi les voit-on publier des rapports partiels ou peu exacts sur la pratique anglaise, qui présente cependant des avantages dont les médecins du continent ne manqueraient pas de tirer parti s'ils étaient plus connus. » Cette critique de ceux de nos compatriotes qui sont allés depuis quelques années visiter les bords de la Tamise, bien qu'un peu sévère, ne manque cependant pas de justesse sous certains points de vue; mais ne pourrait-elle pas, avec quelque justice aussi, être rétorquée contre quelques-uns des compatriotes de l'auteur, et même contre M. Lee lui-même, qui prétend nous faire connaître en 40 pag. in-8° l'état des hôpitaux de Londres et de la médecine anglaise? Bien que la plupart de nos lecteurs habituels n'aient pas fait le voyage de Londres, cependant ils sont assez familiarisés avec la pratique anglaise, à laquelle nous faisons tous les jours dans nos colonnes de si gros emprunts, que nous ne craignons pas de les prendre pour juges, et que nous allons leur soumettre presque sans aucune critique quelques-uns des faits les plus saillans que nous offre cette brochure, et qui n'ont point été signalés dans l'article précédemment indiqué.

L'un des faits les plus caractéristiques de la médecine anglaise, c'est la complication des prescriptions, ot qui nous embarrasse souvent quand il s'agit de reproduire ces prescriptions en français. « Les médicamens, dit l'auteur, y sont le plus souvent prescrits en combinaison soit de substances dont les propriétés médicales se ressemblent, soit d'autres qui ont des propriétés différentes; car l'expérience journalière démontre que l'action des remèdes est modifiée d'une manière très-avantageuse par la combinaison pharmaceutique, et que l'on peut ainsi produire des effets sur l'économie, qu'on ne saurait obtenir si les mêmes substances étaient données séparément, par exemple la proudre de Dover, qui est composée d'opium, d'ipécacuanha et de sulfate de potasse, est à la fois sédatif et diaphorétique, suivant la dose et d'autres circonstances; tandis que les inconvéniens qu'entraîne souvent l'emploi séparé de ses parties constituantes, est évité. »

Nous accorderons à M. Lee que le dévoiement, qui est souvent considéré en France comme une contr'indication spéciale de l'usage des laxatifs, est souvent traité avec succès par ces agens seuls ou combinés avec d'autres. Mais est il vrai, comme il l'affirme positivement, que ce symptôme est causé et entretenu, dans beaucoup de cas, par la présence continue de matières nuisibles dans le tube digestif, et est-il vrai surtout, comme le prétend encore l'auteur, que les lésions trouvées dans les intestins à la suite de fièvres typhoïdes, soient produites par la présence de matières fécales dans le tube digestif, et que la partie des intestins où ces lésions existent le plus constamment et en plus grand nombre, soit précisément celle où s'opère très-souvent une accumulation de matières, et où ces matières peuvent séjourner avec le plus de facilité? Les faits dont malheureusement nous avons été à même de recueillir un si grand nombre, ne sont point d'accord avec cette explication, et nous doutons même que M. Lee soit ici l'écho des médecins anglais que nous regardons comme les plus avancés. Les médecins de Paris surtout reconnaîtront combien cette explication est fausse, quand ils sauront que l'une des principales preuves sur lesquelles s'appuie l'auteur, est la diminution de la mortalité de la fièvre typhoïde dans les hôpitaux de Paris depuis qu'on les y a traitées par les purgatifs, n'us ajouterions par les chlorures, les saignées coup sur coup, les toniques, les sudorifiques, etc. La seule explication, si nous pouvons employer ici ce mot, rationnelle de cette diminution de la mortalité de la fièvre typhoïde, c'est qu'elle est générale en ce moment et à peu près la même, quelque soit le traitement employé.

Nous aurions encore beaucoup d'autres points à signaler, mais nous dépasserions bientôt les limites qui nous sont prescrites. Cependant nous ne terminerons pas cette courte notice sans féliciter M. Lee de la tentative qu'il a faite et qui, nous l'espérons, aura du succès; nous souhaitons même qu'il trouve des imitateurs non-seulement dans son propre pays, mais en France aussi. Ces comparaisons entre l'état des connaissances médicales dans différentes contrées, sont le moyen le plus puissant et souvent le seul pour faire disparaître certaines erreurs qui tiennent aux localités ou à des habitudes invétérées, à des préjugés scientifiques. On sait combien la politique gagne à ces emprunts mutuels de nation à nation; pour quoi n'en serait-il pas de même de la médecine?

EXAMEN DES MODIFICATIONS HYGIÉNIQUES dont paraît susceptible l'état actuel de la salubrité publique dans le 3e arrondissement de l'Aude; par M. PY, médecin à Narbonne. — Broch. in-4°.

PENSÉES PHILOSOPHIQUES SUR LES CIMETIÈRES, considérés sous le rapport de leur influence sur l'état sanitaire des populations, avec l'indication d'un moyen sûr pour empêcher la putréfaction du cadavre humain; par le même. — Broch. in-4°.

Les études hygiéniques ont fait, personne ne peut en douter, quelques progrès dans ces derniers temps; trop souvent cependant ces études restent enfouies, soit dans les recueils périodiques, soit dans les ouvrages spéciaux, ou si quelques applications en sont faites, ce n'est que dans les plus grandes villes et dans des circonstances extrêmement rares; mais si nous nous éloignons de ces grands centres de la population où s'opèrent ces changemens, et que nous pénétrions dans quelqu'une des provinces éloignées, nous retrouvons presque partout les habitudes, les mœurs, les usages et la même ignorance des heureuses influences de l'hygiène que dans les siècles précédens. Il est donc utile que des hommes appartenant aux localités signalent à l'attention de leurs concitoyens les améliorations qu'ils pourraient apporter dans leur manière de vivre, d'élever leurs habitations, de choisir leur dernière demeure; et nous devons le reconnaître, dans l'état actuel des choses, les médecins sont à peu près les seuls, dans la plupart des localités, dont les avis sur ces sortes de questions puissent avoir une valeur réelle. C'est donc avec un sentiment de reconnaissance pour l'humanité qui en retirera les avantages, et d'orgueil pour le corps médical, que nous voyons les tentatives de ce genre faites par ceux de nos confrères auxquels leur position permet de le faire avec fruit; de ce nombre sont celles consignées dans les deux brochures ci-dessus.

Parmi les modifications hygiéniques que l'honorable M. Py désirerait voir introduites dans le troisième arrondissement du département de l'Aude, il en est dont l'adoption nous semble ne devoir éprouver aucune difficulté et serait d'une utilité immédiate. Peut-être en est-il aussi quelques-unes qui pourraient choquer les habitudes qui sont les plus enracinées chez les peuples, celles qui se rattachent au mode de sépulture. Quoi qu'il en soit, et comme on ne peut espérer d'obtenir en un jour beaucoup de changemens, il est bon d'y préparer graduellement les esprits. C'est ce qu'a fait M. Py dans le but seulement d'être utile à ses concitoyens, et ce qui pourrait être fait encore dans beaucoup d'autres localités.

— MANUEL DES MALADIES VÉNÉRIENNES, par C.-M. GIBERT, professeur agrégé à la Faculté de Paris, médecin de l'hôpital de l'Oursine (Vénériens-Femmes). Un gros vol. gr. in-18; prix : 6 fr. Paris, juillet 1836. — Chez Deville-Cavellin, libraire, ancienne maison Gabon, 10, rue de l'Ecole-de-Médecine.

Le succès mérité qu'a obtenu le *Manuel des maladies de la peau* du même auteur ne peut manquer de s'étendre à cette nouvelle publication. En attendant que nous en rendions un compte détaillé, nous nous empressons de dire qu'on y trouve un résumé clair, exact et méthodique de tout ce qu'on avait écrit sur la matière, et une discussion lumineuse des principales questions en litige. Nous les recommandons surtout aux praticiens qui veulent beaucoup de choses en peu de pages.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

PARIS. — IMPRIMERIE EVERAT ET COMPAGNIE, RUE DU CADRAN, N° 16.

N° 34. (TOME IV. — 1836.) SAMEDI 20 AOUT 1836.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La Gazette médicale de Paris (*Gazette de santé* et *Clinique des hôpitaux* réunies) parait tons les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et équivaut à 6 feuilles in-8°. Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois. Pour l'Étranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Poissonnière*, n° 5, et dans les Départemens, chez tons les Directeurs des postes. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

ÉPIDÉMIES.

MÉMOIRE SUR LA COQUELUCHE QUI VIENT DE RÉGNER A PARIS, fondé sur des observations recueillies à l'hôpital des Enfans malades; par M. Th. Constant.

La coqueluche qui se montre à Paris sous forme sporadique à toutes les époques de l'année, a acquis une fréquence tout-à-fait insolite pendant les trois mois qui viennent de s'écouler. Elle a frappé un assez graod nombre d'enfans; elle n'a pas plus épargné les elasses aisées que les classes pauvres. Cette maladie a commencé vers le milieu d'avril, a présenté son maximum de fréquence pendaot le mois de mai, qui a été remarquable cette année par ses brusques variatioos de température; a cootioué sa marche en juin, et est devenue de plus en plus rare en juillet. Sur 28 malades atteints de coqueluche, observés à l'hôpital des Enfans, 5 sont entrés eo avril, 15 en mai, 4 en juin et 4 en juillet. Chez 2 de ces derniers l'invasion de la maladie remontait au mois de mai. Cette épidémie de coqueluche a été surtout remarquable par ses complications. L'inflammatioo pulmonaire s'est montrée chez un assez grand nombre d'enfans à l'hôpital. Cette phlegmasie existait ehez 17 des 28 malades observés. Daos les elasses aisées, cette complication s'est montrée dans une moins grande proportion. Toutefois, d'après nos propres observations et d'après les renseignemens que nous avons recueillis auprès de plusieurs confrères, nous pouvons affirmer qu'elle a eu lieu dans un assez grand nombre de cas. Les 5 premiers malades admis à l'hôpital oot succombé. La mortalité a été moins considérable les mois suivans; nous avons vu néanmoins périr 12 des 28 malades qui font le sujet de ce travail.

Ces 28 enfans ont été répartis de la manière suivaote sous le rapport de l'âge :

3 étaient âgés de	2 ans (1).
5	3
2	4
4	5
3	6
5	7
2	8
1	9
1	10
2	11

Relativement au sexe, la différence a été très-notable : sur 28 cas nous avons rencontré 21 filles et 7 garçons seulement.

Pour tracer d'une manière aussi complète que possible l'histoire de cette eoqueluche, nous allons exposer rapidement les lésions trouvées à l'ouverture du cadavre, les symptômes, la marche, les complications et les différens moyeos de traitement qui ont été mis en usage.

(1) A cet hôpital on ne reçoit pas les enfans âgés de moins de 2 ans.

Feuilleton.

SUR LA DERNIÈRE SÉANCE DE L'ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE.

Nous recevons la lettre suivante. Elle nous a semblé rendre avec vérité les faits et les impressions de la longue discussion qui vient d'avoir lieu à l'Académie de médecine, et en faire ressortir convenablement les consequences Elle tiendra lieu des reflexions que nous nous proposions de faire nous-mêmes sur ce sujet.

Paris, 18 août.

A M. LE RÉDACTEUR EN CHEF DE LA GAZETTE MÉDICALE.

Monsieur,

Permettez-moi de joindre mes félicitations à celles de tous ceux de nos confrères qui ont été à même de suivre les discussions provoquées dans le sein de l'Académie royale de medecine, par votre mémoire sur les *signes caractéristiques et différentiels des déviations soit pathologiques, soit simulées de l'épine*; l'Académie en adoptant les conclusions du remarquable rapport de sa commission, entièrement conformes aux vôtres sur les points essentiels, a fait ce qu'on devait attendre de ses lumieres, de son impartialité, et je dirai plus encore, de sa justice, comme gardienne naturelle des intérêts moraux du corps médical.

Ce n'est certes pas à vous qu'il faut rappeler les circonstances particulières au milieu desquelles s'est développée cette discussion, et qui ont parfois altéré le caractère scientifique qu'elle eût dû conserver depuis le commencement jusqu'à la fin. Ce n'est pas votre faute si des questions personnelles ont été soulevées si souvent et avec une insistance, qui pouvait étonner et affliger l'Academie, mais dont en definitive, vous devez vous feliciter, car elle tournait naturellement à

Les lésions les plus nombreuses et les plus profondes trouvées chez les sujets qui ont succombé, avaient leur siége dans l'appareil respiratoire. La membrane interne du larynx n'a offert des altérations que dans deux cas; dans le premier il y avait rougeur vive de la muqueuse; dans le second, cette membrane était ulcérée. Cette dernière altération appartenait à un sujet phthisique. La muqueuse de la trachée a présenté de la rougeur dans trois cas; dans un cas, cette membrane était soulevée par un tubercule crétacé du volume d'un petit pois. Les bronches ont été plus souvent altérées que la première portion du canal aérifère. La muqueuse qui les tapisse a été trouvée rouge, dix fois sur douze. Cette rougeur était générale dans deux cas seulement. Dans tous les autres, elle était partielle. Tantôt elle était bornée aux bronches d'un seul côté, tantôt elle occupait les grosses bronches; tantôt, et c'est ce qui avait lieu le plus ordinairement, la rougeur siégeait dans les dernières divisions des ramifications bronchiques. Ces tuyaux n'ont offert de dilatation manifeste que dans deux cas, relatifs à des sujets qui ont succombé à une période éloignée du début. Les lésions des glandes bronchiques ont été aussi constantes que celles des bronches. Trois fois les ganglions ont été trouvés rouges et tuméfiés; dans sept cas ils contenaient de la matière tuberculeuse. Chez un de ces sujets, les glandes bronchiques formaient une masse tuberculeuse qui comprimait la bronche droite et refoulait le nerf pneumo-gastrique.

Les lésions du parenchyme pulmonaire ont été plus nombreuses et plus variées que celles des bronches. Chez dix sujets, nous avons rencontré des traces de pneumonie aiguë; et chez un seul des traces de pneumonie chronique, siégeant autour d'excavations tuberculeuses. Dans le dernier cas, le tissu pulmonaire était à l'état d'induration grise. Dans les neuf autres cas, c'est à l'état d'hépatisation rouge que s'est présenté le parenchyme pulmonaire. Nous n'avons rencontré l'infiltration purulente que dans 3 cas. L'hépatisation occupait tantôt un ou plusieurs lobes tout entiers, tantôt une portion étendue de ces lobes. Dans trois cas, elle était disséminée par petits noyaux variables depuis le volume d'un pois jusqu'à celui d'une noix. Quelques sujets ont offert les traces de ces deux formes de pneumonie. L'inflammation était disséminée ou lobulaire, comme on dit, dans l'un des poumons, tandis que dans l'autre elle était plus étendue et formait un tout continu. Les lobes inférieurs ont été plus souvent affectés que les lobes supérieurs. Ces altérations siégeaient aussi plus souvent dans la partie postérieure que dans la partie antérieure. Outre les traces d'inflammation que nous venons de signaler, les poumons ont offert des tubercules dans cinq cas. Une seule fois le parenchyme pulmonaire était creusé par des excavations tuberculeuses. Chez les quatre autres sujets, les tubercules étaient à l'état de crudité. Trois fois les poumons ont présenté en outre de l'emphysème. Cette altération avait spécialement son siége dans les lobes supérieurs. La plèvre n'a présenté des traces d'inflammation récente que dans un seul cas. Trois fois elle a offert des traces de phlegmasie ancienne. Les nerfs pneumo-gastriques n'ont pas été examinés. Pendant les trois années précédentes nous les avons suivis neuf fois depuis leur origine jusqu'au diaphragme; et comme ils ne nous ont présenté d'altération appréciable dans aucun cas, nous avons entièrement renoncé à ce genre de recherches.

Quant aux lésions trouvées hors de l'appareil respiratoire, elles nous ont paru tout-à-fait accidentelles et indépendantes de la coqueluche. L'estomac a été examiné chez dix sujets : chez six, la membrane interne de ce viscère nous a paru exempte d'altération. Dans un cas, elle a présenté une rougeur vive avec épaississement; dans deux cas, une teinte rosée avec une notable diminution de consistance; enfin dans un quatrième cas, elle a offert un ramollissement blanc. Des vers lombrics ont été trouvés trois fois dans l'intestin grêle. Cette portion du canal intestinal a présenté quelques rougeurs partielles dans un certain nombre de cas; il y avait des ulcérations chez un phthisique. Le reste du canal intestinal n'a rien présenté de remarquable. Ajoutons que dans un cas nous avons trouvé les traces d'une péritonite intermittente qui a été l'une des principales causes de la mort.

Rien dans le cœur et ses annexes, si ce n'est une rougeur vive de la membrane interne du cœur chez un sujet qui, pendant le cours de la coqueluche, avait été affecté de scarlatine. Le péricarde renfermait une certaine quantité de sérosité chez un autre qui était atteint d'hydropisie générale.

Le cerveau nous a paru plus injecté dans l'état normal chez deux sujets seulement. Trois fois une assez grande quantité de sérosité limpide soulevait l'arachnoïde de la convexité. Dans un cas la pie-mère contenait un assez grand nombre de granulations tuberculeuses, isolées en quelques points, groupées dans d'autres où elles formaient des plaques jaunâtres. Tel est le tableau des lésions constatées chez les douze sujets qui ont succombé. Aucune d'elles, comme on le voit, n'a été constante et ne saurait être considérée comme *explicative* des symptômes observés pendant la vie. La coqueluche doit donc être maintenue dans la classe des maladies dont le scalpel n'a pu encore démontrer le siége; elle doit être considérée comme une simple *névrose*. Nous nous contenterons de consigner ici une seule observation avec autopsie cadavérique, que nous prenons au hasard parmi celles que nous avons recueillies.

COQUELUCHE COMPLIQUÉE DE PNEUMONIE; SCARLATINE INTERMITTENTE; MORT; HÉPATISATION ROUGE ET GRISE DU POUMON GAUCHE; TUBERCULE SOUS-MUQUEUX DE LA TRACHÉE-ARTÈRE; TUBERCULES DES GLANDES BRONCHIQUES ET DES POUMONS.

OBS. I. — Eulalie Dégrény, âgée de 5 ans, d'une constitution grêle, toussait depuis trois mois et éprouvait depuis cinq ou six jours des quintes de toux semblables à celles de la coqueluche, lorsqu'elle fut admise à l'hôpital des Enfans, le 26 avril.

Le 27, nous trouvons la malade couchée sur le dos; l'expression de sa physionomie est naturelle; ses réponses sont justes; son intelligence est très-développée; elle n'accuse aucune céphalalgie. Pendant que nous procédons à l'exploration de la poitrine, la malade est prise d'une quinte qui se prolonge pendant une minute et demie, et offre à plusieurs reprises le sifflement caractéristique des quintes de coqueluche, des crachats muqueux opaques sont expulsés en assez grande quantité à la suite de la quinte; le pouls, compté peu de temps après, donne 120 pulsations, la chaleur de la peau est élevée; la respiration se répète 36 fois par minute; la poitrine percutée rend un son également clair à droite et à gauche; l'auscultation fait entendre du râle muqueux à grosses bulles dans l'un et l'autre côtés de la poitrine. La langue est humide et couverte d'un léger voile blanchâtre; le ventre est indolent, la soif peu vive, l'appétit conservé, les selles quotidiennes; aucun vomissement n'a eu lieu à la suite de quintes depuis la veille. On prescrit des boissons pectorales, des pédiluves, et on accorde du lait et du bouillon pour aliment. Pendant les cinq jours qui suivent, les quintes sont de plus en plus nombreuses et de mieux en mieux caractérisées. Le râle muqueux qui se faisait entendre dans les deux côtés de la poitrine persiste. On administre un vomitif.

votre avantage. Ces manifestations ont mis l'Académie dans une position que vous ne pouviez pas lui imposer vous-même, mais qui vous était de tout point favorable et extrêmement honorable. Appelée par vous à décider sur une pure question d'anatomie, on a jugé à propos de mêler si bien votre personne à la question, qu'il n'a plus été possible de séparer les deux choses, et que la décision de l'Académie devait nécessairement les envelopper toutes deux. L'Académie, en effet, aurait très bien pu n'être pas de votre avis sur la valeur de vos observations orthopédiques, car en médecine, les vérités les mieux exposées ont rarement un caractère d'évidence tel qu'il force invinciblement toutes les convictions, et par conséquent ne pas vouloir les consacrer par son approbation, si son vote n'avait eu, au pis aller, d'autre résultat que de laisser un point de diagnostic dans son obscurité première, ce qui n'était pas un grand malheur. Mais du moment où l'on s'est attaché avec un zèle dont vous ne sauriez être trop reconnaissant, à lui prouver que sa décision pourrait avoir d'autres conséquences, qu'elle effacerait ou renforcerait l'effet moral d'une sentence judiciaire rendue contre un médecin sur les faits médicaux dont la juste appréciation appartenait au seul corps médical, qu'elle exprimerait l'opinion du corps académique sur un confrère dont la probité scientifique et les intérêts moraux les plus chers étaient compromis dans une controverse où l'adversaire, n'étant pas médecin, avait tout à gagner et rien à perdre; dès lors, Monsieur, l'Académie ne pouvait balancer et son vote était inévitable. Je m'étonne seulement que la question ait été posée de cette manière à peu près exclusivement par les adversaires des conclusions du rapport, car dans l'intérêt de leur opinion, ils devaient au contraire, ce me semble, écarter soigneusement le point de vue moral, et s'en tenir exclusivement à l'élément scientifique. Sur ce dernier point on aurait pu avec de l'insistance, des recherches et raisonnemens appropriés parvenir à ébranler, si non à invalider complètement vos observations; car en médecine, je le répète, il n'y a pas de vérité si bien établie qui ne puisse être combattue d'une manière plus ou moins spécieuse, et, en jetant l'Académie dans le doute, on aurait pu en obtenir une décision négative. Mais par bonheur les opposans ont mis en première ligne la question morale et personnelle, qu'ils auraient dû laisser dans l'ombre; ils ont cru mieux réussir en plaidant qu'en discutant, et en changeant le sujet scientifique en procès; ils ont même eu l'imprudence de faire intervenir les noms des parties, ce qui a achevé de gâter leur affaire et d'arranger la vôtre. Mais on ne s'avise jamais de tout.

En vous signalant ces considérations morales comme une des circonstances qui ont visiblement influé sur la détermination de l'Académie, je ne prétends pas dire assurément que les conclusions du rapport ne fussent pas appuyées de raisons assez solides ni de faits assez évidens pour convaincre cette savante compagnie, il me semble au contraire que jamais point de science n'a été si fermement établi. L'opinion presque unanime d'une commission imposante et par le nombre insolite de ses membres, et par leur spécialité dans la matière, établissait déjà une présomption très-forte qui a été changée en certitude (autant que ce mot peut être appliqué en médecine) par tous les faits nouveaux apportés de différens côtés dans la discussion, et principalement par vos adversaires ou par vos rivaux. Les élémens de conviction étaient donc plus que suffisans; et malgré les doutes exprimés, toujours avec un très-grand zèle et quelquefois avec habileté, par les opposans, l'Académie peut dormir en repos sur la responsabilité scientifique de sa déci-

Le 3 mai, la malade accuse une vive douleur de tête; elle est abattue, triste, maussade, se cache sous ses couvertures, ne répond qu'avec impatience aux questions qu'on lui adresse; ses yeux supportent difficilement la lumière; la face est rouge et animée dans l'intervalle des quintes; le pouls donne 124 pulsations. M. Guersent redoute l'invasion d'une méningite, et prescrit en conséquence 6 sangsues aux apophyses mastoïdes, des sinapismes aux membres inférieurs, et un lavement purgatif. La céphalalgie se dissipe dans la journée.

Le 4, la malade conserve un peu d'assoupissement; le pouls est descendu à 100. (4 grains de calomel en deux prises; pédiluves.)

Le 5 et le 6, la coqueluche, qui n'avait pas été modifiée par l'apparition des symptômes cérébraux, continue sa marche; mais le 7 de nouveaux accidens se manifestent. La respiration est anxieuse, et présente beaucoup d'accélération dans l'intervalle des quintes, le pouls devient plus fréquent; 136 pulsations et 48 inspirations; les crachats, toujours très-abondans, présentent quelques stries sanguines; le râle muqueux a été remplacé par du râle crépitant à bulles plus fines et plus nombreuses à gauche qu'à droite; les voies digestives sont toujours en bon état. (Looch blanc avec addition de quinze grains d'oxide blanc d'antimoine; mauve édulcorée; diète.)

Du 8 au 11, même anxiété, même dyspnée, même fièvre; persistance des quintes. On continue l'emploi des mêmes moyens.

Le 11, la crépitation est remplacée au niveau de l'omoplate gauche par la respiration bronchique et la bronchophonie; le son est manifestement plus obscur à gauche qu'à droite; la malade n'accuse aucune douleur de poitrine; les crachats sont toujours purement muqueux; aucun d'eux ne présente la viscosité ni la teinte rouillée caractéristiques de l'expectoration pneumonique. On applique deux ventouses scarifiées sur l'omoplate du côté gauche, et on suspend l'oxide blanc d'antimoine.

Le 12, même souffle, même bronchophonie à gauche; léger râle muqueux à droite; pas de diminution des quintes; amaigrissement progressif; 120 pulsations et 42 inspirations. (Cautère sur le côté gauche de la poitrine.)

Le 13, on reprend l'oxide blanc d'antimoine, le lait et le bouillon.

Les deux jours suivans les quintes de coqueluche diminuent; les symptômes de pneumonie persistent.

Le 16, on applique un vésicatoire au-dessous du cautère.

Le 17, la face porte l'empreinte d'une vive souffrance; l'anxiété est extrême; le pouls, à une époque assez éloignée d'une quinte, donne 124 pulsations par minute; nous comptons dans le même laps de temps 50 mouvemens inspiratoires; le decubitus est variable; le son est mat dans toute la hauteur du côté gauche en arrière et latéralement; dans la même étendue, la respiration bronchique et la bronchophonie sont des plus manifestes; l'expectoration est toujours purement catarrhale; les selles sont rares; le ventre reste indolent. On continue les boissons pectorales et le looch avec un scrupule d'oxide blanc d'antimoine.

Les jours suivans, l'anxiété persiste; les criailleries de la malade troublent le repos de ses compagnes; on est obligé de la transférer dans une autre salle. Le vésicatoire qu'on avait recommandé d'appliquer sur le côté droit, a glissé vers le milieu du dos; la plaie, qui présente un mauvais aspect, siége sur le trajet du rachis, vers l'union de la dernière vertèbre dorsale avec la première lombaire.

Le 23, une éruption scarlatineuse se manifeste, accompagnée de symptômes adynamiques, et entraîne la mort dans la matinée du 25. Dans les derniers jours de la vie, les quintes avaient beaucoup perdu de leur intensité; l'expectoration s'était supprimée; mais l'intelligence s'est conservée presque jusqu'au dernier moment.

A l'ouverture du cadavre, nous constatons un amaigrissement considérable, une teinte violacée de la peau du tronc et des membres, et une escarre gangréneuse dans le point qu'avait occupé le vésicatoire.

L'arachnoïde conserve sa transparence normale; la pie-mère contient une petite quantité de sérosité limpide; les vaisseaux de cette membrane ne sont que médiocrement injectés; le cerveau est généralement mollasse, mais ne présente pas de coloration anormale; les ventricules latéraux contiennent chacun une cuillerée à café de sérosité incolore. Les parties centrales sont intactes.

Le larynx, la trachée et les bronches sont rouges; à la partie inférieure de la trachée, la muqueuse est soulevée par un tubercule crétacé du volume d'un petit pois. Autour de ce point la muqueuse offre une largeur plus vive que dans sa partie supérieure. L'injection de la muqueuse bronchique est d'autant plus marquée qu'on s'éloigne davantage de leur bifurcation. Aucun de ces tuyaux ne présente de dilatation anormale. Des adhérences anciennes unissent le poumon gauche à la plèvre costale et diaphragmatique. Les deux tiers inférieurs du lobe supérieur et le lobe inférieur tout entier sont complétement imperméables à l'air; ils se laissent couper par tranches minces, et se précipitent au fond de l'eau; ils sont à l'état d'hépatisation rouge dans plusieurs points, et grise dans d'autres. Dans le poumon droit on rencontre quelques noyaux hépatisés, dont le plus considérable a le volume d'une petite noix; on trouve en outre çà et là quelques tubercules crus dans le parenchyme des deux poumons, et spécialement à gauche. Les glandes bronchiques ont subi pour la plupart la dégénérescence tuberculeuse. Le cœur et le péricarde sont sains. Le nerf pneumo-gastrique n'a pas été examiné.

Dans l'abdomen, nous trouvons quelques tubercules crétacés des ganglions mésentériques. La muqueuse gastrique offre une teinte gris-rosée et une assez bonne consistance. La muqueuse intestinale est en contact avec des matières verdâtres, elle est amincie, mais assez ferme. Les follicules isolés sont assez développés dans l'intestin grêle; les autres viscères abdominaux ne présentent rien de remarquable.

La coqueluche n'a pas été dans ce cas la seule cause de la pneumonie. La bronchite, qui existait depuis plusieurs mois lorsque la toux spasmodique s'est montrée, les tubercules pulmonaires, ont aussi favorisé le développement de cette phlegmasie. Quoiqu'elle ait pris en quelque sorte naissance sous nos yeux, il a été impossible d'en enrayer la marche. Les émissions sanguines locales, à défaut de la saignée générale, contre-indiquée par la faible constitution du sujet, les cautères, les vésicatoires, les préparations antimoniales, tout a été impuissant. Du reste, la malade, malgré la persistance de la pneumonie, aurait pu prolonger encore son existence, si une scarlatine, survenue au milieu de circonstances aussi défavorables, ne l'avait rapidement entraînée au tombeau.

L'inflammation du poumon gauche, qui seule nous avait été révélée pendant la vie par l'auscultation et la percussion, a offert des caractères anatomiques très-tranchés. L'hépatisation rouge et grise, telle qu'on la rencontre chez l'adulte, s'est montrée dans les lobes inférieur et supérieur du poumon gauche, où elle occupait une assez grande étendue. Dans le poumon droit, au contraire, l'inflammation était disséminée; elle se présentait sous la forme de petits noyaux d'un volume variable, situés plus près du centre que de la périphérie de l'organe, et que le toucher faisait reconnaître avant l'incision du parenchyme pulmonaire. C'est cette dernière forme de pneumonie qu'on a décrite sous le nom de *pneumonie lobulaire*.

Quant aux symptômes de la coqueluche elle-même, ils n'ont rien offert de très-remarquable. C'est surtout lorsque la période dite spasmodique était déclarée, et que la toux se présentait sous forme de quintes, que le diagnostic pouvait être porté sans hésitation. Les religieuses, les infirmières, reconnaissaient tout aussi bien la maladie que les médecins. Ces quintes, dont nous avons cherché à apprécier la durée dans un certain nombre de cas avec une montre à secondes, ne se sont jamais prolongées au-delà d'une demi-minute à deux minutes; elles se sont répétées depuis dix jusqu'à quarante fois dans les vingt-quatre heures. Nous indiquerons plus loin les modifications qu'elles ont subies sous l'influence des maladies qui compliquaient la coqueluche.

L'expectoration a rarement manqué à la suite des quintes. Ce signe est d'une très-grande valeur pour le diagnostic de la coqueluche, car

---

sion. Elle ne pouvait exiger ni de vous, ni de sa commission, des preuves mathématiques; et s'il lui fallait ajourner ou refuser son jugement sur les questions qui lui sont présentées, toutes les fois qu'on peut alléguer la *possibilité* de l'erreur, elle ne conclurait jamais à rien. Elle a jugé très-raisonnablement d'après les faits *existans*; et connus; son jugement conservera son autorité tant que la nature ou l'art n'auront pas produit les faits *possibles* mais inconnus dont on lui a voulu faire peur. Elle a cru en conséquence qu'elle pouvait, en toute sûreté de conscience, avoir raison aujourd'hui, en attendant d'avoir tort plus tard. Les circonstances morales n'ont donc rien ajouté à la conviction de l'Académie, mais elles ont introduit dans la discussion une ardeur et un intérêt plus vifs; elles ont engagé beaucoup de membres qui, par la nature de leurs études spéciales, pouvaient n'y apporter qu'une attention distraite, à la suivre avec plus d'application; en un mot, elles ont amené l'Académie tout entière à y prendre une part active. Or, on ne peut nier que ce sentiment général répandu peu à peu, que la dignité de la profession était engagée par quelque côté à la solution de la question scientifique, n'ait pu très-bien influer sur la détermination de plusieurs membres jusqu'alors incertains ou indifférens. Or c'est là, Monsieur, ce qui vous a valu, je ne dis pas le vote sur conclusions, qui n'était dû et ne pouvait être accordé qu'à l'évidence et à la vérité, mais la manifestation d'intérêt pour votre personne qui s'y trouvait jointe fortuitement. Cette manifestation, plus douce pour vous, sans doute, que l'approbation de vos recherches scientifiques, n'a pas moins satisfait vos confrères; car elle prouve que l'Académie ne sépare point les intérêts de la science de ceux de l'art, et que tout membre du corps médical peut compter sur son appui lorsque l'honneur de la profession sera attaqué dans sa personne.

La lutte que vous avez soutenue était périlleuse; elle vous exposait à des dangers matériels dont vous avez été victime, et, ce qui est plus grave, à la calomnie, qui ne vous a pas manqué non plus. Votre rôle pouvait être odieusement méconnu, et vous risquiez de voir transformer en autant d'accusations contre votre caractère médical les faits mêmes qui lui fesaient le plus d'honneur. Confiant dans la justice et la dignité de votre cause, vous avez pu aisément supporter des atteintes qui n'étaient pas accompagnées de ces précieux auxiliaires. Vos travaux, protégés par une science sérieuse et solide, ont prévalu sur des prétentions appuyées sur des moyens de succès qui, dans notre profession, suppléent trop souvent à la science, et quelquefois, par malheur, l'étouffent. La décision de l'Académie vous indemnisera outre mesure des dégoûts que vous avez subis; elle vous maintiendra dans la position dont on a essayé de vous faire sortir par des arrêts de juges incompétens, et en vous maintenant à votre place elle laissera les autres à la leur. C'est tout ce que vous pouviez souhaiter, et c'est tout ce qu'ils pouvaient craindre.

Je ne sais pas, Monsieur, jusqu'à quel point j'ai le droit de me livrer à ces réflexions dont vous ferez l'usage qui vous paraîtra convenable; mais j'aime à croire que vous en reconnaîtrez la justesse. Dans cette supposition, j'ajouterai quelques mots encore.

Je ne pense pas qu'on vous fasse un reproche de vous prévaloir dans l'opinion publique de ce jugement de l'Académie, comme très-probablement vous ne manquerez pas de le faire. Il est trop-honorable pour vous et trop important pour la science pour que vous n'en usiez pas sous ce double rapport. Quelques personnes ont paru seulement regretter qu'il ne fût pas plus explicite sur quelques points particuliers, et que notamment la quatrième conclusion, relative à la possibilité

c'est la seule affection de poitrine dans laquelle elle se montre chez les enfans âgés de moins de cinq ans. Toutes les fois que, dans l'hôpital, nous approchions du lit d'un jeune enfant, et que nous trouvons dans son crachoir une certaine quantité de matière expectorée, nous pouvons affirmer qu'il est affecté de coqueluche. C'est à l'aide de ce signe que nous avons diagnostiqué cette affection chez une jeune fille âgée de 2 ans, qui était couchée au n° 19 de la salle Sainte-Anne, et qui, pendant notre première exploration, n'avait pas eu de quinte. Dès le lendemain, nous pûmes nous convaincre que nous ne nous étions pas trompés.

Les vomissemens ont été moins fréquens que l'expectoration. Chez quelques malades, ils survenaient à la suite des quintes qui avaient lieu après les repas. Chez d'autres, ils se répétaient tous les matins, mais ne se montraient jamais dans la journée. Chez une malade, tous les alimens liquides étaient rejetés par le vomissement; on en a prescrit de solides; les vomissemens devinrent moins fréquens.

Les hémorrhagies nasales se sont montrées dans un grand nombre de cas: elles avaient lieu surtout à la suite des quintes, et ne revenaient qu'à des intervalles variables.

L'hémorrhagie de la conjonctive oculaire n'a eu lieu que chez une seule malade. Des mouvemens convulsifs ont été observés, soit pendant, soit après les quintes, chez trois malades. Ces convulsions ont été passagères dans deux cas et opiniâtres dans le troisième, relatif à l'enfant chez qui il existait des tubercules dans les membranes cérébrales.

La fièvre était nulle ou revenait par accès irréguliers dans les cas de coqueluche simple. Les enfans continuaient à se livrer à leurs jeux habituels et à prendre des alimens. Toutefois, le pouls et la respiration offraient toujours un peu plus de fréquence que dans l'état normal. Cette fréquence augmentait constamment aux approches des quintes. Lorsqu'une phlegmasie thoracique compliquait la coqueluche, la fièvre était continue et la dyspnée permanente. Nous avons compté jusqu'à 84 mouvemens inspiratoires par minute et 150 pulsations.

Quant à la marche de la maladie, elle nous a offert les trois périodes que lui ont assignées la plupart des auteurs, dans les cas où il nous a été possible de la suivre depuis son début jusqu'à sa terminaison, par le retour à la santé. Sa durée a été de cinq semaines à trois mois. Les complications seules rendaient le pronostic grave.

En se rappelant ce que nous avons dit sur les lésions rencontrées à l'ouverture des cadavres, on se fera facilement une idée des complications qui ont été les plus fréquentes. L'inflammation des bronches s'est montrée dans un certain nombre de cas. On l'observe aussi fréquemment dans la coqueluche sporadique. Lorsqu'elle est peu étendue, elle n'ajoute rien à la gravité du pronostic; mais lorsqu'elle est pour ainsi dire générale, et qu'elle envahit les dernières ramifications des bronches, elle peut donner la mort. Nous avons vu un enfant de deux ans succomber pendant le cours de la coqueluche à une de ces phlegmasies bronchiales qu'on a plus particulièrement désignées par le nom de *bronchite capillaire*. Pendant la vie, la dyspnée était aussi considérable, et la fièvre aussi intense que dans une pneumonie d'une médiocre étendue. Les râles muqueux, sibilant et crépitant se faisaient entendre à l'auscultation.

Quand la pneumonie venait se joindre à la coqueluche, cette complication était annoncée par la fièvre et la dyspnée qui devenaient permanentes. Le malade perdait l'appétit; il éprouvait le besoin de garder le lit. La fièvre et la dyspnée étaient quelquefois les seuls symptômes de l'inflammation des poumons. L'auscultation et la percussion du thorax ne faisaient reconnaître autre chose que les signes de la bronchite. Chez un malade qui n'avait présenté que ces derniers symptômes et qui a succombé, nous avons rencontré dans le parenchyme pulmonaire une multitude de petits noyaux à l'état d'hépatisation. Rassemblés ils auraient pu égaler le volume d'un lobe des poumons. Lorsque la pneumonie, au lieu d'être disséminée, occupait un lobe tout entier, ou une portion plus ou moins étendue d'un lobe, elle était annoncée par la respiration bronchique, la bronchophonie et l'obscurité du son. Dans tous les cas, la douleur pleurétique a complétement manqué, ainsi que l'expectoration sanglante. Nous avons vainement cherché dans le crachoir de ces petits enfans, ces crachats rouillés, visqueux, demi-transparens, qu'on trouve dans la pneumonie des adultes et des enfans qui approchent de l'âge de puberté. Le sang tiré de la veine n'a jamais offert de couenne. Nous avons déjà vu en exposant les lésions anatomiques, que l'inflammation de la plèvre n'avait qu'une seule fois accompagné celle des poumons. Nous avons vu également que cette dernière phlegmasie affectait le plus souvent la forme disséminée, et que dans son développement elle procédait du centre à la circonférence. Aussi sous le rapport des symptômes, comme sous celui des lésions anatomiques, la pneumonie qui compliquait la coqueluche différait à certains égards de la pneumonie des adultes et de la pneumonie primitive qui s'observe chez les enfans. Nous verrons plus loin en parlant du traitement qu'elle s'est aussi montré plus rebelle que cette dernière à l'action des émissions sanguines. Du reste, lorsque l'inflammation du poumon était peu intense, les quintes de coqueluche ne subissaient aucune modification; quand, au contraire, la phlegmasie était très-étendue, les quintes étaient comme étouffées; elles diminuaient progressivement si la maladie marchait vers une terminaison fatale; si la révolution de la phlegmasie s'opérait, on voyait alors les quintes reprendre leur intensité première.

L'emphysème du poumon que nous avons rencontré à l'ouverture de quelques cadavres, était peu étendu; il ne nous avait été révélé pendant la vie par aucun symptôme.

Quant aux tubercules des poumons et des glandes bronchiques que nous avons rencontrés chez différens sujets, nous pensons que dans quelques cas, ils avaient précédé l'invasion de la coqueluche, et que dans d'autres ils s'étaient développés pendant le cours de cette maladie. Cette production morbide nous paraît être une des causes de la coqueluche. Nons avons pendant les années précédentes observé cette dernière maladie chez un assez grand nombre de phthisiques. Mais nous croyons aussi que la coqueluche, en se prolongeant plus ou moins long-temps, peut favoriser le développement des tubercules. Nous possédons un certain nombre de faits qui ne nous laissent aucun doute sur ce point. Pour ne point sortir du cercle de ceux qui sont le sujet de ce travail, nous citerons l'exemple d'une jeune fille de huit ans, entrée à l'hôpital dans les premiers jours de juillet, et qui était au moment de son admission affectée de coqueluche depuis trois mois. Elle était bien portante avant l'invasion de cette maladie, et elle porte aujourd'hui des excavations tuberculeuses dans le poumon droit. Il est inutile d'ajouter

---

de reconnaître sur un plâtre l'origine d'une difformité de l'épine ait été retirée par la commission elle-même. Je ne partage point cette opinion. La commission, désirant laisser au rapport le haut caractère d'impartialité scientifique qui domine dans sa rédaction comme il dominait dans l'esprit des commissaires, n'a pas voulu qu'une proposition incidente, accessoire, et dans tous les cas, parfaitement distincte des autres auxquelles elle n'ajoutait ni n'ôtait rien, pût devenir le prétexte de nouvelles attaques. Elle a agi très-sagement et donne par là une preuve de modération et de condescendance dont on doit lui savoir d'autant plus de gré, que la proposition dont il s'agit aurait sans aucun doute passé comme les autres, à une grande majorité. La commission a terminé par cet acte de conciliation, un travail de plusieurs mois, continué avec une activité et une assiduité infatigables, dont on ne lui a pas trop tenu compte. Quant à la partie essentielle des conclusions, cette suppression n'y change rien. Elles justifient implicitement tout ce que vous avez dit dans votre mémoire et avant votre mémoire, sur les déviations simulées ou factices de l'épine. Le texte du rapport suffit d'ailleurs du reste pour appliquer la généralité des conclusions à tous les faits particuliers connus ou à connaître, qui tombent sous cette généralité.

L'Académie, en décidant à la presque unanimité que votre travail serait inséré dans ses fascicules, a confirmé de la manière la plus significative son vote sur les conclusions du rapport. Il a été demandé par quelqu'un que votre travail fût purgé, avant l'impression, de quelques détails qui ne plaisent pas à tout le monde. On a répondu très-bien à cette observation que le comité de publication y pourvoirait s'il y a lieu, et qu'on pouvait se fier à ses lumières. Comme il m'a paru cependant que ces modifications ou suppressions demandées porteraient non sur des mots, mais sur les faits mêmes sur lesquels repose votre théorie, et qui ont donné lieu à vos recherches, je ne pense pas que cette proposition ait été faite sérieusement, et, dans tous les cas, le comité de publication y mettra ordre.

Pour résumer ces observations déjà assez longues, et d'autant plus longues que je n'étais pas chargé de le faire, je crois que le public médical verra, comme moi, dans la décision de l'Académie, deux choses:

1° *Un jugement scientifique*, approbatif des vues consignées dans votre mémoire, dans toutes leurs circonstances, conséquences et dépendances essentielles; et il ne sera pas défendu, aux gens qui savent lire, de conclure logiquement que les faits orthopédiques allégués par vous dans votre feuille, et qui vous ont fait condamner en Justice, peuvent être injurieux ou diffamatoires, ou l'un et l'autre, légalement, c'est-à-dire au sens du code pénal, mais vrais ou excessivement probables, scientifiquement, c'est-à-dire au sens du code médical. Ce qui prouve que cette conclusion ne sera pas interdite, c'est que l'Académie n'a pas voulu, ainsi qu'on le lui demandait, à bonne intention sans doute, déclarer dans une clause particulière qu'elle n'entendait pas faire des applications des principes du rapport à tel ou tel cas particulier. N'ayant pu faire dire certaines choses à l'Académie positivement, on voulait les lui faire dire négativement, c'est assez bien imaginé; il n'y a manqué que le succès.

2° *Un jugement moral* distinct du précédent, mais indissolublement associé à l'autre, duquel il résulte que l'Académie de médecine, juge naturel de tout ce qui concerne la pratique et la science médicales, et l'exercice de l'art, jury supérieur dans les faits médicaux qui ne relèvent que de l'opinion, comme de ceux qui

que lorsque la phthisie est parvenue à cette période, elle est reconnaissable aux mêmes signes physiques que chez l'adulte.

Une complication assez rare et qui s'est présentée une seule fois à notre observation pendant ce trimestre, c'est la *gangrène de la bouche*. Cette maladie est survenue dans l'hôpital chez un enfant qui était atteint de coqueluche depuis deux à trois mois, et qui était pâle et amaigri.

La scarlatine s'est manifestée chez deux de nos malades. Dans le premier cas, elle a été promptement mortelle. Dans le second cas, elle a parcouru sa marche, et a suspendu complétement celles de la coqueluche, qui a reparu après la disparition de l'exanthême. Du moment où l'éruption scarlatineuse s'est manifestée, les quintes, l'expectoration et les vomissemens ont été complétement suspendus, et n'ont reparu qu'au bout de huit jours. Ce malade a succombé plus tard à une hydropisie générale, suite de la scarlatine.

Il ne nous reste plus qu'à indiquer les moyens de traitement qui ont été employés, soit contre la coqueluche, soit contre ses complications. L'eau de laurier-cerise, le musc, les extraits de belladone, d'aconit, de ciguë, le sirop d'opium; l'oxide de zinc, le bain tiède, tels ont été les moyens employés contre la coqueluche dans la période spasmodique. On a aussi fait usage de quelques-uns de ces moyens, dans les cas où il existait en même temps, soit une bronchite, soit une pneumonie peu étendue, ou bien encore des tubercules pulmonaires. L'eau de laurier-cerise a été administrée à la dose d'une demi-once d'abord, et on l'a portée ensuite à deux onces. Elle était ajoutée à un julep gommeux, que le malade prenait par cuillerées. Le mélange a été porté à la dose de 4 à 6 grains. L'extrait d'aconit était combiné avec l'axonge de zinc, dans les proportions de deux grains de la première pour quatre grains de la seconde de ces substances. On a successivement doublé et triplé ces doses. L'extrait de ciguë a été administré de la même manière. La belladone a été employée, soit extérieurement, soit intérieurement. Pour l'usage externe on se servait de cataplasme préparé avec les feuilles de cette plante, qu'on appliquait sur les parois de la poitrine. A l'intérieur, la seule préparation qui ait été administrée a été l'extrait alcoolique. On a commencé par la dose d'un grain qu'on a successivement portée à quatre grains. Dans un cas de coqueluche compliquée de bronchite chronique, cette substance a été employée avec persévérance; comme la malade soumise à cette médication était douée de beaucoup d'intelligence et qu'elle rendait parfaitement compte de son état, nous avons pu facilement apprécier l'influence exercée par ce médicament. Nous citerons ce fait.

COQUELUCHE COMPLIQUÉE DE BRONCHITE CHRONIQUE; DIMINUTION RAPIDE DES QUINTES SOUS L'INFLUENCE DE LA BELLADONE; CESSATION DE LA TOUX SPASMODIQUE AU BOUT D'UN MOIS; PERSISTANCE DE LA BRONCHITE.

OBS. II. — Durand (Joséphine), 10 ans, d'un tempérament lymphatique, à chairs pâles, flasques, ayant une sœur qui porte des engorgemens scrophuleux au cou, ayant été elle-même affectée plusieurs fois de bronchite, toussait depuis cinq mois, et éprouvait depuis six jours des quintes de coqueluche bien caractérisées, lorsqu'elle entra à l'hôpital des Enfans le 10 mai.

Le 11, à la visite du matin, la malade éprouve en notre présence une quinte qui ne nous laisse aucun doute sur le caractère de la maladie. Cette quinte est suivie d'une expectoration abondante et du rejet d'une partie des alimens que le malade a pris dans la matinée. Nous comptons immédiatement après les pulsations et les mouvemens inspiratoires; le pouls est à 120 et la respiration à 50.

Un quart d'heure après, l'expression de la physionomie est naturelle, la face est pâle, aucune douleur de tête ne se fait sentir. Le pouls est descendu à 112 et la respiration à 30. La poitrine percutée rend partout un son clair; l'oreille, appliquée sur les divers points du thorax, ne perçoit que du râle muqueux. Pas de douleur ni à droite, ni à gauche, ni dans le trajet du sternum. Langue naturelle; appétit conservé, soif médiocre, endolorissement du ventre; constipation depuis plusieurs jours (Mauve, julep gommeux, bouillon, lavement simple.)

Le 12, cette jeune fille ayant montré beaucoup d'intelligence, nous l'avions engagée à compter soigneusement les quintes qui auraient lieu dans les vingt-quatre heures; elles se sont élevées au nombre de 20. Une seule a été suivie de vomissement dans la matinée. L'expectoration est toujours très-abondante; les crachats sont purement muqueux. La douleur de ventre et la constipation ont cédé à l'emploi d'un lavement. (Soupe et bouillons.)

Le 13, le nombre des quintes a été de vingt dans les vingt-quatre heures, comme le jour précédent. Dans l'intervalle de deux quintes, le pouls est à 96; la chaleur de la peau est naturelle; la respiration est toujours accélérée; 36 inspirations par minute; la langue reste naturelle; un seul vomissement a eu lieu dans la matinée comme les jours précédens; la malade a pris hier une assez grande quantité d'alimens qui lui ont été apportés du dehors et qu'elle n'a point vomis; le ventre est indolent; les selles sont quotidiennes. L'intelligence est nette; aucune douleur de tête ne se fait sentir; la vue est intacte. On commence l'usage de la belladone, dont on administre l'extrait alcoolique à la dose d'un grain dans un looch, qui est pris par cuillerées.

Le 14, les pupilles sont un peu plus dilatées que la veille; la vue est nette; le nombre des quintes s'est maintenu à vingt; 102 pulsations, 40 inspirations. (Extrait de belladone, 1 grain et demi.)

Le 15, la vue se trouble; la malade ne peut parvenir à lire ni à enfiler une aiguille; les pupilles sont dilatées, mais contractiles; du reste, nulle céphalalgie, nulle altération de la contractilité musculaire; la malade continue à se lever comme les jours précédens et à se promener dans les cours de l'hôpital; le nombre des quintes a été de dix seulement dans les vingt-quatre heures. Pouls régulier à 112; respiration à 36; une épistaxis a eu lieu à la suite d'une quinte; le vomissement s'est renouvelé dans la matinée comme les jours précédens; la langue reste large et humide; l'appétit est assez vif, les selles quotidiennes. (1 grain et demi.)

Le 16, dix quintes; même trouble de la vue; même dose de belladone.

Le 17, mêmes symptômes; pouls à 96; on porte l'extrait de belladone à 2 grains.

Le 18, la tolérance s'établit; la vue cesse d'être troublée; les pupilles sont médiocrement dilatées; neuf à dix quintes dans les vingt-quatre heures; 96 pulsations, 36 inspirations.

Le 19 et le 20, 2 grains et demi d'extrait de belladone; la tolérance se soutient.

Le 21, on porte la belladone à la dose de 3 grains; le nombre des quintes est toujours de dix dans les vingt-quatre heures, mais elles ont perdu de leur intensité; la vue s'est de nouveau troublée.

Le 23, 4 grains de belladone; cécité presque complète. On suspend la belladone le 24. Le nombre des quintes est réduit à sept ou huit. Cette jeune fille quitte l'hôpital le 30 mai. Huit jours après sa sortie, les quintes avaient cessé, mais elle conservait encore vers la fin de juin sa bronchite chronique.

L'action physiologique de la belladone a été dans ce cas très-évidente. Les phénomènes qu'on observe ordinairement après l'administration de cette substance, tels que la dilatation des pupilles et le trouble de la vue, se sont manifestés dès le second jour, et ont coïncidé avec une notable diminution des quintes. Celles-ci se répétaient vingt fois dans les vingt-quatre heures avant l'administration de la belladone, et ont été réduites à dix dès le second jour. L'action thérapeutique de cette substance ne saurait donc être constestée. On a continué d'administrer le médicament, on en a même élevé la dose; la tolérance s'est établie et la maladie est restée stationnaire. Ce n'est que lorsqu'on a

---

appartiennent à la science, et tutrice de fait; par le nombre, l'importance et la position sociale de ses membres, de la dignité de la profession, vous couvre du bouclier de sa haute protection morale, contre les attaques, de quelque part qu'elles soient venues, dont votre conduite, comme médecin, a pu être l'objet.

Excusez, Monsieur, les investigations peut-être un peu indiscrètes auxquelles l'intérêt qui doit réunir tous les membres du corps médical, m'a entraîné, et agréez l'assurance de ma plus parfaite considération.

Un de vos confrères et abonnés,

***

— L'ouvrage de M. Lelut, que nous avons annoncé dans nos deux derniers numéros, et intitulé : *Inductions sur la valeur des altérations de l'encéphale dans le délire aigu et dans la folie.* In-8° de 120 pages; se trouve chez Trinquart, libraire-éditeur, rue de l'Ecole-de-Médecine, n. 9.

Statistique de l'administration des hospices.

Le compte rendu par l'administration des hospices de Paris fait connaître qu'il est employé dans les treize hôpitaux, les huit hospices, les 4 établissemens particuliers et les trois établissemens de service général que dirige cette administration : pour le service de santé, 75 médecins, 36 chirurgiens, 15 pharmaciens et 138 élèves; pour les services généraux des salles, 349 sœurs et novices, 206 surveillans et sous-surveillans, et 1,236 gens de service; pour le culte, 30 aumôniers, 1 sacristain et 1 chantre; pour les bâtimens, 14 architectes, inspecteurs, vérificateurs et piqueurs; pour les marchés, 7 inspecteurs et receveurs; pour le service des établissemens, 142 agens, économes, employés de bureaux, garçons et commissionnaires, instituteurs et institutrices, et pour l'administration centrale, 105 personnes, dont 4 administrateurs. Le total de ce personnel s'élève à 2,422 individus; mais la moyenne de leur traitement annuel que de 418 fr.

En 1834, l'administration a entretenu dans les hospices 12,729 individus; soigné dans les hôpitaux, 66,521 malades; secouru à domicile, 75,250 indigens, pourvu à la subsistance de 16,417 enfans trouvés et de 1,037 orphelins. Parmi ces enfans, la mortalité a été de 1 sur 4. Mais sur les 66,521 malades reçus dans les hôpitaux, 56,862 sont sortis guéris ou de leur propre volonté, et 4,554 restaient en traitement à la fin de l'année; il n'en est mort que 5,305, c'est-à-dire sur plus n'est de douze un seul.

La durée moyenne du séjour dans les hôpitaux a été, en 1834, de 25 jours. Elle avait été, dans la période décennale précédente, de 40 jours. Le prix moyen de la journée pour tous les hôpitaux réunis, est d'environ un fr. 63 cent.

Les recettes se sont élevées, pour l'année, à 11 millions 320,490 fr. et les dépenses à 10 millions 509,688 fr. 24 c. Il est à remarquer que dans ces recettes les bénéfices d'exploitation du Mont de Piété, qui prête à un taux exorbitant, ne figurent que pour une somme de 107,410 fr. C'est un établissement sur lequel l'attention du public et du gouvernement ne saurait être trop souvent ramené.

porté la dose de la belladone à quatre grains, qu'il s'est de nouveau manifesté des symptômes cérébraux. On a suspendu la belladone. Les quintes ont persisté, mais faibles et peu nombreuses. Le malade a quitté l'hôpital avant la disparition complète des quintes. La maladie qui marchait vers une bonne terminaison, s'est rapidement terminée sous l'influence du changement de lieu. Sa durée a été de cinq semaines. C'est une des plus courtes durées que nous ayons observées dans les cas qui font le sujet de ce travail.

La belladone est de toutes les préparations qui ont été employées celle à laquelle la coqueluche s'est montrée le moins long-temps rebelle. Les autres substances que nous avons énumérées plus haut ont été de quelque utilité; elles ont bien modifié quelques symptômes, mais elles n'ont pas exercé une notable influence sur la marche de la maladie. Dans les cas de bronchite avec sécrétion plus ou moins abondante de la muqueuse, nutre les moyens indiqués précédemment on a employé les vomitifs et le kermès minéral. Cette dernière substance a été graduellement élevée à la dose de 6 à 8 grains.

Dans la pneumonie, on a fait usage des saignées générales, des saignées locales pratiquées, soit à l'aide des sangsues, soit à l'aide des ventouses scarifiées, des vésicatoires, et enfin des préparations antimoniales (oxide blanc et tartre stibié). La saignée générale a été employée avec avantage lorsque les premiers symptômes de pneumonie se manifestaient. Sous l'influence de ce moyen, nous avons vu dans quelques cas diminuer rapidement la dyspnée et le mouvement fébrile. Dans d'autres eas, la maladie n'en a éprouvé qu'une modification passagère. On a pu la renouveler une ou deux fois dans l'espace de deux ou trois jours, en proportionnant toujours la quantité de sang tiré de la veine à l'âge du sujet (quatre à cinq onces pour les enfans de 4 à 5 ans.) Lorsque l'inflammation du poumon datait de plusieurs jours, et que l'auscultation et la percussion annonçaient l'hépatisation de son parenchyme, les effets de la saignée générale étaient moins marqués. Le soulagement était moins prompt. Toutefois son utilité nous a paru encore incontestable. Nous n'en saurions dire autant des émissions sanguines locales. L'action des vésicatoires nous a paru très-incertaine. Quant aux préparations antimoniales, elles ont toujours été administrées concurremment avec d'autres moyens, de telle sorte qu'il nous serait difficile de nous prononcer sur leur efficacité, d'après les faits dont il est ici question. Nous allons terminer par une observation de coqueluche compliquée d'une double pneumonie, contre laquelle on a fait usage de la plupart des moyens que nous venons d'énumérer.

COQUELUCHE COMPLIQUÉE DE PNEUMONIE DOUBLE; SAIGNÉE; TARTRE STIBIÉ A HAUTE DOSE; VÉSICATOIRE; GUÉRISON.

Obs. III. — Louise Chilard, âgée de 4 ans, est apportée le 2 mai à l'hôpital, de la rue de la Mortellerie, où se trouvent, d'après le rapport de ses parens, un grand nombre d'enfans atteints de coqueluche. Elle tousse depuis deux mois, et rouve des quintes bien caractérisées depuis six semaines. Depuis huit jours, fièvre continue, dyspnée intense, inappétence (Repos du lit, diète.)

Le 3, on reconnaît une pneumonie gauche parvenue au deuxième degré, et un engouement du poumon droit. On pratique une saignée du bras qui fournit 4 onces de sang non couenneux. Le lendemain on applique quatre ventouses scarifiées.

Le 5, jour où l'on commence l'usage du tartre stibié, la malade se trouve dans l'état suivant: Décubitus dorsal, coloration vive des pommettes, parole entrecoupée, respiration haute, costale, diaphragmatique, se repetant 54 fois par minute; fièvre intense, 150 pulsations. les quintes sont encore très-caractérisées; elles sont suivies de l'expectoration de crachats opaques, incolores, nageant dans un liquide clair. La poitrine percutée rend un son mat dans toute la hauteur du côte gauche en arrière; dans la même étendue on entend du râle crépitant à grosses bulles, auquel se mêle un peu de respiration bronchique vers l'angle inférieur de l'omoplate; en avant, le son est clair; l'auscultation ne permet d'entendre que du râle muqueux. La langue est couverte d'un enduit blanchâtre fort épais; la deglutition est facile, la soif vive, l'appétit entièrement perdu; pas de vomissemens ni de diarrhée; ventre indolent; assoupissement passager; pas de trouble notable de l'intelligence. La malade ne peut préciser le siège de son mal; elle souffre, dit-elle, partout. (6 grains de tartre stibié dans une potion aromatique de 4 onces, à prendre par cuillerées à bouche de deux en deux heures.)

Le 6, les trois premières cuillerées de la potion stibiée ont été suivies de vomissemens qui ne se sont pas renouvelés après l'administration du reste de la potion; il y a eu en même temps deux ou trois selles diarrhéiques. La malade a été beaucoup plus calme. La peau qui, la veille, était sèche et brûlante, s'est humectée; le pouls est descendu à 120, et la respiration à 30 dans l'intervalle de deux quintes; à la suite d'un accès, elle s'est élevée à 42. L'auscultation et la percussion fournissent à peu près les mêmes renseignemens que la veille; la langue conserve son humidité; le ventre reste indolent. (Même dose de tartre stibié, à laquelle on ajoute 2 gros de sirop d'opium.)

Le 7, la tolérance s'est établie; la potion a été prise tout entière, sans que la malade ait éprouvé ni nausées, ni vomissemens; il n'y a eu qu'une seule selle. Les quintes sont de courte durée, mais elles sont toujours bien caractérisées. Le son reste plus obscur à gauche qu'à droite; la respiration bronchique est mêlée de râle crépitant, humide dans toute la hauteur du côté gauche en arrière; à droite, râle crépitant dans la partie moyenne; râle muqueux en haut et en bas. La face est moins altérée; le décubitus a lieu sur le côté gauche; le pouls se maintient à 120, et la respiration à 32. On porte la dose du tartre stibié à huit grains.

Le 8, deux selles liquides; pas de vomissemens; l'état général est meilleur; la malade demande des alimens pour la première fois; la dyspnée est moins intense, le pouls moins fréquent. On suspend l'usage du tartre stibié, et on applique un vésicatoire volant sur le côté gauche. On permet quelques cuillerées de bouillon.

Le 9 et le 10 l'état de la malade reste stationnaire; l'auscultation et la percussion du thorax ne sont pratiquées qu'imparfaitement à cause de l'indocilité de la malade. Les quintes persistent; le mouvement fébrile n'est pas encore éteint; la respiration est toujours accélérée. (Mauve, julep gommeux, lait et bouillon.)

Le 12, l'oreille appliquée sur la poitrine perçoit encore du souffle bronchique au sommet des deux poumons; le pouls donne 120 pulsations; la respiration est remontée à 40; le plaie du vésicatoire, qui n'a été pansée qu'avec du cérat ne s'est point cicatrisée; elle a un mauvais aspect. (Même presc.)

Le 13 et le 14, le souffle a complétement disparu; 108 pulsations; 32 inspirations.

Le 15, l'expression de la physionomie est naturelle; les traits sont épanouis; la malade est assise sur son lit et s'amuse avec une petite poupée, les quintes diminuent d'intensité et de fréquence; les crachats sont tels qu'on les observe à la fin du catarrhe aigu; le pouls se maintient à 108, et la respiration à 32 (Crème de riz, bouillon.)

Le 18, l'état de la malade s'exaspère de nouveau; elle éprouve beaucoup d'anxiété; le pouls s'est élevé à 132, et la respiration à 48; le vésicatoire du côté droit est sec, et on en applique un nouveau sur le côté gauche.

Cet état persiste le 19 et le 20, sans que les symptômes locaux puissent en rendre compte. La fièvre tombe le 21, la dyspnée cesse. Les parens de cette jeune fille la trouvent dans un état assez satisfaisant pour la ramener chez elle.

Nous l'avons revue quinze jours environ après sa sortie; les parens, à qui l'on avait oublié de recommander de sécher promptement le vésicatoire du côté droit de la poitrine, avaient cru devoir en entretenir la suppuration en le pansant journellement avec la pommade épispastique. Cette suppuration abondante avait tellement affaibli la malade, qu'elle était pâle, amaigrie, et ne pouvait marcher. Nous l'avons trouvée dans une cour, couchée sur deux matelas. L'examen du thorax ne nous a fait découvrir aucune altération. La respiration était calme; les quintes avaient complétement cessé. Sur notre invitation on a pansé le vésicatoire avec du cérat, on a accordé des alimens substantiels, et le 25 juin, où nous avons revu la malade pour la dernière fois, elle avait repris de l'embonpoint et des forces; elle marchait alors sans le secours d'on aide.

Lorsque cette jeune fille fut soumise à notre observation, la pneumonie dont elle était affectée remontait à huit jours; c'est depuis cette époque que la fièvre était continue, et la dyspnée permanente. Pendant ce laps de temps la maladie avait été abandonnée à elle-même. L'inflammation était déjà parvenue au deuxième degré dans le poumon gauche; elle était à l'état de simple engouement dans le poumon droit. Le pronostic était grave, soit à raison de l'étendue de la phlegmasie, soit à raison de la persistance de la cause sous l'influence de laquelle elle s'était développée. Le traitement fut énergique, malgré l'âge peu avancé du sujet. Saignée générale, saignée locale, tartre stibié à haute dose, vésicatoire. Telle fut la série des moyens qui furent mis en usage. De tous ces moyens celui qui nous parut avoir la plus heureuse influence sur la marche de la maladie, ce fut le tartre stibié. Après les vomissemens qui suivirent l'ingestion des premières cuillerées de la potion émétisée, il se manifesta un bien-être général. La peau devint moite, et perdit une partie de son excessive chaleur; le pouls diminua de fréquence ainsi que la respiration. L'auscultation et la percussion ne tardèrent pas à annoncer la résolution de l'inflammation pulmonaire. Toutefois après cette amélioration subite, la maladie présenta plusieurs jours encore des alternatives de rémission et d'exacerbation. Sa marche vers la solution ne fut point franche, la cause continuant à exercer son influence, on eut recours au vésicatoire. Nous ne saurions dire si ce dernier moyen a été réellement utile; est-ce à l'irritation de la peau causée par ce topique, ou bien à un reste de pneumonie centrale que la percussion et l'auscultation ne pouvaient révéler, qu'il faut attribuer le mouvement fébrile et la dyspnée qui existaient peu de temps avant la sortie de l'hôpital? Quoi qu'il en soit, malgré la longueur de la convalescence, qu'il ne faut attribuer qu'à l'incurie des parens; la coqueluche et la double pneumonie qui en ont été la suite, se sont heureusement terminées sous l'influence de ces différens moyens curatifs.

OPHTHALMOLOGIE.

CONFÉRENCES CLINIQUES OPHTHALMOLOGIQUES DE M. SICHEL, recueillies par M. A. GRAND-BOULOGNE, docteur-médecin, Paris.

Ophthalmie blennorrhagique. — Ophthalmie scrophuleuse. — Blépharite scrophuleuse. — Ophthalmie rhumatismale. — Ophthalmie arthritique.

(Voir le n° du samedi 14 mai dernier.)

II. — OPHTHALMIE BLENNORRHAGIQUE.

Sous cette dénomination, M. Sichel comprend l'ophthalmie purulente, la blépharo-blennorrhée, l'ophthalmie des nouveaux nés, et en un mot toutes les affections inflammatoires de la conjonctive, essentiellement caractérisées, par une sécrétion très-abondante de mucosités puriformes, ou même de véritable matière purulente.

Développée fréquemment à la suite de l'ophthalmie catarrhale, dont elle n'est dans un grand nombre de circonstances que la simple exagération, elle doit nécessairement être décrite après elle et en compléter l'histoire. Resserré dans un cadre trop étroit pour reproduire ici tous les problèmes que l'ophthalmologie nous présente à résoudre, nous devons passer bien des choses sous le silence, et surtout renoncer aux considérations critiques puisées dans l'examen des auteurs et la discussion de leurs opinions. L'histoire de l'ophthalmie blennorrhagique, plus que toutes les autres, nous fournirait l'occasion de démontrer avec évidence ce que nous avons avancé plus haut en parlant des principesqui doivent nous diriger dans toutes les classifications. C'est ainsi que nous verrions quelques auteurs considérer comme autant d'affections différentes, les quatre ophthalmies que nous venons de nommer; d'autres les réduire à deux espèces; d'autres enfin, et M. Sichel est de ce nombre, les considérer comme une seule et même phegmasie. Il serait curieux de comparer les raisonnemens sur lesquels s'appuie chaque auteur pour faire triompher son opinion, d'étudier par exemple pourquoi Beer, et la plupart de ses disciples, réduisent toutes ces variétés à un seul type, l'ophthalmie blennorrhagique; pourquoi Samuel Cooper, sous la foi de ses nombreuses lectures, semble reconnaître pour chacune de ces dénominations, une ophthalmo-blennorrhée spéciale; pourquoi Weller sépare de ce groupe l'ophthalmie des nouveaux nés, tandis que Veteh confond celle ci avec les autres, et distingue spécialement l'ophthalmie d'Égypte..... C'est de semblables discussions, conduites avec logique et conscience, que jaillirait nécessairement la vérité; et pour le dire en passant, c'est en faisant pour toutes les affections et tous les auteurs anciens et modernes, ce que nous indiquons pour l'ophthalmie blennorrhagique, que l'on arriverait par l'érudition à de féconds résultats; car ce n'est pas avec quelques phrases textuellement reproduites, ce n'est pas avec une interminable série de citations, une nomenclature fatigante d'écrivains et de livres, que l'on parvient à consolider l'édifice de la science, c'est par une étude plus sérieuse et plus approfondie, c'est en se pénétrant de la pensée qui préside au livre que l'on est appelé à juger, c'est en cherchant à reconnaître les idées, les causes, sous l'influence desquelles s'établirent les opinions que l'auteur y professe, les systèmes qu'il soutient, ceux qu'il combat, et les observations pathologiques sur lesquelles il s'appuie, on verrait alors des idées qui nous paraissent absurdes, prendre sous l'influence d'une habile et savante interprétation une physionomie sérieuse et renfermer d'utiles enseignemens. Alors on n'entendrait plus rejeter avec mépris tout ce qui fut écrit par nos prédécesseurs, et parler de reconstruire, jusque dans ses fondemens, un édifice à l'élévation duquel ont concouru les médecins de trente siècles.

Mais encore une fois les limites qui nous sont imposées nous forcent à renoncer à un semblable travail, quelle que fût d'ailleurs l'utilité qui dût en résulter pour nos lecteurs. Nous allons donc uniquement reproduire l'histoire de l'ophthalmie blennorrhagique telle qu'elle nous a été présentée par M. Sichel dans son cours de clinique.

Dans son premier degré, semblable à une ophthalmie catarrhale très-intense, elle en présente tous les caractères. Ainsi injection catarrhale, mais plus confluente, veloté de la conjonctive palpébrale, mais plus appréciable, plus manifeste, et souvent remplacé par de véritables granulations, sécrétion muqueuse, mais plus abondante et présentant déjà quelque chose de puriforme; état normal de la cornée et de la sclérotique, absence de photophobie, cuisson plus ou moins douloureuse; combattue à propos, la maladie ne dépasse pas ces symptômes; mais il est rare que le médecin soit appelé dès le principe, à moins qu'il n'y ait eu précédemment ophthalmie catarrhale pour laquelle le malade subit un traitement; car dans cette circonstance on subjugue véritablement l'inflammation. C'est ainsi que dans beaucoup de cas de ce genre nous avons reconnu l'imminence de la blennorrhagie, et jamais encore nous n'avons vu cette blennorrhagie l'emporter sur les moyens appropriés que nous indiquerons plus tard. Mais beaucoup d'individus n'opposent aucun frein au développement de l'ophthalmo-blennorrhée, et ne demandent les secours de l'art qu'à l'instant où l'exaspération de tous les symptômes leur donne sur leur état de sérieuses inquiétudes. Dans ce cas, les caractères que nous avons indiqués ne tardent pas à revêtir une forme beaucoup plus redoutable; la conjonctive se pénètre de sang, et forme un chémosis; les granulations se multiplient et deviennent plus volumineuses; la membrane sémi-lunaire est tuméfiée; la sécrétion puriforme augmente; bientôt l'œil prend un aspect extraordinaire; la conjonctive singulièrement boursoufflée n'est plus contenue par les paupières; elle fait saillie au-dehors sous la forme d'un bourrelet muqueux, irrégulier, couvert de granulations, présentant l'aspect d'une crête de coq comprimée par les paupières; celles-ci sont énormément œdématiées; soulevées, elles laissent échapper un flot de matières puriformes, qui s'écoulent sur la joue correspondante, l'irritent et la corrodent. Souvent avec cette matière s'échappe une certaine quantité de sang fournie par la conjonctive ou la rupture d'un vaisseau. On a vu ce dernier phénomène précédé quelquefois d'écoulemens blennorrhagiques. Beaucoup de malades, beaucoup de médecins sont effrayés, mais sans aucun fondement. Cette hémorrhagie est au contraire un bon signe, elle remplace ainsi la saignée locale, dégorge les tissus, diminue l'inflammation et communique à l'affection une forme plus bénigne. Jusqu'ici nous voyons l'ophthalmie blennorrhagique maintenue dans son principal siége, la conjonctive. Ainsi, nous trouvons encore absence de photophobie et de larmoiement, état sain de la cornée, de la sclérotique et de l'iris. Traité avec énergie, le mal s'arrête fréquemment à cette période, résiste quelques jours et enfin rétrocède; mais bien souvent la phlegmasie s'étend à la cornée, cette membrane s'ulcère, s'infiltre et se ramollit, cette espèce de ramollissement, qui se manifeste surtout chez les sujets lymphatiques et scrophuleux, présente les caractères suivans. Une tache jaunâtre apparaît; d'abord peu étendue, elle va s'agrandissant, pénètre la cornée en largeur et en profondeur, la réduit à une pulpe molle, peu résistante, et produit souvent sa rupture. Quelquefois cette tache est circonscrite; elle est formée d'une matière gélatineuse qui s'enlève facilement, et laisse sur la cornée une ulcération taillée à pic, profonde et souvent perforante. Rarement une tache unique se manifeste, plusieurs paraissent à la fois, elles perforent et criblent la cornée, l'humeur aqueuse s'échappe, l'iris se présente à chacune de ses ulcérations, s'y engage et forme ainsi le staphyloma racemosum, le staphylôme en grappe, et non pas le staphylôme rameux, ainsi que l'explique le traducteur de Samuel Cooper.

Il est rare que l'ophthalmo-blennorrhée persiste quelques jours sans que les granulations conjonctivo-palpébrales acquièrent un volume assez considérable. Au niveau du cartilage tarse elles s'élèvent en crête de coq, pèsent sur la paupière, la renversent quelquefois en dehors (ectropion), irritent le globe oculaire et entretiennent la blennorrhagie. Assez souvent l'affection se borne à la conjonctive palpébrale, de là ophthalmie particulière, nommée blépharo-blennorrhée par quelques auteurs; mais elle rentre évidemment dans celle dont nous traçons l'histoire.

Le plus redoutable de tous les accidens consiste dans l'évacuation des humeurs de l'œil; on l'a vue survenir d'une manière presque foudroyante; il suffit alors de quelques heures pour que la cornée soit complettement ramollie et perforée. En général, lorsque les ulcères dont nous avons parlé se manifestent, la sclérotique ne tarde pas à participer à l'inflammation. Quoique les caractères anatomiques nous échappent en cette circonstance, voilés qu'ils sont par la conjonctive tuméfiée, le blépharo-spasme et la photophobie ne peuvent nous laisser aucun doute à cet égard; il est rare que l'ophthalmie se borne à un seul œil, si dans le principe l'un est isolément affecté, l'autre ne tarde pas à l'être.

On ne peut véritablement assigner de marche à l'opthalmie blennorrhagique, semblable à la plupart des affections qui ne paraissent pas résulter d'un molimen général des forces vitales, elle présente des irrégularités, c'est-à-dire des périodes d'exacerbation et d'amendement, qui paraissent tenir à certaines influences extérieures, relatives soit à la température, soit à l'humidité, soit à la négligence dans le traitement. Tantôt lente, tantôt passant du premier au second degré avec une rapidité qui effraie, quelquefois détruisant l'œil en quelques heures, cette affection échappe quant à sa marche naturelle à une appréciation rigoureuse. Assez souvent elle se termine dans l'espace de quatre à six

semaines, mais cette évaluation n'a rien de général. Chez les malades qui se négligent, elle peut passer à l'état chronique et persister des mois entiers, acquérant ainsi droit de domicile, et présentant à tous les agens thérapeutiques une résistance qui consterne le médecin et le malade. Cet état chronique fréquemment accompagné de vastes ulcérations de la cornée, d'adhérence de l'iris et de perte de la vue du côté malade, est essentiellement caractérisé par une sécrétion de matières purulentes. La conjonctive hérissée de granulations conserve son aspect rouge, boursoufflé et inflammatoire. Transformée pour ainsi dire en membrane pyogénique, elle sécrète en abondance un pus devenu moins irritant, et ne produisant plus comme dans les premières périodes l'excoriation des joues et des paupières.

Nous ne reviendrons pas sur toutes les discussions auxquelles l'étiologie de l'ophthalmie blennorrhagique a donné naissance. Les uns l'ont considérée comme étant constamment la suite d'une contagion, d'autres n'ont admis qu'une contagion produite par l'application immédiate du virus blennorrhagique, quelques-uns ont prétendu que cette redoutable affection était toujours épidémique; tous conviennent qu'elle sévit surtout chez les individus rassemblés en grand nombre dans un espace étroit, mal sain, peu aéré. Les sujets cachectiques, les enfans scrophuleux, ceux qui se nourrissent d'un lait mal élaboré, ceux surtout qui naissent d'une mère affectée de blennorrhagie urétrale et vaginale, ou même de simples fleurs blanches, et ceci est un exemple de contagion immédiate, fournissent la plupart des cas d'ophthalmo-blennorrhée sporadique. Les épidémies étendent leurs ravages dans les vastes hôpitaux, sévissent dans les camps, les corps d'armées, frappent des populations nombreuses, et cela sans prédisposition appréciable, présentent dans toutes les circonstances des périodes d'augment et de déclin, et finissent par s'éteindre, souvent sans que la moindre condition extérieure éclaire l'observateur sur les causes de leur développement et de leur disparition. Mais si nous poussons plus loin nos investigations, nous parviendrons peut-être à jeter quelque jour sur l'étiologie de l'ophthalmie blennorrhagique. Lorsqu'on observe les épidémies dont nous venons de parler, on reconnaît que les affections catarrhales, la toux, le corryza, dominent; la plupart des malades en sont d'abord affectés, l'ophthalmo-blennorrhée vient plus tard, les simples conjonctivites abondent, et beaucoup de sujets ne se plaignent de blennorrhagie oculaire, qu'après avoir subi l'ophthalmie catarrhale. Si nous consultons les auteurs qui ont écrit sur la mémorable ophthalmie d'Égypte, Desgenettes, Larrey, Vetch, nous les verrons tous affirmer que l'affection sévissait particulièrement chez les individus qui, après les grandes chaleurs du jour, s'exposaient à l'air froid et à l'humidité des nuits. Si nous observons la marche de l'ophthalmie catarrhale chronique, nous pourrons fréquemment saisir la transition de la simple conjonctivite à la blennorrhagie. Ainsi nous avons vu quelquefois le velouté de la conjonctive palpébrale passer à la granulation, produire alors une sécrétion puriforme plus ou moins abondante, véritable commencement d'ophthalmo-blennorrhée, revenir à la simple sécrétion catarrhale, s'exaspérer de nouveau, se maintenir pendant quelques jours avec de semblables fluctuations, acquérir enfin une physionomie plus tranchée, soit en revenant au simple catarrhe de la conjonctive, soit en passant à la blennorrhagie confirmée. Après de semblables exemples, il est difficile de ne pas considérer cette affection comme une véritable ophthalmie catarrhale; aussi est-ce là l'opinion que professe M. Sichel; mais encore une fois n'oublions pas que ce n'est qu'avec un certain concours de circonstances individuelles que cette transformation se manifeste.

L'existence de la contagion immédiate ne peut être mise en doute; les livres fourmillent de preuves à cet égard, et ces preuves se confirment par notre observation journalière. Quant à la contagion médiate, M. Sichel l'admet avec quelques restrictions qu'il est important de noter. Lorsque des malades affectés de blennorrhagie conjonctive sont réunis en grand nombre, dans un hôpital mal aéré ou peu spacieux, ils forment véritablement un centre d'infection d'où peuvent à chaque instant s'exhaler des effluves ou des miasmes contagieux; exposés à ces miasmes quelques individus en subissent la funeste influence; mais il n'y a pas d'exemple qu'une population ou un hospice aient été infectés par la présence fortuite d'un malade présentant une ophthalmie blennorrhagique. En parlant des causes, nous devons mentionner la blennorrhagie uréthrale, non pas la blennorrhagie uréthrale supprimée ainsi que l'ont professé quelques ophthalmologistes anglais et allemands, mais le transport de la matière blennorrhagique sur le globe oculaire. Plusieurs auteurs ont créé à cet égard une ophthalmie nouvelle dite syphilitique; mais sa forme, sa marche, sa thérapeutique ne présentant que des ressemblances ou des analogies frappantes avec celle que nous avons décrite; elle trouve ici naturellement sa place et nous ne la rappelons que pour mémoire.

En résumé, l'étiologie de l'ophthalmie blennorrhagique se renferme dans les circonstances suivantes. 1° Certaines dispositions individuelles, nous les avons indiquées tout à l'heure; 2° la réunion d'un grand nombre de personnes dans un petit espace; 3° le transport sur les yeux de la matière blennorrhagique; 4° certaines influences épidémiques; 5° et principalement l'ophthalmie catarrhale et ses causes.

Nous avons vu cette terrible affection perforer la cornée, produire l'évacuation des humeurs de l'œil, détruire en quelques heures l'organe de la vision et déterminer surtout la sécrétion d'une matière purulente, âcre, corrosive et contagieuse; il faut donc attaquer à la fois et l'inflammation et le ramollissement de la cornée, s'il existe, et la sécrétion morbide, et ces granulations qui en sont constamment la cause. Cette dernière indication domine; c'est en effet cette sécrétion qui constitue la gravité du mal, c'est par elle que les symptômes les plus fâcheux commencent, c'est elle qui entretient dans le globe oculaire une cause permanente de phlegmasie interne; supprimée ou modifiée, tout rentre dans l'ordre; l'inflammation s'apaise, les ulcérations se cicatrisent, et l'ophthalmie redevenue catharrhale ne tarde pas à disparaître. Il faudra donc insister sur les évacuations sanguines, les purgatifs drastiques comme moyens révulsifs, et les collyres astringens. Dans le premier degré, c'est-à-dire, lorsque la blennorrhagie commence, le traitement de l'ophthalmie catarrhale employé avec quelque énergie peut suffire. Si les symptômes sont plus graves, les sangsues en grand nombre, les saignées pratiquées jusqu'à la syncope (Ware conseille de tirer de suite soixante onces de sang chez les adultes), l'eau glacée et surtout les collyres astringens seront immédiatement employés, mais on ne procède plus par un grain d'acétate de plomb ou de sulfate de zinc dans une once d'eau distillée, c'est par quatre, six, huit et dix grains, toujours avec addition de quelques gouttes de laudanum, passant d'un collyre assez fort à un collyre plus énergique, à l'instant même où le premier est supporté. Ainsi, l'on commencera par l'acétate de plomb dans la proportion ci-dessus indiquée, on passera ensuite au collyre de borax (borax 20 grains, eau distillée de laurier-cerise, 1 once, mucilage de semence de coing 1 gros), puis au sulfate de zinc, de cuivre, et enfin au nitrate d'argent, mesurant à chaque heure du jour la sensibilité de la conjonctive et élevant ainsi la proportion des sels entrant dans la composition des collyres, jusqu'à ce qu'enfin la sécrétion purulente convenablement modifiée rétrocède et disparaisse; c'est ce qu'il faut obtenir à tout prix. Dans tous les cas on doit empêcher la stagnation du pus sur les paupières; la personne qui donne des soins au malade devra donc trois ou quatre fois par heure instiller dans l'œil quelques gouttes d'eau tiède et nettoyer ainsi la conjonctive. Aux moyens précédens on devra joindre les purgatifs drastiques (6 à 10 grains de calomélas avec 1 gros racine de jalap, tous les deux jours). Les collyres sont-ils impuissans? on promène sur la conjonctive le crayon de nitrate d'argent, et si tout est superflu, on n'hésitera pas à exciser cette membrane avec des ciseaux courbes sur le plat. Il est rare que l'on soit obligé d'en venir à cette extrémité. Ainsi que nous l'avons dit plus haut, jamais encore nous n'avons vu de blennorrhagie oculaire commençante ne pas céder au traitement que nous venons de décrire. Dans la grande majorité des cas, un simple collyre très-astringent donné à l'instant où la transition sus-indiquée se manifeste, suffit pour ramener l'affection à son état le plus simple. La sécrétion étant diminuée, le chemosis commençant à disparaître, si les granulations persistent, le crayon de sulfate de cuivre, et plus efficacement celui de nitrate d'argent, en font justice. On est cependant quelquefois obligé de recourir à l'excision. Si la cornée s'ulcère, le laudanum pur de Sidenham employé comme collyre, deux gouttes cinq ou six fois dans la journée modifient heureusement leurs caractères. Il ne faut pas oublier toutes les fois que l'ulcération siége au centre de la cornée et que la perforation est imminente, d'instiller la belladone, afin de dilater la pupille et éviter ainsi le staphylome ou la synéchie antérieure, circonstances fâcheuses et difficiles. Le traitement relatif aux causes se réduit à cette simple indication, éviter l'humidité et les courans d'air, fuir les lieux dans lesquels on a contracté l'affection. Dans la convalescence, collyre prescrit pour l'ophthalmie catarrhale, soins de propreté, nourriture saine et substancielle. Dans les cas chroniques, stimulant du système lymphatique, hydrochlorate de baryte, depuis quatre jusqu'à vingt et trente grains par jour, suivant qu'il est bien ou mal supporté par l'estomac, calomèle uni au soufre doré d'antimoine (de chaque 6 gros, opium, 6 grains, magnésie calcinée, demi-gros, on divise le tout en 24 paquets, et le malade en prend 4 par jour dans 4 verres d'eau sucrée.)

Tels sont les moyens auxquels résiste rarement l'ophthalmie blennorrhagique. Nous ne dirons rien ici des cicatrisations et des opacités de la cornée qui en sont si fréquemment la suite, ces accidens se manifes-

tant sous l'influence de plusieurs espèces d'ophthalmies. Nous leur consacrerons plus tard quelques pages, réservant pour cette partie de notre travail, des détails, qui exposés ici nous écarteraient trop de notre but principal.

III. OPHTHALMIE SCROPHULEUSE.

« Lorsque je réfléchis aux descriptions contradictoires des affections de l'œil que l'on a nommées scrophuleuses, et aux différentes méthodes prescrites par les auteurs, je renonce à entrer dans quelque détail à ce sujet, persuadé qu'ici les termes *strumeux* et *scrophuleux* sont employés au hasard, autant que dans tous les autres cas qui puissent être spécifiés; et le médecin le plus habile serait fort embarrassé s'il essayait de concilier les différentes descriptions qui ont été données de l'ophthalmie scrophuleuse. » (Samuel Cooper, *Dict. chir.*, t. 2, art. ophthalmie.)

Ces contradictions si nombreuses tiennent sans contredit à ce que la plupart des auteurs ont méconnu l'existence des ophthalmies combinées. Chacun avait bien vu, sous l'influence du vice scrophuleux, les phlegmasies de l'œil et des paupières acquérir des caractères spéciaux, mais chacun aussi oubliait que, concurremment avec la modification scrophuleuse, pouvaient se présenter les modifications catarrhale et rhumatismale; et ceci nous explique les erreurs dans lesquelles sont tombés Weller, Beer, Wase. Il existe en effet une ophthalmie catarrhale scrophuleuse, une ophthalmie rhumatismo-scrophuleuse. Eh bien! si nous parcourons les auteurs, nous voyons que les uns décrivent la première comme type de l'ophthalmie scrophuleuse, les autres décrivent au contraire la seconde; quelques-uns ne considèrent comme telles que les phlegmasies palpébrales. De là trouble et confusion dans la science. La description que nous allons donner jettera sans doute quelque jour sur cette partie si controversée de l'ophthalmologie.

Cette affection dans son degré le plus simple, et lorsqu'elle n'est combinée avec aucune autre espèce d'ophthalmie, se borne en général à la conjonctive oculaire. Dans ce cas, elle est essentiellement caractérisée par l'injection que nous avons décrite sous la dénomination de scrophuleuse. Traitée ou abandonnée à elle-même, cette affection présente de nombreuses périodes d'accroissement et de déclin; en quelques jours elle peut disparaître pour se manifester de nouveau; quelquefois avant qu'une semaine se soit écoulée, persistant ainsi pendant des mois et des années entières, jusqu'à ce qu'enfin la constitution générale du malade se soit améliorée. Mais elle ne se borne pas toujours à l'injection scrophuleuse; les vascularités peuvent gagner la conjonctive cornéale, qui se soulève, s'infiltre et s'ulcère. Quelquefois les lames superficielles de la cornée elle-même présentent quelques phlyctènes remplacés bientôt par des ulcérations à bords irréguliers, à surfaces fongueuses. Cette espèce de kératite ne produit pas la plus légère photophobie, et la sclérotite reste intacte. Nous affirmons hautement ces deux circonstances niées par tant d'auteurs.

A ces symptômes se borne l'ophthalmie scrophuleuse simple. Mais qu'un individu présentant tous les phénomènes ci-dessus indiqués, ou bien encore qu'un sujet scrophuleux soit soumis aux causes d'ophthalmie catarrhale, nous verrons bientôt se développer de nouveaux caractères, les vascularités s'étendre sur la conjonctive palpébrale tout entière; les injections catarrhales et scrophuleuses exister simultanément, de sorte que, sur le même organe, l'œil le moins exercé reconnaîtra facilement les signes pathognomoniques de deux affections, ou mieux encore de deux influences morbifiques différentes. Ainsi symptômes peu nombreux, phénomènes peu redoutables, mais résistance opiniâtre et recrudescence presque inévitable, telle est l'ophthalmie scrophuleuse.

Quant à ses causes, son nom nous les indique; à peine est-il besoin d'en appeler au commémoratif; la vue seule du malade nous éclaire suffisamment à cet égard. Rappelons seulement en deux mots que les femmes et les enfans, êtres chez lesquels prédomine le système lymphatique, y sont plus particulièrement sujets. L'étiologie se réduit donc à deux mots: scrophule, constitution lymphatique.

Détruire l'inflammation, modifier l'organisme, telle est l'indication. Légères saignées locales au moyen de quelques sangsues appliquées sur les tempes voisines; frictions d'onguent napolitain au-dessus des sourcils; eau de Sedlitz comme révulsif; calomélas hydro-chlorate de baryte; soufre doré d'antimoine, comme excitant du système lymphatique, telle est, dans le principe, la thérapeutique la plus rationnelle et la plus convenable. A ces moyens on associera encore, avec beaucoup de succès, le collyre de borax très-étendu et le collyre de sublimé, celui ci dans la proportion d'un grain pour une once d'eau distillée, 2 gouttes trois fois par jour. Lorsque l'ophthalmie est à son déclin, un exutoire au bras ou à la nuque produira de bons effets; souvent il suffit d'irriter momentanément un point limité de la peau; la pommade de tartre stibié en frictions entre les épaules et non à la nuque, chez les femmes, à cause des cicatrices, remplit très-bien l'indication. Le vésicatoire de Janin, placé à la nuque, supplée à ces frictions; on y ajoute ordinairement deux, trois ou même quatre parties de poix de Bourgogne; on l'applique et on le laisse jusqu'à sa chute spontanée. Ce moyen a l'avantage de produire souvent la vésication, et de n'exiger néanmoins aucune espèce de pansement.

Dans les cas très-invétérés, le séton à la nuque peut être employé; mais il est infiniment rare que ce moyen soit nécessaire.

Il faut surtout insister sur les agens modificateurs de l'économie tout entière, les amers, le calomel, l'hydrochlorate de baryte, les antimoniaux, les préparations iodurées, les bains de mer, les exercices gymnastiques, tels sont les seuls moyens capables de prévenir à jamais la récidive.

Dans les cas d'ophthalmie catarrho-scrophuleuse, le collyre d'acétate de plomb dans le principe, et plus tard celui de sulfate de zinc, compléteront le traitement. Nous parlerons plus loin des moyens à employer contre les phlyctènes, les vascularités et les ulcérations de la cornée et de la conjonctive cornéale.

Blépharite glandulaire.

A l'ophthalmie scrophuleuse se lie naturellement l'histoire de la blépharite scrophuleuse ou glandulaire. Cette affection, constituée par l'irritation ou la phlegmasie chronique des follicules de Méibomius, ne se montre que chez les sujets lymphatiques ou scrophuleux. Ses caractères pathognomoniques sont les suivans: inégalité d'abord libre des paupières; nodosités; renflemens inégaux situés sur le cartilage tarse lui-même, qui, malgré l'assertion contraire de la plupart des anatomistes, est le siége des glandes de Méibomius. M. Sichel s'est assuré de cette circonstance par des dissections nombreuses.

De l'orifice de ces follicules il s'échappe une certaine quantité de matière jaunâtre, concrescible, adhérant fortement aux cils et différant beaucoup de la sécrétion catarrhale. La base des cils en est encroûtée, leurs follicules s'affectent, et, après un espace de temps singulièrement variable, ils tombent et ne reparaissent jamais. Alors les croûtes dont nous avons parlé adhèrent au bord libre des paupières, s'y maintiennent long-temps, et ne tombent que pour faire place à une érosion superficielle très-difficile à guérir. Quelquefois l'orifice externe, la lumière de la glande malade se ferme, opposant ainsi un obstacle à l'expulsion de la matière sécrétée. De là résulte un véritable kyste, l'hypertrophie de la glande se manifeste, distendue qu'elle est par une substance jaune rougeâtre qui augmente de jour en jour, appuie sur les parois de la cavité qui la renferme, les amincit, les perce enfin, et s'échappe, laissant croire quelquefois au médecin peu expérimenté qu'il a affaire à un abcès. La marche lente de cette affection, son siége excessivement rapproché du bord libre des paupières, le peu de douleurs, empêchent de la confondre avec l'orgeolet ou furoncle des paupières. Quelquefois, sans que l'on observe de nodosités semblables à celles que nous avons décrites, on aperçoit sur le bord libre et à la base des cils de petites croûtes minces, furfuracées, assises sur des tégumens rouges et légèrement enflammés; c'est ce que les auteurs ont nommé ophthalmie dartreuse. M. Sichel n'y voit qu'une variété de la blépharite scrophuleuse. Il est une autre blépharite qui présente les caractères suivants: la membrane muqueuse qui recouvre le cartilage tarse précisément sur le bord libre des paupières, s'ulcère ou plutôt s'érode légèrement, car cette érosion consiste dans la simple disparition de l'épithélium; bientôt il se forme de petites granulations, des fongosités suivies de la sécrétion d'une matière ichoreuse; la conjonctive palpébrale s'enflamme et présente les caractères de l'ophthalmie catarrhale. Cet ensemble de symptômes, qui se montre surtout chez les sujets avancés en âge, a été nommé, par la plupart des auteurs, ophthalmie des vieillards: M. Sichel lui donne le nom de blépharite catarrho-lymphatique. Abandonnée à elle-même, elle peut être suivie de la dégénérescence sarcomateuse, et plus souvent encore de l'ectropion dit ectropion des vieillards. Cette dernière terminaison est due au développement des fongosités conjonctivo-palpébrales et à l'érosion des angles des paupières. L'angle externe est ordinairement le premier qui s'affecte.

La marche de la blépharite est lente; elle ne s'accompagne d'aucun symptôme redoutable; aussi les malades n'invoquent-ils pas toujours les secours de l'art. On doit cependant les combattre avec énergie et

persévérance, car les divers états parthologiques qui en sont la suite et que nous avons indiqués tout à l'heure, sont autant d'affections nouvelles assez sérieuses pour que le médecin prudent s'efforce toujours de les prévenir.

Le traitement général est celui de l'ophthalmie scrophuleuse : le traitement local diffère beaucoup. Ici les sangsues sont inutiles; mais tout ce qui peut exciter le système lymphatique est excellent. Les frictions d'onguent napolitain pratiquées sur les paupières et non plus sur le front, la pommade iodurée (axonge, 1 gros, hydrochlorate de potasse et teinture d'iode, 6 grains de chaque), la pommade de précipité rouge (axonge, 1 gros, précipité rouge, un grain, chacune de ces pommades s'emploie en frictions sur le bord libre des paupières quatre fois par jour), produisent d'excellens résultats. Il faut encore ici renouveler fréquemment les purgatifs. Nous n'avons pas besoin de répéter que le médecin doit surveiller constamment les effets obtenus par les agens thérapeutiques. Si la phlegmasie augmente, on éloigne pour quelques jours les excitans, et l'on emploie de petits cataplasmes émolliens auxquels on associe le laudanum si la sensibilité est vive. A cela, si nous joignons le collyre de sublimé, les vésicatoires à la nuque ou les frictions de tartre stibié et surtout les modificateurs du tempérament lymphatique, baryte, calomel, antimoniaux, amers, etc., nous aurons la série à peu près complète des moyens à employer contre les blépharites scrophuleuses.

Ophthalmie rhumatismale.

De même que l'on est convenu de donner le nom de rhumatismales à certaines influences extérieures qui sévissent particulièrement sur les membranes fibreuses, articulaires et viscérales, de même M. Sichel affecte cette dénomination à l'inflammation idiopathique de la fibrine oculaire. Et en effet, puisque l'on veut bien accorder que le rhumatisme n'est pas une chimère, puisque la plupart des pathologistes appellent ainsi toutes ou presque toutes les phlegmasies fibreuses spontanées, pourquoi ferions-nous une exception pour la sclérotite? Et d'ailleurs, ce n'est pas une simple raison d'analogie qui nous engage à considérer la sclérotite spontanée comme une phlegmasie rhumatismale; de plus puissantes raisons militent en faveur de cette pensée. Si nous considérons une ophthalmie traumatique ayant sur la sclérotique son principal siége, nous reconnaîtrons à la vérité les mêmes symptômes extérieurs, mais la marche de la maladie ne tardera pas à jeter quelque jour sur cette intéressante question. Dans la sclérotite traumatique, les antiphlogistiques dissiperont en quelques jours tous les symptômes; dans la rhumatismale, quelle que soit l'énergie de la médication, la phlegmasie persistera quelques semaines, et souvent deux et même trois mois entiers. La première marchera comme toutes inflammations simples, sans irrégularités, sans périodes nombreuses d'augmentation et de déclin; la seconde présentera au contraire de singulières variations : un jour, état satisfaisant; le lendemain, exaspération; souvent guérison presque complète, et quarante-huit heures après nouvelles recrudescences; et si nous étudions avec quelque attention les circonstances extérieures au milieu desquelles se trouve le malade, nous verrons presque constamment que ces variétés, ces irrégularités coïncident avec les conditions atmosphériques ou hygiéniques susceptibles d'imprimer de semblables secousses aux affections rhumatismales. Que si nous consultons la mémoire du malade, et s'il nous rappelle avec fidélité les circonstances qui peuvent avoir présidé au développement de l'affection, sept ou huit fois sur dix nous reconnaîtrons qu'il s'est exposé au froid après une grande chaleur, qu'il a eu quelquefois des douleurs dans les membres, qu'il habite un appartement humide; et en un mot les causes rhumatismales ne sauront être mises en doute. Ce n'est pas tout, les moyens thérapeutiques fourniront bientôt de nouvelles lumières. Si l'inflammation était simple, des moyens simples suffiraient. Eh bien! que l'on compare les résultats obtenus par les antiphlogistiques seulement, à ceux qui puisent leur source dans les antiphlogistiques associés à une médication spéciale, et l'on verra combien cette dernière méthode est préférable. Il y a donc là quelque chose de plus qu'inflammation; il y a un état pathologique particulier, un concours spécial de circonstances morbides; et c'est à l'ensemble de ces circonstances unies à la phlegmasie scléroticale, que M. Sichel donne le nom d'ophthalmie rhumatismale.

Dans le principe, la phlegmasie siége seulement sur la sclérotique qui présente l'injection que nous avons décrite sous le nom de rhumatismale, bientôt la conjonctive cornéale se soulève et présente en plusieurs points des vésicules transparentes, qui ne tardent pas à se rompre, et sont remplacées par de très-petites facettes paraissant taillées à pic sur la substance même de la cornée, n'altérant d'ailleurs nullement sa transparence et constituant toutes autant d'ulcérations superficielles. Ces vésicules sont quelquefois si nombreuses que la cornée en est comme sablée. A ces symptômes se joignent la douleur, la photophobie à cause de l'irritation sympathique de la rétine, et quelquefois le spasme du muscle orbiculaire des paupières. Si la maladie est abandonnée à elle-même, si elle n'est pas attaquée dès le principe avec quelque énergie, la cornée s'affecte plus profondément et devient en plusieurs points le siége d'un trouble laiteux opalin, ce sont autant de petits épanchemens interlamellaires qui soulèvent les lames superficielles de la cornée, se rompent, et forment des ulcérations. Si la phlegmasie augmente, des épanchemens plus larges occupent la cornée dans presque toute son étendue, sa surface se trouble et devient moins polie, bientôt la membrane de l'humeur aqueuse s'affecte et perd sa transparence, la phlegmasie peut s'étendre jusqu'à la partie qui tapisse l'iris et à l'iris elle-même; la couleur de cette dernière membrane s'altère, la pupille se contracte, perd sa forme arrondie, et tend à devenir perpendiculairement ovalaire. Au devant de l'iris et dans l'espace pupillaire flottent de petites stries blanchâtres, de petits flocons pseudomembraneux, sécrétés par la séreuse enflammée, quelquefois la phlegmasie gagne la capsule antérieure du cristallin; on y remarque alors de petites végétations nacrées. Distendue par le liquide séreux qu'elle sécrète en plus grande abondance, la capsule prend une forme conique, remplit la chambre postérieure et se présente à la pupille. Dans cette circonstance, il s'établit souvent entre la capsule et le bord pupillaire des adhérences (synechie postérieure), qui persistent long-temps encore après la disparition de la phlegmasie; la rétine elle-même sympathiquement irritée dès le principe, s'affecte assez souvent au point de ne plus percevoir la lumière. Constamment, et surtout lorsque les symptômes acquièrent beaucoup de gravité, les malades se plaignent d'une douleur tensive, et intolérable au grand jour. A l'instant où l'iritis se manifeste, céphalalgie frontale et sus-orbitaire, quelquefois assez violente pour empêcher complètement le sommeil. Tels sont la plupart des symptômes qui caractérisent l'ophthalmie rhumatismale dans tous ses degrés et toutes ses périodes. Il faut ajouter à cela que, malgré l'énergie et la bonté du traitement, la marche de cette affection est singulièrement influencée par diverses circonstances atmosphériques. C'est ainsi que, suivant que la température s'élève ou s'abaisse, l'ophthalmie s'amende ou s'exaspère, donnant ainsi de nombreux démentis aux pronostics du médecin le plus habile.

Souvent l'ophthalmie rhumatismale s'accompagne de conjonctivites catarrhales; plus souvent encore elle se développe chez un individu scrophuleux et lymphatique; de là, modification nouvelle qu'il importe de signaler. L'ophthalmie rhumatismo-catarrhale ne présente rien de remarquable, si ce n'est la combinaison des deux injections catarrhale et rhumatismale, mais l'influence scrophuleuse imprime à l'affection plusieurs caractères remarquables. Et d'abord, injection conjonctivale scrophuleuse, mais souvent absence de pustules; plus tard, la cornée s'altère, mais ce ne sont plus de petites vésicules transparentes suivies d'ulcères à facette; ce n'est plus le trouble opalin de la cornée, ni l'épanchement couleur d'albâtre; c'est un épanchement grisâtre ou jaunâtre, auquel succède une ulcération à bords irréguliers et taillés à pic, ulcération très-douloureuse, à laquelle aboutit généralement un vaisseau qui part de la conjonctive. Quelquefois la matière de l'épanchement ne s'échappe pas au-dehors; elle filtre en stries plus ou moins nombreuses entre les lames de la cornée, se rassemble à sa partie inférieure et forme la petite accumulation de pus à laquelle on a donné le nom d'onyx. Assez souvent la cornée livre à sa face postérieure un passage à la matière de l'épanchement qui se rassemble à la partie la plus déclive de la chambre antérieure (hypopion).

Souvent les faisceaux vasculaires qui caractérisent l'injection scrophuleuse gagnent la cornée et forment sur cette membrane plusieurs triangles dont la base regarde la sclérotique, et dont le sommet se termine à quelque distance sur la cornée par un soulèvement des lames superficielles, auquel succèdent des ulcérations fongueuses. Ces vascularités disposées en rayons qui aboutissent au centre de la cornée forment le pannus, état pathologique dont nous dirons plus tard quelques mots. Quelquefois les ulcérations pénètrent la cornée dans toute son épaisseur, l'humeur aqueuse s'échappe, l'iris s'avance, s'engage dans le point perforé, formant ainsi une petite hernie à laquelle on a donné le nom de staphylome.

La marche de cette affection est lente; il est rare qu'on obtienne avant six semaines ou deux mois une guérison complète.

L'étiologie étant connue, nous allons passer immédiatement aux moyens thérapeutiques.

Thérapeutique.

Antiphlogistiques et antimoniaux, telle est la base du traitement; saignées locales et générales, répétées sans relâche jusqu'à ce que l'inflammation rétrocède; frictions réitérées sur le front d'onguent napolitain auquel on associe partie égale d'extrait de belladone (gros comme une noisette quatre fois par jour). Ici nous devons dire que M. Sichel emploie l'onguent napolitain, non pas comme révulsif, mais comme atténuant la plasticité du sang. De nombreuses observations et une longue expérience établissent suffisamment pour lui la preuve de cette proposition. On lui associe la belladone pour calmer l'irritation sympathique de la rétine. Les exutoires conseillés par tant d'auteurs ne sont ici d'aucune utilité; les purgatifs paraissent également n'avoir qu'une très-légère influence. Mais une partie du traitement sur laquelle nous devons insister, c'est celle qui s'adresse à l'affection rhumatismale. Dans notre école où le scepticisme médical est porté jusqu'à l'extrême, on nie l'efficacité de la plupart des agens spécifiques; la semence du colchique n'a pas échappé à la réprobation générale, et cependant ce moyen que nos maîtres repoussent, les écoles d'Italie, d'Allemagne et d'Angleterre, le préconisent. Les ophthalmies ont fourni à M. Sichel de nombreuses expériences à cet égard, et sa conviction est aujourd'hui si solidement établie qu'il se croirait coupable de négliger ce moyen, toutes les fois que la sclérotite rhumatismale se présente. Si la phlegmasie est compliquée de symptômes scrophuleux, on l'emploi à la dose purgative, sinon on se borne dans le principe à dix ou douze gouttes de teinture, quatre fois par jour dans un verre d'eau mucilagineuse (4 onces d'alcool, 1 once de semence de colchique d'automne, digérés au soleil pendant plusieurs semaines). Si l'on emploie la teinture de bulbe, la dose doit être triplée. A mesure que l'économie s'habitue à cette substance, on porte le nombre des gouttes jusqu'à vingt, trente et même quarante; lorsque la phlegmasie s'éloigne, la poudre de calomélas unie au soufre doré d'antimoine et à la résine de gayac est employée avec beaucoup de succès; on établit ainsi une révulsion permanente sur le tube intestinal, et l'on provoque la diaphorèse; cette dernière circonstance est très-importante. On a proposé dans le but ce tartre stibié en lavage (1 grain à 1 grain et demi toutes les vingt-quatre heures). C'est un moyen excellent, mais auquel on doit renoncer en hiver, parce qu'à cette époque c'est inutilement qu'on s'efforce de provoquer les sueurs. Pour l'ophthalmie rhumatismo-scrophuleuse, le traitement sera le même dans le principe; plus tard, on aura recours aux moyens antiscrophuleux. Nous n'avons pas encore parlé des indications thérapeutiques fournies par les ulcérations de l'hipopion et l'onyx; ces détails viendront après l'histoire des ophthalmies spéciales.

Forcé de présenter un résumé plutôt qu'une histoire complète des ophthalmies, nous ne pouvons rappeler dans ce travail que les considérations les plus intéressantes fournies par ce genre d'affections; pour suppléer à ce qui manque ici, nous renvoyons nos lecteurs au mémoire publié en 1833, par M. Sichel, dans lequel il a tracé l'histoire complète de l'ophthalmie rhumatismale.

IV. OPHTHALMIE ARTHRITIQUE.

Il paraîtra singulier à quelques personnes que l'influence de l'arthritis se manifeste jusque dans les phlegmasies oculaires. Cependant rien n'est plus vrai; et s'il est une ophthalmie spéciale dont nous puissions facilement constater l'existence, c'est surtout l'ophthalmie arthritique; et cela doit peu nous surprendre. Plus que l'affection rhumatismale, l'arthritis modifie l'économie tout entière; ce n'est plus aux fibreuses seulement qu'elle s'adresse, c'est encore aux membranes muqueuses, c'est à la plupart de nos viscères. Est-il besoin de rappeler que, concurremment avec elle, existent toujours des symptômes de pléthore abdominale. Ainsi, troubles gastriques, anorrexie, digestions laborieuses, état volumineux du foie, constipation, disposition aux flux hémorrhoïdaires, telles sont les circonstances qui précèdent ou accompagnent presque constamment l'arthritis. Qu'une ophthalmie se manifeste chez un individu soumis à cette funeste influence, les caractères pathologiques prendront alors une physionomie spéciale bien facile à reconnaître. Mais, il faut le dire, la pléthore abdominale, plus encore que l'arthritis, joue ici un rôle tout-à-fait capital. Il est rare, en effet, que cette pléthore se manifeste sans que la conjonctive scléroticale présente quelques troncs vasculaires, dilatés, flexueux sur eux-mêmes, et présentent quelque chose de semblable aux veines variqueuses; et, pour le dire en passant, les sympathies du globe oculaire avec les viscères abdominaux se sont ainsi bien plus sûrement constatées que par la dilatation anormale de l'iris. Eh bien! l'examen attentif du malade nous prouvera souvent que les flux hémorrhoïdaires supprimés, une menstruation difficile, une constipation très-opiniâtre sont assez fréquemment les seules causes appréciables de l'ophthalmie dite arthritique. Ici encore l'étiologie tout entière se réduit donc à trois mots: arthritis, pléthore abdominale.

Dans le premier degré injection arthritique (Voyez la GAZETTE MÉDICALE du); plus tard, épanchemens inter-lamellaires de la cornée, ovalaires et irréguliers, se terminant bientôt par des ulcérations; sécrétion conjonctivale peu abondante, et formée souvent par une écume blanchâtre. Ce dernier signe est considéré comme pathognomonique; mais il est loin d'être constant. Quelquefois l'inflammation se propage jusqu'à l'iris; alors se renouvellent tous les symptômes de l'iritis rhumatismal, si ce n'est que la pupille tend à devenir transversalement ovalaire. Le bord de cette ouverture se frange, indice constant de l'état morbide de la choroïde. Il est rare, en effet, que cette dernière membrane ne subisse pas l'influence de la pléthore abdominale, à ces symptômes si nous joignons la douleur et la photophobie qui existent à un degré moindre que dans l'ophthalmie rhumatismale, nous aurons l'histoire presque complète de l'ophthalmie arthritique. Sa marche est assez régulière mais excessivement lente. Elle persiste assez souvent deux ou trois mois entiers. Ce pronostic n'est fâcheux que dans les cas où l'iritis se manifeste.

Traitement.

Ici les commémoratifs sont d'un grand intérêt. En effet la thérapeutique s'adressant à des causes pathologiques singulièrement variables, il importe d'interroger avec détail toutes les circonstances qui ont précédé l'affection; c'est ainsi que les aloétiques, les saignées dérivatives, les emménagogues, habilement maniés conduiront à d'excellens résultats. La teinture de colchique ne doit pas être négligée; on l'administre aux mêmes doses que dans l'ophthalmie rhumatismale. Quant à la partie du traitement qui s'adresse à la phlegmasie proprement dite, nous renvoyons nos lecteurs à l'ophthalmie qui précède; les indications et les moyens sont les mêmes.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 16.

Présidence de M. Louyer-Willermay.

CONTINUATION DE LA DISCUSSION SUR LES DÉVIATIONS SIMULÉES DE L'ÉPINE.

L'assemblée est très-nombreuse: beaucoup de personnes étrangères à l'Académie assistent à la séance. L'ordre du jour appelle la continuation de la discussion du rapport sur le mémoire de M. Jules Guérin relatif aux déviations simulées de l'épine. Cette discussion ayant été terminée dans cette séance, nous la faisons précéder, ainsi que nous l'avons promis, du second rapport supplémentaire fait par M. Cruveilhier.

DEUXIÈME RAPPORT SUR LE MÉMOIRE DE M. J. GUÉRIN, RELATIF AUX DÉVIATIONS SIMULÉES.

Messieurs.

L'académie ayant décidé dans une de ses dernières séances, que plusieurs lettres qui lui ont été adressées au sujet de la discussion sur les déviations simulées, seraient renvoyées à l'examen des deux commissions et l'objet d'un nouveau rapport supplémentaire; vos deux commissions se sont réunies plusieurs fois à cet effet; et avant de vous faire connaître les conclusions définitives auxquelles elles se sont arrêtées, elles ont cru devoir vous présenter le résumé des nouveaux documens qu'elles ont été chargées d'examiner.

Ces documens se composent, 1° d'une lettre de M. Hossard, 2° d'une lettre de M. le docteur Lachèze, 3° de trois lettres de M. le docteur Bouvier, auxquelles la commission a cru devoir joindre une quatrième lettre de M. Bouvier qui avait été adressée à l'académie, le 22 septembre 1835, 4° de deux lettres de M. le docteur J. Guérin.

Lettre de M. Hossard, datée du 14 juin 1836. — Dans cette lettre, M. Hossard s'excuse de n'avoir pas le temps de répondre par un travail scientifique, au mémoire de M. Guérin sur les courbures artificielles et d'ajouter ainsi la démonstration aux exemples de courbures simples et pathologiques du rachis, cités dans Delpech, Jalade-Lafond et Pravaz.

Il demande si dans le cas de courbures simulées, ces courbures pourraient résister à la suspension par les bras et aux tractions exercées en même temps sur les jambes, ainsi qu'on l'a pratiqué sur Jenny Guéry; si une courbure simulée pourrait toujours rester la même dans toutes les inflexions qu'on peut donner au rachis, à droite, à gauche, en avant, en arrière; ainsi que cela a encore été pratiqué sur Jenny Guéry;

Si une déviation simulée peut être près de cinq mois à disparaître; lorsque durant tout ce temps, on emploie une force très-grande pour la combattre, ainsi

qu'ont pu s'en convaincre les commissaires qui à toute heure et sans en instruire venaient visiter Jenny Guery, trouvaient toujours l'appareil en permanence et remarquaient la rougeur causée à la peau par l'application des courroies.

Relativement à la coupe oblique du plâtre, M. Hossard met sous les yeux de la commission un dessin qui représente le tronc de Jenny Guéry, et soutient que l'obliquité de la base du plâtre est déterminée *par l'inclinaison du tronc vers la droite et nullement par une échancrure ou rognure de cette base*; qu'elle n'est autre chose qu'une coupe à vive arête pratiquée dans le but de faire tenir le plâtre debout, ainsi qu'on l'a pratiquée à tous les autres.

Comment d'ailleurs supposer, ajoute M. Hossard, que quinze commissaires tantôt isolés, tantôt réunis, aient pu reconnaître comme conformes au sujet et signer un plâtre, qui, rogné comme on le suppose, n'aurait point offert la même inclinaison que Jenny Guery, surtout lorsqu'il était debout sur une table, ainsi qu'on le plaçait d'ordinaire pour l'examiner.

Tel est le contenu de la lettre de M. Hossard.

Lettre du docteur Lachèze, 14 juin 1836. — Dans cette lettre, M. Lachèze établit qu'il y a deux espèces de courbures de la colonne vertébrale, les unes sont produites par une altération essentielle et primitive des parties constituantes de cette colonne, les autres sont le résultat d'une action irrégulière des muscles, c'est-à-dire d'exercices vicieux ou de fausses positions. Pour les premières, nul doute, dit M. Lachaise, que l'élévation et l'écartement des côtes, le soulèvement de l'omoplate et l'élévation de la hanche du côté de la convexité de la courbure, une disposition inverse du côté opposé, le tout joint à cette espèce de torsion qu'éprouvent les vertèbres autour de leur axe, constituent une lésion qu'on ne saurait imiter avec une colonne vertébrale bien conformée. Pour les secondes, c'est-à-dire pour les courbures par fausses positions ou attitudes vicieuses, il admet qu'une personne à taille souple, peut assez bien les simuler pour laisser du doute à cet égard, de même que sur le torse de jeunes filles entièrement difformes, on peut à l'aide de certaines attitudes, de certains artifices de position, donner à leur colonne vertébrale une direction telle que le plâtre dissimule toute difformité.

Il conclut en disant que bien que M. Guérin ait spécifié d'une manière très-scientifique les caractères distinctifs des courbures du rachis, il y aurait quelque danger à appliquer ses assertions à la totalité des déformations de la taille, et qu'en adoptant de prime abord les opinions de cet honorable confrère, l'académie refroidirait le zèle de ceux qui s'occupent d'orthopédie et qui craindraient de choquer ce corps savant en remettant en doute des questions qu'elle aurait résolues et en franchissant les limites qu'elle aurait posées.

Lettres de M. Bouvier, 1re lettre du 22 septembre 1835. — Cette lettre a été adressée à l'académie à l'occasion de l'enquête morale ordonnée par elle sur les faits relatifs à trois cas de déviations du rachis traités par la ceinture à levier, (méthode de M. Hossard). Cette lettre fut accompagnée de l'envoi de quatre moules en plâtre, bien propres à jeter quelque jour sur les questions graves soulevées à cette occasion. Chaque paire de moules représente le même sujet dans deux états bien opposés. L'un des deux bustes est l'image d'une déviation latérale du rachis portée à un haut degré; l'autre ne diffère pas sensiblement de l'état normal. Or, les deux sujets sur lesquels avaient été pris ces moules en plâtre, étaient naturellement droits et parfaitement conformés, et l'incurvation présentée sur l'un des moules résulte uniquement de la pose qui lui avait été donnée. L'un de ces moules qui offre une si grande ressemblance avec Jenny Guery, appartient à Victoire Villemain, dont il a été si souvent question dans le premier rapport. M. Bouvier ajoute, que non-seulement ces sujets gardaient d'eux-mêmes sans aucun moyen contentif, une position qui simulait de la manière la plus trompeuse des difformités considérables du tronc; mais qu'ils pouvaient encore se livrer à des mouvemens de locomotion en conservant leur attitude vicieuse comme si elle leur était naturelle, l'abandonner et la reproduire à volonté.

Dans cette première lettre, M. Bouvier avait pour but de prouver d'une part la possibilité des courbures artificielles, et d'une autre part la possibilité de confondre les inflexions volontaires des déviations morbides proprement dites.

Deuxième lettre de M. Bouvier du 14 juin 1836. — Cette lettre a été adressée à l'Académie à l'occasion du rapport qui lui a été fait par la première commission et des discussions qu'il a provoquées.

M. Bouvier envisageant d'abord cette question sous le point de vue purement scientifique se demande s'il existe des caractères certains propres à faire distinguer sur les moules des sujets les déviations réelles des déviations simulées? La solution de cette question est facile, dit M. Bouvier, pour la courbure en S lorsque les deux courbures sont l'une et l'autre très-prononcées, mais il n'en est pas ainsi dans les déviations à courbure latérale unique et même dans les courbures multiples, lorsqu'un des arcs est beaucoup plus marqué que les autres.

A l'appui de cette proposition M. Bouvier parle d'une déviation de l'épine à courbure unique, comprenant la région lombaire et la presque totalité de la région dorsale, avec renversement du bassin du côté de la convexité de la courbure, de manière que le haut de l'épine revient dans la ligne verticale de gravité, ou reste même en-deçà de cette ligne au lieu de pencher dans le sens de la concavité de la courbure. Il rapporte un cas de déviation de cette espèce observé par lui sur un enfant de 26 mois, conjointement avec MM. Laugier, Duval et Heurteloup. Cette déviation, dit M. Bouvier, était accompagnée d'une grande résistance au redressement et d'une gibbosité costale prononcée. Je ferai remarquer que c'est le seul cas que M. Bouvier ait observé de claudication par l'inclinaison du bassin et il y avait une forte gibbosité.

M. Bouvier a en outre adressé à l'Académie trois moules, dont deux de déviations pathologiques, qu'il considère comme à une seule courbure, et le troisième d'une déviation simulée prise sur un enfant de 9 ans. Les apparences, dit M. Bouvier, qui distinguent les deux premiers du troisième, ne diffèrent que du plus au moins, en sorte que si l'on avait moins *forcé* l'attitude du sujet dans le moule simulé, ou si on l'avait un peu outrée dans les autres, la similitude serait complète. M. Bouvier cite encore à l'appui de ces considérations deux des plâtres provenant de trois sujets présentés par M. Tavernier, lesquels, suivant M. Bouvier, offriraient des exemples de déviations à courbures uniques.

M. Bouvier signale ensuite les moyens de dissimuler, de diminuer ou d'exagérer les déviations morbides, de manière à leur imprimer certaines apparences des déviations simulées.

Quatre plâtres mis sous les yeux de l'Académie dans sa séance extraordinaire attestent qu'on peut altérer et même défigurer complètement certains caractères des déviations morbides au point de rendre leur détermination fort difficile.

Abordant la question de savoir si le plâtre de Jenny Guéry représente une déviation factice M. Bouvier reconnaît une identité absolue entre ce moule et ceux des déviations factices; il avait signalé, il y a trois mois, l'identité la plus parfaite entre le moule de Jenny Guéry et celui de Victoire Villemain. Mais doit-on conclure de cette identité que le moule de Jenny Guéry appartient à une déviation factice? M. Bouvier croit qu'on peut opter entre ces deux interprétations; ou bien admettre que le plâtre de Jenny Guery appartient à une déviation factice complètement simulée, ou bien admettre que ce plâtre appartient à une déviation factice produite par une forte exagération d'une courbure pathologique réelle. « Pour moi, dit M. Bouvier, il me paraît évident que les *caractères outrés,* » *indices certains d'une attitude forcée*, qui se remarquent sur le moule de » cette fille s'accordent également bien avec l'une et l'autre hypothèse. »

Une troisième et une quatrième lettres ont encore été adressées à l'Académie par M. Bouvier. La troisième lettre a pour objet l'histoire d'un cas curieux de déviation considérable de l'épine avec courbure principale dans la région dorso-lombaire, et quatre courbures très-visibles à la partie antérieure du tronc et presque inappréciables en arrière par la direction des apophyses épineuses. Pendant la vie le sujet avait le tronc tellement incliné du côté droit qu'il ne conservait l'équilibre qu'en s'appuyant sur un bâton qu'il tenait de la main droite.

La pièce pathologique a été mise sous les yeux de l'Académie. M. Bouvier donne ce fait comme un exemple incontestable de déviation pathologique de l'épine à une seule courbure et sans courbure de balancement suffisante pour rétablir l'équilibre.

La quatrième et dernière lettre de M. Bouvier est exclusivement relative à la coupe oblique du plâtre de Jenny Guery et de Victoire Villemain. Suivant M. Bouvier, cette disposition peut être aussi bien le résultat d'une section horizontale du plâtre pendant une attitude où le bassin est incliné d'un côté, que le résultat d'une coupe artificielle. Le plâtre de Victoire Villemain a été pris dans une attitude semblable. Le sujet était debout, reposait sur la pointe du pied gauche pendant que le genou droit était fléchi et que le tronc était fortement incliné à gauche.

Lettres de M. Guérin. — Les deux lettres de M. Guérin renferment des développement et des observations qui ont pour but de préciser et de rappeler à ses véritables termes, la question traitée par l'auteur et de répondre aux différentes objections qui ont été adressées au rapport de la commission, soit par divers membres de l'Académie, soit par les auteurs des lettres dont je viens de donner l'analyse. Comme la plupart des observations de M. Guérin doivent être reproduites dans la discussion à laquelle nous allons nous livrer, nous nous réservons, pour prévenir des répétitions, de vous les faire connaître au fur et à mesure que l'occasion de les appliquer se présentera.

Tel est, Messieurs, le contenu des lettres que vous avez renvoyées à l'examen des deux commissions réunies. Il a paru à vos commissions que les objections renfermées dans ces diverses lettres et celles adressées au rapport par plusieurs membres de l'Académie, peuvent se résumer dans les trois chefs suivans :

1° Il peut exister des déviations latérales à une seule courbure; les planches des ouvrages de Delpech, de MM. Lafont et Pravaz, l'opinion de ces auteurs et celle de MM. Lachèze et Bouvier, quelques faits présentés par M. Bouvier, témoignent en faveur de cette proposition;

2° Il peut exister des déviations récentes ou spontanées à une seule courbure, sans torsion appréciable des vertèbres, tels sont les exemples cités par M. Villermé, et ceux des déviations produites par contracture musculaire observés par MM. Petit, Alard, Guersent;

3° Enfin, on peut modifier, dissimuler ou exagérer les déviations réelles au point de faire confondre les plâtres provenant de ces difformités avec ceux des déviations simulées, ou au moins de rendre cette distinction difficile; telle est l'opinion de MM. Lachaise et Bouvier.

La commission a examiné ces trois chefs d'objections sous le double point de vue et de la réalité des faits allégués et de leur degré d'importance dans la discussion qui nous occupe.

Voici le résultat de notre examen sous ce double rapport :

L'existence des déviations latérales à une seule courbure a été appuyée sur l'opinion et sur les dessins publiés par quelques auteurs et sur les observations de MM. Bouvier et Lachaise. Or, la commission a examiné avec le plus grand soin les planches de l'atlas de Delpech, celles de MM. Lafond et Pravaz, et elle n'a trouvé dans aucune, d'exemple de courbure unique. Les planches de Delpech représentent matériellement le contraire de ce qu'on a cru y voir, toutes offrent à des degrés plus ou moins marqués des déviations à plusieurs courbures.

Quant à la planche de l'ouvrage de M. Pravaz, elle a été empruntée, comme l'auteur le dit lui-même, au docteur Shaw, et ni l'original, ni la copie ne nous ont permis de méconnaître un exemple de déviation à plusieurs courbures. L'explication de l'erreur où ces auteurs sont tombés est fort naturelle et découle de ce fait que j'avais déjà constaté, et que M. Guerin a mis surtout en évidence, savoir : que les courbures de la colonne vertébrale ne sont jamais numérées par celles des apophyses épineuses, en sorte que des déviations supposées jusqu'ici à une seule courbure en avaient une seconde, une troisième, trop peu considérables pour qu'on pût les apprécier par la région postérieure de la colonne vertébrale. La pièce pathologique présentée par M. Bouvier comme un exemple de déviation latérale à une seule courbure, vient précisément à l'appui de ces ré-

flexions; car, suivant M. Bouvier lui-même, vue en avant, elle offre quatre courbures dont une seule est appréciable en arrière.

Quant aux plâtres envoyés par M. Bouvier et à ceux de M. Tavernier, cités par eux comme des exemples de courbures uniques; ou bien ces plâtres offrent des degrés de déviations si faibles encore, qu'elles pouvaient exister sans courbures de balancement appréciables; ou bien ils présentent plusieurs courbures caractérisées par les premiers indices de la torsion et des reliefs musculaires consécutifs, indices que votre commission n'a pu s'empêcher de reconnaître.

Nous ajouterons pour compléter la démonstration :

1° L'observation de tous les squelettes appartenant à des individus déviés, de tout âge et de tout sexe, que j'ai pu me procurer soit dans le muséum Dupuytren, soit dans celui de Clamart, squelettes dont aucun ne m'a offert de déviation à courbure unique;

2° Une preuve physique qui appartient à M. Guérin et qui établit l'impossibilité d'une courbure unique un peu prononcée, bornée à une portion de l'épine seulement sans courbure de balancement, savoir : que le passage de la partie courbée d'une tige à la ligne droite ne peut s'effectuer qu'au moyen d'un angle et d'une autre courbure en sens inverse, à moins que la tige tout entière en participe à l'arc de courbure.

Mais admettons un moment qu'il puisse exister des déviations du rachis à courbure unique. Quels en sont les caractères et quelle serait leur importance dans la question qui nous occupe : le seul fait rapporté par M. Bouvier, il y a dans la déviation dorso-lombaire à courbure unique, un renversement du bassin du côté de la convexité et de plus (remarquez bien ceci) *une gibbosité dorso-lombaire*, proportionnée au degré de courbure, et enfin un retour de l'extrémité supérieure du tronc dans le sens de la verticale et même un écartement de cette extrémité qui peut rester en-deçà de la ligne de gravité. Vous voyez, Messieurs, que même dans la supposition de déviations latérales pathologiques à une seule courbure, il y aurait toujours possibilité de les distinguer des déviations simulées; car, ainsi que l'a fait remarquer M. Guérin : « Les distinctions établies » entre deux ordres de faits dans les sciences d'observation, ne sont pas établies sur un caractère seulement, mais sur un ensemble de caractères dont un » ou quelques-uns peuvent manquer et être suppléés par la présence des autres. » C'est ainsi qu'à supposer qu'il pût y avoir des déviations marquées à une seule » courbure, il y aurait toujours l'ensemble des caractères tirés du siége de la » courbure, de son étendue, de la direction du tronc, de la torsion des vertèbres, » du soulèvement des parties latérales du côté convexe, de leur dépression du » côté concave, et de l'absence des plis de la peau du côté de la concavité. »

Le second chef d'objections comprend les déviations récentes ou spontanées survenues à la suite de coxalgie ou par contractures musculaires, dont les formes seraient susceptibles de ressembler à celles des déviations simulées; je ne puis mieux répondre à ces objections qu'en citant textuellement le passage de la lettre de M. Guérin qui a trait à ce point de pratique. « J'ai eu occasion, dit-il, d'observer un assez grand nombre d'exemples de déviations consécutives à la coxalgie et toujours j'y ai trouvé plusieurs courbures avec torsion de l'épine. Ces » sortes de déviations offrent en outre un caractère tout spécial; la hanche du » côté malade est élevée, proéminente, globuleuse, par suite de la maladie articulaire. Une observation incomplète et préoccupée a pu seule invoquer l'analogie de cet ordre de faits avec les formes de déviations simulées.

» Quant à la flexion de l'épine par suite de contracture musculaire, ce n'est » que par le plus étrange abus de mots et par la plus étrange confusion des choses, » que l'on est parvenu à placer cette maladie parmi les déviations latérales de l'épine, et lui donner cette dénomination. Quand on en vient à des substitutions » de ce genre, il faut bien rappeler les choses à leur véritable sens et à leur » stricte définition. Or, on entend par déviation latérale de l'épine cet état pathologique où un certain nombre de vertèbres décrivent un ou plusieurs arcs » latéraux en dehors de la verticale, tandis que le reste de la colonne et le tronc » tout entier sont maintenus dans la ligne de gravité. La flexion latérale de l'épine consiste au contraire dans l'inclinaison du tronc à droite ou à gauche au » moyen des articulations naturelles du rachis, et sans aucun des caractères inséparables des déviations pathologiques. Cette distinction est si rigoureuse que » beaucoup d'anciens auteurs et aujourd'hui même encore les Anglais et les Allemands regardent les déviations latérales comme des luxations ou des sub-luxations » des vertèbres et n'y voient aucune analogie avec la flexion latérale du rachis. Je » n'ai donc pas dû prendre en considération les rapports de formes qu'il pouvait » y avoir entre une flexion volontaire et une flexion spasmodique du rachis, » quand j'ai dit qu'il n'y avait aucune ressemblance entre la véritable déviation » pathologique et la déviation simulée. La flexion de l'épine par contracture et » la déviation latérale, appartiennent à deux ordres de faits, de cause, de siége, » de marche, de forme et de traitement différens, et ne peuvent par conséquent » être confondus sous la même dénomination. »

Ces considérations empruntées à la lettre de M. Guérin nous ont paru suffisantes pour vous convaincre que les faits relatifs à la flexion latérale du rachis par contracture doivent être écartés de la question par une fin légitime de non recevoir. Qu'en un mot les déviations musculaires de la colonne vertébrale ne sauraient être rapprochées des déviations osseuses, pour me servir du langage énergique et précis de M. Castel.

Enfin le troisième chef d'objections relatif aux modifications que l'on peut faire subir aux déviations morbides dans le but d'en altérer, modifier, dissimuler ou exagérer les formes, et de les rendre difficiles à distinguer sur le plâtre d'avec les déviations simulées, ce troisième chef d'objections a paru à votre commission devoir être indiqué plutôt qu'approfondi, comme n'ayant aucun trait à la question pendante devant l'Académie. De quoi s'agit-il en effet dans le mémoire de M. Guérin et dans le rapport auquel il a donné lieu? de prouver qu'il existe *des caractères positifs, pour distinguer les déviations latérales réelles des déviations simulées par imitation.* Toute la thèse a été limitée à deux termes de comparaison nets et précis, savoir : les *déviations latérales morbides* et les *déviations simulées par imitation.* Toutes les questions relatives aux combinaisons de formes et de reliefs multiples qu'il est possible d'imprimer à la colonne vertébrale, aux déviations simulées par exagération, ou aux déviations dissimulées, lui sont complètement étrangères.

Du reste, Messieurs, votre commission est convaincue qu'à l'aide des caractères différentiels établis par M. Guérin, il sera toujours possible de distinguer les déviations simulées par exagération des déviations purement simulées et des déviations naturelles.

En ce qui concerne le fait particulier de Jenny Guéry, votre commission n'a trouvé ni dans la discussion, ni dans les lettres, ni dans les faits qui lui ont été soumis, aucun élément qui dût changer la conviction qu'elle vous a exprimée. La seule explication qu'on ait essayé de donner est relative à la coupe oblique du plâtre qu'on a attribuée à l'obliquité du bassin. Cette explication fut elle plausible, ne suppléerait en aucune manière à l'absence des autres caractères de la déviation pathologique qui manquent si complètement sur le plâtre de Jenny Guéry. Cette explication est d'ailleurs démentie de toute vraisemblance et se trouve démontrée par les autres circonstances du fait. L'auteur en effet a été obligé de supposer que le tronc était *incliné à droite*; or, il est constant que la partie supérieure du tronc était fortement inclinée à gauche, c'est-à-dire du côté de la concavité; le plâtre offre tous les indices d'une forte flexion latérale gauche. Ainsi la distance de l'aisselle et de la crête du bassin est de quatre pouces à gauche, et de neuf pouces environ à droite.

Si l'on considère d'ailleurs que dans l'hypothèse de la coupe horizontale de la base du plâtre l'inclinaison du bassin serait de quatre pouces environ, qu'un arc de cercle de quatre pouces mesurant le degré d'inclinaison du bassin tout près du centre du mouvement, aurait dû être de huit à neuf pouces à l'extrémité du rayon représenté par la colonne vertébrale, que par la même raison, l'extrémité supérieure du tronc aurait dû s'écarter à droite de huit à neuf pouces de la verticale, on verra que l'équilibre ne pouvait subsister avec de pareilles conditions. Cependant malgré ces raisonnemens et malgré les figures explicatives que M. Guérin a présentées à vos commissions, il aurait pu rester encore quelques doutes dans l'esprit du rapporteur de votre commission relativement à la coupe oblique du plâtre de Jenny Guéry et de Victoire Villemain; et ces doutes lui avaient été surtout suggérés par la quatrième lettre de M. Bouvier, qui pense que cette coupe peut être aussi bien le résultat d'une section horizontale des plâtres pendant que le bassin est incliné d'un côté, que le résultat d'une coupe artificielle. L'expérience seule pouvait résoudre toutes les difficultés à cet égard : *physica physice demonstranda.*

Votre rapporteur s'est donc transporté à la Muette où sur sa prière, M. Guérin a fait venir un modèle de dix-neuf à vingt ans appelé Joséphine Cayeux. Cette fille prit et reprit vingt fois de suite, tantôt d'un côté, tantôt de l'autre, l'attitude simulant une déviation latérale de l'épine, elle marcha, se livra à toute espèce de mouvemens, sans que les caractères et les apparences de la difformité fussent le moins du monde altérés. Votre rapporteur s'assura ensuite que la suspension par les bras et les tractions exercées sur les membres inférieurs ne faisaient pas disparaître la courbure simulée de l'épine. Après toutes ces expériences, Joséphine Cayeux a été moulée dans l'attitude vicieuse, le sujet se tenant sur la pointe du pied gauche pendant que le genou droit était fléchi; et le résultat de cette opération fut le plâtre que j'ai l'honneur de soumettre à l'académie et dont l'identité parfaite avec celui de Jenny Guéry ne saurait être contestée.

Votre rapporteur s'est convaincu que malgré l'inclinaison donnée au bassin par l'élévation de la hanche gauche et l'abaissement de la hanche droite, la section horizontale du plâtre n'a pu produire à beaucoup près la direction oblique qu'on trouve dans les moules de Jenny Guéry et de Victoire Villemain. Il a fallu recourir à la coupe oblique indiquée par M. Guérin et retrancher de la base du plâtre la portion triangulaire que j'ai l'honneur de vous présenter.

Telles sont, Messieurs, les développemens que nous avons cru devoir vous présenter en réponse aux objections adressées à notre premier rapport, et qui en forment le complément nécessaire. Nous nous sommes applaudis, dans l'intérêt de la science, de la controverse à laquelle a donné lieu notre premier rapport, les discussions qui se sont élevées à ce sujet nous ayant fourni de nouveaux élémens de conviction et ayant servi comme de contrôle à la vérité. Vos deux commissions réunies, après avoir pris connaissance de tous les faits relatifs à la question qui lui était soumise, sans rien changer au fond de conclusion de leur premier rapport, ont cru devoir donner à ces conclusions une forme moins absolue et par conséquent plus rigoureuse. Ainsi modifiées elles ont été adoptées à l'unanimité par tous les commissaires réunis. Voici ces conclusions :

1° Il est facile d'imiter jusqu'à un certain point, par de simples attitudes, les déviations latérales de l'épine.

2° Les imitations imparfaites de ces déviations offrent des caractères dont l'ensemble permet de les reconnaître lorsqu'elles sont portées à un certain degré.

3° L'ensemble des caractères propres aux déviations simulées ne se retrouve point dans les déviations pathologiques et réciproquement.

4° L'inspection seule d'un plâtre provenant d'une déviation factice, portée à un certain degré suffit pour en faire reconnaître l'origine.

La clôture de la discussion générale sur le rapport ayant été prononcée dans la séance précédente, la discussion ne devait plus porter que sur chacune des conclusions en particulier.

La parole est à M. Husson sur la première conclusion. Voici le texte :

« Il est facile d'imiter jusqu'à un certain point, par de simples attitudes, les déviations latérales de l'épine.

M. Husson (1) demande le premier la parole. Je m'étonne, dit-il, qu'après ce

(1) Nous nous abstenons de reproduire les communications personnelles que M. Husson a faites au commencement de la séance. Nous adresserons à l'Académie elle-même la réponse qu'elles méritent. Nous passons également sous silence une lettre écrite par duplicata, à l'Académie et à M. Husson, par un homme qui n'a

qui a été dit dans la dernière séance, après le jour que la discussion a déjà répandu sur ce point, on ose encore reproduire cette conclusion ; non qu'elle ne soit très-juste, très-fondée, mais parce qu'elle est d'une verité si puerile, si triviale, qu'elle est indigne de figurer dans le rapport d'une société savante. Qui a jamais douté que le corps de l'homme pût se prêter à cette imitation ?

M. Cruveilhier. Ce qui est si simple, si clair aux yeux de M. Husson, n'a pas la même évidence aux yeux de tout le monde. Premièrement, l'Academie n'aura pas oublié que lorsque M Bouvier lui présenta les plâtres pris sur des déviations simulées, beaucoup de ses membres ignoraient qu'on pût produire de pareilles imitations, et ils crurent qu'elles représentaient des déviations pathologiques. En second lieu, les deviations simulées sont si peu connues, qu'avant le mémoire de M. Guérin on était dans l'impossibilité de les reconnaitre.

M. Londe parle dans le même sens.

M. Renauldin. Les conclusions du rapport sont toutes trop explicites, trop positives : on nous les donne comme des espèces d'aphorismes, comme des axiômes. Ce langage ne saurait convenir à une société savante. Plus elle est haut placée dans l'opinion, et plus elle doit mettre de réserve dans ses décisions. En conséquence, je propose d'adresser des remerciemens à M. Guerin, et d'ordonner le dépôt de son travail aux archives.

M. Cruveilhier. Je ne puis m'empêcher de faire remarquer d'abord l'opposition des deux préopinans. M. Husson repousse la première conclusion comme ne renfermant qu'une vérite commune, et M. Renauldin, craignant que le temps ne donne pas sa sanction à cette verité, repousse toutes les conclusions et invite l'Académie à plus de reserve. Quoi qu'il en soit, je m'étonne messieurs, de la proposition qui vient de vous être faite. Comment une commission, que dis-je ! deux commissions, trois commissions auraient longuement et consciencieusement élaboré un rapport pour repondre à la mission que vous leur avez donnée, et on viendra vous proposer de considerer ce travail comme non avenu et passer outre ! Messieurs, je ne me pique pas de connaitre bien exactement les usages académiques; mais j'ai quelque sentiment des convenances, et je sens vivement qu'il serait indigne de vous et de nous de repousser un travail consciencieux par une fin de non recevoir.

La première conclusion est mise aux voix et rejetée.

Seconde conclusion. « Ces imitations imparfaites des déviations offrent des caractères dont l'ensemble permet de les reconnaitre lorsqu'elles sont portées à un certain degré. »

M. Guéneau de Mussy. Cette conclusion, la plus importante de toutes, est aussi la plus sujette à contestation Et d'abord veuillez faire attention à ces mots, *lorsqu'elles sont portées à un certain degré*. Si ces déviations simulées ne sont reconnaissables qu'à un certain degre, elles ne sont donc pas reconnaissables à tous les degrés; il y en a donc qui ne sont pas reconnaissables. En second lieu, on parle d'un ensemble de *caractères* et on n'en rappelle pas un seul; c'est une lacune. Mais quels sont donc ces caractères si lumineux et qu'on nous cache si soigneusement ? Ce sont des caractère negatifs ; ainsi, c'est l'absence de la torsion des vertèbres, absence de gibbosité, etc. Or, il est dangereux de conclure du négatif au positif.

M. Cruveilhier. La principale objection de M. Gueneau de Mussy porte sur ces mots *jusqu'à un certain degré*. Ces mots n'étaient pas dans notre premier rapport : nous les avons introduits dans celui-ci, par egard pour la première commission; c'est une concession sur laquelle M. Husson pourra donner de plus amples explications. A l'egard des caractères propres à faire distinguer les déviations simulees des déviations reelles, il y en a de toutes les espèces de négatifs et de positifs. Ainsi ce n'est pas un caractère négatif que le siege de la flexion à la région lombaire; ce n'est pas un caractère négatif que l'unite de courbure; ce n'est pas un caractère negatif que les plis de la peau à la région correspondante à l'inclinaison de la colonne; ce ne sont pas des caractères negatifs que l'inclinaison du tronc, l'élevation de la hanche, le raccourcissement du membre, etc. Mais il est inutile de répeter ce que l'Académie a déjà entendu cent fois.

M Double Messieurs, on a parle de *puérilité*, d'*absurdité*, j'ose croire qu'il n'y a rien de tout cela dans le travail d'une commission dont j'ai l'honneur de faire partie Et pourquoi cette sortie ? parce qu'on dit qu'il faut que les déviations simulees de l'epine aient atteint un certain degre pour se laisser reconnaitre. Mais, messieurs, il en est ainsi de toutes les maladies. Au début, elles se confondent presques toutes ; ce n'est qu'à mesure qu'elles marchent que leurs traits distinctifs se dessinent clairement. Prenons un exemple plus sensible y a-t-il rien au monde de si different que la nuit et le jour, et cependant qui pourrait dire là où finit le jour, là où commence la nuit ? Je crois donc que les conclusions de la commission ne sont ni absurdes, ni pueriles, mais très-logiques, très-dignes et très-vraies. J'ai coopéré à leur redaction aussi bien que M. Husson, et j'en accepte ma part de responsabilité.

Messieurs, ajoute M. Double d'un ton pénétré, je dirai avec douleur, avec amertume, que je comprends peu la manière dont on voudrait se comporter à l'égard d'un travail fort remarquable qui a été l'objet d'un examen approfondi de la part de vos commissions, et d'un rapport qui a eté voté à la majorite de neuf voix sur onze, et qui est destiné à fixer un progrès dans la science. Pour moi, messieurs, j'ai examiné avec la plus religieuse attention les nombreux squelettes et les nombreux plâtres qui nous ont été présentes, et je suis resté parfaitement convaincu de la vérité des propositions émises par l'auteur. Si chacun de vous avait fait la même étude, je ne doute pas qu'il eût acquis la même conviction. Je maintiens donc les conclusions du rapport. (De toute part : aux voix !)

M. Castel. On se plaint de ce que la conclusion maintenant en discussion dit trop, et moi je me plains de ce qu'elle ne dit pas assez. Il y a bien d'autres maladies qu'on a cherche à imiter : la science a découvert la fraude ; pour quoi la reconnaitrait-on impuissante dans le cas qui nous occupe ?

M Adelon. C'est moi qui ai proposé l'addition de ces mots : *jusqu'à un certain degré*, il est juste que j'en prenne la responsabilité. Je n'étais pas assez convaincu qu'au debut d'une déviation latérale, la science fût assez avancée pour dire avec certitude : telle déviation est imitée, telle autre est reelle. Mon opinion n'est pas changée depuis lors. Dans cet état de choses, je ne voudrais ni que le rapport de votre commission fût adopté, ni qu'il fût rejeté. L'adoption me parait perilleuse, le rejet serait une insulte à votre commission. Je ne voudrais repondre ni oui, ni non. Je propose l'ajournement à six mois. (Hilarite prolongée.)

M. Cruveilhier Je demande qu'on suive les usages académiques. Dans une question telle que celle ci, on ne peut pas attendre que chacun des membres de la compagnie en ait fait une étude assez particulière pour avoir une opinion; la commission a fait cette etude pour tous; il faut un peu se confier à elle : songez, messieurs, que sur onze membres il n'y a que deux voix dissidentes.

M. Velpeau. Il me semble qu'à mesure que la discussion fait des progrès, la division s'introduit parmi nous. Jamais l'Académie n'avait été témoin de scènes pareilles. La discussion grâce à l'opiniâtreté d'un membre a pris un caractère (interruption violente de la part de M. Husson). M. Velpeau se tourne vers l'interrupteur : Oui, Monsieur, je dirai le mot, la discussion, grâce à vous, a pris un caractère complètement personnel J'en suis fâché, mais je dois le dire, des affaires d'amour-propre, des querelles d'interêt particulier, n'ont rien à faire dans la discussion, et je blâme fortement ceux qui prennent le prétexte de cette discussion pour les y faire intervenir. (Approbation) De quoi s'agit-il cependant ? Il s'agit de savoir s'il est possible de distinguer ce qui est feint de ce qui est reel. Pour les courbures portées à un certain degre, on en convient, je crois; eh bien ! messieurs, c'est tout ce que nous demandons. Nous ne disons pas que cette distinction soit facile, soit même possible au debut ; mais je rentre dans l'opinion de M. Double, et je dis qu'il en est de même de toutes les maladies. Prenez, par exemple, l'hydrocèle quand elle commence, elle n'a pas de signes qui la fassent reconnaitre ; mais à mesure qu'elle grossit, les signes qui lui sont propres apparaissent et le diagnostic ne presente bientôt aucune difficulte. Ici M. Velpeau rappelle un à un les signes respectifs des deviations simulées et des déviations pathologiques, et les compare les uns aux autres.

M. P. Dubois. L'Academie a rejeté la première conclusion ; elle a eu tort, selon moi ; quoique ce rejet ne préjuge rien pour les autres. Toutefois de ce rejet resulte la nécessité d'apporter un leger changement à la rédaction de la seconde conclusion. M. le rapporteur mettra la rédaction de cette proposition en harmonie avec les autres, en suppléant à l'absence de la première Puisque j'ai la parole, permettez-moi, messieurs, de regretter la tournure qu'a prise la discussion. Cette discussion est toute personnelle. On ne voit que deux noms propres. L'auteur lui-même du travail qui a donné lieu au rapport de la commission, a commis peut-être cette faute ; mais à part cette préoccupation, je puis vous assurer que son mémoire est extrêmement remarquable ; et que son esprit a suivi la marche la plus naturelle et la plus logique. Il voulait savoir jusqu'à quel point on peut imiter les courbures laterales de l'epine ? Qu'a-t-il fait ? il s'est entouré de colonnes vertebrales atteintes de cette difformite, il les a examinées, il a vu qu'elles avaient des traits communs de ressemblance, et ces traits sont devenus pour lui les signes dont l'ensemble devait faire distinguer les courbures simulées des courbures pathologiques. Il faut donc dégager le travail de M. Guerin des motifs qui l'ont inspire : car le travail est très-bien fait, et les caracteres signalés par l'auteur très-exacts. (Aux voix !)

La seconde conclusion est mise aux voix et adoptée.

Troisième conclusion. « L'ensemble des caractères propres aux déviations simulees ne se retrouve point dans les deviations pathologiques, et réciproquement. »

M. Gueneau de Mussy trouve cette proposition beaucoup trop absolue.

M. Husson voudrait qu'on rappelât les caractères dont *l'ensemble* doit faire distinguer les deviations pathologiques d'avec les deviations simulées, Il a l'air de croire que tous ces caractères sont nécessaires à cette distinction : M. Double répond qu'*ensemble* ne veut pas dire *tous*.

M. Lisfranc rentrant dans le fond de la question, fortifie les exemples cités par MM. Double et Velpeau, par un nouvel exemple, à la vérite fort bien choisi. Il n'y a pas de botaniste, dit-il, qui se fît fort de reconnaitre les plantes à leur sortie de terre.

M. Roche croit qu'on s'entendrait mieux si l'on écartait le mot *simulé*; il propose de dire l'ensemble des caracteres propres aux deviations volontaires. Cette proposition n'a pas de suite. (On réclame de toute part la mise aux voix.)

La conclusion de la commission est mise aux voix et adoptée.

La quatrième conclusion n'etant qu'une application des précédentes, a été retirée par la commission.

M. Cruveilhier relit la seconde partie des conclusions de son premier rapport, sur lesquelles il n'y avait point eu de réclamation. Cette partie des conclusions est conçue comme il suit :

« La commission conclut à ce que l'Académie accorde son approbation au » memoire de M. Guerin, et propose son insertion parmi les mémoires des sa- » vans etrangers.

Cette proposition, vivement combattue par MM. Husson et Guéneau de Mussy, est defendue avec chaleur par MM. Double, Velpeau, Rochoux, Lisfranc, etc.

Au milieu de cette discussion, M. Guéneau de Mussy propose (d'une voix émue) cette addition au rapport de la commission. « En adoptant ces conclusions, l'A- » cadémie n'entend pas en faire l'application au fait de Jenny Guery, ni revenir » sur les discussions auxquelles elle a donné lieu. » (Rires universels.) La voix de l'orateur est couverte par les exclamations : aux voix sur la dernière conclusion du rapport.

La proposition consolatrice de M. Guéneau de Mussy n'a point de suite.

M. Cornac voudrait que le mémoire de M. Guérin ne parût point dans les fascicules de l'Académie avec la partie qui a trait aux faits personnels.

MM. Double et quelques autres membres font remarquer que le mémoire étant

---

pas eu assez de sens pour comprendre l'effet que sa démarche produirait sur une assemblée composée de gens honnêtes et dignes. (*N. du R.*)

renvoyé au comité de publication, celui-ci se chargera d'y faire faire les suppressions nécessaires.

La dernière conclusion du rapport est mise aux voix et adoptée. La main seule de M. Husson se lève contre l'adoption de cette conclusion.

La séance est terminée par la présentation de quelques pièces d'anatomie pathologique.

TORTICOLIS.

M. Bouvier présente une pièce pathologique provenant d'un torticolis ancien.

Obs. — Flore Delaporte, agée de 22 ans, admise, il y a huit jours, à l'Hôtel-Dieu pour une fièvre typhoïde grave, portait depuis son enfance un torticolis du côté droit, caractérisé par une forte inclinaison de la tête sur l'épaule droite, et par la rotation de la face dans le sens opposé. Le sterno-mastoïdien droit était racourci, tendu, et paraissait moins épais que le gauche. Cette fille ayant succombé au bout de six jours, M. Bouvier observa, dans la dissection du cou, les particularites suivantes. Le sterno-mastoïdien du côté droit, beaucoup plus mince et plus étroit que le gauche, était presque moitié plus court. Le faisceau claviculaire avait trois pouces de longueur, à droite, et six pouces à gauche; le faisceau sternal, long de quatre pouces trois lignes du côté droit, avait sept pouces du côté opposé. Du côté sain, les fibres charnues offrent l'aspect ordinaire; à droite, elles sont très-pâles et tellement reduites, que les fibres aponévrotiques forment la plus grande partie du muscle. Néanmoins celui-ci se tendait fortement, lorsqu'on faisait effort pour redresser la tête du cadavre, et l'on n'aurait pu y parvenir qu'en déterminant sa rupture. Le faisceau sternal était le plus tendu, et opposait une grande résistance dans tous les mouvemens qui ecartaient la tête de sa situation anormale. Le faisceau claviculaire n'éprouvait de forte tension, que lorsqu'on la relevait en arrière et vers le côté opposé. Aussitôt que le premier a été détaché du sternum, le cou a été facilement ramené à une situation presque droite, et quand le faisceau claviculaire a été divisé à son tour, tout obstacle aux mouvemens de la tête a cessé complètement.

M. Bouvier conclut de ce fait: 1° que la contraction ancienne n'est pas due, comme on serait tenté de le croire, à un surcroît d'énergie et à un état de contraction prédominante dans certains muscles, et qu'elle depend bien plutôt de l'atrophie et du raccourcissement de ces organes, qui résistent, comme des cordes, en vertu de leur simple cohésion; 2° Que contrairement à l'opinion de Sharp, adoptée par Boyer dans son traité des maladies chirurgicales, il n'y a point dans les torticolis anciens, de déformation des vertèbres qui fasse persister la difformité après la section du sterno mastoïdien; 3° que conséquemment on peut tenter avec succès, même chez les adultes, de remédier à cettte affection en rendant au muscle sa longueur naturelle, soit au moyen des appareils méc niques, soit par la section totale ou partielle de ses fibres, comme l'a pratiqué dernièrement M. Amussat sur un malade qui a été mis sous les yeux de l'Académie

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

Discours sur l'homme considéré comme sujet de la thérapeutique, prononcé à l'ouverture du cours de thérapeutique et de matière médicale de la Faculté de Montpellier; par H. Golfin, professeur de cette Faculté. 72 pages in-8°. Montpellier, 1836.

La médecine restera-t-elle constamment renfermée dans les limites des faits matériels et appréciables aux sens et dans leur comparaison immédiate, ou doit-elle chercher par l'appréciation des circonstances dans lesquelles ces faits ont été observés, par la connaissance de leur origine et de leur mode de développement à pénétrer, à l'aide d'inductions et même d'abstractions, les mystérieuses opérations de la nature? Telle est l'une des questions sur lesquelles les médecins sont aujourd'hui le plus divisés, et à la solution de laquelle se rattachent les plus graves intérêts de la science. L'auteur du *discours sur l'homme considéré comme sujet de la thérapeutique* a senti toute l'importance de cette question, qu'il a examinée avec un rare talent dans son travail, du moins pour ce qui concerne la thérapeutique. Voici comment il définit cette partie de la médecine. « L'art de modifier les forces vitales et organiques, en établissant des rapports entre les lésions de ces forces, et les agens propres à prévenir, soulager, et guérir les maladies, et ramener l'état normal. » Cette définition nous fait connaître à la fois et la doctrine qui doit diriger M. Golfin dans ses recherches et les différentes manières sous lesquelles il considère l'objet de ces recherches et qui établissent trois grandes divisions dans son sujet. La première, les causes de la maladie; la seconde, l'étude de la nature de la maladie; c'est-à-dire la connaissance des affections élémentaires qui la constituent; et la troisième renferme l'étude des moyens dont la nature et l'art disposent pour détruire les causes morbides, les effets de la maladie et rétablir la santé.

Cette manière de considérer la thérapeutique est certainement la plus philosophique, c'est celle qui promet les résultats les plus heureux; mais elle suppose des connaissance approfondies, des études sévères et une observation constante des voies que la nature suit dans la production et le développement des maladies comme dans leur guérison soit qu'elle s'opère spontanément ou qu'elle a été provoquée par l'art. Si ces études sont moins faciles que certains systèmes qui réduits à un petit nombre de principes sont d'une extrême facilité à saisir, mais qui laissent en dehors une foule de faits et précisément les plus importans et les plus complexes, elles offrent aussi de nombreux avantages, ceux surtout qui se rattachent à toutes les sciences vraiment philosophiques et dont M. Golfin a tracé dans son discours une brillante et exacte peinture.

Philosophiæ, medicinæ et chirurgiæ doctoris Ascanii Sobrero dissertationes. Anno 1835. Augustus Taurinorum ex regiâ typographiâ.

Dissertations sur l'anatomie, la physiologie et l'inflammation des nerfs; par le docteur Sobrero. Turin, 1835. 152 pages in-8°.

Malgré tout ce qu'on a écrit depuis quarante ans sur le système nerveux, malgré les expériences et les vivisections sans nombre dont il a été l'objet, son étude n'est peut-être pas beaucoup plus avancée que ne l'était celle du système circulatoire avant la découverte d'Harvey. Nous connaissons un grand nombre de faits physiologiques et pathologiques qui éclairent quelques points de cette étude; mais ce qui nous manque, dans l'état actuel de la science, c'est un fait général à l'aide duquel on puisse coordonner tous ces faits particuliers, en saisir l'ensemble et qui en soit comme la clef. Quel est ce fait général? dans quel ordre de connaissances devons-nous le puiser? quelle distance nous en sépare encore? nous l'ignorons complètement. Mais il y a tant d'hommes capables qui sont en ce moment même occupés à le chercher, nous avons tant de moyens d'investigation à notre disposition, et le nombre des faits particuliers est déjà si considérable, qu'il semble ne devoir pas rester encore long-temps inconnu. Ces réflexions nous ont été inspirées par la lecture du travail du professeur Sobrero, qui nous offre un bon résumé de l'état actuel des connaissances sur cette partie importante de nos études. Il est même difficile de comprendre comment l'auteur a pu dans un aussi petit cadre exposer tant d'opinions, rapporter un si grand nombre de faits, d'expériences et de citations. Ce n'est point cependant une réunion indigeste de matériaux précieux; loin de là, ils sont rapprochés et discutés avec précision sous les trois divisions indiquées par le titre.

L'anatomie générale des nerfs occupe dans cet opuscule une place importante; les travaux les plus récens y sont rapportés; ainsi les recherches du profes eur Panizza qui a reconnu que les deux filets nerveux qu'on supposait destinés à etablir une communication entre le ganglion cervical supérieur et la neuvième paire ne forment pas une anastomose réelle, puisqu'il a pu, par une dissection longue et minutieuse, et en les conservant parfaitement intègres, les détacher completement de ce nerf, qu'ils ne font que contourner; ainsi les recherches du même anatomiste et du professeur Demichelis, qui ont prouvé, comme Scarpa l'avait déjà dit, que chacune des racines des nerfs spinaux envoie une racine particulière au nerf inter-costal.

La seconde partie est entièrement consacrée à l'étude des fonctions des nerfs, et nous voudrions pouvoir suivre l'auteur dans quelques-unes des discussions qu'il établit à ce sujet; mais comment analyser une analyse déjà succincte et conserver de l'intérêt! Qu'il nous suffise de dire que les expériences les plus récentes, les travaux les plus nouveaux, ont trouvé place dans la dissertation de M. Sobrero.

La névrite forme le sujet de la troisième partie, qui, à elle seule, occupe presque autant d'espace que les deux premières. Les autorités et les faits sont encore nombreux ici, et l'auteur n'en a point été économe. Les noms de tous ceux qu'il cite rempliraient seuls une partie de cette colonne. C'est dire qu'ici comme dans le reste de son ouvrage, il a fait preuve d'une vaste érudition; et nous ne connaissons pas de travail sur le même sujet où l'on pût trouver réunis une aussi grande quantité de faits, ni d'aussi riches matériaux. Si pourtant après avoir pris connaissance de tous ces faits, il reste encore dans notre esprit des doutes sur une foule de points qui appartiennent à la névrite, c'est que la pathologie des nerfs est encore beaucoup moins avancée que leur anatomie et leur physiologie. Les caractères anatomiques de la névrite eux-mêmes ne sont point encore établis, et les symptômes sont loin d'avoir acquis la certitude que nous trouvons dans d'autres parties de la pathologie; mais, nous le répétons, la plupart des faits fournis par les pathologistes modernes sont rapportés dans le travail du professeur Sobrero, qui, nous terminerons par cette remarque, paraît disposé à

l'exemple de Franck et de quelques médecins français, à attribuer à l'inflammation des nerfs un rôle plus actif dans la production des névralgies qu'on ne le fait parmi nous, au moins depuis quelques années.

DESCRIPTION DES EAUX MINÉRO-THERMALES ET DES ÉTUVES DE L'ILE D'ISCHIA, contenant la topographie, l'histoire et les antiquités de cette île, les propriétés physiques, chimiques et médicinales et le mode d'administration des principales eaux minérales et des étuves qu'on y rencontre, une instruction sur les précautions à prendre et sur le régime qu'il faut suivre pendant l'emploi de ces remèdes naturels. Par le docteur CHEVALLEY de RIVAZ, D.-M. P. Deuxième édition, refondue et ornée d'une carte d'Ischia. — Naples, 1835. 1 vol. in-8° de 150 pages.

L'île d'Ischia, qui n'est qu'à dix-sept milles de Naples et est la plus belle, la plus intéressante et même la plus grande des îles situées dans les environs de Naples, est entièrement volcanique et possède des eaux thermales abondantes et chargées de principes minéraux divers. Ces eaux ont été connues des anciens; Pline, Strabon et plusieurs autres auteurs en ont parlé, et par leur abondance, leurs propriétés physiques et chimiques, elles méritaient de fixer l'attention d'un médecin aussi zélé et aussi capable que M. Chevalley, qui a beaucoup augmenté dans cette seconde édition son travail primitif.

Nous ne trouvons pas moins de quatorze localités indiquées dans le travail de M. Chevalley, comme possédant des eaux minérales, sans compter une foule de sources dont les eaux ne sont point utilisées. Dans l'impossibilité où nous sommes de mentionner même très-brièvement ces différentes eaux, nous choisirons de préférence celles de Gurgitello, qui sont les plus célèbres et les plus fréquentées non-seulement de l'île d'Ischia, mais encore de toutes celles qui se trouvent dans les environs de Naples.

Elles sont claires, limpides, onctueuses au toucher, sans odeur déterminée, et ont une saveur légèrement salme et nauséabonde; elles contiennent du gaz acide carbonique en quantité, et dont une partie se dégage avec bruit dans le bassin où elles sont reçues. Leur température varie en été de 50+o à 5b+oR.

L'analyse la plus récente et la plus exacte qui en ait été faite, est celle qui fut présentée en 1833, par le professeur Lancelotti, à l'Académie royale des sciences de Naples. Suivant cette analyse, 100 pouces cubes d'eau minérale contiennent :

Acide carbonique libre	9 pouces cubiques.
Bicarbonate de chaux.	0,175
de magnésie.	0,107
de potasse.	0,019
de soude.	4,246
Sulfate de chaux.	0,206
de soude.	0,977
de fer.	traces.
Hydriodate de potasse.	0,066
Hydrochlorate de soude.	4,578
de fer.	traces.
Silice.	0,064
Alumine, oxide de fer et de manganèse. Phosphate de chaux.	0,011
Matière organique.	traces.
Total des principes fixes. Grammes,	10,419

Les eaux de Giurgitello sont à la fois toniques, stimulantes et résolutives. Dans un tableau dressé par M. Chevalley pour faire connaître les résultats obtenus dans le traitement de diverses affections chez les malades reçus pendant la saison des eaux en 1831, 1832, 1833 et 1834, nous trouvons que, sur 202 sujets atteints de paralysie, 19 ont été complètement guéris, 40 ont obtenu une amélioration notable, 113 sont indiqués comme n'ayant obtenu qu'une amélioration, 24 n'en ont retiré aucun résultat, et 6 ont vu leur maladie empirer.

M. Chevalley nous apprend qu'on emploie cette eau même à Naples, où elle arrive encore très-chaude et rend souvent des services évidens. Elle s'administre à l'intérieur et à l'extérieur.

Les fumeroles qui se dégagent sur plusieurs points de l'île d'Ischia, à travers les débris des laves qui en sont la base, servent à alimenter des bains de vapeurs naturels qui sont employés avec avantage dans tous les cas où les bains de vapeurs peuvent être utiles. L'auteur insiste spécialement sur un fait qui n'est pas sans importance, c'est que ces vapeurs ne sont composées que d'eau simple, et ne fournissent que de l'eau distillée très-pure, et bien qu'à une époque antérieure elles aient pu contenir des substances qui ne s'y trouvent plus aujourd'hui, le temps ayant consommé les matières qui les fournissaient. L'étuve de Testamo offre cela de remarquable, qu'au lieu de vapeur, elle ne reçoit, dans les temps secs, qu'un air chaud presque entièrement privé d'humidité. La chaleur qui se dégage d'une des crevasses, fait monter le mercure jusqu'à 75°+oR.

Enfin nous trouvons une bonne carte des îles d'Ischia et de Procida, qui complète le travail de M. Chevalley, dans lequel on trouve tout ce qui peut intéresser les médecins et les nombreux étrangers qui chaque année vont visiter ces thermes.

VARIÉTÉS.

— *Le Moniteur* du 13 août contient l'ordonnance suivante, contresignée par M. le ministre de l'instruction publique, et précédée d'un rapport au roi.

Art. 1er. A partir du 1er novembre 1836, nul ne pourra être admis à prendre sa première inscription dans une Faculté, à quelque titre que ce soit, s'il ne justifie du diplôme de bachelier ès-lettre; sont exceptées les inscriptions dites de capacité.

Art. 2. A partir du 1er novembre 1837, nul ne pourra être admis à soutenir son premier examen dans une Faculté de médecine, s'il ne justifie du diplôme de bachelier ès-sciences, dont les frais seront déduits au profit de l'élève sur le prix des inscriptions qui lui restent à prendre.

Art. 3 Seront dispensés de l'obligation du baccalauréat-ès-sciences les étudians en médecine qui, en prenant leur cinquième inscription, déclareraient n'aspirer qu'au titre d'officier de santé; mais ladite inscription et celles qu'ils continueront de prendre dans le même but ne seront, dans aucun cas, admises à leur compter pour le doctorat en médecine.

Art. 4 Les inscriptions, quelqu'en soit le nombre, prises dans une école secondaire de médecine, ne pourront être échangées, jusqu'à concurrence de quatre inscriptions au plus, pour le doctorat, dans une Faculté de médecine, qu'autant que l'étudiant justifierait des diplômes de bachelier-ès-lettres et de bachelier-ès-sciences.

Pour obtenir, par voie d'échange, moins de quatre inscriptions dans une Faculté de médecine, il suffira du diplôme de bachelier ès-lettres.

— Il vient de se passer à Berwick un fait assez singulier, mais avec des analogies existant dans les annales de la science.

Il y a quelque temps, une jeune servante appartenant à l'une des meilleures maisons de la ville, ressentit à la main, en lavant quelques pièces de mousseline, une piqûre qui lui causa d'abord les plus vives douleurs. Cependant la violence du mal s'amortit au bout de quelques jours, et la jeune fille ne songea plus à sa blessure.

Un mois se passe, tout à coup la même personne se plaint de souffrances atroces à l'épaule. Sa maîtresse, après avoir inutilement employé pour la guérir tous les moyens que lui fournissait la médecine domestique, se rappela la piqûre d'aiguille que la malade avait ressentie quelques semaines auparavant, et demeura persuadée que son indisposition n'avait pas d'autre cause : l'aiguille en se glissant dans les chairs, avait passé, disait-elle, de la main jusqu'à l'épaule.

Un homme de l'art est mandé; il examine le bras souffrant; madame H. lui fait part de ses conjectures; le chirurgien en rit beaucoup et se contente d'ordonner quelques remèdes anodins. Cependant les douleurs s'accroissent au point de devenir intolérables Le docteur est appelé de nouveau, et pressé de pratiquer une incision à l'épaule de la patiente. Il résiste long-temps; il se rend enfin et tente l'opération sans espoir de succès. Mais quelle fut sa surprise, de retrouver en effet à l'endroit indiqué la maudite aiguille qui avait accompli un trajet des plus difficiles, et pénétré dans les chairs à une profondeur assez considérable! L'opération terminée, les souffrances disparurent peu à peu, et au bout de quelques jours la malade se trouva parfaitement rétablie.

(*Berwick Warder.*)

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

PARIS. — IMPRIMERIE ÉVERAT ET COMPAGNIE, RUE DU CADRAN, N° 16.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La Gazette médicale de Paris (*Gazette de santé* et *Clinique des hôpitaux* réunies) parait tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et équivaut à 6 feuilles in-8°. Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois. Pour l'Étranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — Ons'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Poissonnière*, n° 5, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

PHYSIOLOGIE.

SUR QUELQUES POINTS DE LA PHYSIOLOGIE DU CERVELET ET DE LA MOELLE ÉPINIÈRE; par M. Petrequin, D.-M. P.

C'est un grand sujet de débats entre les physiologistes, que l'histoire fonctionnelle du cervelet. Depuis Galien qui y plaçait la source de la vie, il est peu de rôles qu'on ne lui ait fait jouer. Mon intention n'est pas de venir ici discuter les diverses opinions qui ont été émises à ee sujet; je veux seulement insister sur quelques points de la physiologie expérimentale et pathologique de cet organe, qui me paraissent mal interprétés.

A l'appui de la liaison fonctionnelle que Gall signale entre le cervelet et les organes génitaux, on a cité les érections accompagnées parfois d'éjaculations, que des observateurs ont notées dans les apoplexies cérébelleuses; et, faute d'établir quelques distinctions indispensables, on en a fait un sujet de controverse où les partisans et les adversaires de ce physiologiste croient également trouver des armes. C'est un point de séméiologie qui nous paraît sous plusieurs rapports digne d'être étudié.

M. Serres, l'un des premiers, a appelé l'attention sur ce sujet, en faisant connaître cinq observations où l'on voit le phénomène de l'érection coïncider avec une hémorrhagie du cervelet; et il donne ce symptôme comme un signe pathognomonique des apoplexies de cette portion de l'encéphale. Mais l'expérience montre qu'il est loin d'en être toujours ainsi. En effet, outre les faits nombreux dépourvus de cette particularité, que possède la science, M. Andral en rapporte cinq autres dans sa *Clinique médicale*; et l'on ne peut pas dire qu'il y ait ici oubli de sa part : « Nous sommes sûr, ajoute cet habile observateur, que parmi ces malades aucun n'a eu d'érection, parce qu'ils ont été entièrement découverts et examinés à nu pour constater l'état de leurs membres inférieurs. »

D'où vient donc cette différence? Cette question, qui n'est pas résolue, a fort embarrassé les auteurs. « Il reste à savoir maintenant, se demande M. Serres, si l'absence de l'érection tient au siége différent qu'occupait le foyer dans le cervelet : je le pense; mais ce n'est qu'après de nouvelles observations qu'on pourra le conclure avec certitude. » De nouvelles observations ont été faites : voyons ce qu'on peut rigoureusement en déduire. Je remarquerai, avant d'aller plus loin, qu'il y a ici une distinction fondamentale à établir entre les apoplexies du lobule central et celles des masses latérales du cervelet. Or, sur neuf cas bien constatés d'*hémorrhagies du lobe médian*, M. Serres en

---

Feuilleton.

MISCELLANÉES.

N° X.

(Deuxième article.)

ἔρως

Dans l'article précedent nous avons consideré l'amour sous le rapport physiologique; il s'agit maintenant de l'étodier sous le rapport moral ou du sentiment. Voulez-vous d'abord connaitre l'énorme différence qui existe entre ces deux ordres de phenomènes qui ontpourtant de si étroites sympathies? c'est que l'amour moral appartient exclusivement à l'homme, comme une de ses plus hautes prérogatives. Parcourez dans toute son étendue l'echelle zoogenique, vous n'observerez que le pur acte physique de la génération. Il faut entrer dans la sphère du règne hominal, pour trouver l'amour dans la belle et complete acception de ce mot. Nous n'avons pas reçu, comme les animaux, la douleur sans réflexion, ni la mort sans la prévoir; de même aussi l'amour ne nous a pas été donné sans le sentiment qui le vivifie dans le présent, ou double sa durée par l'espérance ou le souvenir. On ne conçoit pas Buffon, qui dit que l'amour moral n'existe pas, et qu'en l'inventant nous avons *gâté la nature*. Mais comment ce grand naturaliste, qui d'ailleurs fut très-conséquent à son principe, n'a-t-il pas vu que l'homme ne pouvait rien inventer, rien établir dans ce sens; que si l'amour comme sentiment a existé dans tous les temps, c'est qu'il tient à l'humaine essence; c'est que le développement de cette passion dont les joies sont si folles, les douleurs si poignantes, les plaisirs si mélanges, a ses racines dans les lois mêmes de notre organisation

Il ne faut pas d'ailleurs s'étonner de l'opinion de Buffon : on la croirait même généralement adoptée, à voir l'indifference de la plupart des médecins de notre epoque pour l'etude des passions Ils recherchent scrupuleusement la plus petite lésion organique; une certaine nuance de couleur, une tache, une élévation sur la surface d'un organe, fixeront leur attention; ils vous montreront l'engorgement de quelques vaisseaux, d'un peu de tissu cellulaire, une quantité plus ou moins grande de sérosité ou de matière purulente; ils signaleront un leger dérangement dans le rapport et la structure des tissus, puis ils s'écrieron avec orgueil : « Je l'ai trouvé. » Voilà le principe de la maladie. Mais la *maîtresse-roue* de la vie, la passion, le sentiment profond, exalté, leur est absolument inconnu dans sa puissante activité; ils sont privés de la perception lucide des phénomènes de la vie morale. Combien y en a-t il, par exemple, qui aient étudié avec soin

a trouvé cinq qui ont offert le phénomène de l'érection; un sixième, rapporté par M. Guiot (*Clinique des hôpitaux*, t. 1, n° 70), a présenté en outre cette particularité, que le malade avait eu avant l'attaque des pollutions fréquentes. Voilà donc le fait vu six fois sur neuf pour la portion centrale. Qu'arrive-t-il pour les autres? « Dans aucun des cas dont nous avons fait l'analyse, dit M. Andral, relatifs à l'*hémorrhagie des lobes latéraux* du cervelet, il n'est question de phénomène particulier du côté des voies génitales. »

Y aurait-il quelque privilége attaché au siége même de l'apoplexie sanguine, et tout serait-il là? Cherchons si l'examen des autres altérations de cet organe nous conduira à un résultat analogue.

Je trouve que sur treize cas de *ramollissement d'un des lobes latéraux*, aucun signe d'érection n'est mentionné. Dès-lors ne serait-on pas tenté de croire que cela tient uniquement au lobule médian lui-même? Cependant l'observation ne confirme pas cette opinion. En effet, dans un cas de *ramollissement spécial de ce lobe*, relaté par Dance, on ne remarque rien du côté de la verge.

Il faut donc qu'il y ait autre chose, et ce n'est donc point seulement parce que l'hémorrhagie siége dans le lobule central, que ce phénomène a lieu. Ne serait-ce pas que là l'accumulation sanguine, plus proche de la moelle, peut exercer sur elle une compression plus sensible, troubler sa circulation ou entraîner enfin une modification morbide dans ses fonctions et sa vitalité? L'étude des faits vient à l'appui de notre manière de voir.

Sur trente-six cas de produits accidentels développés dans la masse cérébelleuse, un seul a coïncidé avec une érection permanente; et remarquez qu'ici une masse tuberculeuse exerçait une compression manifeste à la fois sur le lobe droit du cervelet et *sur le bulbe rachidien*.

Cette lésion simultanée du cordon spinal, je la retrouve dans l'histoire de plusieurs nécropsies. On lit dans l'une des observations de M. Serres, qu'il y avait, entre autres désordres, une *phlogose* de la protubérance annulaire et du *commencement de la moelle*. J'ajouterai que, tandis que sur quatorze cas de ramollissement circonscrit du cervelet, aucun n'a présenté l'érection, au contraire, sur trois seulement de *ramollissement de la totalité de cet organe*, ramollissement qui, par là même, pouvait s'étendre jusqu'à l'origine du bulbe rachidien, sur trois cas, dis-je, deux ont offert le phénomène de l'érection du pénis.

La conclusion ne paraît-elle pas évidente dès à présent? La moelle n'est point étrangère aux effets qui ont lieu. Une objection que M. Bérard a fait valoir, dans son analyse critique de la doctrine de Gall, c'est que les linimens, les vésicatoires et autres topiques placés sur la nuque, qu'on croyait employer uniquement contre le cervelet, agissent directement sur la moelle épinière par les nerfs rachidiens qui animent les tégumens. (Cours de physiologie). L'état anatomique du canal vertébral n'a pas d'ailleurs toujours été exploré; une altération simultanée du cordon spinal n'est-elle pas au moins probable, par cela seul que dans la plupart des faits mentionnés par M. Serres, il est question d'une raideur tétanique ou de mouvemens convulsifs des membres?

Une remarque essentielle à signaler c'est que, quoi qu'il en soit, cette érection du pénis, quand elle a lieu, annonce une excitation particulière des organes génitaux, phénomène tout-à-fait inverse de celui de la paralysie qui suit d'ordinaire les hémorrhagies cérébrales.

Est-ce à dire maintenant que le cervelet n'est pas le siége de l'instinct vénérien? Sans vouloir rien préjuger sur le fond de la question, qui n'est pas l'objet de nos recherches actuelles, nous pouvons dire que rien de ce qui précède ne mène à cette conclusion, comme il sera démontré ailleurs; nous arrivons seulement à rapporter ici au domaine de la moelle épinière, ce qu'on avait à tort attribué exclusivement au cervelet; la démonstration des fonctions de l'une n'empêche pas l'existence de celles de l'autre. Il nous reste, ceci posé, à rechercher si la pathologie et la physiologie expérimentales du cordon rachidien confirment la distinction que nous établissons; or, on va voir qu'à mesure que nous avançons, la question s'éclaire, et la conclusion devient irrésistible.

Dans la myélite aiguë, on a constaté plusieurs fois une tendance au priapisme (1), (dernièrement M. Ollivier en a communiqué un cas à l'Académie de médecine), tandis que la myélite chronique entraîne d'ordinaire l'impuissance. A l'un comme à l'autre état, elle peut reconnaître pour origine l'abus des plaisirs vénériens; Boyer, après Hippocrate, a signalé particulièrement la masturbation comme une cause fréquente de la carie, qui semble affecter de préférence la portion dorso-lombaire de l'épine; il est de fait, qu'après des excès de femmes, on éprouve d'ordinaire une douleur sourde dans cette région. Je rappellerai ici l'observation LVII de l'ouvrage de M. Ollivier, relative à une congestion sanguine opérée sur la moelle par suite d'excès vénériens auxquels le malade avait l'habitude de se livrer debout, et après lesquels il éprouvait une douleur dans les lombes et un tremblement des membres inférieurs. On connaît le fait cité par M. Rullier, concernant un paralytique qui avait de fréquentes érections; on ne trouva rien dans le cervelet; l'arachnoïde spinale était injectée, et la moelle, vis à vis des 8e et 9e paires de nerfs rachidiens, était ramollie et désorganisée dans l'étendue de six à sept pouces. (*Archi. gén. de méd.*, 1823, t. 2, p. 635.)

La connaissance de ces faits est importante en médecine légale; M. Alph. Devergie note, au sujet du diagnostic de la pendaison (Dict. en 15 vol.), que quelques cas d'affections traumatiques de la moelle s'accompagnent d'éjaculation (2). Celse avait déjà dit: *medullâ verò quæ in spinâ est discussâ, nervi resolvuntur aut distenduntur, sensus intercidit; interposito tempore aliquo, sine voluntate inferiores partes vel semen, vel urinam, vel etiam stercus excernunt.*

Serrurier rapporte, dans le *Dict. des sciences médicales*, des cas de pollutions qu'amenait la fustigation P. Franckeite des exemples de rage accompagnée d'éjaculation, etc.

Des preuves plus directes et plus frappantes se rencontrent en foule dans l'excellent Traité de la moelle épinière de M. Ollivier d'Angers. « Un phénomène bien remarquable, dit cet auteur, p. 315, 2e édit., et qu'on observe très-fréquemment dans les lésions de la moelle (cervicale), c'est l'érection du pénis. Ce fait, constaté depuis long-temps par

(1) Le ramollissement de la moelle détermine souvent l'érection du pénis, dit M. Calmeil (Sur la structure, les fonctions et le ramollissement de la moelle épinière; voyez *Arch. de méd.*, 1829. XIX, 416)

(2) M. Ségalas a fait une remarque importante de ce genre. (V. *Arch. gén. de méd.*, 1825, t. IX, p. 137.)

l'amour et ses effets sur l'économie? Quelques pâles souvenirs de jeunesse, des réminiscences de théâtre ou de la fureur phraséabonde de certains romanciers, c'est tout ce qu'ils en savent. Ou bien encore ils ont vu dans un hôpital, dans une maison de santé, quelques infortunés devenus fous par amour, voilà les colonnes d'Hercule de leur savoir moral et philosophique Et pourtant, qu'y a-t-il de plus fertile en résultats importans, que l'étude de cette passion considérée dans ses effets physiques et moraux, que son anatomie intellectuelle? Il y a dans l'amour des trésors de science médicale qu'il ne s'agit que de saisir, d'élaborer, et d'appliquer. Ajoutons qu'une pareille étude est d'autant plus facile, que cette passion est de toutes, la plus commune, la plus saisissable, qu'elle renferme le germe des autres passions et peut en être le type.

Cependant une première question se présente ici. L'amour moral ou métaphysique, le véritable amour, comme on dit, existe-t-il réellement? n'est-il que le rêve des poètes ou des romanciers? n'est-ce qu'un feu follet de l'imagination, le caprice d'une âme exaltée? Encore une fois l'amour existe-t-il? Pour quiconque a réfléchi, la réponse à cette question ne se fait pas attendre, et elle est pleinement affirmative. Si vous doutez, ouvrez les yeux et les oreilles, examinez notre société dans ce qu'elle a de plus secret et de plus saillant, pénétrez dans les familles, lisez la Gazette des tribunaux, partout vous trouverez les preuves multipliées que l'amour-passion est bien réel, partout vous obtiendrez les témoignages de sa bienfaisante ou de sa pernicieuse influence, des traces de ce terrible ressort du cœur humain: Partout et toujours le dieu annonce sa présence et sa force. Ne donnons pas néanmoins trop d'extension à ce principe. Le sentiment de l'amour peut se fortifier, s'exalter à un incroyable degré, il est possible de le réduire à la plus pure des aspirations mentales; mais en remontant à l'origine de ses sourdes et mystérieuses atteintes, on arrive toujours à l'instinct de la reproduction. Les rêveries séraphiques, les extases passionnées ont leur côté idéal; mais une tyrannique loi de la nature veut que cette métaphysique tende sans cesse à se matérialiser, que la vision prenne un corps, que l'ange se fasse homme ou femme. Pourquoi? c'est que la reproduction des êtres, la perpétuité des espèces est le but constant de la nature et de son auteur, la secrète mais irrésistible tendance des individus. Croyons-en Plutarque. « La génération des êtres n'est autre chose que l'image de l'essence éternelle empreinte sur la matière; et l'être *formé* n'est autre chose que l'impression de l'*être* toujours être, rendue par la matière. » *d'Isis et d'Osiris.*) Quoi qu'il en soit de ce but toujours si positif, est-ce à dire pour cela que ces songes dorés, que ces pensées d'amour si enivrantes, ces désirs si chastes et pourtant si ardens, ces fureurs, ces transports, ne soient que mensonges et déception? Ne croyez pas une telle profanation, ce serait tomber dans une des erreurs les plus malfaisantes, les plus idiotes qui puissent s'attacher aux flancs de l'humanité. Les caractères de l'amour moral sont d'ailleurs si saillans, qu'on peut toujours les reconnaître, et l'échelle des idées, comme l'échelle des faits, nous aide également à les saisir. Soit que l'on considère l'amour comme une passion ou comme une maladie, ce qui est presque synonyme, sa pathogénie n'est pas sans quelque analogie avec celle des autres affections morbides physiques ou morales. Tantôt cette passion ou maladie croît lentement et progressivement; elle s'insinue peu à peu par tous les sens, par toutes les facultés de l'âme; tantôt, au contraire, un sentiment violent, dominateur, exclusif, s'empare subitement de l'économie, de l'imagination, saisit la vie par tous ses ressorts et lui imprime une direction que rien ne peut arrêter. Montaigne dit, en parlant de l'amitié qui l'unissait à la Boëtie: « A notre première rencontre,

Dupuytren, s'est présenté dans la plupart des cas que j'ai rapportés.» Il n'existe pas exclusivement dans cette circonstance; «l'érection du pénis, ajoute-t-il, p. 317, est aussi au nombre des symptômes qu'on rencontre dans les lésions de la partie dorso-lombaire.» Je vois en effet qu'on a observé ce phénomène dans les lésions accidentelles du cordon rachidien à toutes les hauteurs de la colonne.

1° Soit qu'il y ait une simple compression de la moelle, comme les obs IX, X et XIV nous en fournissent des exemples;

2° Soit qu'il y ait compression et contusion, ainsi que cela a lieu dans l'obs. XV;

3° Soit qu'il y ait à la fois compression et ramollissement, comme on le voit dans les obs. XIX et XXIV;

4° Soit enfin qu'il y ait rupture même de la moelle, ainsi qu'on le reconnaît dans les obs. XII et XXI (1).

Cet appareil de preuves ne laisse rien à désirer. Voici quels sont les rapports de fréquence du phénomène en question, relativement aux diverses régions vertébrales : je trouve que sur onze observations de *lésions cervicales*, l'érection a été notée cinq fois, ce qui donne une proportion de près d'un demi, tandis que sur treize cas qui ont trait aux lésions dorso-lombaires, elle ne l'a été que trois fois, ce qui est moins de un quart. A quoi tiennent ces différences? je n'entreprendrai pas ici de discuter cette question secondaire qui nous entraînerait trop loin de notre sujet.

(1) Voici en substance le sens physiologique de ces observations :

1° Obs. IX, fractures avec enfoncement de la cinquième vertèbre cervicale; compression de la moelle, paralysie; érection du pénis. — Obs. X, chute et forte contusion sur la région cervicale; paralysie des quatre membres; érection. — Obs. XIV, empruntée à Charles Bell; fractures des lames et du corps des sixième et septième vertèbres cervicales; paraplégie; érection.

2° Obs. XV, luxation de la sixième vertèbre cervicale sur la septième; compression et contusion de la moelle; paraplégie; érection du pénis.

3° Obs. XIX, fracture de la quatrième vertèbre dorsale; compression et ramollissement de la moelle; paralysie; érection. — Obs. XXIV, fracture de la douzième vertèbre dorsale; compression et ramollissement de la moelle; paraplégie; priapisme.

4° Obs. XII, luxation de la cinquième vertèbre cervicale sur la sixième; rupture de la moelle au même niveau; paraplégie; érection du pénis. — Obs. XXI, fracture des septième et huitième vertèbres dorsales; rupture de la moelle; paraplégie; priapisme continuel.

Ainsi nous retrouvons l'érection du pénis dans les lésions de la moelle survenues au niveau des 5°, 6° et 7° vertèbres cervicales, et des 4°, 7°, 8° et 12° dorsales; c'est presque dans tous les points de son étendue; la démonstration ne saurait être plus complète.

M. Ollivier d'Angers disait, dans la première édition de son traité, 1824 : «la lésion de la moelle ne rend pas raison de l'érection constante du pénis; il est à présumer que, dans la chute, l'occiput porta sur l'escalier, et le cervelet dut éprouver quelque altération à la suite de ce coup; *c'est ce dont on ne s'assura pas par l'ouverture du corps* (p. 160). «Il est à croire, dit-il plus loin, que la commotion du cervelet qui en résulte, détermina l'érection de même que dans le cas précédent.» Il répète encore p. 188, «que ce phénomène résulte de la commotion du cervelet qui a souvent lieu dans ce cas.» Et dans la deuxième édition, 1827, il redit de nouveau, après l'obs. IX : «la lésion de la moelle ne rend pas raison de l'érection constante du pénis.» C'était dans la préoccupation de la doctrine qui régnait alors, qu'en présence de tous ces faits il restait incrédule, indécis; car lui-même ajoute à l'instant que «ce phénomène très-remarquable vient à l'appui des résultats de quelques expériences faites sur les animaux.» Comment n'être pas frappé de l'uniformité des résultats que donnent la physiologie et la pathologie?

La physiologie expérimentale confirme pleinement la justesse de ces observations : les titillations artificielles de la moelle produisent la turgescence de la verge et même l'émission spermatique; on sait que M. Ségalas, en enfonçant une épingle dans le canal rachidien chez des cabiais, a donné lieu à l'érection, et qu'en la poussant jusque dans la région lombaire, il déterminait l'éjaculation. Ainsi tout converge vers la même conclusion (2).

Ajoutons encore l'autorité de faits journaliers, qui y trouvent leur explication; je veux parler des effets du décubitus en supination, que tout le monde connaît; c'est alors que la chaleur du lit excite le cordon spinal, qui provoque l'érection et peut même occasionner l'excrétion du sperme.

Voilà aussi pourquoi les pendus ont de violentes érections et d'abondantes émissions de liqueur séminale. On l'a attribué au cervelet; mais n'est-ce pas là un phénomène sous la dépendance de la moelle, et ne provient-il pas plutôt de la congestion sanguine qui a lieu dans le rachis, de la perturbation locale qui en résulte, et peut-être aussi du tiraillement des parties? Dès longtemps le libertinage a tiré parti de cette remarque : Archenholz rapporte, dans les Annales britanniques, qu'en Angleterre des débauchés ont poussé le raffinement jusqu'à imaginer une machine, à l'aide de laquelle leur maîtresse les pend quelques instans, avant de les recevoir dans ses bras.

Lorsqu'on a conclu de l'examen de quelques-uns de ces faits que le cervelet n'est pas l'organe de l'amour physique, comment ne s'est-on pas aperçu qu'il y a un vice radical dans cette manière de raisonner? de ce qu'en irritant la moelle épinière, on détermine l'érection et même l'éjaculation, il ne s'en suit pas le moins du monde que l'instinct vénérien ne réside pas dans le cervelet; il ne fallait pas non plus soutenir l'opinion contraire, qu'une apoplexie cérébelleuse avec érection prouve infailliblement que cette fonction lui est dévolue; car ce symptôme ne lui est pas spécial. Il y a une grande différence à établir entre le désir qui peut ne pas amener l'érection, et l'érection qui peut parfaitement exister sans aucun désir. Sans vouloir rien préjuger, il faut donc bien distinguer le penchant que Gall met dans le cervelet, d'avec le phénomène tout physique de l'érection, qui peut être indépendant de toute pensée voluptueuse, qui peut survenir isolément, sans la participation de la volonté, et même malgré elle (dans la blennorrhagie), et qui au fond n'est qu'un accident de circulation veineuse. Voilà pourquoi on peut le produire à volonté dans les expériences; et pourquoi, dans aucune vivisection du cervelet, on ne pourra jamais dévoiler l'instinct dont on le dit le siége. C'est une différence fondamentale, dont la raison est évidente.

Dès-lors comment donc expliquer les phénomènes divers des apoplexies cérébelleuses? Il n'y a que deux hypothèses possibles : 1° ou bien il reste un léger sentiment de perception et de vie, et l'encéphale

(2) M. Ségalas ajoute : «ces phénomènes s'observent aussi dans les cabiais décapités, quand on agit de même avec le stylet et de haut en bas sur la moelle de l'épine; la dilacération isolée du cerveau ou de la partie inférieure de la moelle de l'épine ne produit jamais un effet semblable; *il en est de même de la déchirure du cervelet*, du moins dans les parties supérieures, postérieures et inférieures. Ce qui semble annoncer un rapport spécial entre l'appareil excréteur du sperme et certaines parties de la moelle de l'épine, sans détruire celui que l'on dit exister entre le cerveau et les organes génitaux.» (*Arch. gén. de méd.* 1824, t. 6, p. 301.)

nous nous trouvasmes si pris, si cognus, si obligés entre nous, que rien dès-lors ne nous fust si proche que l'un à l'autre» Quoi de plus commun dans le phénomène de l'amour? c'est même à ce signe que l'on reconnaît les répulsions, les attractions instinctives, les cohésions soudaines des âmes qui semblent se reconnaître entre elles. N'est-ce pas l'entraînement spontané qui fait les grandes passions? Aussi, quand l'amour est dans sa force et sa plénitude d'action, ne semble-t-il être qu'une seule existence à deux. Aimer, c'est se donner, même vie, même souffle, même cœur, mêmes joies, mêmes souffrances; il y a ici comme une céleste faculté de vivre dans l'âme d'autrui, de faire d'un autre un second soi-même, d'avoir besoin de le rendre heureux, de se faire de son bonheur un devoir, de confondre deux volontés, deux désirs, deux espérances dans l'unité d'un sentiment ineffable. Dès que cette unité est rompue, non-seulement l'amour perd tout son charme, mais son principal caractère. Une femme dit à son amant qui l'avait surprise presque en flagrant délit : «Du moment que tu crois ce que tu vois plutôt que ce que je te dis, tu ne m'aimes plus.» Elle avait raison, ils n'étaient plus *un*. Ainsi cette passion a comme toutes les autres son action de concentration vitale, mais elle en diffère en ce que cette action peut avoir lieu sur deux personnes ou sur une seule. Toutefois dans ce dernier cas, l'amour est terrible, acharné, sans pitié : malheur à celui qui l'éprouve sans pouvoir ni le dompter, ni le faire partager.

On peut aussi échelonner les divers degrés de cette passion. En effet, elle s'élève depuis le simple penchant jusqu'au ravissement, à l'extase, à la folie; car, selon un ancien, *amare et non insanire vix diis concessum*; et nulle autre passion, que je sache, ne présente ce caractère à un point si élevé. L'ambition absorbe et stimule tout à la fois l'intelligence; son feu âpre et caché peut consumer l'économie, mais toujours renfermée dans la sphère des intérêts matériels, cette passion ne lance pas les pensées dans les régions élevées de l'idéalisme le plus pur. Or, c'est là un des priviléges de l'amour. Certes il est naturel à l'homme qui aime vivement, qui éprouve une intensité extrême de sensations, de s'estimer moins borné, moins fini, de se croire plus grand que sa vie présente; il y a en lui comme le pressentiment d'un autre monde, d'une autre durée. Il est encore un caractère particulier à l'amour-sentiment, c'est de contenir le germe de toutes les autres passions. Cette remarque qui me semble neuve, donne tout à coup à la passion qui nous occupe le rôle le plus important. Étudiez en effet tous les autres sentimens violens que peut contenir le cœur humain, la colère, l'envie, l'ambition, etc., vous les trouverez exclusifs à tout autre principe d'action que le leur. Voyez l'amour : il contient tous les autres sentimens et il les développe dans certaines circonstances. Cela doit être, car nul n'a plus que lui de rapports étendus et variés avec la nature et la société; il est né de la première, et il est la base de la seconde par le mariage et la famille. Les autres passions sont toujours limitées, celle-ci, au contraire, a une immense sphère d'action. Que l'homme vive dans l'état de nature ou dans l'état social, que sa civilisation soit nulle, ébauchée, complète, extrême, la passion dont il s'agit sera toujours le plus puissant ressort de ses actions. L'amour est dans son essence la vie de l'homme, il est la force élémentaire qui le nourrit et le dévore, le brûle et le régénère. En même temps il est quelque chose de si concentré et de si vaste, de si simple et de si infini, de si positif et de si idéal, que dans son sein il y a place pour toutes les pensées, pour tous les sentimens, pour toutes les vocations d'âme et de génie, pour tous les dévouemens, pour tous les modes, pour toutes les vibrations de la vie. On dit que cette passion, comme toutes les autres, décuple

réagit comme dans l'état de santé; ou la maladie exerce, soit par contiguité, soit par continuité, une modification morbide sur la vitalité de la moelle; ou cette dernière est atteinte d'une affection simultanée, qui cependant reste méconnue parce que les recherches nécropsiques ne se dirigent pas vers le canal rachidien; et dans ces trois cas il pourra y avoir érection; 2° ou bien l'encéphale a perdu tout sentiment, ou la moelle épinière n'est ni malade ni influencée; et alors (c'est la condition la plus commune) l'apoplexie est dégagée de ce phénomène; voilà pourquoi le nombre de ces dernières l'emporte de beaucoup sur celui des autres.

Pour qu'il en fût autrement, ne faudrait-il pas, par exemple, que toutes les pollutions nocturnes s'accompagnassent de rêves? Or, il n'en est pas ainsi; il est constaté qu'il y a beaucoup de pollutions qui tiennent spécialement à la grande irritabilité de la moelle, et où l'émission de la semence a lieu sans le secours de l'imagination. Je connais des jeunes gens qui ne peuvent se coucher sur le dos sans entrer en érection; et, s'ils s'endorment dans cette situation, il ne manquent jamais d'avoir des pollutions qui se répètent plusieurs fois dans le cours de la nuit, s'ils n'ont pas le soin de changer de position.

Je tirerai un dernier argument de la thérapeutique. Dans des cas d'excrétion involontaire du sperme, le docteur Sainte-Marie a obtenu d'excellens effets de *douches froides sur la région lombo-sacrée* (1). Cœlius Aurélianus y faisait appliquer des plaques de plomb, en défendant le décubitus dorsal.

L'action de la noix vomique, qui porte spécialement sur le cordon rachidien, confirme d'une manière frappante l'opinion que j'établis. MM. Trousseau et Pidoux ont remarqué, dans leurs expériences sur cette substance, que l'excitation qu'elle provoque gagne entre autres « les muscles qui érigent le pénis, au point que les érections nocturnes et diurnes deviennent incommodes, même chez ceux qui depuis long-temps avaient perdu quelque chose de leur virilité. » Ils l'ont employée avec succès contre l'impuissance; ils en rapportent trois observations dont les sujets sont : 1° un homme atteint de paraplégie depuis trois ans, chez *qui l'excitabilité des organes génitaux était complètement éteinte*; 2° un couvreur âgé de 40 ans, impuissant depuis sept mois; et 3° un jeune marié âgé de 25 ans, tombé dans l'impuissance depuis 18 mois. (*Journ. des connaiss. méd.-chir.*, mai 1836.)

Après tous ces détails, je croirais inutile de multiplier davantage les preuves. Je pense avoir suffisamment démontré que :

1° L'érection du pénis n'est point un signe pathognomonique des maladies du cervelet, bien qu'elle puisse coïncider avec elles;

2° De ce qu'elle accompagne quelquefois les apoplexies cérébelleuses, on ne peut rigoureusement conclure que l'instinct vénérien ne réside pas dans cette partie de l'encéphale;

3° Mais, de ce qu'elle manque souvent dans ce cas, on ne saurait non plus déduire que cette fonction ne lui est pas dévolue, car ce n'est point un signe univoque, et il serait moins probant encore pour la négative que pour l'affirmative;

4° Ce phénomène paraît se lier à un état soit physiologique, soit pathologique de la moelle épinière, ce qui explique les effets des lésions traumatiques du rachis, les phénomènes du décubitus dorsal, ceux de la pendaison, ceux des pollutions nocturnes, etc., inexplicables ou mal expliqués dans toute autre hypothèse;

5° On doit reconnaître deux espèces d'érection, celle qui est uniquement soumise à l'action de la moelle épinière, l'autre qui dépend médiatement d'une réaction cérébrale; différences qu'on rencontre dans l'état morbide comme dans l'état normal;

6° Ces distinctions de siége et de lésions sont d'une haute importance en physiologie, en pathologie et en thérapeutique, d'autant plus que l'opinion contraire jetterait dans une grave erreur en portant le physiologiste à embarrasser la science de fausses explications, le pathologiste à donner en séméiologie un symptôme trompeur, et le praticien à croire avoir affaire uniquement à une maladie du cervelet, tandis qu'il s'agirait d'une lésion de la moelle rachidienne.

PETREQUIN, D.-M. P.

(1) La thérapeutique pourrait tirer un grand parti de l'emploi de ce moyen dans le traitement de l'incontinence nocturne d'urine chez les enfans.

ÉPIDÉMIES.

EXTRAIT DU RAPPORT SUR LES ÉPIDÉMIES QUI ONT RÉGNÉ EN FRANCE de 1830 à 1836, au nom de la commission des épidémies; lu à la séance publique de l'Académie royale de médecine, par M. PIORRY.

L'Académie royale de médecine, placée entre la société dont elle étudie les mœurs et les souffrances, et le gouvernement qui s'éclaire de ses travaux, a senti toute la gravité et toute la hauteur de sa mission. L'histoire des épidémies de notre France lui avait été confiée; l'Académie a stimulé le zèle de ses correspondans; des instructions redigées avec une connaissance profonde des maladies populaires, ont été adressées aux médecins des départemens; un rapport qui a exigé d'immenses travaux a présenté le tableau des maladies épidémiques qui ont régné en France depuis 1771 jusqu'en 1829, et une autre commission a fait avec talent l'histoire de quelques épidémies observées en 1830.

Bientôt après est survenue cette grande calamité qui a sillonné la France de ses ravages. L'Académie a désigné plusieurs de ses membres pour s'en occuper d'une manière spéciale.

Plusieurs épidémies qui ont frappé les animaux ont été étudiées avec soin, et l'un des membres de la commission vous a rendu compte de celle de Wissembourg. Vous avez inséré ce travail dans vos mémoires, car vous avez pensé que les épizooties éclairent l'histoire des maladies de l'homme. En effet, depuis les nombreuses recherches expérimentales des modernes; depuis la publication du Traité de toxicologie, il faut bien admettre que les agens septiques ou délétères portent sur les différens êtres une influence identique.

Depuis 1830, indépendamment du choléra, plusieurs maladies épidémiques ont régné dans la capitale.

A la maison de refuge, un grand nombre d'enfans ont été atteints d'une inflammation intense des paupières qui a frappé de cécité quelques uns d'entre eux.

L'entérite typhoïde n'a pas cessé de décimer les jeunes gens récemment arrivés à Paris.

La rougeole, la variole, l'angine couenneuse ont quelquefois attaqué

---

l'égoïsme, cela est vrai; et cette jeune fille qui demandait à Dieu, pour le succès de son amour, d'anéantir *le temps et l'espace*, en exprime parfaitement l'active personnalité; mais on voit que cet égoïsme a un caractère d'expansion tout particulier.

Il en est de même de ses illusions : leur champ est pour ainsi dire illimité, et elles dépassent assurement celles que procurent les autres sentimens, quelque vifs qu'on les suppose. On peut en appeler sur ce point à l'expérience de chacun, à certaine époque de la vie. En effet, quel est l'homme né sous un astre assez malfaisant pour n'avoir jamais subi la douce influence des illusions de l'amour? N'avons-nous pas donné à cette passion les plus belles années de notre vie, la jeunesse de notre cœur, la fleur de nos affections? Or, ces illusions se résument dans une sorte d'admiration extatique qui, absorbant et concentrant de plus en plus les pensées, tient véritablement du délire; c'est cet amour suprême qui n'aperçoit que des perfections dans l'objet chéri; c'est lui qui dit de Psyché *qu'il n'est pas un petit point en elle qui n'ait sa Vénus*. Il est surtout un âge où ces illusions n'ont pas de bornes, où la femme que vous aimez ne pose pas le pied sur ce globe de fange. C'est une divinité, c'est un être à part; sa fraicheur s'entretient de l'air qu'elle respire; sa vie est dans le parfum des fleurs; loin d'elle l'obligation des fonctions animales, comme nous autres simples et vils mortels. Ainsi l'amour charme tout, embellit tout; il pare de ses illusions jusqu'aux choses les plus indifférentes; en un mot,

« Il est... il serait tout, s'il ne devait finir. »

Mais cette fin est inévitable, étant le résultat positif des lois mêmes de notre organisation, et une triste expérience a cent fois démontré que l'amour extrême est beaucoup moins rare que l'amour constant. Si l'on cherche la raison de cette différence, on la trouve dans l'action toujours mobile et inégale du système nerveux, car il faut toujours en revenir là dans l'explication du jeu de nos passions. Sans entrer ici dans des détails curieux, mais qui nous meneraient trop loin, on peut dire qu'en étudiant avec soin et sans préjugés les lois de l'innervation et ses diverses modifications individuelles, il est facile de rendre raison de deux phénomènes de la passion dont nous parlons. Le premier consiste dans ses étranges hallucinations, qui se traduisent ou en bonheur excessif, ou en douleurs incomparables. Car remarquez que l'intensité douloureuse de cette passion correspond parfaitement aux sentimens les plus opposés. La nature nous vend les choses selon leur valeur; aux légers plaisirs, les légères souffrances; aux immenses bonheurs, des maux inouïs; donc, aimer, c'est la vie de l'ange; aimer, c'est la vie de l'enfer. Le second phénomène, est le profond ennui qui succède tout à coup, quand la tourmente est dissipée. Plus l'enivrement est grand, plus aussi le dégoût est amer : autrement dit, plus l'excitation nerveuse et morale a été forte et prolongée, plus l'abattement qui suit est radical est prononcé.

Après avoir exposé les caractères de l'amour, il serait maintenant opportun de parler de sa nature; mais, ainsi que pour les autres maladies, notre ignorance est complète sur cet important sujet. L'amour, dit-on, n'est autre chose qu'un désir incessamment mobile, incessamment satisfait et insatiable, nous en convenons, mais qu'est-ce que cette définition nous apprend? très-peu de chose sur la nature de cette passion. Sans tomber ni dans les grossières assertions des matérialistes, ni dans la pure essence, la flamme éthérée de la métaphysique amoureuse, je préfère l'opinion de ce philosophe qui disait en parlant de l'amour, que

un assez grand nombre d'individus pour pouvoir être considérées comme épidémiques.

Ce qui a dû surtout frapper les médecins praticiens, c'est le grand nombre de maladies intermittentes et d'affections de la rate qu'on a observées à Paris depuis quelques années. Soit en effet que le canal qui nous apporte les eaux de l'Ourcq, et que le remuement des terres par suite de la construction des égoûts qui se croisent dans tous les quartiers, aient produit des miasmes marécageux; soit que des moyens de diagnostic plus positifs aient permis de mesurer la rate et de mieux saisir les états morbides en rapport avec les lésions de cet organe, toujours est-il que les affections de la rate sont plus fréquemment observées à Paris que cela n'avait lieu autrefois.

Mais ce rapport est bien moins destiné à vous parler des faits qui se sont passés sous vos yeux, qu'à vous présenter le tableau des épidémies dont vous avez reçu les documens.

Quatre-vingt-dix relations de maladies dites épidémiques vous sont parvenues de vingt-six départemens, et c'est principalement dans la Somme, le Doubs, l'Aisne, la Dordogne, la Mayenne, le Bas-Rhin et les Vosges, qu'elles ont été observées.

Parmi les médecins laborieux dont les noms se trouvent le plus souvent à côté de la relation de ces épidémies, il faut citer MM. Desparanches de Blois, Germain et Parrot de la Dordogne, Dubois, Thuillier et Vésigné, qui, dans le département de la Somme, se sont livrés à de nombreuses recherches; MM. Bizot du Doubs, Lejeune de l'Ain et Massy du Bas-Rhin, qui ont aussi adressé à l'Académie plusieurs travaux remarquables.

Il est à regretter que des médailles ne puissent être décernées aux médecins qui viennent d'être mentionnés; mais l'Académie, appréciant l'utilité de semblables documens, a décidé qu'à l'avenir un prix serait donné, tous les quatre ans, à l'auteur de la relation d'épidémie qui lui paraîtrait en être le plus digne.

Les maladies épidémiques qui font le sujet de ce rapport ont été variées; elles le seraient bien autrement encore si les dénominations diverses que les auteurs leur donnent indiquaient de la différence dans leur caractère. C'est ainsi que, suivant l'opinion des médecins qui en ont tracé l'histoire, elles portent les noms les plus dissemblables. Il est temps enfin de s'entendre sur la valeur des termes; il est temps de mettre la nomenclature des maladies en rapport avec les lésions organiques observables et observées, et d'user le moins possible de ces vieilles dénominations qui entravent la marche de la science.

Dans dix-sept épidémies qui ont principalement régné dans des communes de la Somme, du Doubs, des Ardennes et des Vosges, les symptômes semblent prouver qu'il s'agissait de cette maladie décrite par Rœderer et Wagler, sur laquelle MM. Petit et Serres ont publié un si remarquable travail, et que MM. Bretonneau, Scouttetten, Louis, Montault, etc., ont étudiée avec tant de soin. A côté de cette affection principale se sont presque toujours groupées des lésions secondaires qui en modifiaient plus ou moins les caractères et la gravité.

Il faut surtout noter ici l'épidémie que M. Germain a observée dans le Val de Miége. Suivant ce médecin philantrope, la culture de la betterave a été pour cette contrée une source de bien-être et de salubrité. En augmentant l'aisance de l'habitant des campagnes, les épidémies deviennent plus rares et moins graves.

Le traitement par lequel ces maladies ont été combattues a principalement consisté dans l'emploi des antiphlogistiques au début, dans l'usage des chlorures, de quelques purgatifs et quelquefois des toniques. M. Germain préconise, dans les premiers temps de l'entérite typhoïde, la méthode sudorifique.

Vingt-deux relations d'affections aiguës et inflammatoires des gros intestins vous ont été adressées, et elles ont été recueillies dans quinze départemens. Ces dysenteries ont presque constamment été observées depuis le mois de juillet jusqu'à la fin de septembre; quelques-unes se sont prolongées jusqu'aux mois de novembre et de janvier.

Le traitement a peu varié; il a consisté dans un régime sévère, dans l'emploi d'adoucissans à l'intérieur, de saignées locales, et d'autres moyens du même genre.

Les symptômes de trente-cinq épidémies de rougeole ou de scarlatine, dont les relations vous ont été adressées, n'ont rien offert de spécial et qui les distinguât des cas sporadiques du même genre que l'on observe habituellement; c'étaient toujours ces caractères si bien décrits par les Arabes; et le traitement de Sydenham, à part l'emploi des narcotiques, est encore celui qui a paru le mieux réussir. Dans quelques cas de scarlatine, il y a eu des complications d'angine pseudo-membraneuses ou pultacées qui ont été combattues avec plus ou moins de succès par la cautérisation superficielle.

Parmi les autres relations d'épidémies adressées à l'Académie, il faut noter la suette miliaire observée par MM. Pinel-Grandchamp, Ménière et Hourmann, en 1832, dans le département de l'Oise, et celle dont MM. Giboin et Parrot ont recueilli les histoires dans le département de la Dordogne. Cette dernière affection présentait des caractères remarquables. Les malades étaient tourmentés par une soif inextinguible, et buvaient dans des proportions extraordinaires. En même temps se déclaraient une éruption miliaire et quelques vésicules. Une suffocation très-grande survenait; soulagée par les saignées, elle ne tardait pas à reparaître.

L'auscultation, dit l'auteur, permettait d'entendre d'abord une respiration pure; celle-ci, à de courts intervalles, cessait complétement d'avoir lieu, puis était de nouveau appréciable. La percussion du thorax donnait lieu à des alternatives remarquables de matité et de sonoréité. Le traitement antiphlogistique au début, les vésicatoires et le quinquina, ont paru le mieux réussir.

Les autres documens adressés à l'Académie offrent peu d'intérêt. Les fascicules contiendront, sur les épidémies qui font le sujet de ce rapport, des relevés statistiques et des détails que ne comporte pas une lecture publique.

Permettez-nous, Messieurs, de vous soumettre quelques remarques sur la manière dont ont été rédigées les histoires des épidémies qui ont régné en France depuis 1830.

Les symptômes fonctionnels ont été en général bien indiqués par les auteurs de ces mémoires, qui sont pour la plupart des médecins instruits et recommandables. Il n'en a pas été malheureusement ainsi des caractères anatomiques que les sens pouvaient faire apprécier.

Avant les progrès récens de la science, lorsque les innombrables recherches des modernes n'avaient pas déterminé, dans une foule de cas, les relations intimes existant entre les lésions d'organes et les phénomènes des maladies; lorsque l'art du diagnostic n'était pas devenu

---

c'était un je ne sais quoi, qui venait de je ne sais où, et qui s'en allait je ne sais comment. Tenons-nous en là, pourquoi chercher à concevoir l'inconcevable.

Quant aux effets de cette passion sur notre économie, ils sont beaucoup plus connus que sa nature. Comme l'amour ébranle tous les ressorts de l'existence, qu'il ne donne même qu'un bonheur de fièvre, il est facile d'imaginer avec quelle rapidité il use la vie; *urit medullas*, a dit un ancien, il brûle jusqu'à la moelle des os. Les effets dont nous parlons, sont physiques ou moraux, et tous sont importans; malheureusement l'espace ne me permet pas même d'en esquisser le tableau. Tout ce que je puis dire, c'est qu'il n'y a pas une partie du corps, pas un organe, pas une fonction qui ne ressente plus ou moins l'influence de cette redoutable passion. Contrariée surtout, elle prend un essor terrible; la vie reflue dès lors de la circonférence au centre avec une si grande violence, il y a une telle oppression des forces vitales, un tel désaccord dans les fonctions, que la mort ou la folie arrivent inévitablement. Un amour malheureux est l'élément le plus delétère que je connaisse pour le pauvre corps humain; ajoutons que dans bien des cas, l'extérieur paraît calme et ne decèle en rien l'ardent foyer interieur. Aussi le diagnostic est-il souvent obscur et incertain. A ce propos, Cureau de la Chambre, dans son ouvrage sur les passions, recherche *si l'amour a une espèce de pouls*, mais ce qu'il dit à cet egard offre peu d'intérêt. Erasistrate, dont la penétrante sagacité est devenue historique, aurait pu seul éclairer ce singulier point de séméiologie. D'ailleurs le pouls ne suffit pas; le regard, la parole, le geste, la contenance, l'air timide ou hardi, etc., sont le langage qui dit tout ce qu'on veut savoir pourvu qu'on le comprenne.

Quant aux effets moraux de l'amour, ils sont aussi immenses que variés. Incompréhensible mélange de fureur et de tendresse, de confiance et de soupçons, de ruses et de candeur, il illumine et obscurcit, il brûle et glace, il tue et ranime le cœur. Tantôt il rend la forme de l'ascétisme le plus pur, tantôt c'est la hideuse transformation de grossières voluptés; il calme, il enivre, il exalte l'intelligence et il la stupéfie; il donne la sagesse et la folie; c'est le génie du bien, c'est le génie du mal; il rend généreux, il rend égoïste; il excite aux choses sublimes, fait rêver la perfection et il pousse au crime, dégrade et corrompt. en un mot, sa terrible impulsion sur les facultés humaines fut toujours profonde, extrême, incalculable. J'ai déjà remarqué dans l'article précédent combien la révolution pubère étendait subitement le cercle des facultés intellectuelles; c'est bien autre chose lorsqu'à cet excitement vient s'ajouter le ressort énergique d'une vive passion. Il est certain qu'alors l'instinct, fortement stimulé, donne quelquefois des perceptions que nous refusent les sens ordinaires. L'intelligence éclôt rapidement sous les chauds rayons de l'amour; de là des sensations plus nettes, des impressions plus fines, plus délicates, plus profondes que chez ceux qui n'aiment pas; de là aussi cette facilité d'élocution qui vient d'un esprit exalté, ce langage hyperbolique, cette émotion communicative du cœur, qu'on observe, dans les grandes occasions, chez les individus que l'amour agite et possède. Qui est-ce qui n'a pas remarqué la propriété des amans, d'analyser avec une étonnante subtilité, de décrire avec une facilité prodigieuse leurs sentimens, leurs espérances, leur chagrin, leur bonheur, ce mélange de peines et de plaisirs, cette suave amertume qui accompagne toujours la passion de l'amour? Quant à moi, je crois avec mademoiselle Scudery « que la mesure du mérite se tire de l'étendue du cœur et de la capacité d'aimer. » Au reste, tout dépend de la direction imprimée à ce sentiment extrême, pour la différence des résultats. L'homme, souvent poussé par la violence illogique de la passion, se laisse en-

positif; lorsque le médecin ne possédait pas de moyens assurés pour lire en quelque sorte dans la profondeur des parties constituantes du corps de l'homme, il était permis de s'en tenir, dans la description d'une épidémie, à des tableaux de symptômes bien coordonnés. Alors l'examen des fonctions altérées était la seule méthode qui se présentât pour préciser la nature de la maladie.

Alors aussi les reproches du public faits à la médecine d'être une science conjecturale, étaient en partie fondés. En vain l'illustre Cabanis avait élevé sa puissante voix pour proclamer la certitude de l'art du médecin; la base manquait, l'édifice ne devait pas avoir de solidité. L'anatomie des organes malades n'était pas perfectionnée; l'organographie pendant la vie était presque nulle; dès-lors on raisonnait plutôt sur des effets ou des fonctions, que sur leurs causes matérielles et anatomiques; dès lors il devait y avoir divergence infinie non-seulement dans le traitement, mais encore dans la détermination des parties malades. Les fonctions sont aussi variables, en effet, que les modificateurs qui agissent sur les organes sont nombreux, et elles ne sont pas la peinture fidèle de l'état des parties chargées de les exécuter.

Le reproche le plus grave à faire à la plupart des auteurs qui ont tracé les histoires d'épidémies que vous avez reçues, c'est de n'avoir pas assez suivi le progrès qui a illustré les vingt dernières années.

Il semble qu'éloignés du centre de l'instruction, à mesure que la science avance d'une marche rapide et sûre, plusieurs d'entre eux aient renoncé à acquérir des connaissances nouvelles. Loin d'étudier la disposition organique des viscères, à peine font-ils mention de leur état matériel. C'est tout au plus si, dans un petit nombre de relations, on indique que le poumon est sonore ou mat, et s'il donne ou non une respiration pure. Partout ailleurs on ne mentionne même pas les signes physiques que donnent les organes respiratoires. Dans une prétendue épidémie de pneumonie, on n'a pas même percuté ou ausculté les poumons. Nulle part on ne trouve indiqués : le volume variable du cœur dans les cas divers; la dimension de la rate lorsqu'il s'agit des fièvres intermittentes; celle du foie lorsque se manifestent de graves phénomènes gastro-intestinaux; nulle part on ne détermine si les gros intestins contiennent ou non des substances solides, liquides ou gazeuses; si la vessie est vide ou distendue. On s'occupe de la direction de l'anémomètre ou de l'état électrique de l'air, de la chaîne de montagnes qui court du Nord au Midi, ou de l'Ouest à l'Est; mais pour ce qui tient à l'observation organique du malade, c'est là ce qu'on passe sous silence.

Messieurs, pour que les histoires des épidémies soient désormais utiles, on ne doit plus les recueillir seulement comme le faisaient nos devanciers. Qu'on imite les grands maîtres des anciens temps dans leur excellente méthode d'observer, et qu'on fasse en cela de l'hippocratisme; mais qu'on emprunte aux modernes leur manière de découvrir avec la main, l'oreille et les sens l'état anatomique des organes vivans; qu'on apprenne d'eux à interroger la mort sur les secrets que la vie nous cachait.

Chaque épidémie, bien qu'ayant une marche spéciale, un caractère qui la particularise, est encore différente d'elle-même dans les cas individuels qui se présentent. Chaque organe, en vertu de dispositions qui lui sont propres ou de circonstances épiphénoménales, souffre d'une manière diverse chez chaque malade. Si l'on se borne à des aperçus généraux sur une épidémie sans histoires particulières multipliées, on n'a presque rien fait pour la science, et par conséquent pour l'humanité qui est le but de la science.

On peut dire, Messieurs, qu'ordinairement la maladie n'est pas une, mais qu'elle est le plus souvent multiple; fréquemment des lésions coïncidentes du poumon, du cœur, du sang, du tube digestif ou du cerveau, ont lieu simultanément chez un malade. Chacune de ces lésions a ses caractères propres, et chacune exige souvent une thérapeutique en rapport avec elle, de sorte que la maladie étant le composé d'une foule d'états organiques divers, le traitement par lequel on la combat doit se composer lui-même d'indications nombreuses.

Or, cette manière logique de considérer les faits et qui rappelle les élémens pathologiques de l'école de Montpellier, mais qui les formule sur des états organiques et non sur des abstractions, n'a point été adoptée par les auteurs des mémoires que vous avez reçus. Ces médecins ont étudié la maladie de haut; ils se sont élevés à des généralités sans avoir établi les spécialités de lésions simples dont la réunion devait former l'ensemble.

Insistons sur l'une des causes les plus graves des maladies populaires, et à laquelle il est peut-être le plus facile de remédier.

Dans la très-grande majorité des relations d'épidémies qui vous sont parvenues, les auteurs ont remarqué que l'habitation dans des logis étroits, encombrés, insalubres, mal aérés ou mal éclairés, avait exercé une influence manifeste sur l'apparition de ces maladies ou sur leur gravité. Les fascicules donneront sur ce sujet des relevés statistiques et des détails qui ne peuvent être présentés ici.

Bien que les circonstances hygiéniques autres que l'habitation aient à coup sûr favorisé le développement de ces épidémies, on ne peut cependant s'empêcher de remarquer les faits suivans. Des départemens du Nord ont été frappés des mêmes maladies que ceux du Midi; des pays dont les habitans se nourrissaient bien, ont été atteints des mêmes accidens que ceux où la population avait eu à supporter des privations; des contrées où l'on buvait du vin ont été affectées de la même manière que celles où l'on faisait usage de bierre; on a vu, pendant des années sèches, des épidémies du même genre que celles qui avaient eu lieu durant des années humides; les mêmes maladies ont régné sur tous les terrains, par tous les vents, lors des états électriques ou hygrométriques de l'air les plus dissemblables; mais partout ou presque partout, lorsqu'on a observé des symptômes graves putrides comme le disaient les anciens, il y avait eu quelques unes de ces fâcheuses circonstances : habitation malsaine, encombrement, coucher dans un lieu trop étroit pour le nombre de ceux qui l'habitaient, émanations de matières animales putrides.

Et qu'on ne pense pas que ce soient là des cas exceptionnels et propres seulement aux épidémies observées depuis 1830. Non, c'est là un fait général que l'on peut suivre partout où règnent ces grandes calamités qui portent parmi les hommes la désolation et la mort.

Sur ces plages naguère désertes où le port Jackson élève ses maisons civilisées, se trouvaient les misérables huttes des Mélanésiens où la mort frappait épidémiquement des familles agglomérées. Rome antique dont les appartemens avaient, comme l'atteste Pompéi, des dimensions si exiguës, était souvent atteinte des pestes les plus meurtrières. Le moyen-âge étendant sur l'Europe son vaste réseau féodal, marchant escorté de la dévastation et de la guerre intestine, força les

---

trainer par l'amour à de criminelles actions; d'autres fois, comme je l'ai remarqué, cette passion élève l'âme, la purifie et la porte aux plus nobles actions. En général l'amour fait convoiter les palmes de la gloire, les triomphes du talent, et il n'y a pas d'amant qui ne veuille faire un lit de lauriers à sa bien-aimée. Qu'on lise les lettres passionnées de Napoléon à Joséphine pendant ses campagnes d'Italie, et l'on trouvera que ce motif n'était pas étranger à ses victoires. D'un autre côté, que de faiblesse, que d'abaissement même chez les grands hommes, quand ils sont subjugués par ce sentiment impérieux! Le sage Turenne n'a-t-il pas confié le secret de l'état à sa maîtresse? N'a-t-on pas vu Nelson refuser de livrer bataille pour aller baiser l'épaule de lady Hamilton? Ainsi l'amour est la source des plus étonnantes actions, parce qu'il inspire à l'homme les sentimens les plus opposés. La force, l'énergie, la colère, la franchise, la dissimulation, la patience, la résignation, toutes les forces du cœur, toutes les forces de l'âme, sont en son pouvoir et il en dispose à son gré. C'est donc de toutes les passions celle qui agit le plus sur l'économie humaine et la remue davantage dans ses replis les plus intimes et les plus cachés.

Il ne faut pas croire néanmoins que cette prodigieuse activité soit la même chez tous les individus; l'expérience la plus vulgaire démentirait une telle assertion. De cette vérité, surgit la question suivante: y a-t-il donc un tempérament particulier à l'amour et en quoi consiste-t-il? question plus grave qu'on ne croit mais impossible à résoudre dans l'état actuel de nos connaissances. L'influence causale du sang et des nerfs sur l'amour est incontestable; mais outre qu'on ne peut en déterminer le comment, ni les limites; l'éducation, les préjugés, les lois, les mœurs apportent aussi leur part d'action dans la solution de ce problème. Toutefois sans sortir du cercle de notre sujet, on peut affirmer qu'il y a une sorte de tempérament prédestiné aux grandes passions. Tel homme ainsi constitué, âme de feu, tête marquée du signe divin, se lance instinctivement dans cette mer orageuse, tandis que tel autre reste à jamais collé sur son rocher. Né, comme on disait jadis, sous la planète de Vénus, le premier met rarement des bornes à ses désirs, il y a en lui comme de frénétiques inspirations qui le conduisent à des excès; le second, au contraire, approche beaucoup de ce type, si bien caractérisé autrefois par la célèbre Ninon. Toujours est-il qu'il y a des forcenés d'amour, des imaginations fougueuses que la raison, le bon sens, la morale, les lois, répriment difficilement, parce que la sensibilité s'exalte chez eux avec une extrême facilité.

Proposition : L'intensité de la passion est fatalement proportionnelle à l'intensité des impressions, des sensations, et celles-ci à la disposition organique.

Cependant il n'est guère possible d'énoncer avec précision en quoi consiste cette disposition, car la science possède bien peu de données à cet égard. Tout ce qu'on peut dire, c'est qu'en général, s'il y a prédominance des systèmes sanguin et musculaire, l'amour comme sentiment se développe peu; dans un sang chaud, riche et actif, s'allume presque toujours la fièvre des désirs charnels. Peu d'hommes ainsi constitués comprennent le cœur de la femme dans toute l'étendue de sa tendresse, dans toutes les grâces de son dévouement. Si au contraire, il y a prédominance nerveuse, l'observation prouve que l'amour passion prend alors une extension quelquefois extrême. Les femmes présentent surtout ces variétés phisiologico-morales. Il en est qui sont complètement indifférens à ce sentiment violent; elles végètent et vivent peu. Faites pour de simples penchans ou préférences, un autre don, celui d'aimer, leur a été refusé, comme à quelques fleurs

populations à se presser dans d'étroites cités ceintes de hautes murailles, et sembla y renfermer avec elles les épidémies les plus meurtrières.

Les prisons où l'on entassait les hommes, les tentes des soldats à peine assez spacieuses pour répondre aux besoins de la respiration, virent naître ces graves maladies décrites par Pringle, Huxham et Lepecq de la Clôture. A Oxford, les miasmes s'échappant des cachots vinrent frapper le nombreux auditoire rassemblé pour écouter les débats des assises.

Dans l'Inde, un nombre considérable d'hommes fut réuni pour une nuit dans un étroit espace : le lendemain, presque tous avaient péri; quelques-uns seulement subsistaient, qui avaient pu parvenir, pour y respirer, à la hauteur d'une lucarne élevée. Nos soldats qui avaient résisté aux glaces de la Russie, virent succomber dans les asiles destinés à les secourir; l'air altéré qu'ils y avaient trouvé avait été plus funeste pour eux que le fer des ennemis.

Les plaies les plus simples prennent un caractère gangréneux lorsque les blessés sont soumis à l'encombrement. Les femmes qui viennent de devenir mères, sont-elles rassemblées en grand nombre dans un même lieu, ou sont-elles, lors de la fièvre de lait, renfermées isolément dans une chambre peu spacieuse, succombent trop fréquemment à la maladie puerpérale. Le coucher en plein air a quelquefois préservé des ravages de la fièvre jaune. Lors de la peste de Marseille, un ancien bâtiment avait servi à placer une foule de malades qui, pour la plupart, y périssaient. La mortalité diminua tout aussitôt que la toiture ruinée de ce vieil édifice permit largement l'introduction de l'air. On a observé en Egypte que le typhus d'Orient, développé, suivant M. Pariset, sous l'influence pernicieuse des émanations putrides, règne surtout lorsque les hommes sont encombrés ou habitent dans d'étroites localités. La concentration des troupes en Afrique décime les rangs de nos braves soldats.

L'épidémie qui depuis plusieurs années a porté sa désastreuse influence sur tant de contrées en Europe, ne s'est point écartée de cette loi générale. Dans l'Inde, le choléra prend sa source au milieu de grands rassemblemens d'hommes; et s'étendant de l'Orient vers l'Occident comme un sombre météore, il suit les grandes réunions d'hommes et éclate avec furie dans les villes mal bâties et à populations agglomérées. Frappe-t-il Paris? c'est dans les construct ons resserrées des siècles de barbarie qu'il sévit avec le plus d'intensité. Il se montre bien quelquefois dans des quartiers mieux bâtis, tels que le faubourg Saint-Germain; mais alors il y semble attaquer de préférence, ainsi que l'a remarqué M. le docteur Dubois d'Amiens, le concierge dans sa loge étroite, et le valet sous sa toiture abaissée.

C'est chez les logeurs à la nuit, dans des maisons connues par l'exiguité des chambres, qu'il revêt la forme la plus funeste. Ce n'est pas seulement la mauvaise conduite qui cause cette augmentation dans la gravité du mal; car les appartemens garnis de médiocre grandeur, dont les habitans ne se conduisent pas autrement que ceux qui vivent dans des hôtels plus spacieux, présentent cependant une mortalité plus grande que ceux-ci.

Suit-on le choléra dans les asiles consacrés aux infirmités humaines? on le voit, à la Salpêtrière, frapper les femmes qui sont placées dans les services les moins bien aérés; c'est le matin qu'elles tombent malades, c'est-à-dire lorsqu'elles sont restées durant une longue nuit plongées dans une atmosphère altérée par la respiration d'un grand nombre de personnes.

Procède-t-on à la ventilation nocturne? il ne se présente plus de nouveaux cas de choléra. Vient-on à négliger cette mesure hygiénique? le choléra reparaît. La fait-on exécuter avec soin dans chaque division où le mal vient à se manifester pour la seconde fois? tout aussitôt la maladie cesse de se reproduire. Dans les dortoirs où l'air est renouvelé avec quelque soin, la mortalité augmente à peine. Sur une population de 4000 personnes, elle parvient, le jour où l'épidémie est à son plus haut degré, au chiffre 7, tandis que dans des parties de la maison qui n'avaient pu être ventilées, le nombre des décès sur 1,200 femmes est porté à 17 en 24 heures.

L'influence pernicieuse de l'encombrement ou de l'habitation dans un espace étroit et mal aéré, est donc un fait général observé dans presque toutes les épidémies. Les maisons garnies de l'artisan ont fait périr plus d'hommes que la peste et la famine; et encore ce sont des jeunes gens qui éprouvent de cette mauvaise habitation les plus fâcheuses influences. On s'acclimate avec le temps; on finit par pouvoir vivre au milieu des émanations les plus infectes; mais souvent on paie cher ce funeste apprentissage, et la mort vient quelquefois interrompre les périodes de cet acclimatement.

TÉRATOLOGIE.

OBSERVATION D'ENADELPHIE ABDOMINALE OU MONSTRUOSITÉ PAR INCLUSION; par M. ROUX, du Var; suivie de réflexions par M. GEOFFROY ST-HILAIRE, membre de l'Académie des sciences (1).

OBS.— Madame Durand de Saint-Maximin (Var), avait 25 ans lorsqu'elle devint pour la première fois enceinte, et après une grossesse qui ne fut troublée par aucun accident, elle accoucha à terme d'un enfant mâle bien conformé.

Vers le second mois d'une seconde grossesse, qui eut lieu huit ans après la première, une tumeur se fit sentir à la région ombilicale, tumeur qui fut prise pour une hernie et pour laquelle on conseilla l'usage d'un bandage approprié, que la malade conserva toujours. Cette grossesse ne fut troublée d'ailleurs par aucun autre accident, et au bout de neuf mois madame Durand mit au monde une fille bien faite qui vit encore aujourd'hui.

Quatre ans après, troisième grossesse aussi fort régulière. Enfin après quatre autres années, nouvelle grossesse également suivie d'un heureux accouchement. Les deux derniers enfans furent, comme le premier, du sexe masculin; celui-ci mourut dans sa troisième année; les deux autres vivent encore.

Des douleurs de colique se faisaient quelquefois sentir dans la région occupée par la tumeur dont il a été parlé. Cette tumeur, qui depuis longtemps avait acquis une forme globuleuse, devenait beaucoup plus saillante quand l'estomac était plein d'alimens.

Vers la fin du mois de mars 1836, madame Durand, dont la santé avait été depuis peu altérée, mais qui semblait alors en voie de guérison, fut prise tout à

(1) Nous avons déjà donné l'analyse de l'observation de M. Roux. L'intérêt qu'elle présente et surtout les aperçus philosophiques dont M. Geoffroy St-Hilaire l'a fait suivre, et qu'il a bien voulu nous communiquer, donnent à cette observation une assez grande importance pour que nous la publiions dans tous ses détails.

---

un parfum énergique. D'autres femmes, sont attirées vers la vie de l'amour, comme l'est une plante vers la lumière. Parmi celles-ci, les unes, il faut le dire, tendent aux résultats immédiats et positifs de cette passion; mais on en trouve qui se livrent aux écarts, aux élans de l'imagination la plus vaporeuse; pour elles, l'amour n'est pas cette vive et rapide flamme qui brûle le sang, mais cette tendresse naïve, exaltée cette langueur mystérieuse qui consume. Caractères pudiquement passionnés, toutes les fleurs du sentiment, toutes les délicatesses d'une ame pure et vierge, se confondent avec cette passion; quelquefois même l'exaltation sentimentale tombe dans le mysticisme, et par un singulier rapprochement, dans la mélancolie religieuse. Cette jeune dame qui portait jour et nuit le portrait de son amant dans un bracelet dont le côté opposé renfermait celui de Jésus-Christ, en donne une idée assez exacte.

L'époque de la menstruation, chez les femmes, imprime à l'économie, et parfois à l'imagination, un trouble, une activité indéfinissable; les jeunes filles érotomanes en présentent de fréquens exemples. C'est au médecin observateur et philosophe, à s'enquérir avec prudence et sagacité de l'influence de la cause dont il s'agit, sur la terrible passion de l'amour. Mais surtout qu'on se garde d'imiter ce docteur prétentieux et bel esprit, qui, consulté dans de pareils cas, demandait gravement si *l'impôt lunaire* était régulièrement payé par la nature.

L'amour moral ou sentiment, comme beaucoup de maladies, se modifie à mesure qu'on avance en âge. Je l'ai déjà dit, il est une époque de la vie où l'amour faiblit dans ses atteintes, où par une triste prérogative, l'homme se trouve hors de ses servitudes, au dessus de ses illusions. Toutefois il faut remarquer que l'influence de l'âge est plus marquée sur l'amour purement phisiologique que sur l'amour sentiment qui a moins besoin de force physique et d'exaltation juvénile. Ces pensées d'amour, ces laves éteintes, dit-on, par l'âge, peuvent conserver une sorte de chaleur vivifiante. Il y a des hommes qui long-temps jeunes d'esprit et d'imagination, ont pour l'amour une dévotion cordicole qui, en se prolongeant, semble ranimer le principe vital loin de l'épuiser. Saint Evremond a raison : « le plus grand plaisir, dit-il, qui reste aux vieillards, c'est de vivre, et rien ne les assure si bien de leur vie que d'aimer... *j'aime, donc je suis*, est une conséquence toute vive, tout animée, par où l'on rappelle en quelque sorte les plaisirs de la jeunesse. » Toutefois veut-on une différence entre ces deux époques, la voici, elle est connue depuis long-temps : c'est que les *grandes folies* appartiennent au premier amour, et les *grandes faiblesses* au dernier. Au reste, la faculté d'aimer tout en se conservant peut changer de forme et d'objet avec le temps. Mme de Sévigné dont l'âge avait si peu flétri l'éclat et la fraîcheur, que Coulanges l'appelaient *mère-beauté* à 45 ans, conserva également sa tendresse du cœur, mais elle la reporta tout entière sur sa fille, et ses lettres en sont l'immortel témoignage.

Mais une des plus frappantes modifications de l'amour moral est produite par le climat. Cette passion a certainement dans le nord et le midi, les différences les plus marquées, les plus sensibles. Quand un soleil ardent a mélangé ses rayons avec le sang, attendez-vous à une forme toute particulière de cette passion, forme qui se caractérise dans le langage, dans les mœurs, les actions, les habitudes; et c'est une remarque que le médecin ne doit jamais perdre de vue. On demandait à une jeune Romaine ce qu'elle ferait si son amant lui était infidèle; cet amant était présent. Sans répondre, elle se lève, ouvre la porte, sort un instant, puis reparait en tâtonnant comme si elle s'avançait dans un endroit obscur. Chacun la regardait avec étonnement, quand on la vit, toujours avec la même pantomime, s'approcher de son ami, qui n'y concevait rien lui

coup d'une rétention d'urine, et cette affection résista à tous les moyens que le docteur Roux employa pour la combattre. Dès les premiers jours il survint de l'œdème aux membres et à la face; mais ce ne fut que le seizième jour après l'invasion que l'odeur urineuse et le dérangement du pouls annoncèrent un redoublement d'accidens. Des symptômes de congestion cérébrale se montrèrent et allèrent en s'aggravant rapidement; la malade mourut le 22 avril.

L'autopsie cadavérique fut faite vingt-quatre heures après la mort par M. le docteur Vincenty de Saint-Maximin. C'est de ce médecin et d'un médecin vétérinaire, beau-frère de M. Durand, qui était également présent à l'ouverture du corps, que M. Roux, absent alors de Saint-Maximin, a reçu des renseignemens sur l'état des parties contenues dans l'abdomen.

Le tissu graisseux des parois abdominales était très-épais et légèrement lubréfié par un liquide d'odeur ammoniacale. Le péritoine était sain dans la plus grande partie de son étendue; quelques adhérences seulement existaient vers le grand lobe du foie. La tumeur, dont on avait reconnu la présence avant d'inciser les tégumens, ayant été mise à découvert, on vit qu'elle était occasionée par un kyste qui occupait l'espace compris entre la grande courbure de l'estomac et la vessie; elle était séparée de ce dernier organe par un autre kyste beaucoup plus petit.

Le grand kyste était aplati d'arrière en avant, irrégulièrement arrondi et présentant diverses bosselures plus ou moins volumineuses. Deux larges replis péritonéaux le fixaient de chaque côté à l'intestin grêle, qu'il écartait de sa position normale et dont il se trouvait entouré. Cette masse, dont les dimensions n'ont pu être prises avec exactitude et dont le poids fut évalué à 10 ou 12 livres, s'appuyait sur la colonne vertébrale, comprimait l'aorte, la veine cave inférieure et les uretères; elle ne jouissait que d'une mobilité assez bornée.

Le petit kyste était presque libre, seulement un mince repli du péritoine le fixait à la vessie; il avait le volume et la forme d'une grosse poire.

L'autre personne présente à l'autopsie, M. Ollivier, médecin-vétérinaire, s'exprime en ces termes sur le même sujet : « Une tumeur du volume d'une tête humaine inégalement bosselée, a été trouvée en avant du pubis; elle adhérait au mésentère par un pédicule large et mince. Au-dessus de la vessie et dans les lames du mésentère existait une deuxième tumeur ovoïde, du volume d'une poire ordinaire et ramollie par la pointe. »

« Le petit kyste qui fut ouvert le premier contenait, dit M. Vincenty, une matière stéatomateuse ayant la consistance et la couleur de la pulpe d'une pomme cuite; sa membrane externe était de nature séreuse et paraissait formée aux dépens du péritoine; l'interne ressemblait à une muqueuse ramollie.

» Le grand kyste avait trois membranes, une extérieure séreuse, une moyenne fibreuse et une interne ou muqueuse. On voyait à sa surface un réseau artériel et veineux, proportionné à son volume. Les bosselures étaient autant de cavités distinctes, séparées par une cloison membraneuse de la cavité principale; elles furent toutes successivement ouvertes. Dans l'une, on trouva un énorme peloton de cheveux longs, fins, de couleur blonde, d'aspect un peu terne, unis entre eux par une matière grasse assez tenace. La seconde cavité contenait de la matière stéatomateuse, semblable à celle du petit kyste; la troisième et la quatrième en contenaient aussi, et de plus une substance semblable à de l'huile figée.

» La cavité principale ayant été ouverte, il en sortit une grande quantité de matière inodore et d'aspect crémeux ou purulent; il s'en échappa en même temps un peloton de cheveux longs comme les premiers, mais moins nombreux, ainsi que les fragmens de cinq dents. A la paroi interne du kyste, adhérait assez intimement un os offrant deux parties bien distinctes, l'une aplatie, mince, demi-transparente : l'autre irrégulièrement pyramidale, percée près de son extrémité d'une ouverture. Un premier examen avait fait supposer que c'était un os temporal; à la partie qui représentait la portion écailleuse adhérait une dent. La partie comparée au rocher en portait trois dont deux assez solidement fixées; la troisième se détacha pendant qu'on décollait l'os du point où il était fixé : elle laissa une cavité alvéolaire assez profonde.

» Deux autres portions d'os de forme irrégulière adhéraient à une autre partie de l'enveloppe du kyste, et étaient engagées au milieu d'une substance fibreuse, jaune et dense.

» L'examen des deux kystes terminé, on passa à celui des organes génito-urinaires. Les capsules surrénales ne présentaient qu'un peu de laxité; les artères émulgentes étaient très-développées et les veines rénales gorgées de sang. Les reins, plus volumineux qu'à l'état normal, ayant été ouverts jusqu'à l'infundibulum, présentèrent leur substance corticale fortement enflammée; les uretères étaient phlogosés et d'un diamètre double au moins du diamètre ordinaire, jusqu'à la colonne vertébrale où ils étaient comprimés par la tumeur. Ils reprenaient le calibre normal dans l'excavation pelvienne. Leur membrane interne était très-enflammée et contenait un peu de sang. La vessie entièrement aplatie ne contenait point d'urine; sa muqueuse était phlogosée.

» L'utérus avait le volume et la forme ordinaires; la membrane interne était notablement injectée; le col, à l'état squirrheux dans une épaisseur de cinq à six lignes, ne présentait point d'ulcérations. Les ovaires hypertrophiés offraient une dégénérescence qui paraissait de nature cancéreuse. Les trompes étaient oblitérées. »

En se fondant sur des considérations qu'il développe, M. Roux pense que l'hypothèse d'une grossesse extra-utérine ne peut être admise, et qu'on doit au contraire considérer ce cas comme un cas de monstruosité par inclusion, et le ranger dans la classe des énadelphes. Suivant lui, la place qu'occupait le kyste, lorsque sa présence est devenue pour la première fois sensible par la tumeur extérieure qu'il causait, montre que l'union des deux fœtus a eu lieu à travers l'ombilic.

RÉFLEXIONS DE M. GEOFFROY SAINT-HILAIRE, A L'OCCASION DU MÉMOIRE PRÉCÉDENT.

L'observation de M. Roux me paraît d'un haut intérêt, je la conçois d'un puissant enseignement, riche de détails aussi bien circonstanciés que concluans; elle figurera un jour dans les fastes de la science à côté des travaux analogues de Dupuytren, exposant le cas d'inclusion qui fut dans le jeune garçon de Verneuil, celui-ci nommé *Bissieu*.

On sait que les cas d'inclusion abdominale ont été récemment recueillis littérairement et bibliographiquement dans une monographie divisée en deux mémoires, que M. le docteur Ollivier, a publiée dans les *Archives de médecine*. Ce qui ressort de cet intéressant travail, c'est la diversité des faits en chaque exemple, diversité qui ne se rattache à rien de commun, s'appliquant indifféremment à l'âge, au sexe, et à toute nature d'organes, différant dans la durée, l'intensité et le mode de terminaison des événemens. Or, comme tous ces cas tératologiques formaient autant de désordres d'organisation, sans liaison comme sans réciproques relations, j'ai pensé un moment à y rapporter l'événement de Syra, quand il fut bruit dans cette île de la Grèce, d'un jeune *garçon-mère*, qui, sous ce titre ridicule, était encore réputé avoir vomi un embryon humain. J'avais accepté la mission, et je m'étais effectivement occupé à démêler ce que renfermait de mystique, le récit d'un tel vomissement. Je n'ai trouvé au fond de ces recherches, qu'une *indigne déception;* mais les efforts de combinaison et d'imagination dans lesquels j'ai été entraîné, m'ont amené sur un point de théorie où j'ai été aussi surpris qu'heureux de rencontrer une cause principale, et par suite une explication très-simple à tous les événemens si variés d'inclusion abdominale. M. Lesauvage, de Caen, a proposé pour cette classe de faits le mot *énadelphe*, adopté et employé par M. Roux : la racine de ce mot est empruntée à ma nomenclature.

Je ne puis aujourd'hui consacrer à ma nouvelle théorie que les quelques courtes réflexions suivantes. Des recherches approfondies sur la cause des formations organiques, qui produit la confusion et la pénétration de deux germes congéniaux, ont occupé la sagacité de Pockels (Isis, décembre 1825). Sans remonter aussi haut dans la considération de ces premières relations tératologiques, je me suis fixé à peu près dans le même temps, en 1825, aux faits clairs et patens de la jonction de deux frères jumeaux, étant non pas seulement de grandeur et de formes diverses, mais d'inégal développement; j'ai donné à cette confor-

---

même, et lui briser sur la poitrine, son éventail qu'elle tenait à la main. Ce fut là toute sa réponse.

Il n'y a pas jusqu'aux saisons qui n'influent sur la passion dont il s'agit. Tout en faisant justice de ces fadeurs stéréotypées dans tous les siècles, sur l'amour et le printemps, il n'en est pas moins vrai qu'il y a ici un fond de réalité que démontre l'observation. L'inexplicable et sainte intelligence de l'amour avec le renouvellement d'activité de la nature, tient à des fins qui nous échappent. Ce qu'il y a de sûr, c'est que malgré ses hautes prérogatives, l'homme, comme les animaux, éprouve sous le rapport de l'amour, la pénétrante influence du printemps, de cette heureuse saison où la nature redoublant de fécondité, multiplie partout l'être et la vie. Il se sent plus disposé à aimer que dans une autre époque de l'année; et je ne suis pas étonné qu'une dame traversant au mois de mai le bois de Boulogne, dit : *Il y a ici comme un parfum d'amour*. Mille sympathies agissaient sans doute sur elle, au moment de cette tendre exclamation. D'ailleurs, il n'y a qu'à consulter les statistiques les plus exactes sur les naissances, et l'on verra que les calculs sont parfaitement d'accord, avec les inspirations du sentiment, avec les élans de l'imagination.

Maintenant que l'amour-sentiment a été étudié dans ses symptômes, son caractère, sa nature, ses modifications, il me reste à tracer les règles de sa thérapeutique. Mais comment essayer de parcourir ce vaste champ d'observation. Et puis, dira-t-on, il s'agit bien de médecine et de thérapeutique, dans un pareil sujet; comment matérialiser à ce point la plus belle passion du cœur humain. »Quoi donc, l'amour pur, l'amour exalté, ce sentiment céleste, ne serait à vos yeux qu'une *névropathie génito-cérébrale!* Quelle profanation! quel désenchantement! A cela on peut répondre, pourquoi ne pas considérer aussi l'amour sous cet aspect si l'on reste dans le vrai? Pensez-vous avec des idées changer la nature des choses? Nos sentimens n'ont-ils pas leur premier éveil dans les besoins physiques? Ne commençons-nous pas par l'animalité? Dans quelque région éthérée que l'on place l'amour, sa racine est toujours dans l'instinct de reproduction, sauf ensuite à épurer cet instinct par la vertu. D'un autre côté, n'y a-t-il donc rien de grand, rien de sublime dans l'organisme reproducteur? il s'en faut, c'est un ensemble de mystères et de merveilles, et Swammerdam pourrait tout aussi bien maintenant intituler son célèbre ouvrage, *Miraculum naturæ, seu uteri mulieris fabrica*, comme il le fit en 1672. Ces réflexions semblent si vraies, que voulant surmonter ou guérir cette passion, quand il y a urgente nécessité, il faut agir tout à la fois et sur les organes et sur le moral. N'avoir que du raisonnement pour répondre à de l'entraînement, c'est conseiller à la fièvre de guérir, à l'ivresse de se calmer. Lois, mœurs, coutumes, préjugés, raison, fragiles toiles d'araignée, pour emprisonner cette passion, dompter les appétits fougueux de l'organisme. Si vous n'agissez sur ce dernier activement, longuement et méthodiquement, vous pourrez trôner à votre aise, sur je ne sais qu'elle chaise curule de moralité sévère, mais vous n'obtiendrez que d'assez pauvres résultats. Il ne faut pas non plus considérer cette passion comme une simple surexcitation morbide du système nerveux. Il convient donc de s'attacher à combattre l'un et l'autre .. Mais, je m'arrête, je sens que l'espace me manque. En vérité, il faut l'avouer, on ne finit jamais avec l'amour, même en le dépouillant de son prestige, pour le soumettre à une sévère investigation médico-philosophique.

R.-P.

mation spéciale, chez les monstres doubles, le nom d'*hétéradelphes*.

Je me suis jusque-là borné à ne traiter que du seul cas d'*hétéradelphie* qu'avait aperçu mon esprit, et pour lequel j'avais recueilli bon nombre d'observations; car la monstruosité hétéradelphique, dans son état simple, est assez fréquente, se reproduisant constamment sous la convenance d'un même principe d'arrangement. Il faut pour la compléter la réunion et soudure de deux jumeaux, l'un grand et vivace, appelé à passer par tous les degrés du développement normal, et l'autre petit, informe, acéphale, vivant et végétant en parasite sur le corps de son grand frère, étant l'un et l'autre suspendus ventre à ventre.

D'anciens auteurs, Aldrovande, Ambroise Paré, Licétus, etc., ont figuré de ces hétéradelphes dans l'espèce humaine, ainsi que beaucoup d'autres dans les animaux domestiques. Le nombre s'en est accru dans ces derniers temps, par le motif seulement qu'on y donne aujourd'hui plus d'attention; et l'un des volumes des *Mémoires du muséum d'histoire naturelle*, le XVe, à la date de 1827, contient à lui seul les publications sur ce sujet des quatre auteurs ci-après: Busseuil, qui a décrit l'hétéradelphe de Chine; Orye, l'hétéradelphe de Bénais; Geoffroy Saint-Hilaire, qui dans ce volume, est revenu sur ses premiers travaux de classification; et Serres, qui y est aussi venu éclairer la complication et la semi-confusion des conditions hétéradelphiques, dans son important travail *sur l'organisation anatomique des monstres hétéradelphes*.

Dans cette création de double monstre, ou du genre hétéradelphe, chacun des frères le composant parcourt sa ligne de développement sans obstacle ni trouble de la part des causes et actions extérieures, le grand frère pour s'y conduire comme un être complet et bien doté de tous ses organes, et le petit frère pour y subir une vie d'acéphale et de parasite, une vie d'emprunt, par l'alimentation que versent en lui, comme on pourrait le concevoir pour l'entretien d'un membre de plus, les masses sanguines du grand frère. Comme cet embryon acéphale est une fois donné par l'acte congénial des deux germes primitivement engagés et l'un sur l'autre soudés, cet événement de monstruosité persiste pour n'éprouver de variation que celle de l'accroissement proportionnel des parties respectives.

Jusque-là me renfermant dans les soins de l'observation et de la constatation des faits, je n'avais eu qu'à pourvoir aux conséquences de mes règles de classification pour arriver à l'essence du genre *hétéradelphe*, et je ne voyais qu'un cas possible ou du moins qu'un cas donné, celui où l'embryon acéphale était placé ventre à ventre à l'égard de son grand frère; et pour m'exprimer sur la circonstance de cette position, qu'à constater le cas où l'acéphale était *extra-abdominal*.

Or je fus occupé, en avril dernier, de recherches touchant le prétendu vomissement de l'enfant-mère de Syra; c'est alors que lancé dans une revue des faits de *sujets-inclus*, je me suis aperçu de la non-coïncidence de tous ces faits d'inclusion abdominale, qui depuis trois à quatre siècles étaient inscrits dans les fastes de la science anatomique. Il fallait à ces faits pour point de départ, ou pour ces données de formation congéniale, un principe commun; et l'idée m'est venue que la contre-position des deux frères dissemblables dans la monstruosité hétéradelphique, viendrait peut-être présenter cette origine commune à tant de cas variés qui sont exposés dans la monographie de M. le docteur Ollivier.

Et, en effet, d'où provient le petit acéphale dans le cas de l'hétéradelphie, que je viens déjà de distinguer et de signaler sous le nom d'*extra-abdominal*? De l'emploi, je crois, des vaisseaux céphaliens, de leur jonction et soudure au moment de la fusion des deux germes. Cet événement; que ce n'est pas aujourd'hui le lieu de développer, a donné ces précieux résultats, les seuls jusqu'ici aperçus, ceux de l'hétéradelphie extra-abdominale. Le petit acéphale, que les vaisseaux céphaliens laissent sans l'œuvre accomplie d'une tête, étant plus loin dégagés de leur réunion insolite avec les vaisseaux analogues chez le grand frère, poursuivent, dégagés qu'ils sont dans le petit frère, leur cours d'action pour la formation du tronc à la suite de la tête, quand le reste du sujet, moins la tête, est produit, toutefois incomplétement et dans l'effet d'atrophie.

Il y a possibilité d'exposer avec simplicité et clarté cette marche dans ces développemens organiques. Ce qu'il me suffit d'indiquer aujourd'hui, c'est que ce travail se passe à l'affleurement du tronc du grand sujet, et en partie, au sein de ses propres tégumens. Ceux-ci, à un point donné, sont percés et donnent extérieurement, le long du long ventre, le corps et les dépendances du petit frère, moins sa tête.

Maintenant il peut aussi bien arriver que ce même travail se passe entièrement en-dedans des tégumens du grand frère et que cette œuvre verse ses résultats tout au travers du système organique de celui-ci; alors nous aurions un second cas d'hétéradelphie, celui qu'il faudra nommer alors par opposition au premier, *l'hétéradelphie intra-abdominale*.

Ces idées théoriques ainsi conçues, j'ai passé en revue tous les faits différemment circonstanciés des monographies des cas d'inclusion (1) et je me suis convaincu que ce principe, qu'une telle et commune origine allait à tous les faits de ces monographies, mais sous la réserve des explications partielles à fournir pour chacun.

Ce qui reste persistant, comme on l'a vu plus haut, dans l'hétéradelphie extra-abdominale, n'est plus le fait de l'autre mode d'hétéradelphie. Les commencemens du développement congénial sont favorables à l'inégale condition ou nature des deux frères, pour donner en-dedans comme au dehors de l'abdomen, des fruits analogues; et tout au contraire, ceci cesse d'être possible à un moment donné du volume du plus petit de ces frères. Tant que celui-ci restera adhérent par des vaisseaux prolongés de l'un à l'autre germe, qui le feront tenir à la masse la plus volumineuse, rien n'est dans le cas de changer dans les rapports de primitive formation. Mais que le cas arrive qu'un volume d'un plus grand relief soit acquis au petit frère végétant dans sa vie de parasite, son existence d'emprunt n'est plus tenable; une carrière toute nouvelle doit commencer et livrer aux changemens les plus désordonnés, cet être sans ressort propre. L'activité des mouvemens et travaux d'intestin, l'énergie de ces organes partiels, leur toute-puissance à l'encontre d'un corps bien frêle (car celui-ci ne peut guère opposer à de tels ravages que la résistance d'une attache pédiculaire), agissent simultanément: et alors que de causes incessantes, pour amener la séparation du petit frère, du point où il avait jusque-là été greffé. C'est de principe que, plus jeune est un tel sujet, et plus assurée sera sa disjonction, quand il n'existe encore que d'aussi frêles membranes à dilacérer.

Dans ce cas, le petit frère tombe, détaché dans l'abdomen du grand frères, ses rapports comme l'ancien parasite de ce grand frère cessent; et sans relations communes et vitales, l'individu acéphale meurt; il devient une masse insensible, inerte. Dès ce moment une lutte s'établit entre le vif et le mort. Celui-ci, continuellement battu par les forces actives, par les atteintes du jeu péristaltique des intestins, finit par céder.

Ce sujet mort échappera-t-il en totalité ou en partie du champ abdominal? Peut-être. Et à l'appui de cette supposition, il me suffit de citer cette célèbre observation de 1750, du docteur allemand Schurigt; cas aussi singulier qu'heureux dans son résultat, où une trouée intervint dans le flanc à la suite d'un grave et large abcès, et devint une issue d'où des débris inclus furent versés au-dehors.

Le plus ordinairement, il arrive que la masse détachée reste errante dans le bassin abdominal, jusqu'à ce qu'étant résorbée, quant à toutes les parties qui en sont susceptibles, il n'y restera plus que les substances les plus réfractaires, lesquelles demeurent rompues et disjointes, comme le sont des cheveux, des dents, quelquefois le rocher crânien; celui-ci pour la raison qu'il subit de bonne heure une consolidation éburnée. Or, ces débris sont vaguants, où ils trouvent à s'enkyster séparément, conservant une tendance, s'ils restent libres, à se rendre au point extrême et terminal de l'un des systèmes organiques.

Je ne puis placer ici que les idées mères de ma théorie; car à l'occasion de chaque débris, ce devient pour celui-ci, en raison de sa forme et du lieu où il se fixe, un sujet d'examen à part et d'une explication distincte. Il me suffit aujourd'hui, de faire comprendre qu'un principe général préside comme point de départ à tous les accidens d'inclusion, accidens incompris jusqu'à ce jour, et cependant dont les fastes de la science sont remplis.

M. Roux, médecin du Var, fut de bonne heure l'un de mes correspondans les plus dévoués sur les faits tératologiques; c'est de lui que je tiens l'une de mes espèces du genre *anencéphale*.

L'observation qu'il est venu nous lire en ce jour me paraît encore le fait le plus concluant pour la théorie que je viens d'indiquer si brièvement.

Madame D..., épouse de l'un de ses confrères, aura conservé toute sa vie, durant 52 ans, son petit frère *hétéradelphique*, cette existence tératologique, qui lui a ainsi constitué une condition d'*hétéradelphie intra-abdominale*. Or, ceci n'a pourtant point empêché que cette dame ne devînt mère de quatre enfans, dont on en cite qui vivent présentement; circonstance due probablement à la position du petit frère refoulé haut et près de l'axe vertébral.

Quoi qu'il en soit, voilà où m'a conduit mon infructueuse recherche touchant le prétendu vomissement qui fit tant de bruit en Grèce et plus

(1) Je renvoie pour plus de détails mieux étudiés et pour les recensemens de tous les faits consacrés (dents et cheveux inclus), à l'ouvrage sur la *Tératologie*, de mon fils, Isidore Geoffroy-Saint-Hilaire, tom. II, chap. 12.

tard en Europe. On m'avait ménagé, dans cet envoi, la tromperie d'une très-indigne déception; j'en suis sorti, par la découverte ou la révélation d'un principe général qui manquait dans la science.

J'ai annoncé ce résultat physiologique le 18 avril dernier, lorsque j'apportai à l'Académie ma note intitulée: *Mon dernier mot sur l'embryon de Syra*: — Voyez *Comptes rendus*, 1836, n° 16, p. 392. J'ai promis ce même jour à l'Académie, un prochain travail, où, reprenant le fait dit *Bissieu* et recommandé par le nom du célèbre *Dupuytren*, je ferais disparaître de la science, c'était dès ce moment mon espoir, ces *dissonnances organiques*, touchant les faits d'inclus on abdominale. Les aurais-je effectivement ramenées à la généralité? Du moins, c'est le but de toute science; c'est là où doit tendre le progrès continu de notre âge; ce qui doit devenir l'ordinaire résumé et l'utilité philosophique des bons travaux sur l'organisation.

Ce n'est pas encore ce travail que j'apporte en ce jour, je n'en donne présentement que ce court aperçu.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

LETTRE SUR L'EMPLOI DES BOUGIES RECOUVERTES D'ALUN dans le traitement des rétrécissemens de l'urètre, adressée à M. le président de l'Académie des sciences, par M. Legrand.

Monsieur le président,

M. le docteur Jobert de Lamballe a adressé dernièrement à l'Académie un mémoire qu'il destine à concourir pour les prix Monthyon, et dans lequel il propose pour le traitement des rétrécissemens du canal de l'urètre, l'emploi de bougies recouvertes, par l'intermédiaire d'un corps gras, d'*alun calciné en poudre*. Veuillez me permettre de faire à ce sujet à l'Académie la communication suivante.

Obs. — Au mois d'avril de l'an dernier, je fus consulté par un Brésilien, qui avait un écoulement blennorrhagique, compliqué de quelques autres symptômes syphilitiques assez vagues Ceux-ci cédèrent facilement à un traitement par le stannate d'or à l'intérieur, mais la blennorrhagie n'en fut pas, ou presque pas, modifiée. Je sondai alors le malade et je reconnus deux rétrécissemens, l'un à deux pouces et demi, le second à l'origine de la courbure de l'urèthre. J'appris alors de mon malade qu'il avait déjà été traité de ce double rétrécissement par la cautérisation (d'après la méthode de Ducamp), qui avait donné lieu chez lui à des accidens assez graves, et plus tard par la dilatation, qui, sans le guérir, avait du moins amélioré son état, et n'avait entraîné aucun autre inconvénient que celui de la lenteur. Ce malade désirait bien se voir enfin guéri, mais cependant se souciait peu d'être soumis aux moyens qu'on avait déjà mis en usage, et moi-même j'y répugnais, et surtout à la cautérisation qui, une fois à ma connaissance, a causé une hémorrhagie qui a presque failli être mortelle. Depuis longtemps je songeais à un nouveau mode de cautérisation; je cherchais dans ma pensée un agent qui, étant appliqué sur le siége du rétrécissement, détruisît l'obstacle au cours des urines, mais qui cependant fût sans action, du moins malfaisante, sur les parties saines du canal, dans le cas où il les toucherait. *C'est alors que je songeai à l'alun*; mais comment arriver à appliquer ce nouveau caustique sur la partie rétrécie? Voici comment je procédai.

Je pris une bougie à ventre en cire que j'évidai dans une étendue de sept à huit lignes, et je remplis cette cavité avec de l'alun en poudre, que je parvins à faire adhérer à l'aide d'un mélange de cire, de poix de Bourgogne et d'huile, que j'appliquai bouillant. J'obtins ainsi une bougie à ventre, dont, à l'endroit du renflement, une partie de la circonférence était en alun et l'autre partie en cire, comme le reste de la bougie.

Après avoir dilaté le premier rétrécissement de mon Brésilien par le cathétérisme pratiqué à l'aide d'une grosse sonde en étain, comme l'a proposé M. Mayor de Lausane, j'introduisis facilement ma bougie *aluminée*, et j'opérai une cautérisation circulaire et assez prolongée, en insistant davantage sur une portion du rétrécissement, dont la sonde à empreinte m'avait donné à peu près la disposition. Cette opération qui s'accompagna à peine d'un peu de cuisson, diminua beaucoup ce premier obstacle, qui disparut tout-à-fait après une seconde cautérisation. Le malade malheureusement fut obligé de partir précipitamment pour retourner dans son pays où l'appelaient ses affaires, ce qui m'empêcha d'attaquer le second rétrécissement de la même façon.

Trois semaines ou un mois après, j'eus l'occasion d'appliquer une seconde fois ce nouveau procédé sur un individu qui portait à trois pouces un seul rétrécissement, mais peu considérable, où une seule cautérisation avec l'alun suffit pour l'en débarrasser.

On voit en quoi mon procédé diffère de celui de M. Jobert de Lamballe. Je me permettrai de déclarer que le sien me paraît en tout préférable. En effet, avec lui la première bougie venue peut servir sans qu'il soit nécessaire de lui faire subir aucune préparation préalable; il devient inutile de commencer par dilater le rétrécissement qu'on veut attaquer, puisque la cautérisation (si toutefois on peut donner ce nom à l'action de l'alun) marchant d'avant en arrière, il suffit d'aller poser sur le rétrécissement une sonde chargée d'alun et d'un volume en rapport avec l'étroitesse présumée de la portion rétrécie du canal.

On pourrait penser qu'en écrivant cette lettre j'ai voulu soulever une question de priorité en ma faveur au sujet de l'emploi de l'alun dans le traitement des rétrécissemens du canal de l'urètre: telle n'est pas mon intention. Entre M. Jobert et moi, la question ne saurait être douteuse: il a tout l'honneur de la priorité, et ce n'est absolument que dans le but de lui venir en aide, que je me suis permis d'adresser cette communication à l'Académie. Aussi je demanderai que cette lettre soit renvoyée à la même commission qui jugera le mémoire de M. Jobert, et qu'elle lui soit annexée comme pièce pour ainsi dire justificative. Je m'estimerai en effet fort heureux si cette note devient un motif de plus pour attirer l'attention des chirurgiens sur la méthode proposée par M. Jobert, méthode qui, dans ma pensée, est destinée à faire faire un pas immense à la thérapeutique des rétrécissemens du canal de l'urètre.

Agréez, etc.

A. Legrand, D.-M.

P. S. Je joins à ma lettre la bougie *aluminée* dont je me suis servi pour traiter les deux malades dont il est question.

OBSERVATIONS RELATIVE A UN CAS REMARQUABLE D'ULCÉRATIONS-VÉNÉRIENNES DANS DIVERS POINTS DE L'APPAREIL GÉNITO-URINAIRE, et description d'une pièce d'anatomie pathologique, présentée à l'Académie royale de médecine, par le docteur Philippe Ricord, dans la séance du 15 août 1836.

M. le docteur Ricord, dans la dernière séance de l'Académie royale de médecine, a présenté une pièce d'anatomie pathologique, qui, sous le rapport de l'étude des ulcérations vénériennes des voies génito-urinaires, offrait le plus grand intérêt.

Obs. — Boisseau, âgé de 52 ans, est entré à l'hôpital du Midi le 2 avril 1836, salle 5, n° 15 Il avait eu antécédemment quatre blennorrhagies différentes à des époques qu'il ne pouvait préciser; toutes avaient été parfaitement guéries La dernière, qui lui avait causé beaucoup de douleur, après deux mois de durée sans traitement, avait été suivie d'une orchite pour laquelle le malade fut admis à l'hôpital. L'orchite datait de huit jours avant l'arrivée du malade. Après quelques applications de sangsues, le gonflement du testicule avait un peu diminué. M. Ricord avait indiqué comme complication la présence d'un hydrocèle à l'état aigu. Encouragé qu'il était par l'heureux résultat de ses nombreuses expériences, il pratiqua la ponction.

Mais les douleurs, qui par suite de cette ponction avaient diminué d'une manière notable, reparurent au troisième jour, en même temps qu'un nouvel épanchement de liquide dans la tunique vaginale. Nouvelle ponction, même résultat. M. Ricord fit une troisième ponction et une injection vineuse. Malgré l'état aigu, tout alla comme à l'état simple.

Le 30 mai, le malade était guéri de son orchite et de son hydrocèle, mais l'écoulement blennorrhagique avait persisté malgré l'emploi des balsamiques et des révulsifs. Dans cet état, le malade quitta l'hôpital pour vaquer à ses occupations. Il y revint bientôt avec une orchite compliquée d'hydrocèle, comme dans l'affection du premier testicule. M. Ricord pratiqua encore la ponction de l'hydrocèle à l'aide du bistouri; mais l'écoulement blennorrhagique augmenta progressivement; les garderobes ne se faisaient pas M. Ricord prescrivit au malade la manne dans du sérum. Enfin un marasme progressif que rien ne put arrêter amena la mort.

A l'autopsie, l'appareil génito-urinaire ayant été enlevé, et l'urètre ainsi que la vessie fendue par sa partie supérieure, on découvrit une vaste ulcération qui avait détruit les trois quarts de l'urètre dans toute son épaisseur. En avant, un lambeau de la membrane muqueuse urétrale, détaché des parties sous-jacentes et seulement adhérentes à sa partie antérieure, était légèrement hypertrophié; en arrière un lambeau plus considérable était aussi hypertrophié et induré. Plusieurs ulcérations arrondies, avec la forme caractéristique des ulcérations vénériennes, entamant toute l'épaisseur de la muqueuse vésicale, apparaissent à la surface de la vessie La vésicule séminale gauche offrait un vaste abcès; la droite était intacte; mais le canal éjaculateur et le canal déférent du côté gauche établissaient une continuité de maladie depuis l'urètre jusqu'à l'épididyme supporé, qui offrait dans son intérieur un abcès qui déjà avait entamé une partie du testicule sur le même organe. La ponction palliative qui avait été faite, avait suffi pour amener la formation de fausses membranes établissant déjà un lien d'union entre les deux surfaces de la tunique vaginale. Dans le testicule droit soumis à l'injection vineuse, l'adhérence des deux surfaces était complète pendant la vie comme après la mort. Aucun indice extérieur n'avait pu faire reconnaître la lésion que nous venons de décrire. Il est important de noter que jamais le malade n'avait été sondé ni soumis à l'usage des injections.

L'observation qui précède offre un grand intérêt sous différens points de vue, et a fourni à M. Ricord les réflexions suivantes:

1° Cette question des ulcérations de l'urètre, depuis si longtemps

en litige, est mise hors de doute. Il est incontestable d'après ce qu'on vient de voir, que des ulcérations du canal peuvent pendant la vie ne présenter pour tous symptômes que ceux qui appartiennent à la blennorrhagie.

Cette vérité qui m'a fait admettre les chancres urétraux, dont j'ai prouvé l'existence par mes recherches sur l'inoculation de la syphilis, est ici démontrée sans réplique, et pour tout esprit juste, il restera prouvé qu'une observation pareille a plus de valeur que les trois observations que Hunter a pu recueillir sur les trois pendus dont il a tracé l'histoire, et qui n'avaient que des blennorrhagies sans chancres. Que si l'autopsie fournie par M. Cullerier prouve encore, comme je le répète sans cesse, que la blennorrhagie n'est pas de nécessité accompagnée de l'ulcération, cela n'empêche pas du tout l'urètre de pouvoir être affecté de chancre; et que ces chancres de l'orètre comme ceux des autres tissus qui détruisent le plus ordinairement toute l'épaisseur de la muqueuse, comme on l'a pu voir d'après le bel exemple montré à l'Académie; ils diffèrent encore d'autres ulcérations superficielles qui peuvent se montrer à différentes époques de la blennorrhagie, et qui ont pour caractère essentiel de ne jamais fournir de pus inoculable, tandis que le pus du chancre s'inocule toujours.

Faut-il encore parler de l'autopsie de M. Philippe Boyer? Mais depuis Morgagni qu'on a cité quand on voulait prouver que la blennorrhagie n'était pas accompagnée d'ulcérations, et qu'on a encore cité, sans y prendre garde, lorsqu'il s'est agi de prouver que des cicatrices pouvaient être causes des rétrécissemens de l'urèthre (cicatrices qui devaient bien être la conséquence d'ulcérations); on pourrait répéter, comme on l'a fait à satiété, tou es les observations des individus qui par la nature même de leur maladie ne devaient pas avoir d'ulcères du canal : les chancres de l'urètre, d'après les observations recueillies à l'hôpital des Vénériens, n'étant peut-être que dans la proportion de 1 à 200.

2° Si les ulcérations syphilitiques de l'urètre étaient à juste raison admises par tous les bons esprits depuis Dreacke, Swédiaur, M. Lisfranc et autres, bien qu'ils n'eussent pas établi les différences que j'ai posées; il n'avait jusqu'à présent jamais été question d'ulcères de même nature, siégeant dans la cavité vésicale dont le reste de la muqueuse n'offrait aucune trace d'affection catarrhale, et qui ne présentaient dans les points malades que les caractères qu'on reconnaît aux ulcères syphilitiques.

3° L'ulcération urétrale, qui avait gagné les environs du véru-montanum, avait par son voisinage déterminé l'inflammation du conduit éjaculateur du côté gauche; la suppuration de la vésicule séminale du canal déférent, et celle de l'épididyme de ce côté. On a pu voir que le corps du testicule avait participé à la maladie dans sa moitié postérieure; et on a noté de ce côté la succession de la maladie de l'orifice du canal éjaculateur à la vésicule séminale, de celle-ci au canal déférent; du canal déférent à l'épididyme, de l'épididyme à une portion du corps du testicule, et enfin à la tunique vaginale devenue le siége d'un épanchement symptomatique, qui ne constitue pas du tout l'orchite blennorrhagique comme on a voulu le dire; mais qui n'est qu'un épiphénomène de succession qui est loin de se montrer dans tous les cas, et qui ne se présente jamais seul, ni comme premier accident de ce qu'on est convenu d'appeler la chaude-pisse tombée dans les bourses.

4° Du côté droit on a pu voir une orchite sympathique dans laquelle l'épididyme a été affecté, avec épanchement consécutif dans la tunique vaginale, sans maladie intermédiaire du canal déférent de la vésicule séminale et du canal éjaculateur; de ce côté aussi, comme dans toutes les orchites sympathiques, la maladie a été bien moins grave et la résolution franche.

5° Ce qui a eu lieu pour les deux hydrocèles n'est pas non plus sans intérêt. On a pu remarquer tant à droite qu'à gauche, que des ponctions palliatives que je pratique depuis longtemps à la période aiguë, quand il existe beaucoup de douleur, font toujours disparaître celle-ci et n'empêchent pas le liquide de pouvoir encore se reproduire.

6° L'hydrocèle du côté droit, traité en définitive par l'injection vineuse, a fait disparaître la cavité elytroïde en déterminant l'adhérence intime et complète de ses deux feuillets. A gauche, la ponction palliative répétée avait fini par donner lieu à des fosses-membranes déjà fort étendues qui n'auraient pas tardé à donner lieu à de fortes et solides adhérences, qui semblaient devoir bientôt amener la disparition complète de la cavité. Ce qui prouve enfin, comme on a pu quelquefois l'observer, que de simples ponctions peuvent en définitive, dans quelques cas, amener la guérison de l'hydrocèle.

DE L'APPLICATION DU TRÉPAN DANS LES PLAIES DE TÊTE.

Beaune, le 20 juillet 1836.

Monsieur et très-honoré confrère,

Je compte assez sur votre impartialité pour espérer que vous admettrez cette réclamation au sujet d'une note insérée dans votre feuille du 16 de ce mois, à la suite d'une observation de plaie de tête que vous avez accueillie, quoique les réflexions qui l'accompagnent soient, dites-vous, contraires à l'opinion que vous professez; ce dont je vous sais gré, quoiqu'à dire vrai je ne conçois pas un journal scientifique qui refuserait la publicité à des idées qui ne sont pas les siennes.

Je ne sais si l'auteur de la note m'a lu avec quelque attention, mais il me fait dire que je suis d'avis d'appliquer le trépan au hasard. C'est une interprétation qui est trop loin d'exprimer ma pensée, pour que je puisse la laisser passer sans mot dire. Comment, en effet, aurais-je avancé sérieusement une absurdité telle que celle qui ferait du hasard un principe? Dire que donner au hasard ce n'est pas toujours donner à faux, est ce dire qu'on peut agir en aveugle, sans données, sans probabilité de succès, comme l'expriment les termes de la note? Je dois repousser une telle acception, car elle est trop ridicule. Lorsque les partisans de la nouvelle théorie soutiennent que l'application du trépan ne peut se faire qu'au hasard, ils n'ont certainement pas la prétention d'exiger la certitude dans toutes les opérations chirurgicales. S'il en était ainsi, quel serait celui d'entre eux qui osât faire l'extirpation d'un cancer, par exemple, et promettre que le malade ne périra pas ou que le mal ne repullulera point un an ou deux plus tard? N'est-ce pas dans ce cas donner au hasard? et cependant nous n'irons pas leur reprocher d'avoir opéré au hasard. Fait-on autre chose dans l'application du trépan? Lorsque les os du crâne sont fracturés, lorsque de graves présomptions font soupçonner l'existence et le lieu d'un épanchement, laisserez-vous le cerveau nager dans le sang ou le pus? assisterez-vous, tranquille spectateur, aux derniers instans du malade, ou bien vous hornerez-vous à des applications de sangsues ou à l'administration de l'émétique; parce que vous n'aurez pas une certitude complète du succès de l'opération? Mais est-il donc impossible d'obtenir des données assez satisfaisantes sur le lieu de la collection? Dupuytren, sans aller plus loin, n'osa-t-il pas trépaner un paralytique, et aller chercher et trouver avec un long bistouri un foyer purulent bien avant dans la substance du cerveau? Je consens à ce que vous taxiez cet acte de témérité, malgré le génie de l'opérateur, mais combien ne pourrait-on pas citer de faits dans ce genre d'un diagnostic beaucoup moins obscur, et justifiés par le succès? Peut-être dira-t-on que ces faits ne sont point une preuve de la nécessité de l'opération, et que les malades se seraient fort bien tirés d'affaire sans elle; mais gardons-nous de recourir à ce moyen de défense, ce serait se jeter dans la voie sans fin des récrimiuations. Il est vrai qu'en refusant à la compression une part funeste dans les accidens cérébraux, on doit rejeter la nécessité du trépan; mais ceci est le point principal de la question, sur laquelle mon intention n'est point de revenir, et que je dois laisser au jugement de l'expérience. Je me borne ici au sujet de ma réclamation, que je terminerai en citant une partie de mes conclusions relatives au trépan. « Nous le croyons utile, avons-nous dit, toutes les fois qu'il existe une » fracture des os du crâne avec ou sans esquilles, et principalement » lorsqu'il y a plaie des méninges et du cerveau; » lorsque, bien entendu, les accidens sont graves, et qu'il y a présomption d'épanchement. Ce n'est point là, il me semble, se confier tout-à-fait au hasard.

Agréez, etc.

VOILLOT, D.-M. P.

N. du R. Nous nous expliquons mal la réclamation de notre honorable confrère. Il s'agissait, dans les réflexions qu'il avait jointes à son observation, de l'utilité du trépan dans les cas d'épanchement. Il semble aujourd'hui restreindre cette opération aux cas de fracture des os du crâne; et alors nous sommes d'avis avec lui qu'elle peut être utile. Nous ne nions sa convenance que dans les cas d'épanchement présumé, parce que nous n'approuvons pas qu'une opération si grave soit pratiquée au hasard. M. Voillot se récrie à ce mot : donner au hasard n'est pas toujours donner à faux, dit-il. Qui en doute? qui doute qu'un quaterne puisse sortir à la loterie? Et cependant, si nul homme de bon sens ne s'expose à courir après ce quaterne, comment oserait-on exposer un blessé à un péril bien plus grave avec tout aussi peu de chances de succès? Mais est-il donc impossible d'obtenir des donnés satisfaisantes sur le lieu de la collection, dit M. Voillot? Nous répondrons oui, dans les quatre-vingt-dix-neuf centièmes des cas; et tous les

faits recueillis par les auteurs, qui semblent attester une sûreté de diagnostic miraculeuse, doivent être signalés comme suspects et mal observés ou inexactement racontés. S'il y a quelque moyen satisfaisant de savoir où siége un épanchement sanguin, qu'on nous le dise; s'il n'y en a pas, le hasard seul vous dirigera donc toujours. Et voyez à ce propos l'inconséquence de l'ancienne école. Pour les plaies pénétrantes du ventre, même quand il y a un corps étranger, on défend de faire une contre-ouverture, d'aller à la recherche d'une balle, de remédier à la perforation possible de l'intestin; et Heister est le seul peut-être qui ait osé émettre un avis différent. Nous avons vu récemment, après ce duel de douloureuse mémoire, une élite de chirurgiens abandonner A. Carrel à son sort; et cependant combien ne serait-il pas plus facile de trouver un épanchement dans l'abdomen que dans le crâne! Ils se sont abstenus; et aucune voix ne s'est élevée pour les en blâmer. Pourquoi? c'est qu'ils auraient trop donné au hasard, et que si une large incision les eût menés à côté de l'épanchement, on eût dit avec raison qu'ils avaient à la fois compromis l'art et le malade. Or, ce que personne ne fait pour les épanchemens abdominaux dont le siége est inconnu, par quelle raison l'ose-t-on faire pour ceux du crâne? Est-ce que l'urgence est plus grande dans un cas que dans l'autre? Mais précisément l'urgence est plus flagrante dans les épanchemens de l'abdomen. Est-ce que la péritonite qui peut suivre l'opération est plus redoutable que la méningite? Pourquoi s'en rapporter au hasard dans un cas et le rejeter dans l'autre? Voilà deux circonstances dont la comparaison est logique et peut donner à réfléchir à tous les chirurgiens.

TRAVAUX ACADEMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 8 AOUT.

LENTE ÉVAPORATION D'UNE GOUTTE D'EAU PROJETÉE SUR UNE LAME MÉTALLIQUE INCANDESCENTE.

On sait que lorsqu'on projette une goutte d'eau sur une cupule métallique chauffée, un creuset de platine, par exemple, si la température du métal n'est pas élevée, l'évaporation de l'eau est très-rapide, tandis que, si le creuset est projeté au rouge blanc, la goutte est lancée d'une paroi à l'autre ou tourne sur elle-même, et se maintient ainsi assez long-temps sans diminution bien appréciable. M. Baudrimont, qui s'est occupé il y a quelque temps de ce phénomène dont diverses explications étaient déjà proposées, a cherché à apprécier par la méthode des mélanges la température qu'a l'eau de la goutte, et dans trois expériences il a été conduit à évaluer cette température à 36°, 39° et à 50°. M. Auguste Laurent écrit qu'en trouvant la même méthode, il a été conduit à penser que la température était tout près du point de l'ébullition, entre 99° et 100°.

Ceux qui se sont occupés du phénomène, supposent en général que l'eau ne touche pas les parois du creuset rougi, et qu'elle en est séparée par une couche de vapeur; c'est même à cette circonstance, admise sans un examen suffisant, qu'on a communément attribué la lenteur de l'évaporation. M. Laurent a été conduit, par ses expériences, à nier l'existence de ce courant de vapeur qui maintient constamment l'eau écartée de la lame incandescente. Si ce courant existait, dit-il, l'eau devrait être irrégulièrement et violemment agitée, et c'est, comme on va le voir, ce qui n'a pas lieu.

La goutte n'est ni constamment éloignée du fond du creuset, ni constamment appliquée sur ce fond; elle s'en approche et s'en éloigne alternativement, bondissant comme une balle élastique sur une table de marbre, et changeant de même alternativement de figure, mais d'une manière beaucoup plus marquée, de sorte qu'il y a un moment où la section verticale de la goutte offre une ellipse allongée dont le grand axe est horizontal, et un autre où cette section est une ellipse dont le grand axe est vertical. Il arrive, comme toutes les fois qu'il y a succession rapide de deux ou plusieurs figures sur un même point de la rétine, qu'elles se superposent; et ainsi les deux ellipses, si on n'en voit que deux, forment une croix à branches arrondies, ou, s'il y en a davantage, une sorte d'étoile ou de roue dentée dont le nombre des dents ou des rayons est nécessairement en nombre pair. Afin de se bien assurer qu'en effet cette apparence dentelée de la goutte d'eau est bien due à des bonds rapides, M. Laurent a imprimé à un globule de mercure des mouvemens semblables, en plaçant la capsule de porcelaine qui le contenait sur l'extrémité d'une planche élastique qu'on faisait vibrer à l'aide d'un archet. Ce globule, comme l'auteur s'y attendait, présente alors le même aspect rayonné que la goutte d'eau dansant sur le creuset de platine incandescent.

EXPÉRIENCE SUR LA TORPILLE.

M. Becquerel fait la communication suivante :

« Dans la séance du 11 juillet dernier on a lu une lettre de M. Mattencci, relative à de nouvelles expériences sur la torpille; j'étais alors absent de Paris, et je ne pus réclamer en mon nom et celui de M. Breschet sur l'antériorité de quelques-uns des faits qui y sont mentionnés; je demande aujourd'hui permission à l'Académie de lui présenter quelques observations à cet égard.

» Les faits signalés par M. Mattencci sont de deux ordres différens. Les premiers sont relatifs au mode de production de la décharge électrique dans la torpille à l'instant où elle lance la commotion; les second concernent l'étincelle électrique qui accompagne cette décharge. Les premiers ont été signalés à l'Académie, par M. Breschet et moi, dans le mois d'octobre de l'année dernière, et, de plus, ont été exposés avec de grands détails dans le quatrième volume de mon ouvrage sur l'électricité et le magnétisme, que je lui ai présenté le 13 juin dernier, un mois au moins avant la communication de M. Mattencci.

Quant à ce qui concerne les observations de MM. Linari et Mattencci sur la production de l'étincelle à l'instant où la torpille lance la commotion, je les considère comme chose à eux appartenant. »

ÉLECTRICITÉ DES NUAGES.

M. Peltier communique quelques résultats des observations qu'il a faites à ce sujet avec les appareils que nous avons fait connaître à l'occasion d'une précédente communication du même physicien.

Pendant l'été dernier, la plupart des nuages furent électriques, et presque tous ceux qui l'étaient possédaient l'électricité positive. Cette année, il en est tout autrement : jusqu'à présent, la plupart des nuages se sont montrés neutres, et ceux qui étaient électriques l'étaient presque toujours négativement.

A diverses reprises, l'auteur a eu occasion d'observer les changemens plus ou moins brusques dans le signe de l'électricité des nuages. Ainsi, le 8 avril dernier, les nuages étaient fortement négatifs, et la déviation de l'aiguille, pendant plusieurs minutes, se maintint à 80 degrés; mais il y eut plusieurs renversemens subits qui portèrent la déviation à 90 degrés dans l'autre sens. Chaque fois que la déviation négative augmenta très-subitement, il y eut presque aussitôt une averse de grésil. Les nuages du reste du mois et de tout le mois de mai furent peu électriques.

Le 8 juin, vers quatre heures, il y eut un courant négatif descendant; la pluie commença vers cinq heures. Il y eut plusieurs alternatives négatives et positives dans le sens du courant; l'eau qui tombait ne changeait pas de signe comme le courant; elle donna toujours des signes négatifs à l'électroscope.

Le 11 juin, le commencement de l'orage fut positif; le milieu, négatif; la fin redevint positive.

Le 16, à deux heures du matin, dit M. Peltier, je fus réveillé lorsque l'orage éclatait de toutes parts. Je courus à mes instrumens : ils marquaient 80 degrés d'un courant descendant négatif. Les grands éclairs produisaient à peine 10 à 15 degrés de diminution dans la déviation; à deux heures trente minutes, le courant négatif marquait encore 70 degrés, lorsqu'un très-fort éclair eut lieu : l'aiguille pirouetta et alla s'arrêter à 80 degrés, de l'autre côté, où elle resta trente minutes, puis revint à ses 70 degrés primitifs. L'orage s'éloigna vers deux heures quarante-cinq minutes : l'aiguille revint à zéro, puis passa du côté positif où elle resta.

COURANS PRODUITS PAR L'ACTION CHIMIQUE DE L'ALCOOL D'UN VERNIS A LA GOMME LAQUE SUR UN FIL DE MÉTAL.

M. Gourjon écrit qu'ayant soumis à l'épreuve d'un système d'aiguilles astatiques d'une très-grande sensibilité, un galvanomètre dont le fil couvert venait d'être enduit de gomme laque, il a remarqué que les deux bouts étant libres, et par conséquent le circuit interrompu, l'aiguille était déviée de 90° de sa position. Le courant était tellement intense que si l'on faisait tourner tout l'appareil, l'aiguille était entraînée de manière à rester toujours à 90° du zéro.

Lorsqu'on établissait la communication entre les fils, en fermant le circuit, l'aiguille revenait à zéro et y restait stationnaire.

L'épreuve a été répétée un grand nombre de fois pendant plusieurs jours, en ayant soin, avant chaque expérience, de s'assurer que la position d'équilibre des aiguilles libres n'était pas changée. Le cinquième jour, la force agissante n'avait rien perdu de son intensité; le sixième, elle avait diminué de 10° environ, et ce n'est que le onzième jour que son action était tout-à-fait nulle.

M. Gourjon a fait passer un fort courant dans l'un et l'autre sens, pour savoir s'il y aurait quelque modification dans le phénomène primitif; il n'en a observé aucune.

Plusieurs appareils construits de la même manière ont tous porté l'aiguille au même degré.

Il ne se passe rien de semblable lorsque le fil n'est pas enduit de gomme laque, ou lorsqu'il l'est depuis long-temps.

M. Peltier, à qui M. Gourjon a communiqué ces faits, en a donné l'explication suivante :

L'eau de l'alcool oxide le fil de cuivre dans toute sa longueur; ce fil est alors négatif et le liquide positif. Une grande partie de ces électricités se neutralisent immédiatement par un courant en retour, comme cela a lieu dans tous les couples hydro et thermo-électriques; une autre partie suit le conducteur métallique et vient ressortir par les fils en regard au point oxidé, et former ainsi un circuit complet; les courans naissans de toute la longueur du fil s'établissent à droite et à gauche en raison inverse des résistances. Si donc le fil galvanométrique forme un circuit fermé et complet, tout y est nécessairement identique, et les courans devront infailliblement s'y propager, la moitié dans un sens et l'autre moitié dans l'autre sens. Ces deux moitiés étant égales et contrariées neutraliseront leurs actions sur l'aiguille aimantée, et cette dernière ne sera pas dérangée de son équilibre; mais si on ouvre le circuit en un point d'un côté seul, tout ce qui passait par ce point, ne trouvant plus d'issue, se propage par l'autre moitié, et rend prédominante la masse d'action de ce dernier côté.

DESTRUCTION MÉCANIQUE DES PIERRES DANS LA VESSIE.

M. Beniqué lit un mémoire relatif à un appareil qu'il a inventé pour remplacer l'action du marteau mû par la main du chirurgien dans l'opération du brisement de la pierre par percussion. M. Beniqué pense que ce mode de destruction des calculs dans la vessie est en général très-préférable à tous les autres, et qu'il se-

rait adopté sans difficulté si on ne craignait la rupture ou la déformation des pinces par suite de la résistance d'une pierre très-dure à une percussion violente. L'accident serait fort grave en effet, et il n'est pas malheureusement sans exemple. C'est en vain, dit l'auteur du mémoire, que l'on chercherait à éviter ce danger en se servant de marteaux sous le poids desquels l'instrument ne saurait être brisé; car pour écraser une pierre offrant quelque résistance, le bras devrait employer presque toute sa force, et sur cent coups donnés ainsi, à peine un seul serait-il ajusté avec précision; on fait donc toujours usage de marteaux sous lesquels les instrumens peuvent être brisés ou faussés. Un moyen de prévenir cet accident serait de remplacer l'action du bras par une puissance que l'on pût calculer et modérer, et c'est ce que M. Beniqué a voulu obtenir en attachant le manche du marteau à un ressort dont la force est éprouvée avec un dynamomètre, et peut être variée à volonté.

L'appareil dont nous ne donnerons pas ici la description, qui serait difficilement comprise sans le secours d'une figure, n'a pas seulement pour objet d'empêcher la rupture ou la déformation des branches de la pince; elle doit encore avoir pour résultat : 1° de mieux assurer la direction du coup, dont l'effet utile serait de beaucoup diminué si le marteau ne frappait pas en plein, et bien dans le sens de la tige mobile. Ce qui arrive pourtant d'une manière plus ou moins marquée, peut-être 99 fois sur 100, lorsque ce marteau, au lieu d'être dans les mains d'un ouvrier habitué à manier un pareil outil, est dans celles d'un chirurgien; 2° de permettre la fréquente répétition et la régularité des coups. Or, suivant M. Beniqué, cette régularité et cette fréquente répétition des coups entretiennent dans la double tige de l'instrument et dans la pierre un mouvement vibratoire qui dispose celle-ci à se rompre, sans produire le même effet sur les mâchoires d'acier entre lesquelles elle est pressée. Le mouvement vibratoire, ajoute l'auteur, a encore l'avantage de favoriser la rupture de la pierre en un nombre de parties beaucoup plus grand.

THÉORIE DE LA VISION.

M. Capitaine lit un mémoire sur ce sujet. L'auteur a principalement pour but de prouver que l'œil n'est pas purement passif dans la vision; il se fonde principalement sur des expériences qui sont tout le monde connait, mais dans lesquelles il signale des différences qu'on n'a pas encore aperçues et qu'il conviendrait de répéter. Quand on arrête fixement son regard sur une surface blanche, éclairée par la lumière directe du soleil, puis qu'après un certain temps on dirige la vue sur un objet blanc, mais non éclairé, le contour de la première surface s'y détache un moment en obscur, et, comme l'on disait, par une tache noire. M. Capitaine soutient que ce n'est pas en noir que l'image se montre au premier moment, mais qu'elle devient verte, puis rouge, puis indigo; après quoi elle disparaît. L'auteur cite plusieurs autres expériences qui, en général, offrent des résultats un peu différens de ceux qu'on connaissait, et desquelles surtout il tire des conclusions qui ne ressemblent en rien à celles qu'ont déduites les physiologistes.

SÉANCE DU 15 AOUT.

SUR LA PLACE QUE DOIT OCCUPER DANS LE SYSTÈME ORNITHOLOGIQUE LE GENRE CHIONIS, OU BEC-EN-FOURREAU, mémoire de M. DE BLAINVILLE.

Il est probable que l'oiseau qui fait le sujet de ce mémoire a été connu des premiers navigateurs qui ont doublé le cap Horn; mais le premier auteur qui en ait parlé d'une manière scientifique, est Forster, le compagnon de Cook dans son second voyage. Forster en fit un genre qu'il nomma *chionis*, à cause de sa blancheur de neige, et il le plaça parmi les *gallæ* de Linnée; c'est ce qu'il fit également en 1788 dans son Enchiridion, où il introduisit ce nouveau genre entre les genres *tringa* et *rallus*.

Pennant, qui eut aussi à s'en occuper dans son histoire des mers australes, le conserva également parmi les échassiers. C'est encore ce que fit Latham, auquel on en doit la première figure; pour ce dernier naturaliste, le *chionis* vient après les poules d'eau, et précède les phalaropes.

Gmelin mit le *chionis* entre les foulques et les jacanas; Bonnaterre adopta la place donnée par Latham à l'oiseau qu'il nomma le premier *bec-en-fourreau*, traduction du nom qu'avait proposé Pennant.

Illiger, en 1812; Vieillot, en 1816, proposèrent chacun un nouveau nom pour cet oiseau, changèrent un peu sa place dans la série ornithologique, mais le conservèrent toujours parmi les échassiers.

Oken, qui de même que tous les naturalistes du continent, n'avait pas eu l'occasion de voir le *bec-en-fourreau* dont il n'existait en Europe qu'un seul individu conservé dans une collection anglaise, fut le premier qui le tira de l'ordre où tous les autres s'étaient accordés à le ranger, et le plaça parmi les gallinacés. Les marins d'ailleurs lui avaient déjà en quelque sorte assigné cette relation en lui donnant le nom de pigeon des Malouines.

En 1820, Temminck, dans son système général d'ornithologie, fit un second changement d'ordre, et le *chionis* vint se placer dans l'ordre des palmipèdes entre le genre *cercopsis* et le genre *rhyncops*. Goldfuss le reporta parmi les gallinacés près des *kamichis* et des *agamis*.

Cependant, MM. Quoy et Gaimard, dans le voyage de l'Astrolabe, s'étant procuré un *chionis*, en parlèrent avec quelque détail dans leur ouvrage publié en 1824, et en donnèrent une bonne figure. M. Cuvier, qui, faute de renseignemens assez positifs, n'avait pas cru devoir parler de ce genre dans la première édition de son *Règne animal*, l'inscrivit dans la seconde à la fin des échassiers, comme type d'une petite famille.

Déjà, avant la publication de cette seconde édition, un second individu du *bec-en-fourreau* a fait connaître quelques particularités de son organisation viscérale. On sut ainsi que l'intestin grêle est pourvu de deux cœcums longs de plusieurs pouces, et qu'il y a un gésier.

Malgré ces nouveaux élémens de jugement, les ornithologistes furent encore loin d'être d'accord; ainsi, tandis que M. Lesson, dans son Manuel d'ornithologie publié en 1828, continuait à former avec ce genre une petite famille qu'il plaçait sous le nom de chionidées, à la fin des échassiers, M. Isidore Geoffroy était revenu à l'opinion d'Oken et de Goldfuss en le rangeant dans les gallinacés, et M. Lesson lui-même y revint en 1831, puisqu'il en fit le type d'une dernière famille de ceux-ci, sous le nom de *ponto-galles* (gallinacés marins), nom qu'il changea plus tard en celui de *tetras-chore*, perdrix de mer.

Il était difficile de se décider entre tant d'opinions diverses, et presque impossible de le faire sans avoir de nouveaux élémens de jugement; M. de Blainville a pu s'en procurer de deux sources différentes : d'une part il a obtenu, à Abbeville, de M. Baillon, correspondant du Muséum d'histoire naturelle, le squelette du tronc du *chionis*, pièce importante, puisque, ainsi que M. de Blainville lui-même l'a montré, depuis vingt ans, le sternum fournit de très-bons caractères pour la classification ornithologique; de plus, il a reçu de M. Botta, préparateur du Muséum, qui a eu l'occasion d'observer l'oiseau dans un voyage de circumnavigation avec le capitaine Duhaut-Cilly, d'utiles renseignemens sur son organisation intérieure.

A l'aide de ces diverses données l'auteur du mémoire a pu former une description assez détaillée de l'oiseau; nous en reproduirons ici quelques traits.

Le bec-en-fourreau est gros comme un fort pigeon; il a le corps assez épais, le col gros, la tête un peu forte, le bec droit, assez court, épais, peu courbé supérieurement, peu pointu, et garni à sa base d'une espèce de fourreau corné, incomplet, les ailes assez longues, terminées en pointe, la première penne étant la plus longue et les neuf autres diminuant assez rapidement. Les membres inférieurs, au contraire, sont assez courts, très-forts; les doigts sont au nombre de quatre, les trois antérieurs sub-égaux, réunis à leur base par un repli de la peau, et élargis dans toute leur longueur par un épatement de la plante, comme dans les huitriers; le pouce est court et assez haut placé.

Les parties du squelette que M. de Blainville a pu étudier lui ont offert les caractères suivans : quinze vertèbres cervicales, six thoraciques, quatorze lombo-sacrées, et à ce qu'il paraît sept coccygiennes; le sternum est un parallélogramme allongé dont le bord antérieur est occupé presque entièrement par l'articulation des ischions antérieurs; le bord abdominal présente deux échancrures séparées par trois apophyses égales, coupées carrément; la crête est très-saillante.

La forme de l'appareil sternal, dit M. de Blainville, éloigne tout d'abord, comme on le voit, le bec-en-fourreau des gallinacés et même des dernières familles de palmipèdes, tandis qu'il le rapproche de la famille des coureurs parmi les échassiers, et en particulier du genre huitrier auquel il ressemble beaucoup et par les habitudes et par l'organisation. Dans les deux, en effet, c'est même nombre des vertèbres, même nombre et même forme des côtes, même configuration du sternum. Le canal intestinal a également trois cœcums, dont deux terminaux médiocres et un moyen fort petit (l'observation de ce dernier chez le *chionis* est due à M. Botta). L'estomac est également formé d'un gésier fort petit sans jabot; la queue est courte et composée de six paires de pennes égales; les ailes formées de dix pennes à la main sont aiguës; les jambes sont peu élevées et nues seulement vers le talon; les tarses, non comprimés, sont également réticulés en arrière et en avant, les doigts sont élargis à la plante, de manière à paraître bordés latéralement. Ce sont également des oiseaux coureurs, habitant les rivages de la mer où ils cherchent leur nourriture, consistant en coquillages et peut-être en animaux morts.

BOTRYTIS DE LA MUSCARDINE.

M. Montaigne lit un mémoire sur cette mucédinée; il résulte des recherches qu'il a faites :

1° Que le champignon dont le développement dans le corps du ver à soie produit cette singulière maladie, appartient, ainsi que l'avait reconnu M. Balsamo, au genre *botrytis*;

2° Que le *botrytis bassiana*, si tant est qu'il soit spécifiquement distinct, diffère bien peu du *botrytis diffusa* (Dittmar).

3° Que, contre l'opinion de M. Bassi, la mucédinée entomoctone non-seulement germe et se développe sur des corps inorganiques, pourvu que ceux-ci soient placés dans des conditions de chaleur et d'humidité convenables, mais encore qu'elle y parcourt toutes les phases de sa vie jusqu'à la reproduction des sporidies inclusivement;

4° Que depuis le moment de la germination de celles-ci jusqu'à la fructification des champignons, il ne s'élève que quatre jours, quel que soit le support qu'on leur ait donné, mais que l'état parfait ne se montre que le sixième jour;

5° Que pour arriver à ce dernier état, il faut que la mucédinée soit placée dans des circonstances particulières. (M. Montaigne ne l'a pu observer sur les vers à soie qui ont fait le sujet de ses expériences, quoiqu'il l'ait trouvée sur des vers muscardinés venus d'Italie;

6° Que les sporidies se forment à l'intérieur des filamens, et qu'elles en sortent et se groupent symétriquement à l'extrémité des ramules;

7° Qu'aux différentes époques de leur courte existence les mucédinées, sans en excepter celle dont il est ici question, subissent des métamorphoses qui les rendent dissemblables à elles-mêmes;

8° Que les circonstances locales et atmosphériques dont les effets puissans n'ont pas encore été suffisamment appréciés dans la question du développement de ces plantes, sont de nature à modifier leurs formes extérieures et à en faire de véritables protées;

9° Que pour obtenir la reproduction du *botrytis bassiana*, il n'est pas indispensable d'employer une certaine quantité de la masse sporulaire, qu'on peut le faire naître d'une spor.die isolée et arrivée au dernier terme de son évolution;

10° Qu'ainsi que l'avait déjà annoncé M. Bassi, les sporidies peuvent bien conserver, pendant une année, la propriété de germer dans les vers à soie ou d'autres insectes, mais que cette faculté ne se prolonge pas aussi loin quand on veut tenter la même expérience sur un corps inorganique;

11° Qu'en prolongeant le séjour de la lame de verre dans les mêmes conditions qui ont favorisé l'évolution artificielle, les filamens finissent par se résoudre

presque complétement en sporules, comme cela a d'ailleurs été observé pour d'autres genres de mucédinées;

12° Qu'enfin le *penicillium*, que M. Audouin croit avoir obtenu des séminules du botrytis, ne saurait être le résultat d'une métamorphose de ce dernier champignon, mais plutôt qu'il faut l'attribuer à un mode de dissémination des sporules cryptogamiques que nous ne connaissons pas, quoique nous ayons assez souvent occasion d'en observer des effets.

APPLICATION DE L'ÉCROU BRISÉ AU BRISE-PIERRE.

M. Larrey fait en son nom et celui de M. Roux un rapport sur les pièces relatives à une discussion sur ce sujet.

Deux médecins qui s'occupent spécialement de lithotritie se disputent, dit le rapporteur, une légère perfection qui a été faite à l'instrument de Jacobson, un changement qui consiste dans l'addition de deux écrous brisés mis en jeu par un mécanisme très-simple et facile à mettre en mouvement, et qui cependant augmente la rapidité de la manœuvre.

Bien que ce perfectionnement ajoute très-peu de chose à l'idée de l'inventeur, nous avons examiné avec soin les mémoires qui nous ont été adressés par les deux réclamans, pour pouvoir signaler à l'Académie celui des deux auquel appartient réellement cette addition.

1° Nous avons lu dans le *Journal des Connaissances médicales* du mois de juillet 1834 la description d'un système d écrous brisés ajouté à l'instrument désigné plus haut, et nous avons eu sous les yeux l'instrument lui-même. L'auteur est M. Leroy d'Etiolles.

2° Nous avons également lu dans le journal la *Lancette* du 27 janvier 1836, que M. Civiale avait aussi ajouté à ce même lithotriteur un mécanisme analogue, et qui ne diffère que par la forme de quelques pièces de celui qu'avait proposé son compétiteur, les résultats d'ailleurs étant absolument les mêmes. Il est probable que ces deux habiles lithotriteurs, sans que l'un ait eu connaissance de l'invention de l'autre, ont eu la même idée et l'ont mise à exécution chacun de son côté; mais il ne reste aucun doute pour vos commissaires que M. Leroy l'a émise le premier. Au total, ces recherches accélèrent les progrès de la science et concourent au soulagement de l'humanité, et sous ce rapport l'académie ne peut qu'approuver les efforts de ces deux médecins.

Lithotritie urétrale. — Les mêmes commissaires font un rapport sur une notice de M. Leroy d'Etiolles, relative aux moyens d'extraire les fragmens de calcul arrêtés dans l'urètre.

M. Leroy d'Etiolles, disent-ils, a ajouté aux instrumens jusqu'ici employés pour cette opération quelques perfectionnemens qui nous semblent ingénieux et qui consistent :

1° A rendre la curette usitée par tous les praticiens, flexible, au moyen d'une articulation ginglymoïde qui lui permet, à l'aide d'un petit ressort, de rabattre cette curette sur le calcul et de le rendre immobile dans le point du canal où il s'est arrêté;

2° A faire couler sur la tige de cette curette une petite pince à trois branches, armée d'un foret proportionné pour en opérer le broiement.

En résumé, disent en terminant les commissaires, nous ne pouvons qu'applaudir aux efforts incessans que M. Leroy d'Etiolles fait avec plusieurs de ses confrères pour le perfectionnement de la lithotritie.

SÉANCE DU 22 AOUT.

TÊTE FOSSILE DU DINOTHERIUM GIGANTEUM.

On connaissait depuis quelques années divers débris fossiles d'un animal de taille gigantesque, que d'après la forme de ses molaires on crut d'abord rapproché du tapir, aux dimensions près. Cependant, on ne tarda pas à reconnaître que l'animal antédiluvien s'écartait beaucoup par d'autres caractères de l'espèce vivante à laquelle on l'avait rapporté, puisqu'on trouva un fragment de mâchoire inférieure qui portait une incisive démesurément longue, et comparable jusqu'à un certain point à une défense d'éléphant. On supposa naturellement que cette dent avait la direction ordinaire, c'est-à-dire que sa pointe était dirigée en haut; cependant il fut prouvé plus tard qu'elle était dirigée vers la terre. Ainsi, cette denture s'écartait du cas ordinaire des incisives, d'abord par sa taille, puis par sa direction; comme défense elle se distinguait de celles des éléphans, des morses, des dugongs et parmi les espèces perdues, de celle des mastodontes, toutes espèces chez lesquelles c'est la mâchoire supérieure qui en est armée. On ne connaissait encore au reste que la mâchoire inférieure de l'animal dont nous parlons. Une lettre de M. Kaup, adressée à M. de Blainville, annonce qu'on vient d'obtenir les parties supérieures de la tête en très-bon état de conservation.

Cette intéressante découverte, dit M. Kaup, a été faite à Eppelsheim par une société à la tête de laquelle se trouve M. le docteur Klippstein. Je m'occupe en ce moment de publier une description et une figure de cette tête; j'aurai l'honneur de vous adresser prochainement mon travail, qui sera précédé d'une introduction géognostique, par M. Klippstein.

Cette tête n'a pu être extraite sans dépenses considérables, et les propriétaires actuels sont dans l'intention de la vendre, afin de se payer de leurs déboursés; ils auraient cependant le désir d'en faire une exposition à Paris et à Londres; mais comme le transport exigerait encore des frais considérables, *la tête ayant plus d'un mètre, tant en largeur qu'en longueur*, et devant peser, avec l'emballage, ou moins douze quintaux, ils veulent, avant d'entreprendre le voyage, savoir si cette pièce excitera assez la curiosité du public pour que le prix du transport soit au moins couvert par les recettes provenant de l'exposition.

Si l'entreprise paraît présenter des chances de succès, la tête de *dinotherium* quittera Darmstadt au moins de novembre prochain, passera par les Pays-Bas, et arrivera à Paris vers la fin de décembre.

DESTRUCTION DES CALCULS VÉSICAUX PAR PERCUSSION.

M. Beniqué, dans un mémoire sur un appareil destiné à régulariser la percussion dans l'opération de la lithotripsie, mémoire lu à la séance du 9 août, avait parlé d'un instrument proposé pour le même usage par M. Leroy d'Etiolles, et exécuté il y a environ deux ans. M. Leroy adresse à l'Académie cet instrument, et demande qu'il soit soumis à l'examen de la commission chargée de faire un rapport sur celui de M. Beniqué.

« Comme M. Beniqué, dit-il, je m'étais proposé de proportionner la force du choc à la résistance connue du brise-pierre, mais sous d'autres rapports il existe entre les deux procédés de notables différences. Dans l'instrument de M. Beniqué tout est immobile, brise-pierre et marteau; dans le mien, au contraire, tout est libre, le brise-pierre n'a plus besoin d'être mis à l'étau, car le mécanisme s'adapte au brise-pierre et prend son point d'appui sur lui. Soustraire l'opération de la lithotripsie à l'état d'immobilité et aux inconvéniens qu'il entraîne, est le but que je me proposais en imaginant cet instrument; j'en ai fait plusieurs fois avec succès l'application sur l'homme, mais je l'emploie rarement à cause de sa complication; j'ai d'ailleurs le projet et l'espoir de le simplifier notablement.

RÉUNION DU BEC-DE-LIÈVRE.

M. Montain lit un mémoire sur le traitement du bec-de-lièvre palatin et labial.

C'est au moyen d'une compression exercée sur chaque côté de l'arcade alvéolaire, que M. Montain obtient le rapprochement des deux portions de la voûte palatine. Son appareil se compose d'un arc métallique résistant, qui repose sur le sommet de la tête, dont il est séparé par un coussinet, et descend le long des joues jusqu'au bord inférieur du jugal. Une courroie qui ceint le crâne concourt à le maintenir en position. A la hauteur de l'arcade zygomatique, chaque branche porte en dedans un levier à charnière qui s'avance jusqu'à la commissure des lèvres, les contourne, remonte dans la cavité buccale et s'élargit en une plaque qui embrasse le bord alvéolaire. Une vis de pression dont l'écrou est fore dans l'extrémité de l'arc métallique, pousse en dedans l'extrémité libre du levier, et porte ainsi l'os palatin, sur lequel cette extrémité presse, vers l'os du côté opposé, qui est lui même soumis à une semblable action.

Pour raviver les deux bords des parties qu'on rapproche, on avait jusqu'ici employé l'instrument tranchant. M. Montain pense que l'effusion du sang qui en résulte peut être dangereuse pour l'enfant qui l'entretient par des mouvemens de succion; il a recours, en conséquence, à la cautérisation. J'évite par là, dit-il, le danger de la suffocation, j'abrège le temps et j'épargne la douleur.

L'instrument placé et la cautérisation opérée, on rapproche les deux vis jusqu'à ce que les deux bords des palatins se trouvent en contact; il suffit ensuite de veiller à ce que les vis de pression soient convenablement serrées, et de faire quelques injections émollientes dans les fosses nasales; le troisième jour la jonction est faite et on peut enlever l'appareil.

Quant à l'opération labiale, poursuit l'auteur, on peut la faire de suite, comme je l'ai pratiquée une fois, ou la renvoyer après l'opération palatine; dans l'un ou l'autre cas, on peut opérer au moyen d'une agrafe qui saisit en dessous la lèvre inférieure au moyen de pointes trop courtes pour en traverser entièrement l'épaisseur, ce qui fait qu'après l'opération il n'y a point de cicatrices visibles à l'extérieur; une bandelette agglutinative qui met en rapport les deux portions labiales supérieures complète la réunion.

Plus l'enfant qu'on soumet à l'opération est jeune, et moins on rencontre d'obstacles à la guérison.

DES EFFETS PATHOLOGIQUES DE QUELQUES LÉSIONS DE L'OREILLE MOYENNE SUR LES MUSCLES DE L'EXPRESSION FACIALE, SUR L'ORGANE DE LA VUE ET SUR L'ENCÉPHALE, par M. DELEAU.

L'otite interne, quand elle se montre chez les jeunes enfans, est assez souvent dit M. Deleau, accompagnée de convulsions des muscles de la face, de l'irrégularité du regard, de l'abaissement de la paupière supérieure, et ces symptômes réunis ont fait, plus d'une fois, croire à l'existence d'une affection cérébrale, tandis qu'on ne voyait dans l'otorrhée qu'une complication accidentelle. M. Deleau rapporte plusieurs cas de paralysie ou de convulsions des muscles faciaux, qui dépendaient d'une inflammation de l'oreille moyenne et ont cédé au traitement indiqué pour cette affection; il rapporte aussi plusieurs observations relatives à l'affaiblissement de la vision, par suite de la même cause. Nous nous contenterons de reproduire la suivante.

Edouard Nivot était atteint depuis deux ans d'un écoulement de l'oreille droite; lorsqu'il fut présenté à M. Deleau, il souffrait de fréquentes céphalalgies, et depuis 6 mois, il ne voyait plus de l'œil droit. La membrane du tympan fut examinée et n'offrit point de perforation. Un régime antiphlogistique, des ventouses scarifiées appliquées derrière l'oreille, quatre vésicatoires volans rétablirent la vue en trois semaines. Un séton à la nuque compléta la guérison.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 16.

Présidence de M. Louyer-Willermay.

SÉANCE DU 23.

La correspondance officielle comprend :

1° Tableau des vaccinations faites en 1823 dans le département des Basses-Pyrénées. (Joint une lettre de M. le préfet datée de Pau, 11 août 1836, et un rapport imprimé sur les vaccinations.)

2° Tableau des vaccinations faites en 1836 dans le département de la Haute-Loire.

3° Tableau *idem* dans le département de la Lozère.

4° Lettre de la Société médicale d'Amiens, du 21 août 1836, avec un rapport sur une découverte du cow-pox.

Toutes ces pièces sont renvoyées à la commission de vaccine.

5° Lettre ministérielle du 19 août 1836, avec envoi d'un rapport de M. le docteur Cuyot sur une fièvre typhoïde épidémique qui a régné à Jesonville en 1835 et 1836. (Commission des épidémies.)

La correspondance manuscrite comprend :

1° Observations sur une opération de hernie inguinale, par M. le docteur ehare de Vire. (Commissaires, MM. Canuet et Blandin.)

2° Quelques légères considérations sur l'épidémie de variole qui a régné dans nos contrées en 1834 et 1836; par M. le docteur Piorry. (Commission de vaccine.)

3° Lettre de M. Jules Guérin, du 22 août 1834, en réponse aux allégations dont il a été l'objet dans la dernière séance. (Archives.)

4° Lettre de M. Gaunal, du 22 août 1836, qui déclare qu'il ne fait point partie de la Société médicale d'embauchement. (Archives.)

M. le président annonce que dans la séance prochaine l'Académie aura à s'occuper de la formation de deux commissions :

La première, pour une présentation de candidat au titre de correspondant ;

La deuxième, pour décider à quelle section doit appartenir le membre qui doit être nommé par suite du décès de trois membres.

Il annonce également que M. le docteur Serrières de Nancy, correspondant, est présent à la séance.

M. Londe fait un rapport sur la demande formée par M. Maisonnabe, d'un certain nombre de bourses destinées, dans sa maison d'orthopédie, à des enfans de 9 à 18 ans.

Le rapport est renvoyé à la commission, qui n'en avait pas en connaissance.

M. Castel lit en son nom et au nom de MM. Villeneuve et Brichetcau un rapport sur un mémoire de M. Thomson, intitulé : *Note sur le choléra épidémique*. Conclusions : d'adresser des remercîmens à l'auteur et de déposer son mémoire dans les archives de l'Académie.

Quelques remarques sont faites :

M. Velpeau désirerait savoir si ce qui le concerne dans le rapport, a été pris dans ce qu'il a publié, ou vient de M. le rapporteur lui-même.

M. Castel répond qu'il a pris cette citation dans le mémoire de M. Thomson.

M. Double objecte que le travail de M. Thomson ayant été publié, le rapport devient sans objet.

M. Castel répond qu'un extrait du travail a paru dans les journaux, et que la commission ne s'est pas crue dispensée de faire le rapport.

Sur la proposition de M. Cornac, le rapport et ses conclusions sont adoptés.

M. Lodibert lit en son nom et au nom de MM. Soubeiran et Henry, un rapport rédigé par ce dernier sur un mémoire de M. le docteur Pallas, intitulé : *Nouvelles recherches sur le sucre et le parenchyme de la tige de maïs*. Conclusions : adresser des remercîmens à l'auteur, et l'inviter à donner suite à un travail qui promet d'utiles conséquences.

M. Esquirol prend la parole contre quelques assertions du rapport. Il soutient que le maïs ne peut prospérer que dans des terres fertiles.

M. Guéneau de Mussy parle dans le même sens : il ajoute que la culture de cette plante, loin d'être simple et facile, demande au contraire beaucoup de travail et de soin.

M. Moreau partage le sentiment de MM. Esquirol et Guéneau de Mussy, il le fortifie par des considérations tirées de l'expérience; il pense à l'égard du principe sucré, que ce principe est très-développé dans la jeune plante, à l'époque de la floraison.

M. Lodibert soutient ce qu'il a avancé. Il s'appuie des observations qu'il a faites dans le département de la Drôme; quant au principe sucré, celui qui donne le sucre non cristallisable, il se trouve dans la jeune plante. Le sucre cristallisable est en plus grande quantité dans la plante mûrie.

M. Double rappelle l'ouvrage que M. Bonafons de Turin a publié sur cet objet. On y voit qu'il y a plusieurs espèces de maïs, l'une qui veut des terres grasses, l'autre qui prospère dans des terres maigres. Cet ouvrage est excellent, sauf que les questions médicales y sont trop négligées.

M. Dupuy fait observer que la culture du maïs a l'avantage de nettoyer la terre et de détruire les jachères.

Le rapport et les conclusions sont adoptés.

Sur la proposition de M. Moreau, le mémoire de M. Pallas est renvoyé à la commission de publication.

M. Lisfranc présente : 1° le malade sur lequel il a enlevé les deux tiers du corps de l'os maxillaire inférieur, et les parties molles qui les recouvrent : cet homme était affecté d'un cancer. La réparation de la déperdition de substance produite par l'opération, a été faite avec des lambeaux pris sur les régions antérieures et latérales du col. Il n'est survenu aucun accident. Partout la réunion par première intention a réussi ; seize jours ont suffi pour obtenir la guérison. Il y a peu de difformité. Par des raisons physiologiques qu'il serait inutile d'énoncer, l'aspect de la face devient de jour en jour meilleur.

2° Un jeune homme sur lequel il a pratiqué la ligature de l'artère brachiale pour un anévrisme traumatique de la partie inférieure de cette artère. M. Lisfranc a mis en usage un seul lien plat formé par quatre fils réunis. La ligature est tombée le quinzième jour. Le caillot renfermé dans la poche anévrismale s'est ramolli au point qu'on n'en sentait aucune trace, et que le toucher donnait la sensation d'un abcès arrivé à sa complète maturité. A mesure que le liquide a été résorbé, la consistance de la tumeur a augmenté, et aujourd'hui qu'elle est réduite de ses quatre cinquièmes, la présence d'un caillot mou est évidente. La plaie résultant de l'opération a été entièrement cicatrisée le quarantième jour. Le malade est guéri.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

CONSIDÉRATIONS SUR LES NÉVROSES ET LA MÉTHODE RÉFRIGÉRANTE ; par M. Meurissé de Noyon, D.-M. P. in-4° de 31 pages. Dissertation inaugurale, 1836.

La méthode réfrigérante est l'une des médications les plus utiles dans le traitement de quelques névroses, et pourtant aussi l'une des moins fréquemment employées, ce qui nous semble pouvoir être rapporté à deux causes différentes : la première, c'est la difficulté que l'on éprouve à distinguer les cas où cette médication peut être utile, de ceux où elle serait inutile ou même nuisible; car toutes les névroses ne réclament pas l'emploi de ce moyen, qui ne peut pas également être employé à toutes les époques de leur durée. Il faut connaître non-seulement les maladies où la méthode réfrigérante peut être employée avec succès, mais encore le moment où cette application sera possible. Si Currie et Giannini, et de nos jours M. Récamier, ont obtenu des effets nous pouvons dire souvent merveilleux de cette médication, ce n'est pas certainement en l'appliquant dans tous les cas offrant quelque analogie. Il faut avoir étudié, pour nous servir de l'expression du célèbre praticien que nous venons de nommer, la loi générale du consensus des organes, savoir trouver celui sur lequel on doit agir dans chaque cas donné, et aider cette méthode du secours des autres médications, sans lesquelles quelquefois elle reste impuissante.

La seconde cause à laquelle nous croyons devoir attribuer la rareté de l'emploi de cette médication, c'est précisément ce qu'elle a d'insolite, d'effrayant même dans quelques cas pour les gens du monde, nous pourrions dire aussi pour quelques médecins. Il semble, pour les premiers, que la chaleur et le repos soient indispensables dans toutes les maladies; et si vous leur parlez de boissons froides, d'un lavement froid, et, à plus forte raison, d'une affusion froide, ils regardent ces moyens comme très-dangereux ou comme devant nécessairement tuer les malades s'ils ne les sauvent pas ; et comme ici il ne s'agit pas d'une poudre ou de quelque autre préparation qu'on puisse faire passer inaperçue, il est facile de concevoir l'embarras que le plus souvent doivent éprouver les praticiens qui voudraient y avoir recours.

Le travail de M. Meurissé sur ce sujet, considéré sous le point de vue que nous venons de signaler, est donc déjà utile. Il est bon de montrer au praticien toute l'utilité qu'il peut retirer de l'emploi de ce moyen, et de rassurer le public, auquel il cause tant de frayeur.

Nous n'analyserons point ici ce travail qui contient de bonnes recherches sur la sur-stimulation en général, et spécialement sur la surexcitabilité du système nerveux qui détermine si souvent des névroses et même quelquefois des dégénérescences organiques dont on reconnaît bien rarement la cause. Nous nous contenterons d'en extraire deux cas remarquables, le premier par la forme insolite et la terminaison funeste et inattendue de la maladie, et le second par l'effet avantageux de l'emploi de la méthode réfrigérante.

Une jeune fille de 20 ans, après avoir pendant plusieurs mois eu des motifs de soupçonner la fidélité de son amant, en est entièrement abandonnée; et dès le sixième jour on la trouve presque sans parole dans son lit, avec une grande perte de la contractilité du côté gauche et ne répondant que par monosyllabes. Tout son extérieur annonçait une personne bien portante à l'époque où elle fut transportée à l'hôpital, au bout de quatre jours; on craignait même une affection simulée. Elle souriait aux différentes questions risibles qu'on lui adressait; les mouvemens étaient peu altérés, mais il y avait aphonie complète. La malade ne répondait que par signes. Quelques délayans, des bouillons et du lait lui furent prescrits.

Le lendemain l'amant fut amené devant elle, parce qu'on avait pensé que sa présence produirait une impression agréable sur elle. Le contraire arriva : la jeune fille détourna les regards de lui et se mit à pleurer. Le troisième jour, la scène avait changé ; la malade paraissait presque étrangère à tout ce qui se passait autour d'elle ; tout le côté gauche était complètement paralysé, avec une légère diminution de la sensibilité ; le pouls était élevé et fréquent; la malade laissait aller sous elle et sans se plaindre les urines et les matières fécales. Une saignée de dix onces, des ventouses scarifiées, un lavement purgatif, ne l'empêchèrent pas de succomber le quatrième jour de son entrée à l'hôpital. On avait soupçonné un ramollissement cérébral ; les plus minutieuses recherches ne révélèrent pas la plus légère altération.

A côté de ce fait si triste par ses résultats, nous en rapporterons un autre qui nous prouvera que dans ces cas où la vie semble attaquée

dans ce qu'il y a chez l'homme de plus intime et de plus mystérieux, puisqu'un examen minutieux ne découvre aucune altération appréciable, l'art conserve cependant quelquefois encore de puissantes ressources. Un maçon de la province éprouve une telle frayeur de l'écroulement inattendu d'un bâtiment, qu'il reste soudain comme pétrifié. Aussitôt il est pris d'un peu de délire et de quelques autres accidens à la suite desquels il reste avec un engourdissement et des fourmillemens dans les membres supérieurs et inférieurs, qui ne lui permettent plus de s'en servir; et sa vue était affaiblie. Après avoir épuisé toute la médecine du pays et des environs, et regardé comme incurable, il vient à Paris, et est envoyé dans le service de M. Récamier. Des affusions à 20°, des lavemens frais, de l'eau fraîche pour boisson, tel fut le traitement mis en usage. Quatre jours après, le malade allait déjà beaucoup mieux, et au bout de huit jours de ce traitement il était complétement guéri.

Ces deux faits, dont le premier a été observé également par l'auteur de cette notice, sont extraits du travail de M. Meurissé, qui en contient plusieurs autres non moins remarquables. Ce simple rapprochement suffit pour faire connaître la direction que l'auteur a suivie dans ses études, et d'indiquer qu'il n'est point partisan de ces méthodes à la fois banales et exclusives dans lesquelles la pratique est aujourd'hui trop souvent circonscrite.

EPITOME INSTITUTIONUM MEDICINÆ THEORICO-PRACTICÆ academicis plotectionibus accomodati equitis Michaelis GRIFFA, medicinæ theorico-practicæ professoris in regio Taurinensis athenæo. Taurini, 1836.

Abrégé de médecine théorique et pratique, d'après les leçons du chevalier M. GRIFFA, professeur de pathologie interne et de thérapeutique à l'école de médecine de l'université de Turin, etc. Turin, 1836. Par livraisons de 160 à 200 pages in-8°.

Trois livraisons de l'ouvrage du docteur Griffa ont déjà paru, et semblent promettre qu'il ne tardera pas à être complet. Le premier fascicule contient tout ce qui concerne l'étude des fièvres, sous le titre de *Pyretologiæ rudimenta*; un autre est consacré aux maladies cutanées (*De exanthematibus acutis ac chronicis*); le troisième enfin renferme les hémorrhagies et la phthisie pulmonaire (*De hæmorrhagiis ac hæmorrheis, ac orbiter de phthysi pulmonali*).

On ne peut attendre de nous un examen sévère et raisonné de ces divers travaux qui ne sont eux-mêmes qu'un abrégé des leçons que fait l'auteur à l'université de Turin; mais, ainsi que nous avons l'habitude de le faire à l'occasion des ouvrages analogues à celui ci qui nous viennent des pays étrangers, nous prendrons quelques-unes des questions de pathologie sur lesquelles il y a le plus de discussions parmi nous; nous examinerons sous quel point de vue elles sont considérées par l'auteur, et chercherons ainsi, en mettant en comparaison les opinions en vogue au-delà des Alpes sur quelques points importans, avec celles qui sont généralement admises parmi nous, à hâter le moment où les observateurs de tous les pays partant des mêmes connaissances dans leurs recherches, et admettront ou repousseront les mêmes idées théoriques; et où les travaux faits en Italie et en Allemagne, par exemple, cesseront d'être à peu près inintelligibles à la plupart des médecins français, *et vice versâ*. Déjà l'anatomie et la physiologie en sont arrivées au point que nous indiquons ici; mais il n'en est pas de même de la physiologie morbide et de la pathologie. Enfin nous signalerons quelques parties où l'auteur s'est occupé de questions rarement agitées parmi nous, et où ses recherches nous ont semblé avoir fait faire quelques progrès à la science.

Le docteur Griffa admet, pour les fièvres continues, la division de Cullen (*ephemera*, *synocha*, *typhus* et *synochus*), et montre une grande réserve dans la discussion des causes auxquelles on les attribue ordinairement; il rejette également toutes les opinions qui ont été émises sur leur nature, et pense que l'anatomie pathologique augmente plutôt les difficultés de cette question qu'elle ne les diminue, car il regarde toutes les altérations que l'on trouve chez les sujets qui ont succombé aux fièvres continues comme étant le résultat de la fièvre, ou comme dépendant de causes éloignées. Il se contente de constater l'effet qu'exercent sur sa production le cœur et les gros troncs artériels, et regarde comme purement hypothétique tout ce que l'on a dit des causes générales, de l'altération des fluides, de l'inflammation de l'estomac, du cerveau, etc.

M. Griffa reste dans le même doute à l'égard des causes de la fièvre intermittente, et termine l'article où il a passé en revue la plupart de celles qui ont été signalées, en disant avec Frank: *tutius esse ignorantiam in hâc re fateri*.

La fièvre décrite par Cullen sous le nom de typhus, et que Pinel avait distribuée dans ses ordres sous les noms d'adynamique et d'ataxique, est décrite ici sous la même dénomination, que l'auteur blâme avec raison, puisqu'il arrive souvent qu'elle présente des symptômes inflammatoires et ataxiques, tandis que l'étymologie du mot typhus indique au contraire la stupeur. C'est là un des nombreux exemples des inconvéniens des classifications dans lesquelles on veut que les noms portent avec eux une définition. L'auteur regarde comme appartenant au même état morbide le typhus et la fièvre typhoïde, question qui est encore indécise pour les pathologistes français. Mais la cause de cette différence entre l'opinion du professeur de médecine de Turin et celle des médecins français, tient au peu d'importance que le premier attache aux lésions anatomiques trouvées à la suite de ces deux maladies, tandis qu'en France nous sommes encore arrêtés par l'absence de documens authentiques sur les lésions que laisse le typhus. Depuis que les altérations des follicules intestinaux ont été décrites en France avec exactitude, on n'a point eu l'occasion d'observer d'épidémie de typhus proprement dit. Sous tous les autres points de vue, il est vrai, nous trouvons identité parfaite entre ces deux maladies; mais quand on connaît l'uniformité avec laquelle se présente dans tous les cas de fièvre typhoïde l'altération des follicules, on conçoit qu'il est juste d'attacher une grande importance à cette discussion, même pour ceux qui regardent ces altérations comme de simples effets de la maladie elle-même.

Nous trouvons dans le second fascicule les pétéchies et la peste d'Orient rangées parmi les exanthèmes contagieux; mais l'article qui nous a le plus frappés précisément parce que c'est l'un de ceux sur lesquels nous avons en France le moins de documens authentiques, c'est le pellagre. Cette maladie, que le docteur Griffa regarde comme d'origine récente, puisqu'il croit que c'est dans le siècle dernier seulement qu'elle a paru en Italie, où elle est restée en augmentant graduellement le nombre de ses victimes; cette maladie, qui est endémique en Lombardie, et n'est connue parmi nous que par quelques travaux peu importans, à l'exception toutefois du mémoire de M. Brière de Boismont (*De la pellagre et de la folie pellagreuse*), devait appeler d'une manière spéciale l'attention du savant professeur de Turin. Il examine successivement les questions qui ont été le plus agitées; il n'admet pas qu'elle soit contagieuse, mais il la regarde comme éminemment héréditaire. De toutes les causes auxquelles on l'avait attribuée et parmi lesquelles l'influence du soleil sur les paysans qui travaillent dans la campagne, et la mauvaise alimentation occupaient le premier rang, il n'en est aucune qui lui paraisse suffisante pour en expliquer complétement le développement. Quant à la cause prochaine, l'auteur pense qu'elle existe dans le système nerveux et probablement dans une gastro-méningite chronique. Nous voudrions signaler encore quelques-unes des questions qui nous ont le plus frappé dans le travail de M. Griffa; mais dans l'impossibilité où nous sommes de donner plus d'étendue à cet article, nous terminerons par quelques considérations générales sur le travail lui-même.

Si la clarté est toujours nécessaire, c'est surtout dans les ouvrages élémentaires destinés à arriver entre les mains des jeunes gens; et l'épitomé du docteur Griffa offre cette qualité à un haut degré, surtout dans les définitions, qui sont toujours claires, précises, exprimées souvent de la manière la plus heureuse; et malgré l'emploi assez fréquent de mots techniques souvent étrangers à la langue latine, nous avons parcouru avec intérêt le travail du docteur Griffa, dans lequel il y a beaucoup plus d'érudition que dans la plupart des ouvrages élémentaires. Il nous a paru avoir beaucoup d'analogie avec un ouvrage déjà ancien et qui porte à peu près le même titre: nous voulons parler de l'*Epitome de curandis hominum morbis* de Franck; mais l'érudition en est encore plus variée, et l'auteur y parle plus rarement de lui-même.

— Un concours pour six places de médecin au bureau central d'admission aux hôpitaux, a commencé aujourd'hui; 32 concurrens sont inscrits.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

PARIS. — IMPRIMERIE ÉVERAT ET COMPAGNIE, RUE DU CADRAN, N° 16.

N° 36 (TOME IV. — 1836.) SAMEDI 3 SEPTEMBRE 1836.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La Gazette médicale de Paris (*Gazette de santé* et *Clinique des hôpitaux* réunies) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et équivaut à 6 feuilles in-8°. Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois. Pour l'Étranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Poissonnière*, n° 5, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

PHILOSOPHIE MÉDICALE.

RAPPORT SUR LE CONCOURS POUR LE PRIX D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE FONDÉ PAR PORTAL, au nom d'une commission composée de MM. Andral, Ribes, Cornac, Martin-Solon et Double; par M. Double, rapporteur (1).

Nous venons soumettre à la sanction de l'Académie les décisions de la commission chargée d'examiner les mémoires qui sont arrivés au concours pour le prix Portal *anatomie pathologique*.

Au mois de juillet 1833, l'Académie avait proposé, pour le sujet de ce prix, à décerner l'année suivante 1834 *cette question :*

« *Quelle a été l'influence de l'anatomie pathologique sur la mé-*
» *decine depuis Morgagni jusqu'à nos jours.* »

Mais on ne tarda pas à le sentir, le temps était bien bref pour une question aussi vaste, et le premier terme du concours étant arrivé, l'Académie, sans surprise comme sans découragement, dut proclamer l'insuffisance des efforts faits par MM. les concurrens; toutefois, convaincue intimement de l'importance de ce sujet, l'Académie le mit encore une fois au concours, et pour exciter autant qu'il était en elle l'ardeur des médecins [illegible] d'étude, elle voulut doubler à la fois et la durée du temps et [illegible] de la récompense. Le concours fut donc prorogé au mois de juillet 1836 et la récompense élevée à la somme de 1200 francs.

Cette sage mesure a porté ses fruits. Quatre mémoires recommandables à différens titres, remarquables à des degrés divers, sont parvenus à l'Académie en temps utile. Chacun d'eux a son mérite particulier, et si la commission vient à se montrer sévère dans son jugement envers quelques-uns de ces mémoires, c'est qu'elle s'y trouvera contrainte par le besoin de rendre une plus éclatante justice à la valeur relative de chacun. Dans l'opinion de la commission, l'Académie aura obtenu cette fois un des brillans résultats dont les annales des concours académiques aient laissé l'exemple.

Gloire, honneur et grâces soient rendus à l'illustre fondateur de ce legs. C'est longtemps encore du haut de sa chaire, au collége de France, que Portal attisera le feu sacré de l'anatomie pathologique. Du haut de cette chaire où, pour la première fois dans notre patrie, Morgagni fut

(1) Nous publions ce rapport en entier parce qu'il sort de la ligne des rapports ordinaires par le fond et par la forme. Les idées originales et élevées qu'il renferme, rendues et commentées avec le talent ordinaire de M. Double, prépareront à la lecture de l'important ouvrage de M. Amador.

Feuilleton.

SÉANCE ANNUELLE DE LA SOCIÉTÉ PHRÉNOLOGIQUE DE PARIS.

Nous avions d'abord renoncé à rendre compte de cette solennité qui n'a guère offert qu'une répétition des séances précédentes; mais les journaux de théâtres nous ayant appris que l'on attachait dans le monde un grand intérêt et une haute importance aux travaux et aux discours annuels des phrénologistes, nous nous faisons un devoir de communiquer à nos lecteurs ce que nous y avons vu et entendu.

Il faut savoir d'abord que la salle Saint-Jean, à l'Hôtel-de-Ville, lieu ordinaire des réunions phrénologiques, offrait cette année dans sa décoration quelques particularités inusitées. L'immense bureau était chargé d'une si grande quantité de bustes et de crânes, qu'on avait beaucoup de peine à démêler les têtes des honorables sociétaires, cachées par cet effrayant rempart, et qu'on n'était jamais bien sûr de ne pas faire quelque fâcheuse confusion. Parmi les têtes exposées à la curiosité publique, nous avons remarqué avec plaisir celle d'un sauvage de la terre de Van-Diemen, laquelle nous a semblé dotée d'un angle frontal et d'une ampliation coronale que la nature, tant elle est bizarre, a refusés à beaucoup de phrénologistes. Il n'a pas été question de cette tête dans la séance, mais nous espérons que la phrénologie nous l'expliquera avec son intelligence habituelle. Derrière le bureau on voyait appendus aux colonnes deux tableaux de petite dimension qui nous ont singulièrement préoccupés ainsi que nos voisins. Entre ces deux tableaux représentant des scènes familières, on remarquait avec non moins d'étonnement une troisième peinture plus grande que les deux précédentes; c'était un portrait de vieille femme. La vue de ces objets nous a plongés dans une perplexité impossible à décrire, et dont nous n'aurions pu certainement sortir si un officieux cicérone n'était venu à notre aide. On nous a donc expliqué que les deux tableaux de genre étaient l'ouvrage d'un artiste né sans bras, et qu'ils avaient été peints avec les pieds; et que le tableau de famille était la fidèle image de la respectable mère dudit artiste. On ne nous a pas dit si cette dernière peinture avait été faite aussi avec les pieds; mais nous serions très-portés à le croire, car elle a des caractères spécifiques que n'offrent pas les tableaux exécutés avec les instrumens ordinaires et naturels. On a ajouté, et c'est l'essentiel, qu'un des plus habiles phrénologistes se proposait de tirer une infinité de conséquences phrénologiques de ces tableaux; qu'il prouverait que le talent de la peinture n'est pas dans les doigts, comme le disaient les philosophes du 18e siècle, puisque M. Ducornet, qui n'a pas et n'a jamais eu de doigts, fait des tableaux; et cette preuve de fait nous paraît véritablement sans réplique. Il en est de même, à ce qu'il paraît, du talent d'enfiler les aiguilles et de tricoter; car on voit tous les jours, dans les rues de Paris, une femme privée de mains exécuter ces deux opérations avec ses moignons de la manière la plus satisfaisante.

signalé, expliqué, commenté. Du haut de cette chaire, autour de laquelle se sont successivement pressés comme disciples les Désault, Pinel, Corvisart, Bichat, Bayle, Dupuytreu et plusieurs autres anatomopathologistes célèbres, dont nous tairous ici les noms, seulement, parcequ'ils pourraient nous entendre, et à la modestie desquels nous demanderons toutefois la permission de les proclamer plus tard : alors notre rôle obligé d'annaliste fidèle nous servira d'excuse.

Evidemment Portal fut la souche de cette grande école. Et quand même on parviendrait à le dépouiller de tous ses autres titres à la gloire, celui-là suffirait encore à une grande illustration médicale.

Mais présentons une analyse rapide des mémoires venus au concours. Que si dans cette exposition concise, sentant qu'il est en nous de le faire, nous venons à bout de nos desseins, l'Académie tout entière aura, en quelque sorte assisté aux séances de la commission, et après avoir ainsi partagé nos travaux, peut-être partagera-t-elle aussi nos convictions.

Nous intervertirons le rang numérique d'inscription de ces mémoires, nous avons jugé plus méthodique d'en présenter l'analyse dans l'ordre du degré d'intérêt qu'ils nous ont offert.

Le n° 4, par rang d'inscription, a pour épigraphe cette sentence si encourageante de Virgile :

. . . . Labor omnia vincit
Improbus.

Par malheur, loin d'y avoir puisé des conseils et des inspirations, l'auteur y prépare, au contraire, sa propre condamnation.

Effrayé, en effet, par la tâche que do nait le programme, l'auteur de ce n° 4 amoindrissant le sujet outre mesure, s'est aheurté à une maladie unique.

Sur les quatre grandes divisions du bel ouvrage de Morgagni, il en a éliminé trois, et dans l'autre, la première, celle qui traite des maladies du cerveau et de ses membranes, il n'a considéré que l'apoplexie.

Dans l'étude de cette maladie, il établit nettement ce que l'anatomiste de Padoue à fait de bien, de bon et de beau touchant la connaissance spéciale de l'apoplexie ; et en rapprochant de cette judicieuse appréciation les travaux successifs, les découvertes importantes et les perfectionnemens utiles des médecins modernes, il en fait ressortir les lumières que l'anatomie pathologique a répandues non point sur la médecine en général, comme l'avait voulu le programme, mais seulement sur l'apoplexie, « présumant, dit-il, que ce qu'il aurait reconnu et établi de l'influence de l'anatomie pathologique sur telle maladie, on ne pouvait s'empêcher de l'admettre plus ou moins pour telle autre. »

Analyse claire, méthodique, lumineuse, savante des recherches de Morgagni touchant l'apoplexie : exposition et rapprochement comparatifs des travaux des médins modernes en anatomie pathologique sur cette seule maladie : tel est le résumé de ce mémoire sur lequel nous ne saurions fixer plus long temps l'attention, par cette raison surtout qu'il n'a approfondi qu'un seul point dans le vaste cercle que l'Académie avait tracé à MM. les compétiteurs.

Le mémoire inscrit sous le n° 3 porte cette épigraphe empruntée à Morgagni :

« Acres subtilioris anatomes adversarios cognovi, ipsos inquam » vidi, hanc de quâ nunc loquor anatomen ut vocant practicam, » non improbari, imò verum medicinæ lumen esse dicere. »

Ce que l'auteur du n° 4, que nous venons de faire connaître, n'a exécuté que pour l'opoplexie ; l'auteur du n° 3 que nous examinons l'a tenté sur les quatre divisions de l'œuvre immortelle laissée par l'illustre professeur de Padoue et sur chacune des principales maladies que Morgagni a élucidées dans cet ouvrage. Mais ici ce que le mémoire a gagné en étendue et en complètement, il l'a perdu en profondeur et en importance ; tout est un peu diffus, lâche, sans mouvement et sans vie dans ce travail ; où l'on retrouve cependant encore ce genre tout particulier d'intérêt inséparable du sujet lui-même.

L'auteur analyse froidement son Morgagni ; il donne en raccourci l'histoire des maladies, et il décrit dans le plus grand détail les ouvertures des corps qui les terminent. Dans notre opinion il y a sans contredit plus de profit et peut-être aussi moins de peine à lire l'ouvrage original lui-même.

Ensuite ce n'est pour ainsi dire que d'une manière accessoire que l'auteur signale les nombreuses et les riches acquisitions que l'anatomie pathologique a faites depuis Morgagni jusqu'à nos jours. Il en néglige et peut-être en méconnait-il certaines, il s'appesantit trop sur quelquesunes ; il en apprécie mal quelques autres. Comme exposition et comme critique, ce travail, qui ne contient d'ailleurs rien d'original, rien qui lui soit propre, a moins de valeur que le précédent à beaucoup près : c'est assez dire qu'il échappe aux encouragemens qui sont à la disposition de l'Académie.

Le mémoire n° 1 dont l'épigraphe est ce passage de Baglivi : *« Non opinandum, sed certò et attentè sciendum, neque dis» putandum, sed experiendum qui natura faciat aut ferat. »* Embrasse la question bien autrement que les mémoires précédens.

Deux parties distinctes partagent à peu près également ce travail.

Dans la première partie l'auteur traite de l'influence qu'a exercé l'anatomie pathologique sur la science en général.

Dans la deuxième, il expose l'influence quelle a exercée sur la connaissance des maladies en particulier.

La première partie, celle qui concerne la science en général, est divisée en sept chapitres, dans lesquels l'auteur présente successivement l'état de la science à l'époque de Morgagni, l'influence de l'anatomie pathologique sur la connaissance du siége des maladies ; l'influence qu'elle a eue sur la connaissance de la nature des maladies : son influence sur la direction du traitement : son influence sur les théories médicales et l'esprit philosophique qu'elle a développé parmi nous : l'exposition des méthodes qu'elle a mises en usage, enfin la détermination des erreurs qu'elle a introduites dans la science.

La deuxième partie, celle qui a pour objet l'influence de l'anatomie pathologique sur la connaissance des maladies en particulier, embrasse dans six chapitres différens les maladies de l'appareil cérébro-spinal, de l'appareil circulatoire, de l'appareil respiratoire, de l'appareil digestif et de ses dépendances, les maladies générales et de quelques tissus, et finalement l'influence de l'anatomie pathologique sur quelques parties spéciales de la pathologie et son application à plusieurs branches des sciences médicales.

On le voit déjà, le plan de ce mémoire méthodiquement conçu, embrasse bien la totalité de la question ; il la suit dans toutes ses parties, et l'examine sous tous ses points de vue. Dans le premier chapitre l'auteur explique en ces termes le goût rapidement accru en France de l'anato-

---

Cette belle découverte philosophique était réservée au 19e siècle, car nos pauvres ancêtres ne s'en étaient pas doutés. Qu'on nie après cela la perfectibilité indéfinie de l'esprit humain !

C'est M. Fossati, président de la société, qui a ouvert la séance par un discours destiné à faire connaître au public l'état actuel de la science phrénologique dans tout l'univers. Avant de nous dérouler ce tableau, il a lancé quelques traits extrêmement spirituels aux détracteurs de la phrénologie, et repoussé leurs attaques par des raisonnemens puissans. Comment serait-il possible, a-t-il dit, que tant de savans se trompent depuis trente ans sur des faits certains et à la portée de tout le monde ? Il manque à ce raisonnement deux petites preuves préliminaires, savoir : 1° que des savans dignes de ce nom, depuis Gall et Spurzheim, se sont occupés de phrénologie, et 2° que des savans ne peuvent pas se tromper pendant trente ans sur un point de science quelconque. Tous les philosophes anciens et modernes n'ont-ils donc pas déliré pendant trois mille ans sur l'esprit humain, jusqu'à la révélation phrénologique ? Malgré ces lacunes, l'argument est très-fort, et les savans ne l'affaiblissent point. La phrénologie est difficile, car il faut pour la bien comprendre le jugement philosophique et l'esprit d'induction ; mais elle est possible. Donc elle est. C'est la preuve ontologique de l'existence de Dieu par Descartes. Les critiques de nos adversaires, ajoute-t-il, ne portent que sur la *crânioscopie* ; or, la crânioscopie n'est pas la phrénologie, *donc*, etc... Je ferai une simple observation sur cet argument, c'est que si la crânioscopie n'est pour rien dans la science phrénologique, je ne vois plus la nécessité de rassembler des collections de crânes, de mesurer des têtes et des chapeaux, d'inventer des crâno-mètres, ni de composer ou de traduire des traités spéciaux pour enseigner l'art de palper les têtes. J'ajoute que tous les faits phrénologiques ne sont que des faits de crânioscopie ; qu'ils ne peuvent être découverts, constatés, réfutés autrement que par la crânioscopie ; que la détermination du siége et du nombre des prétendues facultés des phrénologues a été faite par la crânioscopie, et n'est possible que par la crânioscopie ; que la phrénologie enfin tient à la crânioscopie, comme le moyen à la fin, la cause à l'effet, et que l'une ne va pas sans l'autre. Cette distinction n'est donc bonne que pour le gros des amateurs qui, voyant deux mots, s'imaginent qu'il y a deux choses. Il n'y en a qu'une. Le mot phrénologie est d'invention nouvelle ; Gall ne s'en est jamais servi. On le préfère aujourd'hui à celui de crânologie employé par le fondateur de la secte, parce qu'on s'imagine qu'il expose moins au ridicule ; et on espère si bien concentrer les sifflets sur l'une des deux dénominations, qu'il n'en reste plus pour l'autre. Nous n'admettons la distinction ni dans le principe, ni dans les conséquences. La crânioscopie et la phrénologie sont, selon nous et selon la raison, une seule et même chose, c'est-à-dire une certaine théorie sur les rapports de l'organisation du cerveau avec la constitution morale et intellectuelle de l'homme. Les crânioscopistes ne sont pas plus ridicules que les phrénologistes, ni les phrénologistes plus que les crânioscopistes ; ils le sont également et à des titres également incontestables.

Après ces préliminaires obligés et pour ainsi dire stéréotypés, M. Fossati a commencé sa statistique, d'où il résulterait que la phrénologie a fait un peu plus vite que la cocarde tricolore le tour du monde. A Calcutta, elle régénère l'antique science brahmanique ; à Bogota, elle civilise les tribus errantes des pampas ; à Mexico, elle occupe utilement les loisirs de l'armée de Santa-Anna ; aux Etats-Unis du Nord, elle publie un journal ; il y a des sociétés phrénologiques à Philadelphie, à Boston, à New-York ; enfin dans les états du Sud, les questions phré-

mie pathologique. Il fait sentir combien la tendence générale des esprits devait y favoriser alors les progrès de ces études. Les doctrines sensualistes y étaient arrivées par degrés à l'empire universel; et de même qu'on croyait pouvoir tirer toute morale du traité des Sensations, on devait *a fortiori* penser que la science de l'homme malade est tout entière dans l'anatomie pathologique. Le sensualisme avait ses historiens, ses politiques, ses moralistes, ses physiologistes; comment n'aurait-il pas eu ses pathologistes.

Pour la plupart des chapitres que nous avons indiqués, l'auteur est entré dans de justes, dans de lumineux développemens, qui ont satisfait la commission.

Le hasard, l'ordre numérique, et peut-être aussi l'effroi causé par la vue d'un énorme manuscrit, que deux justes volumes d'impression pourraient contenir à peine, font que tous les juges du concours ont lu le n° 1 avant le n° 2, et chacun de nous avait déjà pensé que le n° 1 présenterait peut-être assez de valeur, assez d'importance pour mériter d'être couronné.

Toutefois, chacun avait remarqué déjà que, sur plusieurs points et dans quelques chapitres, l'auteur posait bien ses questions, mais qu'il les approfondissait mal, et qu'il n'en établissait pas toujours suffisamment les solutions.

Peu nourri peut-être des faits comparatifs de la pratique, il traite de surannées et regarde comme vicieuses des méthodes dont une judicieuse application donne, dans les cas d'indication véritables, de très-heureux résultats. Dans ce travail, l'auteur n'a guère tenu compte que des recherches des médecins français, ce qui le conduit entre autres à des propositions souvent contestables. On signale encore dans ce mémoire des assertions hasardées, certaines propositions mal sonnantes et qui décèlent une connaissance trop superficielle de quelques auteurs classiques.

En général, au milieu de l'inquiète agitation des esprits, le calme manque à la lecture dans notre époque; et trop souvent la culture a failli à nos productions.

Mais qu'est-il besoin de chagriner davantage l'auteur par le récit de nouvelles fautes de détail.

Le n° 2 est là qui, dans *l'unanime* conviction des juges enlève la palme sans contestation : voici ses titres; il a choisi pour épigraphe ce passage du précis d'anatomie pathologique de M. Andral : « *L'anatomie pathologique n'est qu'un des nombreux points de vue sous lesquels peut être envisagée la science de l'homme malade.* »

Remarquons-le tout d'abord : cette épigraphe n'est point une vaine formalité, c'est comme l'inscription de l'édifice qui en indique la nature et l'usage. L'auteur, en effet, ne s'est pas borné à faire l'apologie de l'anatomie pathologique : saisissant bien et la lettre et l'esprit du programme, il a embrassé la question dans toute sa latitude, il a dominé son sujet dans toutes ses parties.

Nous n'avons ni le dessein ni la mission de donner à l'Académie une analyse minutieuse de ce mémoire. C'est un travail de longue haleine, de haute portée, et dans lequel les faits, les principes, les idées et les raisonnemens se lient et s'enchaînent de manière à rendre au moins très-difficile toute analyse. Ce travail, nous ne craignons pas de le dire, est l'appréciation la plus complète, la plus large, la plus philosophique et la plus juste qui ait encore été faite de l'anatomie pathologique.

Mais la tâche nous a été donnée de mettre en relief le plan de l'auteur, de faire connaître sa méthode, et d'exposer les idées mères qui fécondent son œuvre. Essayons.

A la faveur de deux ou trois principes de haute analyse, l'auteur a déroulé d'abord les mouvemens progressifs de la science médicale en général, et ensuite de l'anatomie pathologique en particulier. Comme il avait à examiner l'influence de l'anatomie pathologique sur la médecine, en logicien puissant, il a vu que la question comprenant deux termes, *anatomie pathologique et médecine*, force était d'en bien fixer le sens, et d'établir les véritables rapports qui les unissent toutes deux, à ce point de les rendre inséparables l'une de l'autre, et de ne constituer qu'une seule et même science agrandie, élucidée, complétée par la succession des temps et des recherches.

Une pensée n'abandonne jamais l'auteur, c'est de faire partout sentir comment l'anatomie pathologique s'est associée à la médecine; par quels liens l'une et l'autre se rapprochent, s'enchaînent, se confondent. Cette pensée, il la suit dans l'ensemble et dans les détail; en fait comme un droit; dans l'histoire ainsi que dans la spéculation; dans la pratique aussi bien que dans la théorie scientifique.

Cette vue, la seule qui en éclairant le problème, fût capable de dominer à la fois et d'expliquer les détails, cette vue, dis-je, amène l'exposition de plusieurs lois de développement historique de la médecine, et c'est là que nous allons à présent suivre l'auteur.

La science médicale et son histoire qui n'est que la science en action et en mouvement, comprend trois élémens distincts.

1° L'élément phénoménal, externe, symptomatique.
2° L'élément matériel, organique.
3° L'élément vital, moteur ou dynamique.

Or, la science médicale, d'après l'auteur, a parcouru pour chacun de ces élémens les mêmes phases historiques, et retrouvé sur tous, par des voies diverses, des vérités analogues. De plus, de même que sur d'autres points la science est arrivée successivement au solidisme, à l'humorisme et au vitalisme, de même l'anatomie pathologique, d'abord solidiste, est devenue ensuite humoriste et s'élève maintenant à un vitalisme bien compris.

La salutaire influence de l'anatomie pathologique sur chacun de ces systèmes, à mesure qu'elle les a pénétrés, vivifiés, n'est point problématique. Voyez, par exemple, ce qu'était le solidisme avant Morgagni, et comparez les formes qu'il a revêtues depuis.

L'anatomie pathologique a donc parcouru, d'après l'auteur, les mêmes phases que la médecine en général. C'est, nous devons le dire, une vraie jouissance intellectuelle, que de suivre dans le mémoire le développement et les preuves de cette proposition, savoir : que l'anatomie pathologique a successivement revêtu le caractère et comme la couleur des trois ou quatre idées mères qui, à diverses époques, ont dominé la science. L'influence de l'anatomie pathologique sur la médecine n'a donc pas été partielle, restreinte, limitée; elle ne s'est pas bornée au diagnostic, au pronostic, à la thérapeutique des maladies. Cette influence a été plus relevée, plus intime; plus générale. Les grands faits dominateurs de la science, ce qu'on nomme les systèmes, en ont aussi ressenti la puissance. L'auteur le démontre par les preuves directes et par les déductions analogiques que l'histoire a pris soin

---

nologiques partagent l'attention publique avec la question de l'abolition de l'esclavage; en Russie, en Suède, tout va bien aussi, et en Danemarck mieux encore. Une des plus belles découvertes modernes, celle de l'organe de *l'alimentivité*, est due à un citoyen de Copenhague, qui a nom Otto; grand nom à ajouter à celui de Ticho-Brahe qui ne découvrait que des étoiles! En Allemagne on n'a pas non plus à se plaindre; à Liége, le docteur Lombard propage la doctrine de Gall comme il avait propagé celle de M. Broussais. En Espagne même, *horresco referens*, à Madrid, il y a des phrénologistes en correspondance avec ceux de Paris. Mais c'est surtout en Italie que la doctrine marche à pas de géant. A Naples, à Turin, à Milan, à Bologne, on proclame librement les vérités phrénologiques, malgré la censure. M. Fossati s'est demandé, car rien ne lui échappe, comment il se fait que l'Église ne persécute pas la phrénologie italienne; et il l'explique par cette réflexion bien simple, que le clergé se souvenant probablement que l'inquisition ne put empêcher autrefois la terre de tourner, a pris le sage parti de se taire. Cela est fort ingénieux et très-philosophique, mais un peu douteux pourtant. Nous ne conseillerions pas à M. Broussais d'aller à Rome prêcher contre Psyché comme il le fait dans la rue du Bac. Chaque pays a ses usages : en France on dit ce qu'on veut, en Italie ce qu'on peut, et nous pensons encore, malgré toute la déférence due aux assertions d'un phrénologiste, que dans ce beau pays la phrénologie est une de ces choses qu'on ne peut pas dire. Si donc les phrénologistes y sont à leur aise, c'est qu'ils n'ont pu, jusqu'ici, se faire connaître ou se faire comprendre. Cette explication toute naturelle nous paraît la véritable.

L'Angleterre est comme la capitale de la phrénologie. Il y a dix-huit sociétés phrénologiques à Londres, Dublin, Portsmouth, Edimbourg, etc., on y travaille avec une ardeur et un zèle vraiment admirables. Il s'est vendu 40,000 exemplaires de l'ouvrage de G. Combes. Toutes les sociétés possèdent des collections précieuses. L'Angleterre a même devancé un instant la France, qui avait paru s'endormir pendant quelques années, mais qui, grâces à la persécution dont elle a été l'objet de la part du clergé d'abord, et ensuite des mauvais plaisans, a ressaisi la suprématie qui lui revient comme héritière et seconde patrie de Gall. M. Fossati, moins modeste, aurait pu attribuer aussi une partie de ce résultat aux travaux magnifiques, aux noms célèbres, aux talens supérieurs qui soutiennent, en ce moment, l'éclat de la phrénologie en France. Il nous cite M. Broussais, M. Voisin et M. Dumoutier. C'est beaucoup, mais cela ne suffit pas. Au reste, nous n'avons pas le droit d'être plus exigeans que le *prelodato presidente*, et nous ne nous opposons pas à ce qu'on dise avec lui, *ab uno disce omnes*.

Le *chiarissimo signor* Fossati a félicité, en finissant, ses confrères en phrénologie du revirement d'opinion qui paraît se faire en leur faveur dans la presse constitutionnelle, changement à vrai dire imperceptible pour nos faibles yeux, mais qui nous satisfait puisqu'ils en sont contens; il a même remarqué que plusieurs petits journaux *comiques* et *plaisans* avaient pris sous leur protection la phrénologie. *Amen.*

Après M. Fossati, M. Gaubert a pris la parole pour rendre compte des travaux de la société pendant l'année écoulée. Il a débuté comme de raison par la digression polémique obligée. Il a prétendu que la phrénologie a rendu les plus grands services à la psychologie, et que ses adversaires mêmes en conviennent. Si c'était ici le lieu de disputer, nous nierions cette double proposition. C'est l'excellent livre de M. Lélut, qui, pris de travers, comme de raison, par les phrénologues, leur a mis ces imaginations dans la tête. Ils se sont figuré que l'école philosophique écossaise n'avait eu d'autre but que d'établir une espèce d'histoire naturelle

d'enregistrer, à mesure que la science organique s'est faite solidiste, humoriste, vitaliste.

De l'influence sur les systèmes, l'auteur passe à l'influence que l'anatomie pathologique a exercée sur les *méthodes*. Il faut voir, par exemple, tout ce que la méthode organique a introduit de précision dans l'investigation, dans l'exposition des phénomènes, et comment elle a si heureusement régénéré l'esprit d'observation lui-même.

Une autre loi du développement historique se présente ici, loi en vertu de laquelle, en médecine, tout fait tant soit peu large finit par se convertir en système.

Les faits à la main, l'auteur proclame cette loi dont l'anatomie pathologique et son histoire moderne fournissent tant de preuves. Il trace ainsi un historique de cette science, non un historique de détails, toujours incomplet, toujours facile, mais un historique où les époques sont marquées par des idées dominatrices, et qui deviennent alors comme les colonnes milliaires de son histoire.

C'est ainsi que, de Bonnet à Morgagni, on cherche la cause de la mort dans les autopsies. A Morgagni, l'anatomie pathologique pénètre dans le *séméiotique*, et sert déjà à l'interprétation de la maladie. A Bichat enfin la mort, la maladie, la santé, la vie et son mécanisme, tout se trouve expliqué par elle; tant les études sur la formation anormale des tissus répandent de clarté sur leur formation normale elle-même. Ainsi l'anatomie pathologique s'insinue, entre, pénètre successivement dans la médecine, d'abord par l'étude de la mort, plus tard par l'observation de la maladie, et de nos jours enfin par les méditations sur la vie elle-même. Pathologie, séméiologie, physiologie, elle influence toutes les sciences, les vivifie, les restaure, les lie entre elles en les rendant solidaires, et cela autant pour les vérités acquises déjà, que pour celles dont l'esprit humain fera désormais la conquête.

Mais l'époque où l'anatomie pathologique, égarée par sa propre fortune, trompée par ses prétentions exagérées allait se convertir en système, approche; c'est la doctrine de l'irritation qui la réalise.

Un grand combat s'établit, il se prolonge pendant vingt ans, et les vives discussions auxquelles il donne naissance font surgir une école toute de modération, véritable école éclectique en anatomie pathologique, et à la tête de laquelle l'auteur place MM. Cayol, Ribes, Andral, Cruveilhier et d'autres. C'est à cette école que l'on devra, dit l'auteur, d'avoir fixé les utiles acquisitions de la victoire.

Arrivé à ce point de la question, l'auteur aborde l'étude partielle des influences de la science organique sur chacune des parties de la médecine. Une remarque à faire ici, c'est le soin extrême qu'il apporte, et le rare bonheur avec lequel il arrive à formuler les faits, à les réduire en idées, à les concentrer pour n'en offrir que la pure substance, évitant ainsi les minutieux détails qui, dans une question semblable, eussent été infinis. Ce qui imprime encore à cette deuxième partie un caractère spécial, c'est que les questions y sont résolues par les mêmes principes de haute analyse qui, dans la première partie, ont servi à l'auteur d'instrument et de guide.

En pathologie générale, par exemple, c'est à l'anatomie pathologique seule que l'on doit la connaissance exacte de l'un des élémens constitutifs de la maladie, l'élément organique. De là la nécessité de cet ordre de recherches pour la solution plus ou moins satisfaisante de tous les problèmes morbides.

Dans cette partie aussi bien que dans les autres, les travaux en anatomie pathologique d'Andral, Bouillaud, Cayol, Cruveilhier, Corvisart, Dupuytren, Lobstein, Louis, Meckel, Ribes, Rochoux, Serres et d'autres, ont été tous mis à juste contribution.

Mais, comme d'un autre côté, il y a très-souvent défaut de parallélisme entre les faits qui ressortent des trois élémens constitutifs de la maladie, comme l'altération organique n'est pas toujours en rapport ni avec la lésion fonctionnelle, ni avec la perturbation dynamique, l'insuffisance de l'anatomie pathologique dans ces cas est une conséquence inévitable. De là aussi le grand nombre de problèmes à résoudre encore, de doutes à éclaircir, d'erreurs à éviter, de mystères à pénétrer en pathologie, en thérapeutique, malgré les vives lumières que l'anatomie pathologique a répandues sur toutes ces sciences. On peut juger par là comment l'auteur expose, commente, justifie, explique à la fois la *nécessité* de l'anatomie pathologique et son *insuffisance*.

Pour l'auteur, en effet, l'anatomie pathologique dans ses rapports avec la pathologie et la thérapeutique n'est souvent que la confirmation, la légitimation et l'explication des vérités pressenties ou découvertes par la médecine ancienne. L'antiquité, dit-il, est en médecine la source première de toutes les vérités sinon de toutes les découvertes; c'est ainsi que beaucoup de dogmes anciens se sont trouvés vrais, profondément vrais, même après les travaux de la médecine organique: en sorte qu'en pathologie, en thérapeutique, en physiologie, en anatomie pathologique, un grand nombre de découvertes capitales beaucoup de vérités importantes se sont montré congénères; et que ce que l'antiquité nous avait revelé touchant une infinité de problèmes tels que l'instabilité des causes morbides, le peu de fixité des signes, l'existence des diathèses, des crises, des constitutions etc., tout cela a pu être dit, répété, confirmé, par les études organiques elles-mêmes.

Dirons-nous à présent que ce mémoire qui nous a tous si vivement saisis d'admiration n'est pas exempt de taches? Qui en doute? Il n'est pas un seul de ses juges qui ne lui ait reproché d'être prolixe. Cette prolixité est dans le style qui laisserait soupçonner que l'auteur n'est pas d'origine français. Elle est aussi dans les idées; l'auteur n'aura pas moins que nous senti leur importance; il aura voulu les mettre en toute saillie, en toute valeur; et il les a rendu diffuses pour avoir voulu les faire trop évidentes.

Mais la commission oublierait-elle à son tour que des limites lui sont aussi imposées même par l'attention toute bienveillante de ses collègues; et ces limites, par malheur, ne les a-t-elle pas déjà dépassées?

Concluons:

La commission a l'honneur de proposer à l'Académie:

1° D'adjuger le prix au mémoire n° 2.

2° D'accorder une mention honorable, plus la grande médaille en bronze de Portal à l'auteur du mémoire n° 1.

3° De nommer une commission qui, après la séance publique annuelle, proposera les auteurs des mémoires numéros 1 et 2 aux places de membres correspondans de l'Académie s'ils ne le sont déjà.

4° Enfin de publier les deux mémoires numéros 1 et 2 aux frais de l'Académie et dans ses fascicules.

Paris, 26 juillet 1836.

Signé: ANDRAL, CORNAC, RIBES, MARTIN-SOLON et DOUBLE, rapporteur.

---

de l'esprit humain, analogue à celle de Gall, et consistait uniquement en une classification des facultés intellectuelles et morales de l'homme, fondée sur leurs caractères extérieurs donnés par l'observation empirique, comme les classifications zoologiques et botaniques. Il y a sans doute quelque chose de cela dans les livres de Reid et de Dugald-Stewart, comme dans ceux de Descartes et de Condillac, mais ce n'est là que l'écorce ou du moins un des points de vue secondaires de cette philosophie. Le but supérieur des travaux de cette école, étudiée dans les livres de son fondateur, était une réfutation du scepticisme de Hume, au moyen d'une analyse nouvelle de la faculté de connaître. C'était un essai de le *critique*, exécutée plus tard avec une bien autre puissance, par Kant. Son seul résultat important fut d'établir sur de meilleures bases que Locke l'origine des connaissances humaines et leur certitude. C'est par ce côté supérieur et purement *logique* que cette école a influé sur la marche de l'esprit humain, et non par ses spéculations plus ou moins arbitraires, et plus ou moins ingénieuses, sur le nombre et les caractères différentiels des facultés actives et intellectuelles; distinctions et classifications auxquelles ces philosophes n'attachaient qu'une importance très-secondaire, et qu'ils ne prétendaient nullement circonscrire, comme le font les phrénologistes, dans d'invariables limites, laissant à chacun le droit d'intervertir, de modifier, de diviser ou d'unir, toutes les facultés sous des noms plus ou moins compréhensifs, parce qu'elles ne sont pas des êtres distincts et permanens, mais de simples puissances (powers) que l'esprit peut multiplier à l'infini par l'abstraction ou réduire jusqu'à l'unité par la généralisation. Voilà ce que les phrénologistes devraient savoir avant de représenter Reid comme un précurseur de Gall. M. Lélut, qui n'est pas *quasi*-phrénologiste, comme dit M. Gaubert, mais positivement *anti*-phrénologiste, n'a cherché dans la philosophie écossaise que ce qui convenait au but particulier de son livre, c'est-à-dire la portion de psychologie empirique qui s'y trouve, et il a très-bien montré que Gall n'avait guère fait que répéter les Écossais, quoique très-probablement il ne les connût pas. Tout ce qui sort clairement de ce parallèle, c'est que Hutcheson, Reid, et D. Stewart, n'ont pas eu besoin du céphalomètre de M. Fossati et de M. Sarlandière, pour décrire très-passablement l'esprit humain; et que sans jamais avoir disséqué des cerveaux, ils ont su et dit que les âmes diffèrent naturellement comme les corps; que nous apportons en naissant des dispositions diverses, soit morales, soit intellectuelles, soit professionnelles; que parmi les hommes il y a de bons et de méchans, de spirituels et de bornés, de gais et de tristes, de crédules et de sceptiques, de colériques et de paisibles, d'orgueilleux et de modestes, de lâches et de téméraires, etc., etc., et que toutes ces dispositions sont autant de lois primordiales de notre nature morale que l'éducation peut diriger ou modifier, mais qu'elle ne saurait ni produire, ni abolir entièrement. Gall est venu, qui a dit que toutes ces dispositions, aptitudes, capacités, facultés et qualités, étaient tout autant de fonctions organiques, numériquement et spécifiquement distinctes entre elles comme la vision et l'odorat, et il les a matérialisées, incorporées et personnifiées dans vingt-sept morceaux du cerveau, visibles, dit-il, au travers des parois du crâne. Voilà ce qu'a ajouté la phrénologie et ce qui lui appartient légitimement. Or, c'est là ce que M. Lélut conteste et nous aussi, et avec nous bien d'autres, et ce qui n'a été prouvé encore que pour les gens, toujours trop nombreux, qui aiment mieux croire au hasard que d'examiner.

Voilà ce qu'on peut dire pour le moment à M. Gaubert sur les prétendus services rendus par la phrénologie à la psychologie. Suivons-le maintenant dans son compte-rendu, qui n'est pas très-riche.

PATHOLOGIE EXTERNE.

MÉMOIRE SUR LA DÉTERMINATION DES DIVERSES ESPÈCES DE LUXATIONS DE LA ROTULE, LEURS SIGNES ET LEUR TRAITEMENT ; par J.-F. MALGAIGNE, professeur agrégé à la Faculté de Paris, chirurgien du bureau central.

(Troisième article. — Voir les n° 28 et 50.)

IV. LUXATION INCOMPLÈTE EN DEHORS.

Nous avons vu que J.-L. Petit, le premier qui ait donné la séméiologie des luxations de la rotule, a décrit en réalité des luxations incomplètes. « Lorsqu'elle est luxée en dedans, dit-il, la cavité externe de la rotule ou celle qui recevait le condyle externe du fémur se trouve sur le condyle interne ; et au contraire dans la luxation en dehors, c'est la cavité interne de la rotule qui reçoit le condyle externe du fémur. » Telle est la description primitive, suivie par tous les écrivains qui n'ont fait que la compléter. Ainsi Monteggia professe que, dans la luxation incomplète externe, le bord interne de la rotule s'enfonce dans le sillon qui sépare les condyles antérieurement ; et la facette interne est appliquée contre la partie la plus interne du condyle externe jusqu'à la saillie médiane de la rotule ; la facette externe de cet os restant soulevée et regardant plus ou moins en dehors, la face antérieure tournée obliquement en avant et en dedans. Boyer n'a pas compris comment la rotule ainsi placée ne retournerait pas spontanément à sa place ; et pour expliquer la fixité de la luxation, il a pensé que l'éminence verticale qui partage en deux la face postérieure de la rotule devait dépasser le bord externe de la poulie articulaire. Il a noté d'ailleurs comme un symptôme constant l'extension de la jambe.

La première objection à cette théorie résulte de la conformation de la rotule même. Comme il n'y « pas de facette interne concave, et qu'elle est remplacée par deux facettes, les rapports de la rotule avec le condyle externe ne sauraient être exactement ceux que les auteurs ont donnés. En examinant cette articulation sur le cadavre, et essayant de luxer incomplètement la rotule en dehors, on trouve : 1° que la rotule peut être poussée très-légèrement en dehors, en sorte que sa facette moyenne soit appliquée sur la partie externe de la poulie articulaire ; alors ce n'est point son bord interne qui répond au centre de cette poulie, mais bien la saillie verticale qui sépare ses deux facettes internes. Nous pouvons assez facilement produire ce déplacement sur nous-mêmes, quand, la jambe étendue, nous poussons la rotule en dehors ; mais elle revient à l'instant même à sa place ; et il ne paraît pas qu'un déplacement de ce genre puisse avoir lieu d'une manière permanente.

2° En augmentant l'impulsion en dehors, on arrive à appliquer contre la partie externe de la poulie articulaire la véritable facette interne de la rotule. Mais alors sa facette moyenne fortement relevée n'est plus en contact avec le condyle ; la rotule obliquement placée regarde beaucoup plus en dedans qu'en avant par sa face antérieure, et se rapproche de la position *de champ* ; et ce qu'il y a de plus essentiel à noter, c'est que ce n'est point son bord interne qui se trouve placé entre les condyles et qui la fixe dans sa position nouvelle ; c'est son angle supérieur et interne qui, fiché dans le creux sus-condylien d'une manière plus ou moins solide, forme le principal obstacle à la réduction. Ce déplacement ne saurait avoir lieu sans déchirure de la capsule, au moins de sa portion interne.

3° Enfin on peut placer la rotule à cheval sur le rebord externe de la poulie articulaire, comme Léveillé se la figurait dans la luxation complète ; mais jusqu'à présent aucun fait n'a démontré, sinon la possibilité, du moins l'existence d'un semblable déplacement. On lit bien dans Ravaton l'histoire d'un cavalier qui monté sur un cheval fougueux alla toucher un mur avec sa rotule droite, et chez lequel cet os « fut porté du côté externe, faisant saillie de plus de trois pouces. » Mais cette saillie énorme qui ne s'explique ni dans la luxation complète, ni dans la seconde variété de déplacement incomplet que nous venons d'examiner, est même impossible à concevoir d'aucune manière ; la rotule qui n'a pas deux pouces dans son plus grand diamètre, ne saurait faire une saillie de plus de trois ; et Ravaton, en écrivant cette histoire, a certainement été trompé par ses souvenirs.

Il ne reste donc en réalité que le second mode de déplacement incomplet, l'angle interne de la rotule se trouvant fiché dans le creux sus-condylien ; sa face antérieure regardant en avant et surtout en dedans, en sorte qu'on pourrait donner à ce déplacement le nom de *luxation oblique*. Je n'admets point que le bord interne de la rotule puisse se tenir dans la poulie articulaire, comme l'ont cru tous les auteurs, par ces deux raisons principales : premièrement, que la jambe serait constamment fléchie, tandis qu'elle est le plus souvent étendue ; secondement, c'est que le contact de deux portions osseuses aussi lisses et polies ne saurait rendre compte des difficultés qu'on éprouve quelquefois à réduire. Si donc, dans les observations qui suivront, on trouve répétée cette idée inexacte, c'est que nous avons cru devoir, dans une question si obscure, reproduire littéralement le petit nombre de faits observés, en faisant toutes réserves contre certaines doctrines des observateurs.

Je n'ai trouvé que bien peu d'histoires détaillées de ces luxations incomplètes, que Boyer croyait plus fréquentes que les complètes. Plusieurs écrivains en parlent comme s'ils en avaient vu ; on ne peut que regretter alors qu'ils ne nous aient pas fait jouir du fruit de leur expérience ; car la science en a vraiment besoin.

Le premier cas de ce genre appartient à Jean Sue, et a été publié par P. Sue dans ses *observations sur quelques maladies des os*. L'observation est d'ailleurs si incomplète et si mal rédigée, qu'aux yeux de quelques lecteurs la nature de l'affection pourra bien rester douteuse.

OBS. XII. — Le 13 septembre 1752, M. J. Sue fut appelé dans l'île St-Louis, pour y voir et visiter le fils de M. Morin. Ce jeune homme, âgé d'environ 20 ans, se plaignait de vives douleurs au genou droit, tellement qu'il était obligé de tenir toujours la jambe étendue ; il ne pouvait tenter la plus légère flexion sans augmenter considérablement ses douleurs. Interrogé sur la cause de son accident, il répondit qu'en badinant avec un de ses amis, il avait fait un écart forcé de la jambe droite, et que dans le même moment il avait ressenti à l'os du genou un mouvement extraordinaire, suivi d'une extrême douleur.

Sur ce rapport, M. Sue examina la partie lésée, et distingua très-bien un renversement aux deux tiers de la rotule *de dehors en dedans*, sans aucune apparence de rupture aux ligamens qui l'attachent. Il se disposa alors à tenter la réduction de cet os. Après avoir fait coucher le malade sur un lit et assujétir sa jambe par deux aides, il poussa d'une main avec ses doigts la partie interne de la

---

Le seul fait un peu remarquable cité parmi les travaux des sociétaires, est un fait de diagnostic moral porté par M. le docteur Leroy sur un crâne de femme soumis à ses investigations. Trouvant sur cette tête les parties latérales assez développées relativement aux parties antero-supérieures, et quelque prédominance aussi dans les parties sincipito-postérieures, il en conclut, avec une rare sagacité, que cette bonne dame veuve Cheron avait dû être rusée, attachée à ses intérêts, quelque peu entêtée, indévote et peureuse, et aimer passablement l'argent, ce qui se trouva vrai. *Bené, bené respondere*. Enfin, pour qu'on ne croie pas que ce sont là des assertions en l'air, on produit deux preuves authentiques : 1° le crâne de la susdite dame, sur lequel on peut voir sans doute une infinité de choses, et par conséquent celles qu'on y a vues ; 2° un certificat en bonne forme, et dûment légalisé, du greffier du tribunal civil de Versailles, lequel y a apposé sa griffe. C'est là un *fait de poids*, ajoute M. Gaubert. Il a raison, il n'y en a guère de plus lourds.

Puis viennent les assassins Henry (le mari et la femme), que M. Dumoutier diagnostiqua à souhait ; il leur trouva la proéminence assassine, ce qui n'était pas difficile à faire.

M. Gaubert a très-ingénieusement expliqué le caractère doux ou mou, comme on voudra, des compositions musicales de Belliui, par la prédominance de l'organe de la bienveillance. Ceci est très-subtil, mais nous n'y insisterons pas.

Il montre ensuite la tête de l'Anglais Brown, assassin de sa femme et de ses quatre enfans, et à propos de cette tête il défie les contradicteurs de montrer un faculté quelconque fortement développée dans un homme sans un développement apparent de l'organe. Depuis plusieurs années nous lui avons signalé je ne sais combien de ces anomalies, et notamment trois têtes qu'il avait devant lui, celles de Lacenaire, Avril et Fieschi. Mais il nous sera à jamais impossible de nous entendre avec les phrenologistes sur les faits de détail, par deux raisons : 1° parce que nous n'avons pas les mêmes yeux, et que là où les leurs voient des éminences, les nôtres voient des enfoncemens, *et vice versâ* ; 2° parce qu'avec la facilité qu'ils ont d'expliquer l'absence d'une faculté, malgré la prédominance d'un organe, par l'intervention d'autres facultés, et la présence d'un organe malgré l'absence de la faculté, par la paralysie accidentelle dudit organe ou le défaut de consensus des organes voisins. Une tête devient entre leurs mains malléable comme une boule de cire, et se moule à volonté sur les besoins actuels de l'hypothèse.

M. Gaubert a dit qu'on avait nié la *destructivité* chez Lacenaire. Si quelqu'un l'a nié, ce n'est pas nous ; nous avons dit seulement qu'il avait au même degré la *théosophie*, *la bienveillance* et *la conscienciosité*, ce qui ne l'empêchait pas d'être athée, assassin et voleur. Nous avons dit de même que l'ignoble Avril avait l'organisation phrénologique d'un saint, et nous le maintenons. M. Gaubert n'a pas jugé à propos d'entrer dans aucun détail sur ces têtes, il s'est contenté de dire qu'elles confirmaient le système à la confusion des critiques ; c'est plutôt fait.

Les phrénologistes qui sont des casuistes d'une nouvelle espèce, se font fort de dire en voyant la tête d'un assassin ou voleur s'il était libre ou non de commettre son crime. Ainsi M. Gaubert se mettant à la place de Dieu, prononce, en vertu de son crano-mètre, que Fieschi et Lacenaire jouissaient de leur libre arbitre, et que leur forfait n'a pas été irrésistiblement nécessité. Cette décision affirmative suppose la possibilité de la négative. Ainsi, avec un centième de ligne de plus de longueur du diamètre inter-auriculaire, il n'auraient pas été libres, mais *forcés*, et par conséquent, si on veut être conséquent, irresponsables, c'est-à-dire *innocens*. Jamais le délire de l'orgueil systématique n'a produit une énormité égale à cette prétention phrénologique.

Tous les travaux de la société de cette année se réduisent, à peu de chose près,

rotule vers le bord qui touchait à l'articulation du tibia avec le fémur, tandis qu'avec les doigts de l'autre main, il baissa extérieurement le bord opposé de cet os en le poussant un peu obliquement. De cette manière il réduisit facilement et en très-peu de temps la rotule, et le malade fut entièrement soulagé. M. Sue appliqua ensuite sur la partie des compresses trempées dans l'eau de boule et soutenues par un bandage contentif. Il saigna le malade et lui ordonna le repos et un régime convenable. Par ce moyen il fut entièrement guéri au bout de 15 à 20 jours, et en état de vaquer à ses occupations ordinaires (1).

Sue a intitulé ce fait : *Observation sur un renversement aux deux tiers de la rotule droite sans rupture de ses ligamens.* Cette interprétation de la position de la rotule nous paraît démentie par le passage où il est dit que le chirurgien *baissa extérieurement le bord opposé* (le bord externe) de la rotule, *en le poussant un peu obliquement.* D'ailleurs ce renversement de la rotule, sur lequel nous reviendrons plus tard, n'est prouvé par aucun fait, et paraît à peine dans l'ordre des choses possibles. Quant à l'intégrité prétendue des ligamens, elle est appuyée sur d'aussi fortes preuves que le renversement, et l'anatomie démontre qu'elle ne saurait subsister.

Si, comme nous le croyons, c'était là un simple déplacement incomplet en dehors, ce déplacement peut donc avoir lieu par un effet musculaire. Le mécanisme n'en est pas facile à saisir; probablement tandis que le vaste externe agit pour entraîner la rotule en dehors, comme dans la luxation complète, il est arrêté par une contraction supérieure des autres muscles, et principalement du droit antérieur, qui attirent la rotule en haut dans sa position oblique, et engagent son angle interne dans le creux sus-condylien. La réalité de cette cause est d'ailleurs mise hors de doute par un autre fait communiqué à l'Athénée de médecine par M. Moreau, en 1818.

LUXATION INCOMPLÈTE PAR L'ACTION MUSCULAIRE (2).

OBS. XIII. — Un colonel d'artillerie voulant croiser ses jambes l'une sur l'autre, s'est luxé la rotule qui s'est trouvée placée presque de champ; une douleur très-vive s'est aussitôt manifestée; les efforts du malade ont suffi pour opérer la réduction de cette luxation. Le lendemain il y avait du gonflement qui a cédé aux moyens appropriés. Douze ans auparavant, le même accident s'était manifesté chez ce militaire.

J'ai consulté M. Moreau pour avoir d'autres détails; mais ils étaient échappés de sa mémoire. Il n'a pas même pu me dire si la luxation était en dedans ou en dehors; mais la nature de la cause qui l'a produite et la rareté des luxations incomplètes en dedans permettent de présumer qu'elle était en dehors.

Une circonstance qui frappe dans ces deux cas, est la facilité de la réduction. Cela tiendrait-il aux circonstances dans lesquelles la luxation a eu lieu? la question est plus aisée à poser qu'à résoudre, surtout avec des faits aussi peu circonstanciés. Toutefois elle me paraît d'autant plus digne de fixer l'attention, que la même facilité s'est retrouvée dans l'observation suivante, dont je dois la communication à l'amitié de M. Robert.

(1) Observations sur quelques maladies des os; par P. Sue, à la suite de la clinique de Desault, par Cassius, t. 2, p. 392.

(2) Bibl. méd. t. 60, p. 198.

LUXATION PAR L'ACTION MUSCULAIRE; RÉDUCTION FACILE; par M. ROBERT.

OBS. XIV — Dans le courant de février 1829, une domestique âgée de 20 ans, d'une constitution lymphatico-sanguine, descendait un escalier, chargée de vaisselle, lorsqu'elle sentit tout à coup un craquement très-douloureux dans le genou droit. Elle ne tomba pas, mais la douleur l'empêcha de continuer sa marche. Je la vis le lendemain avec mon collègue et ami M. le docteur Requin.

La jambe était dans l'extension, et le moindre effort que l'on faisait pour la fléchir sur la cuisse, causait d'assez vives douleurs. La région rotulienne formait une saillie plus considérable, moins arrondie et placée plus en dehors que dans l'état normal. Malgré le gonflement qui commençait à se développer, on reconnaissait facilement que la rotule était luxée incomplètement en dehors; sa face sous-cutanée, au lieu de regarder en avant, était inclinée en dehors; son bord externe faisait une forte saillie au devant du condyle fémoral externe, sans cependant le dépasser sensiblement en dehors, ce qu'il était facile d'expliquer par la forte obliquité de la rotule. En dedans on sentait une portion de la face articulaire antérieure du fémur; mais le gonflement empêchait d'en bien reconnaître la conformation.

Le genou gauche, comparé au droit, parut dans un état de bonne et régulière conformation.

La réduction de ce déplacement fut des plus faciles. Pendant que mon confrère, saisissant le bas de la jambe, la soulevait fortement pour fléchir le membre sur le bassin, je soutenais d'une main la face interne et inférieure de la cuisse, et avec la face palmaire de l'autre, je poussais fortement la rotule de dehors en dedans. Cet os rentra avec bruit dans sa position naturelle. L'inflammation fut très-modérée, et n'exigea que de simples résolutifs pendant une quinzaine de jours.

Mon confrère M. Requin m'apprit que l'année précédente cette fille avait éprouvé un accident semblable; que la luxation, méconnue d'abord, n'avait été réduite qu'au bout de trois semaines. Pour en éviter le retour, il conseilla l'emploi d'une genouillère. Depuis lors, nous n'avons pas appris qu'il lui fût rien survenu (1).

« De prime abord, dit-il, il me parut singulier qu'un pareil déplacement eût pu s'opérer par le seul effet de la contraction musculaire, dans une articulation en apparence bien conformée, et les ligamens étant sains lorsque cette fille s'était luxé la rotule pour la première fois. Mais en réfléchissant au mécanisme de l'articulation du genou, il m'a semblé que l'on pouvait l'expliquer assez facilement. En effet, la jambe formant avec la cuisse un angle obtus saillant en dedans, le ligament rotulien qui est placé suivant l'axe de la jambe, et la résultante de l'action des muscles triceps et droit antérieur qui répond à l'axe de la cuisse, forment également un angle obtus. Pendant la contraction des muscles extenseurs, la rotule doit donc nécessairement être portée plus ou moins en dehors, suivant la résultante de ces deux lignes obliques. Une expérience bien simple, et que j'ai souvent répétée, m'a prouvé que les choses se passent ainsi. Lorsque l'on place la main sur la rotule d'un individu maigre et bien musclé, et qu'on lui fait contracter brusquement les muscles extenseurs, on sent la rotule se porter manifestement en dehors. Or, *chez quelques personnes*, j'ai trouvé ce mouvement si étendu, qu'il m'a paru hors de doute qu'une contraction musculaire instantanée et violente pût luxer la rotule en dehors. Toutefois, j'ajouterai qu'un peu d'étroitesse des condyles fémoraux ou de laxité du ligament rotulien, ou qu'une cambrure trop prononcée de la jambe, m'a plusieurs fois paru coïncider avec ce déplacement très-étendu de la rotule, dans les expériences que j'ai faites.

» Je ne pense donc pas qu'il soit nécessaire de recourir à l'ingénieuse hypothèse que vous avez proposée pour expliquer ces luxations, et d'admettre avec vous une contraction spasmodique du muscle vaste externe. Je ne serai même disposé à adopter votre explication, qu'après que vous aurez établi par des faits la possibilité des luxations de la rotule en dedans par la seule action musculaire: le vaste interne, par son volume prédominant, me paraissant plus propre que l'externe à agir sur cet os. »

(1) En m'envoyant cette observation intéressante, M. Robert a bien voulu y joindre quelques réflexions touchant la théorie que j'ai cru devoir admettre pour les luxations complètes; je m'empresse de les mettre sous les yeux du lecteur.

à ces diagnostics; pour être juste cependant, il faut mentionner les recherches de M. Sarlaudière, que nous ne connaissons point et sur lesquelles on ne donne aucun détail. Il paraît aussi que M. Bernard Lafosse a démontré, contre l'opinion de M. G. Combes, les limites de l'organe de l'*habitativité*; problème des plus épineux, enfin résolu. Le suicide épidémique a aussi fixé l'attention de la société; elle a très-logiquement présumé que cette disposition devait provenir de quelque dérangement dans la faculté de *l'amour de la vie. Quia est in eo virtus suicidiva.*

Nous regrettons de ne pouvoir pas, faute de temps, analyser aussi longuement le discours de M. Voisin, qui a duré une heure et un quart. Le sujet principal était l'instinct du meurtre, intitulé par M. Voisin: *L'instinct de frapper.* C'était une œuvre élaborée, semée de distance en distance de traits à effet. Il n'y a pas été trop question de phrénologie. Suivant M. Voisin, la nature animée n'est dans son ensemble qu'un laboratoire de destruction; tous les êtres vivans s'entre-détruisent sans fin ni repos, les espèces plus fortes dévorant les plus faibles, et les individus de la même espèce se dévorant entre eux. Nous nous rappelons avoir lu dans les *Soirées de Saint Pétersbourg*, du comte de Maistre, quelques magnifiques pages sur ce sujet. L'homme est carnivore, il tue pour manger, mais il peut aussi tuer pour satisfaire tous les autres besoins ou penchans de sa nature; il peut même tuer pour tuer. De tout cela, M. Voisin conclut qu'il doit y avoir un organe du meurtre, ou en général de la destruction de ce qui a vie. Il a cité Néron, Catherine, Caracalla, Louis XI, Sylla et Tibère, et l'inquisition. La seule conclusion pratique à laquelle ces observations aient abouti, c'est l'abolition de la peine de mort.

D'après le programme des lectures, c'était à M. Bernard-la-Fosse à parler. Cet orateur devait réfuter les objections et critiques faites à la phrénologie. Nous attendions son discours avec d'autant plus d'impatience, que nous étions intéressés dans la question; car nous avons fait un assez grand nombre d'objections et de critiques à la cranioscopie. Notre attente a été déçue. M. Bernard-la-Fosse, considérant l'heure avancée, a cédé la parole à M. Dumoutier, dont nous avouons, à notre honte, n'avoir pas entendu tout le discours, sollicités que nous étions par l'organe de l'*alimentivité*, situé, selon nous, dans la partie supérieure de l'abdomen, et non dans la fosse zygomatique. On nous a rapporté qu'il était entré dans les plus minutieux détails de dissection psychologique sur le peintre né sans bras, et qu'il avait tiré de son examen des conclusions analogues à celles que nous avons indiquées au commencement de cet article.

Cette séance de la société phrénologique de Paris est la sixième depuis son établissement. Nous ne pouvons pas prévoir combien de temps encore nous serons appelés à jouir de cette représentation périodique. Ainsi que nous l'avions prédit, car nous nous mêlons aussi de prédire, à l'époque de son établissement, il est évident que les noms un peu considérables, inscrits sur la liste des sociétaires, n'y figurent guère que pour mémoire; qu'aucun des médecins, hommes de lettres, naturalistes, philosophes, dont les talens et la position scientifique, pourraient être de quelque poids et avoir quelque autorité, n'ont jamais pris une part directe à la chose, ou s'en sont retirés dès qu'ils en ont vu le fond. Les membres actifs, les véritables représentans de la secte phrénologique se réduisent, à peu près, à une douzaine de persuadés qu'il est inutile de nommer, mais dont la plupart siégeaient au bureau dans la dernière séance. Tout en respectant profondément leurs convictions et rendant justice à leur zèle, nous ne pouvons pas admettre qu'ils aient jamais une bien grande influence sur l'opinion publique qui, à défaut de la vérité, ne se donne qu'au talent et au génie.

Je regrette de me trouver en opposition sur ce point avec un aussi habile observateur. Mais dans une articulation bien conformée, jamais la résultante de la direction du ligament rotulien et de l'action des muscles ne s'écarte assez de la poulie articulaire pour porter la rotule en dehors du condyle externe. Ceci peut bien avoir lieu quand les ligamens sont relâchés; c'est qu'alors la rotule est portée fort au dessus des condyles et ne trouve plus aucun obstacle qui l'empêche de glisser en dehors; de là même la facilité des récidives. Je reviendrai d'ailleurs sur cette question en traitant des luxations spontanées.

Dans cette observation, comme dans celle de M. Moreau, il s'agit d'une récidive, ce qui laisse présumer que les ligamens étaient affaiblis dès la seconde luxation, et peut-être déjà un peu relâchés dès la première. Cette laxité présumée favoriserait-elle la luxation incomplète par l'action musculaire, et servirait-elle à expliquer aussi la facilité des réductions? Toujours est-il que, dans les observations qui nous restent à étudier et dont les détails offriront un grand intérêt sous le rapport de la symptomatologie et du traitement, la cause efficiente a toujours été un choc extérieur, et, à part un cas où les ligamens étaient relâchés, la réduction n'a été obtenue qu'avec de grandes difficultés.

LUXATION INCOMPLÈTE PRODUITE PAR UN CHOC EXTÉRIEUR; par Boyer.

Obs. XV. — Un jeune homme de 16 à 18 ans, d'une grande stature, fit une chute en courant dans un corridor; la partie interne du genou heurta violemment contre l'angle d'une malle, ce qui produisit une luxation incomplète de la rotule en dehors. Le chirurgien ordinaire de la maison fut appelé; mais soit qu'il ne reconnût pas la luxation, soit qu'il ne se crût pas capable de la réduire, il ne voulut rien entreprendre sans avoir l'avis et l'assistance de Sabatier. Ce célèbre professeur fut d'abord incertain sur l'espèce de déplacement que la rotule avait éprouvé; mais après avoir examiné les choses avec plus de soin, et réfléchi sur les phénomènes de la maladie, il reconnut sa nature et son espèce; il tenta alors la réduction; mais tous ses efforts ayant été inutiles, je fus appelé. Voici dans quel état étaient les choses à mon arrivée; le malade était couché sur un lit, la jambe étendue et élevée par des oreillers; la conformation ordinaire du genou était altérée, la rotule formait une tumeur sensible en avant du bord externe de la poulie articulaire du fémur: devant le bord interne de la même poulie, il y avait un enfoncement dans le fond duquel on pouvait sentir avec le doigt ce même bord de la poulie. La direction de la rotule était changée de manière que sa face antérieure était inclinée en dedans et son bord externe en devant; enfin la facette articulaire externe de la rotule pouvait être reconnue au toucher à travers les tégumens qui la recouvraient. A ces signes, on ne pouvait méconnaître la luxation incomplète de la rotule en dehors. Pour la réduire, j'employai le procédé que j'ai décrit plus haut (celui de Valentin); les deux premières tentatives furent infructueuses, mais à la troisième l'os rentra dans sa place naturelle et tous les signes de la luxation disparurent; le malade put alors fléchir et étendre la jambe librement. L'articulation fut entourée de compresses trempées dans une liqueur résolutive, soutenues par un bandage roulé; le jeune homme garda le lit pendant huit jours, put ensuite se lever et marcher, et n'a pas éprouvé depuis le moindre symptôme qui puisse faire craindre une récidive.

Le symptôme sur lequel nous fixerons l'attention, est l'extension de la jambe. Boyer regardait cette extension comme constante, assertion un peu hardie pour lui qui n'avait vu qu'un seul fait. En s'éclairant des lumières de l'anatomie, on peut dire que quand le ligament rotulien n'aura que sa longueur normale, la rotule fixée au-dessus de la poulie cartilagineuse du fémur retiendra la jambe étendue; mais si ce ligament est relâché, ployé, la jambe conservera un degré de flexion qui sera toujours en proportion de cet allongement. S'il n'y a pas quelque exagération dans les termes, cette disposition était portée au plus haut degré chez une femme observée par Monteggia.

LUXATION INCOMPLÈTE EN DEHORS; FLEXION DE LA JAMBE; RÉDUCTION SPONTANÉE; par Monteggia.

Obs. XVI. — La luxation était survenue par une chute sur le genou. Le bord externe de la rotule relevé faisait saillie au-devant du condyle externe, et le bord interne était enfoncé entre les condyles; la rotule dans cette position se mouvait avec un craquement assez rude sur le condyle externe durant l'exploration que je faisais, principalement quand je pressais sur la saillie du bord externe de l'os luxé; cette pression le faisait un peu céder et imprimait à la rotule comme un mouvement de bascule. Tandis que je palpais ainsi le genou pour me mettre au fait de la nature de l'accident, la malade se tenait assise et la jambe en demi-flexion. L'ayant fait ensuite déshabiller pour la mettre au lit, il arriva que, ne pouvant l'y faire porter parce qu'elle était trop lourde, elle fut obligée de s'appuyer un moment sur sa jambe, étendue et redressée, et dans ce moment elle sentit la rotule se mouvoir et retourner à sa place; et en effet, l'ayant examinée dès qu'elle fut au lit, je trouvai la réduction accomplie.

Voilà, pour les luxations de la rotule, un de ces cas de réduction spontanée qu'on a observés également dans d'autres articulations, et qui n'ont pas même donné à réfléchir aux chirurgiens qui en ont rapporté l'histoire. Tandis que dans l'observation précédente, un grand chirurgien avait échoué, un second n'avait réussi qu'après deux tentatives infructueuses, ici l'os se réduit de lui-même sans efforts, et par un mécanisme assurément bien différent de la méthode généralement admise. Sans doute la laxité des ligamens, attestée par la flexion de la jambe, a pu aider à cet effet; mais de quelle manière? voilà ce qu'il est important d'éclaircir dans l'intérêt de l'art.

Avant d'entrer dans cette discussion, il n'est pas hors de propos de rappeler que c'était un procédé analogue qu'avaient recommandé les premiers chirurgiens qui ont parlé des luxations rotuliennes. Il faut, dit Hali-Abbas copié par Avicenne, que le pied soit posé à plat sur le sol, et que l'on fasse la réduction. Guy de Chauliac et les Arabistes jusqu'à A. Paré, tiennent le même langage. Jehan de Vigo seul s'en écarte en ce qu'il veut que le malade soit assis. Du reste, aucun fait n'a même été allégué en faveur de ces anciennes méthodes, et nous avons dit qu'on ne sait si ces auteurs ont voulu parler de luxations complètes ou incomplètes.

Lorsque la rotule est chassée de sa position par un choc violent, et qu'elle s'arrête au déplacement incomplet, il faut admettre une résistance qui l'a empêchée de se luxer parfaitement. On peut accuser à la fois la force médiocre du coup, la résistance des ligamens et la résistance des muscles. Le peu de force de la cause luxante peut toujours être alléguée, mais toujours aussi elle doit se combiner avec les autres résistances. Si la rupture de la portion interne de la capsule, observée par Sir A. Cooper, se rapporte à une luxation incomplète, ce qui est probable, la moitié externe restée intacte expliquerait pourquoi l'os ne s'est pas complétement déplacé; mais elle ne rendrait pas compte des difficultés de la réduction par la méthode ordinaire, puisque les manœuvres prescrites ne tendent qu'à relâcher ce côté de la capsule. Reste donc l'action musculaire, dernier obstacle que la cause luxante n'a pas entièrement vaincu, et seul capable de produire les difficultés qui s'opposent à la réduction.

Pour comprendre la manière dont elle agit, il faut établir d'abord que la rotule n'est chassée en dehors qu'en glissant sur la portion externe de la poulie articulaire et en se relevant fortement par son bord extérieur. Si, lorsque la portion capsulaire interne est brisée et le bord interne de l'os arrivé au niveau de la ligne moyenne du fémur, si en ce moment les muscles agissent brusquement, spasmodiquement, ils attireront la rotule en haut dans sa position oblique; son angle interne labourera ainsi le tissu adipeux qui recouvre le creux sus-condylien, et peut-être le tissu osseux lui-même qui est tout spongieux en ce point; il se creusera donc un sillon dans lequel il restera engagé comme un coin, et la tuméfaction du tissu adipeux viendra l'affermir encore. Que l'on cherche alors à faire basculer la rotule en pressant sur son bord externe relevé, on conçoit que ces pressions sont fort peu efficaces pour dégager l'autre bord enclavé, et qu'elles peuvent même tendre à l'enfoncer davantage. Que si au contraire, par une puissance énergique et soudaine, on peut dégager l'angle rotulien de son sillon en le tirant en haut, par exemple, où le creux condylien cesse, où commence la diaphyse du fémur formée de tissu compacte et offrant une surface arrondie, cet angle ne trouvant plus de point d'appui glissera du côté où il incline davantage, et cette bascule aura pour effet une réduction immédiate. C'est ainsi que s'explique pour nous la réduction spontanée de la luxation de Monteggia; la laxité du ligament rotulien permettait à l'os de remonter plus haut que le creux sus-condylien dans l'extension complète de la jambe; et cette extension a eu lieu en effet hors de la réduction, ainsi que le prouvent les détails de l'observation même.

Mais si cette théorie est juste, c'est en vain qu'on tentera l'extension de la jambe chez les sujets à ligamens fermes; et il faut recourir d'autres moyens de réduction. Aussi avons-nous vu, malgré cette extension, Sabatier et Boyer éprouver les plus grandes difficultés; et dans l'observation suivante, la méthode de Valentin a même absolument échoué. Quelle ressource y a-t-il alors? tenter le moyen le plus opposé en apparence, et en réalité celui qui mène au même but; fléchir fortement et brusquement la jambe, afin d'attirer la rotule sur la poulie cartilagineuse, qui, offrant un plan solide, arrondi, glissant, ne lui permettra pas de garder l'équilibre dans sa position oblique, et la forcera, l'action des muscles aidant, à basculer et à reprendre sa direction normale. Ce moyen avait déjà été employé avec succès dès 1822 pour une luxation verticale de la rotule, déplacement qui, comme nous le verrons, a la plus grande analogie avec celui dont nous nous occupons; mais le fait était demeuré isolé, sans généralisation; et c'est à M. Herbert Mayo que l'on doit d'en avoir fait une méthode raisonnée.

Le fait remarquable de M. Mayo avait été publié dans le n° 50 du *London medical Gazette*, novembre 1828, analysé dans le *Medico-chirurgical Rewiew* en 1829, et traduit peu après dans le *Journal des progrès*, tome 18, page 38. Soit que l'analyse anglaise ait été mal faite, soit que le traducteur ait mal rendu le texte, et probablement

par ces deux causes réunies, il est fort difficile de comprendre la portée de l'observation dans la traduction française. Après avoir fait de vaines recherches à Paris pour trouver les journaux anglais cités, en désespoir de cause, j'ai écrit à M. Mayo, qui a mis à me répondre une obligeance dont je ne saurais trop me louer. Voici la traduction de l'observation qu'il m'a fait l'honneur de m'adresser.

LUXATION INCOMPLÈTE EN DEHORS : RÉDUCTION PAR UN NOUVEAU PROCÉDÉ ; par M. HERBERT-MAYO.

OBS XVII. —Une compagnie du deuxième régiment des gardes était à l'exercice à l'école de cavalerie des baraques dans le Regent's-Park. Deux lignes opposées marchaient l'une contre l'autre, et les chevaux étaient au pas, lorsqu'à l'instant où les colonnes se croisaient, un soldat piquant des deux lança vivement son cheval en avant, et heurta de son genou gauche le genou droit du soldat qui se trouvait vis-à-vis. Ce dernier ne put continuer l'exercice, on le descendit de cheval, non sans de vives douleurs; et on trouva que la rotule était luxée.

La rotule reposait par son bord interne sur le condyle externe; sa face antérieure était dirigée obliquement en avant et en dedans. Il n'y avait aucune tension des muscles de la cuisse; toute tentative pour fléchir le genou développait de la douleur. M. Broughton, chirurgien du régiment, essaya de réduire la luxation par les procédés ordinaires, et n'ayant pu y reussir, il m'appela en consultation. Environ trois heures s'étaient écoulées depuis l'accident, lorsque nous vîmes le malade ensemble.

Nous fîmes des tentatives variées pour replacer la rotule. Le procédé sur lequel je comptais le plus était le suivant. Le genou étant demi-fléchi, avec la paume de la main droite je poussais le bord externe et saillant de la rotule en arrière, de manière à diminuer l'obliquité de la direction de sa face antérieure; alors, à un signal donné, les aides étendaient brusquement le genou, et au moment de l'extension, profitant du relâchement complet de toutes les parties, je m'efforçais de repousser la rotule dans sa place. Mais ce moyen, tenté deux fois, ne réussit point.

Surpris des difficultés que je rencontrais, j'invitai M. Broughton à m'accompagner à mon amphithéâtre, pour pouvoir examiner sur un membre disséqué la nature des obstacles qui s'opposaient à la réduction. Un simple coup d'œil me fit voir la cause de nos insuccès, et le moyen de la surmonter. Je vis que le bord gauche de la rotule était couché dans une gouttière ou sillon situé parallèlement et en arrière du bord du cartilage du condyle externe, et de l'importance de laquelle je ne m'étais point douté jusque-là. Cette gouttière est d'une profondeur variable; chez les sujets qui ont les os épais, comme était notre malade, il est probable que cette gouttière est très-profonde, et il était aisé de comprendre, dans cette hypothèse, l'impossibilité, par des pressions exercées sur la rotule, de dégager cet os retenu en bas comme il l'était nécessairement, et pressé dans la gouttière par les ligamens qui n'étaient point déchirés et par les tégumens. En même temps, il était évident que si le genou pouvait être plié jusqu'à l'extrême flexion, la rotule suivrait nécessairement le tibia, le ligament rotulien étant dans toute son intégrité; et non moins évident que la rotule serait ainsi tirée verticalement hors de la gouttière et dépasserait ses limites; alors on pouvait espérer qu'elle serait ramenée dans sa position normale, et la luxation réduite, par l'action du quadriceps fémoral.

Nous retournâmes près de notre patient; et nous eûmes la satisfaction d'éprouver à l'instant l'efficacité de cette méthode. Le genou du soldat ne fut pas plutôt porté dans la flexion complète, que la rotule retourna dans sa place avec un bruit sensible à l'oreille.

Je retrouvai donc dans cette observation, confirmée par l'expérience et soutenue par une théorie analogue à la mienne, les vues auxquelles l'anatomie chirurgicale m'avait conduit. La date reculée de la publication de M. Mayo (1828) lui laisse d'ailleurs toute priorité; mais ce qui est bien remarquable et ce qui malheureusement se présente trop souvent dans notre art, c'est que ces idées aient trouvé si peu d'échos qu'elles soient restées à peu près complètement oubliées, je ne dirai pas en France, où l'on ne s'occupait guère il y a huit ans de la chirurgie étrangère, mais en Angleterre même, où on ne les rencontre dans aucun des ouvrages de chirurgie publiés depuis.

M. Mayo écrivant de mémoire, a d'ailleurs oublié quelques détails que nous reproduirons d'après le *Journal des progrès*. Le malade tenait la jambe dans l'extension; et dans cette position il ne ressentait aucune douleur. On pouvait faire mouvoir légèrement la rotule luxée. Pour la réduction on avait tenté de repousser la rotule en place, soit en mettant la jambe dans l'extension, soit en la fléchissant, avant d'essayer la flexion et l'extension successives; la demi-flexion causait de vives douleurs, et en outre elle donnait lieu à ce phénomène bien remarquable, que la rotule se présentait non plus obliquement, mais bien directement en avant. Enfin, dans le dernier essai qui réussit, on avait fait coucher le malade sur son côté gauche, et son genou droit avait été saisi par un de ses camarades qui, à un signal donné, porta subitement le talon derrière la cuisse, de manière à faire arriver la jambe au plus haut degré de flexion.

En comparant ce fait avec celui de Monteggia, on voit qu'en effet ce n'est point la capsule qui s'oppose à la réduction, puisque, rompue ou non du côté externe, elle permettait à l'os de vaciller; ni les muscles, puisque dans leur plus grand relâchement la luxation résistait, et qu'elle a cédé dans leur tension la plus forte. Il ne reste donc que l'enclavement de l'angle interne de la rotule, ainsi que je l'ai indiqué tout à l'heure.

J'insiste sur ce point, parce que là est également toute la théorie de cette autre espèce de luxation qui nous restera à étudier sous le nom de *luxations de champ* ou *verticales*. Ce ne sont, à vrai dire, que des luxations incomplètes, dans lesquelles l'action musculaire plus énergique a plus profondément engagé la rotule dans le creux sous-condylien, et a ainsi accru les difficultés de la réduction. L'observation de M. Mayo vient confirmer cette vue, puisqu'en tiraillant les muscles par la flexion de la jambe, on transformait momentanément la luxation oblique en une luxation de champ. Ce sont deux degrés d'un même déplacement; et ce n'est même que dans l'histoire des luxations de champ que nous trouverons des faits suffisans pour compléter l'article du traitement des luxations rotuliennes incomplètes; j'ai cru cependant devoir les étudier à part, à cause de la différence que les auteurs ont établie entre elles, et parce que, sous le rapport de leur fréquence comparative, elles offrent un contraste auquel on ne s'attendrait guère et qu'il sera curieux de constater.

V. LUXATION INCOMPLÈTE EN DEDANS.

La luxation incomplète en dedans est partout décrite avec autant de complaisance que la luxation complète; calquée d'ailleurs sur la luxation incomplète en dehors, on n'a pas manqué d'appliquer aussi la facette externe de la rotule contre la portion interne de la poulie articulaire. Ici le contresens anatomique est encore plus grand; en effet, comme le cartilage articulaire monte bien moins que du côté externe, dans l'extension complète la presque totalité de la rotule s'élève à un niveau supérieur, et dans la luxation incomplète en dedans, la facette externe de cet os ne s'appliquerait que sur le corps du fémur même ou sur le rebord interne du creux sus-condylien.

Une conséquence naturelle de ce premier fait, c'est que la rotule luxée en dedans devrait avoir son bord interne bien moins relevé que dans la luxation oblique en dehors. Une autre disposition concourrait au même effet; la facette externe est unique et s'appliquerait par toute sa surface sur le fémur, tandis que de l'autre côté la facette moyenne reste écartée du condyle. En figurant ce déplacement sur le cadavre, c'est à peine en effet si la rotule se relève en dedans jusqu'à former un angle de 45 degrés avec l'horizon; et cette inclinaison tient en grande partie à celle de son ligament inférieur appliqué sur la portion interne de la poulie fémorale.

Avec cette médiocre inclinaison, l'angle externe de la rotule ne tombe-t-il pas trop obliquement sur le creux sus-condylien pour pouvoir s'y creuser un sillon? On est tenté de le croire quand on considère la rareté de ces luxations incomplètes. Je n'en ai pu rencontrer un seul exemple nulle part; aucun des chirurgiens que j'ai consultés n'en a vu. Cette luxation n'existerait-elle que dans l'imagination de ceux qui l'ont décrite? Le fait unique qu'on va lire semble toutefois attester sa réalité. J'avais prié M. Baumès, chirurgien en chef de l'hospice de l'Antiquaille à Lyon, de me recueillir quelques renseignemens sur cette matière à Londres, où il fit en 1835 un voyage scientifique. C'est à son amitié que je dois la communication suivante :

« Je vous avais promis de chercher dans mes notes le fait relatif à la luxation de la rotule. Je l'ai trouvé; le voici en très-peu de mots, mais très-fidèlement, tel que je l'écrivis à la hâte, au milieu de beaucoup de choses qui m'occupaient. M. Key, chirurgien de l'hôpital Guy, m'a dit que je pouvais en faire usage.

» Il y a à peu près un an, une femme de 25 à 30 ans tomba d'un peu haut sur ses pieds; près du terme de sa chute elle fit un violent effort pour se redresser, et donna en même temps du genou droit contre un mur latéral. Aussitôt douleur très-forte dans cette partie, impossibilité de marcher; on conduit la malade à l'hôpital Guy. M. Key n'y était pas dans ce moment. L'interne (*house-surgeon*) en qui il témoigne une très-grande confiance, reconnaît une luxation de la rotule en dedans; il la réduit sans grande difficulté. M. Key ne vit la malade qu'après la réduction.

» Cependant arrivent un engorgement inflammatoire, de la suppuration, de la fièvre, et la mort au bout de 25 à 30 jours. M. Key fit l'autopsie et trouva une déchirure assez considérable de la partie du tendon du vaste externe qui s'attache en haut et en dehors de la rotule, ainsi que de la capsule du même côté. Il s'assura que c'était bien une vraie déchirure, et non pas une lésion qu'on pût attribuer à l'inflammation et à ses suites. »

De quelle espèce était maintenant cette luxation? Était-elle complète, et serait-ce un exemple à ajouter à celui de Walter? La déchirure de la capsule d'un seul côté m'incline fortement à en douter. Était-ce une luxation incomplète et oblique, fait unique jusqu'à présent dans la science? Ou bien enfin était-ce une luxation de champ, comme celles

qui nous re-tent à décrire ? J'aurais écrit à M. Key pour m'en éclaircir, s'il avait été témoin de la luxation par lui-même. On ne peut que regretter la négligence par laquelle de telles observations se perdent; et ce travail, en montrant à cet égard la pénurie de la science, aura peut-être pour résultat d'engager les praticiens à recueillir avec plus de soin des faits dont ils sauront mieux tout le prix.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAL DES INDES ORIENTALES.

THE INDIA JOURNAL OF MEDICAL SCIENCE.

Nous avons quelquefois donné des extraits de ce journal, publié à Calcutta par les médecins anglais qui exercent dans l'Inde, et contenant souvent d'intéressans détails sur la pathologie et la thérapeutique dans ce pays; mais jusqu'ici nous avons été obligés d'emprunter ces articles aux journaux de Londres. Nous sommes enfin parvenus à établir avec Calcutta des relations directes, et nous avons sous les yeux les six derniers numéros de l'*India journal* pour 1835, ainsi que le numéro de janvier 1836.

ÉTAT DES DERNIÈRES CLASSES DE LA POPULATION A CALCUTTA.

Le tableau que nous allons donner de l'état de misère dans laquelle sont plongées les dernières classes des habitans de la capitale de l'empire britanique dans l'Inde, est extrait d'un article sur la nécessité de créer à Calcutta un hôpital spécial pour les sujets atteints de fièvre. Il n'existe dans cette grande cité qu'un seul hôpital pour les Indiens, et qui par ses dimensions et par sa position est loin de répondre aux besoins d'une aussi nombreuse population. Les détails que va nous offrir ce tableau seront lus, nous le pensons, avec intérêt, et ne seront pas inutiles pour l'intelligence de quelques-uns des articles que contient et que pourra contenir ce recueil, destiné à reproduire les travaux des médecins, non-seulement de Calcutta, mais de toutes les possessions des Anglais dans les Indes; il fera comprendre aussi de quelle importance doit être pour ce pays, où la nature s'est montrée si prodigue et où cependant l'hygiène publique est si peu connue, la création d'un journal de médecine. Aussi nous souhaitons toute prospérité à l'*India journal of medical sciense*, et nous espérons qu'il ne tardera pas à être débarrassé des entraves qu'il paraît avoir rencontrées dès son début. Cette entreprise promet des résultats trop avantageux et aux indigènes et aux possesseurs actuels de l'Inde pour qu'elle éprouve des obstacles sérieux de la part de ceux auxquels elle doit être si utile.

Dans les faubourgs de Calcutta, dit le docteur Jakson, les égouts sont mal entretenus; l'eau ne peut y trouver un libre écoulement, et l'air ne circule pas librement au milieu des nombreux jardins qui sont eux-mêmes remplis d'eaux stagnantes où les feuilles des arbres et les autres substances végétales ne tardent pas à produire par leur décomposition le *malaria* et à amener les fièvres. Il est peu d'ouvriers ou de paysans habitant les faubourgs qui échappent à leur action; les personnes des classes élevées elles-mêmes en sont fréquemment atteintes, et tous les ans ces maladies y font un grand nombre de victimes.

Ceux qui ne peuvent se garantir des effets du *malaria* par les vêtemens, ou par un lit élevé au-dessus du sol, etc., et qui sont obligés de ne se nourrir que de végétaux, de coucher sur le sol humide, et de marcher continuellement la tête et les jambes nues, sont toujours atteints les premiers.

Il vient à Calcutta de différentes parties du Bengal une foule d'Indiens pour y chercher de l'ouvrage, y demander la charité ou pour se livrer à différentes spéculations. S'ils ont quelques connaissances parmi les ouvriers ou autres gens des dernières classes ils logent et vivent avec eux, ou bien ils se logent dans de misérables huttes ou dans de vieilles maisons dont le loyer est à très-bas prix, où ils n'ont ni lit ni couverture, et sont obligés de coucher presque privés de vêtemens sur des nattes ou des feuilles étendues dont ils recouvrent le terrain humide qui forme le plancher de ces huttes. Pendant l'été, ils dorment en plein air sur les bords des rues exposés à toutes les variations de l'atmosphère.

Lorsqu'ils contractent la fièvre ou le choléra, ils ne reçoivent de soins de personne, ne peuvent pas réclamer les secours de l'art, ni même se procurer les vêtemens et les boissons que nécessiterait leur état. La maladie abandonnée à elle-même dans des circonstances aussi fâcheuses et dans un dénuement aussi complet, fait de rapides progrès, et les êtres malheureux à la charge desquels se trouve le malade ou chez lesquels il loge, voyant le danger, vont chercher un kiden (c'est le docteur indien) pour qu'il lui fasse une prescription, et comme alors on ne peut donner au malade les soins que réclame son état, on loue un petit bateau sur lequel on le place pour le transporter par eau chez quelqu'un de ses parens dans la campagne; mais comme l'état de faiblesse du malade et les secousses qu'il éprouve dans le trajet pour arriver au bateau, aggravent beaucoup son état, les bateliers le déposent le plus souvent après un court trajet sur les bords du fleuve où il ne tarde pas à expirer ou bien devient même avant ce dernier moment la proie des bêtes féroces. Une autre manière encore de se débarrasser de ces infortunés, très-fréquemment employée à Calcutta, c'est de les porter sur les bords du Gange où on les confie à un homme qu'on paie pour les garder jusqu'à ce qu'ils soient morts. Ce dernier mode est ordinairement préféré parce qu'il entraîne le moins d'embarras et le moins de dépenses, et aussi parce qu'il se rattache aux croyances religieuses des Indiens, d'après lesquelles le malade qui ne conserve plus d'espoir de guérison doit aller mourir auprès du fleuve sacré; celui qui laisserait mourir un malade dans sa cabane et jetterait ensuite son corps dans le fleuve, serait regardé comme ayant commis une action infâme et à la fois cruelle pour le malade et ses parens; mais s'il le laisse mourir sur les bords du Gange, sa famille et ses amis seront consolés par la certitude que l'on a fait pour lui tout ce qu'il était possible de faire. Alors on suppose qu'il a reçu tous les médicamens et tous les soins que réclame un mourant, et on ne soupçonnera pas son hôte de s'être approprié ce qui lui appartenait. Car quand le malade meurt à la maison, la police a le droit de s'y introduire, soit pour constater la cause de la mort, soit pour s'informer s'il aurait laissé quelque héritage, et quand une fois les gens de la police sont entrés quelque part, ce n'est pas sans peine ou sans dépense qu'on les en fait sortir.

C'est des circonstances que nous venons de décrire et à qui l'on donne communément les noms de *ghaut murder unterjal* dont il a été si souvent question depuis quelque temps dans les journaux de Calcutta. Le court extrait que nous venons de faire suffit pour faire comprendre combien la civilisation moderne et surtout l'hygiène publique avec les habitudes d'ordre et de propreté qu'elle nécessite, sont nécessaires dans un pays dont la capitale présente de si tristes résultats.

LUXATION DE LA MACHOIRE INFÉRIEURE; par FULLER.

C'est une simple observation sans commentaire; nous la recueillons pour ajouter un fait de plus à ceux que la science possède en si petit nombre sur ce sujet.

OBS. — Un individu de 27 ans environ, relevant d'une fièvre dont il avait été atteint un mois avant l'accident dont nous faisons l'histoire, fut pris, le 4 décembre, de vomissemens et de diarrhée. Durant le troisième accès de vomissement ou immédiatement après, il s'aperçut avec effroi qu'il ne pouvait plus fermer la bouche. En cet état, il fut conduit à la factorerie de M. Harris, qui le fit transporter à la station de Kishnagur où il arriva le 8 décembre au matin. La bouche était aussi largement ouverte que possible, la langue brune et sèche, la salive s'échappant sur le menton, la mâchoire parfaitement immobile. Interrogé s'il ressentait quelque douleur, il en accusait à la dépression produite par la luxation au-devant du méat auditif.

Je tentai d'abord la réduction, dit l'auteur, en enveloppant mes deux pouces dans les coins d'une serviette, les ajustant sur les dernières dents molaires des deux côtés, et pressant en arrière et en bas en même temps que j'abaissais (*depressing*) la partie antérieure de la mâchoire. J'échouai complètement et tous mes efforts ne produisirent pas le moindre effet. J'essayai alors de me servir de deux bouchons taillés sur leur circonférence de manière à offrir d'un côté une surface plate, qui permettait de les fixer plus solidement entre les dent. molaires postérieures. Le malade fut couché sur le dos, et je poussai fortement la mâchoire en haut, mais sans plus de succès.

La réduction présentant de telles difficultés, après avoir repassé dans mon esprit les circonstances qui avaient accompagné la luxation, j'administrai à mon malade deux grains d'émétique, et je fis bien frictionner les parties où siégeait la douleur avec du laudanum, ce qui procura quelque soulagement. Au bout de 15 minutes, les nausées commencèrent; je répétai encore la manœuvre que je viens de décrire, et toujours infructueusement. Environ quatre minutes après eut lieu un vomissement; je revins à la charge en le couchant sur le dos, et poussant avec un effort vigoureux et soutenu le menton contre la mâchoire supérieure, je parvins, malgré sa résistance, à l'en rapprocher graduellement, et la luxation fut réduite. J'appliquai une fronde et recommandai de tenir la mâchoire en repos, s'il était possible, durant quelques jours. Je le revis le lendemain matin, il ne se plaignait que d'une légère raideur.

Là s'arrête l'observation, comme la plupart de celles que l'on publie sur les luxations. Avec la simple fronde et le repos durant quelques jours, il est probable que le malade aura éprouvé plus tard quelque récidive. On sait, en effet, que la luxation de la mâchoire ainsi traitée est une de celles qui y exposent le plus.

GLOSSITE CHRONIQUE GUÉRIE PAR L'IODE.

Nous trouvons ici, sous le titre de *Glossite chronique*, une observation qui nous semble digne de quelque intérêt; cependant comme elle laisse à désirer quelques détails, nous nous contenterons de rapporter les principaux faits consignés dans la communication du médecin indien, et quelques-unes des réflexions dont il l'a fait suivre. Le sujet était un vieil écrivain musulman, qui rapporta que le gonflement dont il se plaignait remontait au moins à six mois, et qu'il avait été en augmentant graduellement. La langue dépassait à la fois les lèvres et empêchait que le malade pût prendre aucune nourriture; du reste, sous tous les autres rapports, sa santé paraissait bonne; sa maladie avait commencé pendant la convalescence d'une fièvre rémittente grave, n'avait pas déterminé de fortes douleurs; quelques élancemens qu'il ressentit dans la langue furent le premier et le seul symptôme qui appela son attention sur la partie malade. Au moment où il fut observé, la langue était d'un rouge brillant, et à son élasticité on aurait dit qu'elle était distendue par de l'air. La fièvre avait cessé sans traitement, quatre sangsues appliquées procurèrent l'écoulement d'une grande quantité de sang, mais sans soulagement. On employa ensuite trois vésicatoires appliqués à quelque distance de la partie malade et sans avantage. L'iode parut alors le moyen dont on pût obtenir le plus de succès, le malade n'ayant pas voulu consentir à l'emploi de scarifications profondes. Des vésicatoires furent appliqués et leur surface pansée avec un onguent composé d'un demi-gros d'iode pour une demi-once de cérat. Au bout de dix jours, l'amendement était manifeste, le volume de la langue était diminué de moitié, la déglutition et la respiration se faisaient en toute liberté.

Il est à regretter que l'auteur ne nous ait pas fait connaître le traitement qui avait été employé dans la fièvre intermittente du sujet de son observation. On sait combien les cas de glossite idiopathique sont rares, et au contraire combien sont fréquens ceux où le gonflement de la langue se lie à l'emploi de préparations mercurielles.

L'auteur fait ressortir, avec raison, la promptitude avec laquelle a agi l'iode dans ce cas déjà ancien et où plusieurs moyens avaient échoué; il dit qu'il l'emploie avec succès dans tous les cas de gonflement de glandes, et dans le traitement de la dysménorrhée et du goître.

ABCÈS TROUVÉ DANS LE TISSU DU COEUR D'UN CHEVAL.

Il est beaucoup de cas où l'on ne peut rapprocher, sans s'exposer à commettre de graves erreurs, les observations faites sur les animaux, même sur ceux des classes supérieures, de celles faites sur l'homme; il en est, au contraire, où l'étude des maladies des animaux ne peut être utile pour la connaissance de celle de l'homme; de ce nombre nous rangerons l'observation consignée ici, c'est celle d'un jeune poulain qui jouissait d'une bonne santé en apparence, mais portant à la couronne une plaie qui, bien que déjà ancienne, paraissait cependant être sur le point de se cicatriser complètement, quand il fut pris d'un frisson violent, les yeux étaient fixes, les lèvres pendantes; les muscles thoraciques présentaient des mouvemens convulsifs. Au bout de quelques heures tous ces symptômes avaient disparu et le poulain semblait revenu complètement à la santé, mais le lendemain il fut repris des mêmes symptômes qui se terminèrent au bout de quelque instans par la mort et voici ce qu'on trouva à l'autopsie.

La surface externe du valvule droit présentait un long espace vasculaire, de forme circulaire, dont le centre était jaunâtre, dur et semblait offrir la résistance d'un cartilage, même à l'instrument tranchant; à un pouce de profondeur l'instrument en fit jaillir un pus fétide qui formait un abcès d'une once environ dans l'épaisseur du ventricule droit. Par sa partie la plus profonde il faisait, dans l'intérieur du ventricule, une saillie assez considérable et qui semblait, ainsi que le reste de la poche, comme frappé de gangrène. Sur le point le plus saillant, il y avait une petite fistule qui faisait communiquer l'intérieur de l'abcès avec le ventricule droit. Tous les autres organes étaient à l'état normal.

Cette observation est importante sous un double point de vue, d'abord pour la formation de l'abcès dans l'épaisseur même du tissu du cœur, coïncidant avec une plaie extérieure, et ensuite pour la communication qui existait entre l'intérieur de l'abcès et l'intérieur du cœur, il avait dû fournir passage à une certaine quantité de pus dans la grande circulation. Quelle influence cette circonstance a-t-elle exercée sur les phénomènes observés pendant les deux derniers jours de l'existence du poulain? Il est difficile de répondre positivement à cette question; cependant quand on connaît l'influence du pus introduit dans la grande circulation, et les résultats des nombreuses expériences faites sur ce point, il paraît probable que les phénomènes présentés par ce poulain avant sa mort et la mort elle-même sont le résultat du mélange du pus avec le sang et de son action sur le cœur et peut-être les poumons.

OBSERVATIONS D'ÉLÉPHANTIASIS DU SCROTUM ET DES GRANDES LÈVRES.

Les numéros d'août et septembre contiennent l'histoire de deux tumeurs éléphantiasiques développées, l'une dans le scrotum d'un homme de 40 ans, l'autre dans la grande lèvre d'une femme. Nous passerons rapidement sur le premier cas, rapporté par le docteur Vos, et dont on connaît un assez grand nombre d'exemples. La tumeur avait 2 pieds 11 pouces (anglais) de circonférence à sa partie supérieure, 3 pieds 7 pouces 9 lignes à sa partie inférieure; elle descendait à 2 pieds 2 pouces 6 lignes au dessous des pubis. La peau du péoil était tellement allongée, que les poils qui la recouvrent étaient écartés à un pouce de distance l'un de l'autre. La verge était perdue dans la tumeur, et l'orifice de l'urètre se voyait tout-à-fait à la partie inférieure. On ne tenta aucune opération.

Mais l'éléphantiasis des grandes lèvres étant une affection moins connue, nous reproduirons ici l'observation en entier, due à M. Green.

OBS. — A. B., femme mariée, âgée 25 ans environ, d'une condition très-pauvre et misérable, se présenta à l'hôpital de Mymunsung, en août 1834. Elle portait une grosse tumeur du volume d'une tête d'enfant, qui pendait à la grande lèvre droite, se rattachant par une sorte de collet à cette grande lèvre et au tissu adipeux du mont de Vénus, et descendant au niveau du genou. Le collet était mou et évidemment constitué par du tissu adipeux; le corps de la tumeur était globuleux, dur, offrant une surface inégale, et ulcérée en deux endroits inférieurement. Ces ulcères profonds d'un demi-pouce, à bords unis, sur une base saillante et noueuse, rendaient une sanie claire et fétide. La muqueuse de la grande lèvre se continuait avec la peau qui recouvrait la tumeur; et à leur point de jonction, la muqueuse présentait des fissures à bords arrondis et unis, tandis que la peau avait pris un aspect blanc, dur et fibreux. La tumeur avait commencé à se développer deux ans auparavant; mais depuis six mois seulement elle avait fait des progrès considérables. La pauvre femme souffrait beaucoup des ulcères, et demandait qu'on lui enlevât sa tumeur.

Avant l'opération on ne soupçonnait l'existence d'aucune affection interne. L'opération consista en une incision de chaque côté du col de la tumeur, lesquelles, en se réunissant, décrivaient la forme d'une feuille; puis on disséqua la tumeur, ayant soin d'emporter toutes les portions de tissu adipeux hypertrophié ou dégénéré; plusieurs onces de sang s'écoulèrent des vaisseaux développés de la grande lèvre et de sa muqueuse, et les bords de la plaie furent réunis par trois points de suture et par de bandelettes agglutinatives. La plaie fut douloureuse pendant les trois ou quatre premiers jours, les sutures tiraillées par les mouvemens inévitables du membre déchirèrent bientôt les parties qu'elles comprenaient, la plaie était nette, mais ne faisait point de progrès, et les bords n'offraient aucune tendance à la réunion. On appliqua des cataplasmes, puis on cautérisa, on essaya des scarifications; le pouls était petit et faible, on donna du vin de Porto et du quinquina, et alors une affection pulmonaire se révéla par la toux, l'expectoration, la respiration animée; la dysentérie s'y joignit avec douleur à la pression sur le colon ascendant; enfin elle succomba un mois après l'opération.

A l'autopsie, on trouva des tubercules dans les poumons, une inflammation et des ulcérations dans une partie du gros intestin, des tubercules dans la rate. La tumeur disséquée offrait à sa partie supérieure, comprenant son collet, une hypertrophie des cellules du tissu adipeux dont la division laissait écouler un peu de liquide; plus bas la graisse disparaissait; le tissu cellulaire très-compact, versait une grande quantité de sérosité à mesure qu'on l'incisait; les deux cinquièmes inférieurs de la tumeur étaient formés par une masse dure, blanche, homogène, qui constituait aussi les éminences de la base des ulcères. On n'observa dans la tumeur aucun vaisseau ve neux ou lymphatique dilaté.

OBSERVATION D'UN CAS DE CHOLÉRA.

Si le plus souvent nous laissons de côté dans les revues de journaux les communications sur le choléra, c'est que les observations sur lesquelles elles reposent ayant été recueillies dans des circonstances analogues à celles où la plupart des lecteurs de la GAZETTE MÉDICALE en ont observé des cas eux-mêmes, ces communications ne leur offriraient qu'un médiocre intérêt; mais nous ne pouvons laisser passer la première revue de journaux de l'Inde sans fournir quelques documens sur le choléra que nous devons à ce pays, qui paraît avoir été aussi le berceau du genre humain. Nous traduirons textuellement l'observation suivante, elle fera connaître comment on traite le choléra à Calcutta.

OBS. — H. Rocly, âgé de 22 ans, soldat du 9e régiment, arrivé depuis peu de temps d'Angleterre, et d'une bonne santé, avait couché avec le régiment sous les tentes exposé à un froid humide. Admis à 8 heures du matin avec tous les symptômes du choléra spasmodique, savoir : la peau froide, le spasme des extrémités, les vomissemens continuels des déjections abondantes d'un liquide clair et aqueux, le pouls imperceptible, la voix puérile et l'intégrité des facultés intellectuelles, il dit être malade depuis quatre heures du matin. Le malade prend immédiatement la pilule suivante.

Prenez : Calomel — un scrupule.
Extrait d'opium, — deux grains.

et une potion composée de quinze grains de carbonate d'ammoniaque et d'une

once de mixture camphrée; un sinapisme chaud est appliqué sur le ventre et des sacs de son chaud sont appliqués sur le dos et les extrémités.

A midi. Les vomissemens et les selles ont cessé; les crampes continuent, le pouls est devenu perceptible au poignet, les traits sont contractés, la respiration est froide; le malade prend toutes les demi-heures la potion suivante :

Prenez : Ammoniaque liquide, un gros.
Mixture camphrée, deux onces.

et toutes les trois heures une pilule composé de calomel, dix grains, et extrait de coloquinte, 12 grains.

A huit heures du soir. Le malade a pris trois pilules et semblait se relever, mais en ce moment il est très-bas; complètement froid, les extrémités livides, la peau couverte d'une sueur froide, la voix brisée, cependant on sent encore le pouls qui est petit et très-rapide; on lui donne immédiatement une pilule composée de :

Prenez : Calomel, un scrupule.
Camphre, dix grains.
Carbonate d'ammoniaque, quinze grains.

et il en prend une autre semblable à minuit; on lui donne avec un long tube élastique un lavement d'une once d'huile de ricin et même quantité d'huile de térébentine, et toutes les demi-heures une once d'eau de menthe avec dix grains de carbonate d'ammoniaque

Le 1er novembre à six heures du matin. Le pouls est calme, la voix plus sonore, il n'y a plus de crampe; les selles sont plus colorées et grisâtres, transpiration au col et à la tête, l'intelligence est moins nette qu'hier; douze sangsues sont appliquées à la nuque, la pilule purgative et le carbonate d'ammoniaque sont continués.

A midi, le corps a repris sa chaleur naturelle; six grains de carbonate d'ammoniaque d'heure en heure. à huit heures du soir les selles sont teintes en jaune, le pouls est rapide et plein; la céphalalgie intense, il a pris quatre des pilules qu'il continuera, et il cessera de prendre le carbonate d'ammoniaque.

Le 2 novembre. Il a été assez mal pendant la nuit, a rejeté ses pilules et une masse fibrineuse et blanche; il y a de la fièvre; le pouls est petit et fréquent; les selles sont couleur olivâtre; céphalalgie. (Douze sangsues à la nuque. Le malade prendra immédiatement huile de ricin une once, et une demi-once d'huile de térébenthine.)

A midi la fièvre est plus forte. Selles épaisses, très-noires; céphalalgie, peau sèche. (Seize sangsues aux tempes, et continuer les pilules toutes les quatre heures.)

Le 3, les selles sont verdâtres et pulpeuses, les gencives gonflées, la peau chaude et moite. (Huile de ricin une once, avec infusion de gentiane, à prendre immédiatement; puis, trois fois par jour, une infusion de séne et de rhubarbe quatre fois par jour.)

Le 5, anxiété et céphalalgie; pouls dur et vif; peau sèche. (Dix sangsues à la nuque; poudre de jalap, un gros.)

Les jours suivans le malade va de mieux en mieux; on lui continue les purgatifs et les toniques, et il est renvoyé guéri le 16 novembre.

ESSAI PRATIQUE SUR L'HISTOIRE ET LE TRAITEMENT DU BÉRIBÉRI, par M. MALCOLMSON, chirurgien de l'établissement médical de Madras.

Le béribéri est une maladie tout-à-fait étrangère, non-seulement à l'Europe entière, mais encore à la plus grande partie de l'Asie et au reste du monde; et même, d'après l'opinion commune des auteurs qui s'en sont occupés, on ne l'a pas rencontré dans l'Inde au-delà de 40 milles dans l'intérieur des terres, et s'il y a des exceptions à cette espèce de règle générale, elles sont peu nombreuses; il n'est donc pas étonnant que nos grands recueils n'en donnent que des notions peu exactes ou au moins très-incomplètes. Aussi allons-nous profiter du travail du docteur Malcolmson pour en donner ici une nouvelle description. Le travail de cet auteur nous offre du reste toutes les garanties d'authenticité désirables. Le bureau médical de Madras, qui avait promis un prix au meilleur mémoire sur le béribéri, a non-seulement donné le prix au travail dont nous parlons, mais il a voulu qu'il fût imprimé aux frais du gouvernement et que l'auteur pût puiser dans les nombreux documens qu'il possède sur ce sujet. Nous commencerons par faire connaître d'abord les symptômes sous lesquels se présente cette maladie.

Dans le plus grand nombre des cas le béribéri se manifeste graduellement par une espèce d'engourdissement, la sensation d'un poids, d'une légère faiblesse et de raideur au-dessous de la partie moyenne des cuisses, et qui quelquefois est précédé de douleurs musculaires. Ensuite on voit apparaître un peu d'œdème aux pieds et aux jambes, surtout le long du tibia. La marche est incertaine, et même lorsque le malade ne s'est pas encore aperçu de la faiblesse de ses membres, qui tremblent quelquefois, il éprouve parfois des spasmes dans les mollets, à la plante des pieds et qui s'étendant jusqu'à la poitrine et au larynx arrêtent alors la parole et la respiration. L'altération de la motilité arrive quelquefois jusqu'à la paralysie complète, surtout dans les muscles extenseurs, et on voit des sujets après une légère indisposition perdre subitement l'usage de leurs jambes. Les symptômes de paralysie sont accompagnés en même temps de diverses affections douloureuses des nerfs, ou de la moelle épinière surtout au niveau des deux dernières vertèbres lombaires. Dans quelques cas la maladie ne fait pas de progrès et guérit. Mais le plus souvent l'insensibilité gagne vers l'abdomen, il y a un sentiment général de lassitude avec aversion pour toute espèce de mouvemens, et les mains, les bras, la poitrine (et dans quelques cas même le col et les lèvres), sont successivement frappés de paralysie; il y a un sentiment d'oppression à l'épigastre, de la dyspnée, au moindre mouvement, de l'œdème à la face et aux mains; et souvent on trouve le malade mort dans son lit, ou bien il succombe après plusieurs syncopes.

Au commencement l'urine est ordinairement rare, et, dans les cas anciens, elle fournit un dépôt abondant et souvent trouble, et son émission est douloureuse. L'estomac est irritable dans beaucoup de cas; on voit des épanchemens à la face, dans l'abdomen ou bien des inflammations soit des bronches soit de la plèvre. Dans les premiers temps, le pouls peut être plus dur et fréquent un même naturel; vers la fin il offre ordinairement quelque irrégularité.

La maladie se termine quelquefois par la mort en peu d'heures, mais le plus souvent elle a une marche chronique et le malade exposé à mourir subitement peut cependant vivre longtemps paralytique et hydropique.

Les causes du béribéri sont encore inconnues, on l'attribue généralement, il est vrai, à l'humidité du pays; mais, bien que cette influence ne doive pas être étrangère à sa production, cependant il est évident qu'on doit chercher encore quelques autres circonstances plus énergiques. Il affecte rarement les enfans, il frappe de préférence les étrangers qui ne sont que depuis 8 à 10 mois dans le pays. D'après un tableau dressé par M. Malcolmson pour les mois, il paraît que ceux de août, septembre, octobre, novembre et décembre sont ceux où l'on admet à l'hôpital le plus de sujets atteints de béribéri. Nous avons déjà dit qu'il se développe sur une zone qui s'éloigne rarement de plus de 40 mille de la mer. On cite pourtant quelques exceptions; ainsi Candie où il règne aussi, dans l'île de Ceylan, bien qu'à 60 milles de la mer. On a accusé divers alimens et surtout les végétaux, et l'usage trop abondant du poisson salé, mais aucun preuve n'a été apportée à l'appui de cette opinion.

Un fait singulier, c'est que les Européens et les indigènes des terres de l'Inde sont moins sujets à contracter cette maladie, que ceux qui sont nés sur les côtes. Parmi les différentes sectes, les musulmans sont aussi ceux qui en sont le plus fréquemment atteints. On a analysé l'eau des contrées où le béribéri fait le plus de ravages, et on n'a rien pu découvrir qui pût avoir quelque rapport à la maladie.

Le traitement a occupé long-temps M. Malcolmson, et nous voyons que la saignée locale et générale a été employée avec succès dans quelques cas, dans ceux surtout où l'épine était le siége de violentes douleurs. L'auteur passe ensuite en revue les préparations mercurielles, les purgatifs, les diurétiques, les stimulans, les contre-irritans, le galvanisme, la noix vomique, et enfin deux remèdes vantés par les Indiens comme spécifiques. Le premier, désigné sous le nom de *t'eak farook*, paraît n'être que la thériaque des anciens; l'autre, désigné sous le nom *d'oleum nigrum*, est une préparation faite sur les lieux, et qui, ainsi que tous les moyens que nous venons d'indiquer, réussit quelquefois, mais aussi échoue souvent.

Nous regrettons de ne pas trouver dans ce travail même la moindre allusion aux lésions présentées par les organes chez les sujets qui ont succombé à cette maladie.

On a dit que la maladie qui régna à Paris en 1828 et 1829, et a été décrite sous le nom *d'ergotisme convulsif, d'acrodynie*, avait quelques rapports avec le béribéri. Et en effet, d'après la description que nous venons de parcourir, il est impossible de ne pas reconnaître quelque analogie entre ces deux affections; mais aussi il en ressort évidemment qu'on ne peut les confondre et qu'elles constituent des maladies différentes.

DE LA PRATIQUE DES ACCOUCHEURS DANS L'INDE.

Bien que la science proprement dite ait peu à gagner au récit des tristes manœuvres employées dans l'Inde pour accoucher les femmes, il ne sera pas sans intérêt pour nos lecteurs et même pour l'histoire de l'art de recueillir ces détails fournis par un témoin oculaire, et dont la vérité est attestée par l'éditeur de l'*India journal*.

Parmi les *Burmèses*, dès qu'une femme est arrivée au septième mois de grossesse, on lui recommande de serrer son *t'hamien* ou sa jupe plus fortement et plus bas autour du ventre, immédiatement au-dessus du fœtus, dans le but de le repousser et de le maintenir aussi bas que possible; on craindrait s'il venait à remonter que l'accouchement n'en fût plus long et plus difficile.

Quand le travail est déclaré, la femme est assistée par une ou deux *woon-zwè* (sage-femmes), et par trois, quatre, cinq ou même six femmes de sa famille ou de ses amis, qui ferment toutes les portes et les fenêtres de la chambre, de manière à empêcher toute entrée de l'air et à l'échauffer autant que possible. La femme se met complétement nue; on l'oblige en cet état à faire un violent exercice, comme de courir autour de la chambre autant que ses forces le lui permettent, soit seule, soit avec le secours de ses amies; quelquefois s'arrêtant et se pressant les reins contre les poteaux de la maison, quelquefois soulevant un poids considérable avec les deux mains et le rejetant en bas avec force, comme si elle pilait du riz; ou bien enfin se jetant par terre et se roulant sur le plancher. Durant tout ce temps aussi, elle jette des cris si hants et si perçans qu'on les entend au loin dans la rue, faisant vœu de quitter son mari et désirant la mort; désir que les Burmèses regardent comme une preuve de mauvaise éducation et d'ignorance dans ceux qui l'expriment; mais la pauvre créature est tout-à-fait hors de raison et a perdu tout sentiment des convenances; et quelquefois elle injurie grossièrement son mari durant tout le temps. Celui-ci n'est point admis près d'elle; il se tient d'ordinaire dans la chambre voisine ou dans la rue, riant des injures qu'elle lui adresse; ou s'il est plus sensible, il ouvre et enlève le couvercle de toutes les boîtes qu'il a dans sa maison, comme moyen de rompre les charmes que pourraient avoir préparés ses ennemis; il prépare aussi avec des rites particuliers, de l'eau *charmée* ou *sacrée* pour faire boire à sa femme.

On frotte le corps de la femme avec de l'huile; et les assistantes, tout en lui prodiguant des paroles d'encouragement et de consolation, par exemple, qu'elle n'en mourra pas, que toutes les femmes font les enfans de la même manière, etc., poussent violemment l'enfant en bas avec leurs mains, engagent la patiente à faire des efforts, et quelquefois lui appliquant un pied sur les reins, poussent avec le pied tandis qu'elles lui retiennent les bras en arrière.

La femme finit par s'épuiser et par tomber sur le plancher. Quelques-unes des femmes continuent à pousser l'enfant en bas avec les mains, comme pour le faire sortir de vive force; et on ajoute même que dans certains cas, on place la femme sur le dos, et la sage-femme s'assied sur elle, ou bien encore se tenant debout presse sur l'enfant avec son pied. Quelques-unes des assistantes s'asseient autour de la femme, et avertissent, d'une voix si haute que souvent on l'entend dans la rue ou dans les maisons voisines, des différentes parties de l'enfant qui se présentent.

Quand l'enfant est né, on le laisse près de sa mère jusqu'à ce que l'arrière faix soit expulsé. Pour procurer cette expulsion les assistantes compriment de nouveau le ventre de la femme, tirent sur le cordon, quelquefois frappent sur les reins avec un oreiller dur, ou lui enfoncent une portion de sa longue chevelure dans la gorge pour exciter le vomissement.

Aussitôt l'arrière faix sorti, on coupe le cordon; l'enfant est remis à une des assistantes; les autres, en général au nombre de quatre, saisissent l'accouchée par les quatre membres, la soulèvent, la plongent dans l'eau chaude, puis la portent aussi près que possible d'un grand feu. On lui frotte le corps avec le *turmeric* mêlé à un peu de *chunam;* et on lui fait avaler deux *ticals* et demi en poids de sel, deux de turmeric pilé et un peu de chunam. Une brique chaude et du sel enveloppé dans un linge sont aussi promenés successivement sur diverses parties du corps de la femme; et souvent l'on applique sur la vulve ou même on introduit dans le vagin une poignée de sel.

Cette exposition au feu ou plutôt cette rôtissure, comme les femmes burmèses l'appellent elle-mêmes (*mî-ken*) doit se répéter durant sept jours; durant ce temps et même quelquefois plus tard encore, l'accouchée est obligée de prendre la dose de sel, de turmeric et de chunam dans les proportions mentionnées, trois fois par jour, au lever du soleil, à midi, et au coucher du soleil, dans le but, dit-on, de tenir l'intérieur du corps aussi chaud que l'extérieur; elle doit boire aussi de l'eau chaude lorsqu'elle est altérée, ce qui lui arrive naturellement à tout instant. Enfin une ou deux fois par jour, elle prend une sorte de bain de vapeur, en s'asseyant près du feu sous un châssis de bambou que l'on recouvre de linges trempés dans l'eau chaude; ou bien en s'asseyant au-dessus d'un feu recouvert par le haut, et en jetant de l'eau sur le feu de temps en temps; on la fait encore asseoir souvent sur une brique chaude recouverte de linge. Durant le reste du jour et de la nuit, elle est couchée sur une planche ou un banc de bambou élevé de cinq à six pouces au-dessus du plancher, large seulement d'une coudée et placé le plus près du feu possible; elle n'a de place que juste pour se tourner et présenter au feu le dos ou le ventre, quand la chaleur est trop forte sur une de ces parties. La chaleur à laquelle elle est soumise serait intolérable, si on ne lui frottait le corps fréquemment avec du turmeric pilé et de l'eau. Elle est donc tenue dans un état de sueur continuelle, qu'on ne fait cesser par degrés qu'au septième jour. On cite une dame de haut rang qui, pendant ces sept jours, a brûlé la valeur de *onze cents* grosses bûches de bois de chauffage; mais la quantité ordinaire est de deux ou trois cents bûches. Le bois de tamarin est préféré par ceux qui peuvent s'en procurer, par la raison qu'il donne plus de chaleur. Pendant tout le cours de ces opérations la peau n'est garantie par aucun bandage; aussi à la fin est-elle devenue toute noire, et elle pèle un peu plus tard.

Quelques burmèses disent qu'un crabe demi-rôti ne se garde pas si bien que si on l'avait fait rôtir entièrement, et ils en tirent cette conséquence qu'une femme récemment accouchée ne saurait se trop rapprocher du feu. Mais soit par négligence, soit par la difficulté d'empêcher les courans d'air dans une maison burmèse, la pauvre femme souvent prend froid, gagne des douleurs rhumatismales aux membres ou quelques autres affections fâcheuses et de longue durée. Et quand des accidens de ce genre arrivent, les burmèses les attribuent uniquement à ce que la femme n'a pas été rôtie suffisamment. Toutefois quelques personnes respectables du pays ne parlent qu'avec horreur de ces affreuses coutumes; et pensent que ces souffrances auxquelles on soumet les femmes sont cause que plusieurs d'entre elles n'ont jamais de second enfant. La principale sage-femme de la ville que l'auteur habite est une vieille femme *Talain*, active malgré ses 77 ans, nommée *Mi-Ngyein*; elle dit qu'elle exerce sa profession depuis plus de 50 ans, qu'elle a accouché plus de 10,000 femmes, qu'elle est aujourd'hui souvent appelée pour délivrer les arrières petites-filles de femmes qu'elle a accouchées dans sa jeunesse; et elle estime la mortalité des femmes en couche à 10 sur 100; proportion qui doit cependant être trop élevée. Un accouchement lui est payé d'ordinaire quatre ou cinq roupies.

Le régime des femmes, durant les premiers jours qui suivent l'accouchement, consiste en riz bouilli dans une espèce de bouillon très-chaud fait avec un mélange de la liqueur de *ngapee* ou sauce de poisson, une grande quantité de poivre, quelques oignons, et la racine d'une plante appelée *k'hura*, remarquable par ses propriétés échauffantes. Ce bouillon se prend seul ou avec le riz, et si chaud qu'il tire des larmes des yeux; mais il augmente sensiblement la perspiration.

Il faut ajouter que durant l'opération du rôtissage, on applique au sommet de la tête, les cheveux séparés d'abord, une grande quantité d'huile et de sel, et on approche la tête aussi près du feu que la femme le peut supporter. L'auteur de cette communication dit s'être assuré aussi que, bien que la partie supérieure du corps soit toujours dans un état d'abondante sueur, les pieds et les jambes au-dessous des genoux sont si froids, que leur température cause au toucher une sensation désagréable.

On ne suppose pas que la mère ait du lait pour son enfant avant le quatrième jour; et pour favoriser cette sécrétion, on fait sur les mamelles des frictions et des fomentations avec de l'eau chaude, et les assistantes tiraillent les mamelons et les grattent avec leurs ongles. Dès que le cordon ombilical tend à se détacher, une de ces femmes prend sur le doigt indicateur une certaine quantité de poivre pilé, et en frotte l'intérieur de la bouche du petit enfant, afin de lui faire rendre les phlegmes ou autres matières qui pourraient occuper la gorge ou les poumons. Quelquefois elle mâche un peu de riz bouilli, et le porte jusque dans le gosier de l'enfant; mais d'ordinaire c'est un peu de miel et d'eau qu'on lui donne de temps en temps, et qui fait sa nourriture pendant les trois premiers jours, à moins qu'il ne crie beaucoup; alors une femme qui nourrit lui donne le sein jusqu'à ce que la mère puisse commencer au quatrième jour à le nourrir elle-même.

OBSERVATION D'ANOESTHOESIE.

Les cas d'anœsthœsie sont rares, et encore la plupart de ceux qui ont été recueillis ayant été observés chez des femmes, il reste toujours quelque doute sur leur authenticité. Le fait suivant, extrait d'une revue clinique de l'hôpital général de Calcutta, nous paraît offrir toutes les garanties d'authenticité désirables, et mérite sous ce rapport d'être ajouté à ceux déjà recueillis.

Obs. — Richardson, jeune homme très-fort, âgé de 29 ans, fut admis à l'hôpital général le 8 octobre. La veille, il avait trop bu et avait dormi pendant toute la nuit auprès d'une fenêtre ouverte. Le matin, en s'éveillant, il sentit les extrémités du côté gauche froides, raides et insensibles; il leur fait exécuter tous les mouvemens qu'il désire, mais elles restent tout-à-fait insensibles à tous les stimulans qu'on applique à leur surface. La jambe droite surtout n'éprouve aucune espèce de sensation, et est manifestement plus froide que l'autre. L'insensibilité suit le trajet du nerf sciatique, et la pression faite avec l'extrémité du doigt sur l'échancrure ischiatique, cause une douleur aiguë sur tout le trajet de ce nerf jusqu'aux orteils. Le malade prendra immédiatement :

Prenez : Calomel, 8 grains.
Emetique, 1 grain.
Extrait de coloquinte, 15 grains.
Et 2 heures après, poudre de jalap composée, quatre serupules.

Le 9, le malade a été vivement purgé ; il a pris un bain chaud ce matin, et a déjà recouvré la sensibilité du bras. La langue est chargée. (Jalap, 1 gros, tartre antim., demi-grain.)

Le 10. L'insensibilité est bornée maintenant aux nerfs poplité et péronien, suivant exactement leur distribution dans toutes les parties où ils se rendent. La plante des pieds n'est pas du tout affectée. La main, appliquée sur le pied, perçoit immédiatement la différence de température entre ces parties, et qui n'est pas de moins de plusieurs degrés. On peut, sur les parties insensibles, enfoncer une aiguille sans déterminer la moindre douleur. L'anæsthœsie est tout-à-fait distincte et n'est accompagnée d'aucune altération du mouvement volontaire. Le malade continue les jours suivans l'usage de son purgatif, prend chaque jour un bain chaud, et fait des embrocations sur le trajet du nerf avec

Prenez : Huile d'olive, 2 onces.
Essence de térébenth., 1 once.
Acide sulfurique, 1 gros.

Le 17, il sort guéri.

L'auteur qui a rapporté cette observation fait remarquer que c'est aux faits de ce genre que l'on doit la confirmation de la théorie qui attribue aux nerfs une double origine avec des fonctions distinctes pour chacun. Il demande aussi si dans ce cas le ralentissement de la circulation du membre qui était indiqué par la diminution de la chaleur peut être considéré comme la cause de l'abolition de la sensibilité ou *vice versâ*. Il est probable que dans l'observation que nous venons de traduire, il y avait quelque rapport entre ces deux phénomènes, mais ce rapport n'est point indispensable, car dans d'autres cas d'anæsthœsie rapportés par les auteurs et deux surtout qui ont été recueillis par l'auteur de cette analyse, on n'avait point observé de différence notable entre la température des parties devenues insensibles et celles qui avaient conservé la sensibilité.

Cette observation, avec sa médication compliquée, nous rappelle l'une des plus grandes difficultés qu'a présentées le choléra dans les premiers jours de ses ravages parmi nous, et probablement sur tous les points où il s'est montré. Nous voulons parler de la difficulté que l'on éprouvait lorsqu'on avait, avec beaucoup de peine et ce qui arrivait rarement, combattu avec succès la période de froid et ranimé le sujet, à maintenir la réaction dans de justes limites. Si la méthode stimulante était continuée avec trop d'intensité, des congestions se formaient promptement, et le malade ne tardait pas à succomber, bien que le mouvement de réaction n'eût rien offert d'extraordinaire. Si on cessait les stimulans, le cholérique retombait dans le froid de la première période, dont on ne pouvait plus le retirer. Nous pouvons affirmer que nous avons vu succomber à Paris, par la cause que nous signalons, un assez grand nombre de sujets qu'on avait eu le bonheur de retirer de la période algide. L'observation que nous venons de parcourir nous offre un exemple remarquable de ces cas, mais où le traitement nous paraît avoir été conduit avec beaucoup de sagesse, malgré cette complication de médications à laquelle nous ne sommes pas habitués.

Ce cas, dit l'auteur, fut un des premiers qui furent observés en octobre et novembre, chez les nouveaux arrivés. L'encombrement des casernes avait forcé d'établir des tentes sur l'esplanade en dehors du fort, et probablement, malgré une surveillance sévère, on ne put empêcher l'usage des fruits verts et des liqueurs et il en résulta des diarrhées et des catarrhes; la plupart furent sans gravité; mais le choléra apparut sous toutes ses formes. Les cas les moins graves de choléra bilieux avec selles verdâtres et sans spasmes, guérirent promptement avec une saignée et un purgatif.

Les cas les plus graves ne furent point ceux où l'on pouvait accuser quelque irrégularité; ils se déclaraient ordinairement entre trois et quatre heures du matin, et ils arrivaient à l'hôpital entre huit et neuf heures, dans la période de froid, avec les vomissemens, les selles liquides et les crampes universelles, la face hippocratique, la sueur gluante, et sans pouls. Dans trois cas où on avait obtenu la réaction, on pratiqua la saignée du bras, mais avec un effet désastreux.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 30 AOUT.

Présidence de M. Louyer-Willermay.

MÉMOIRE TOPOGRAPHIQUE TENDANT A PROUVER LA SALUBRITÉ DU CLIMAT D'ALGER, par M. BONNAFOUS, D.-M., demonstrateur à l'hôpital d'Alger. — Rapport de MM. Desgenettes, Kéraudren et Gérardin.

Quoique la ville d'Alger soit percée par des rues fort étroites, fort sinueuses, et par conséquent peu accessibles aux rayons du soleil, elle n'en est pas moins très-salubre. Il y a plus, M. Bonnafous trouve que cette disposition, fort commune aux villes du Midi, ne contribue pas peu à en rendre le séjour agréable. Il en résulte que par les chaleurs les plus ardentes, on peut parcourir toute la ville toujours à l'ombre; ajoutez à cela que par sa position au bord de la mer, Alger reçoit constamment un vent léger et dont la fraîcheur augmente par la rapidité avec laquelle il circule dans les rues étroites et tortueuses. Ce vent est quelquefois si frais qu'il fait éprouver une sensation de froid dans les jours les plus chauds, ce qui n'est pas sans inconvénient. A cela près, la plupart des rues d'Alger sont fort agréables l'été à cause de la fraîcheur qu'on y respire. M. Bonnafous en conclut que l'autorité ne devrait permettre que l'élargissement des rues *commerciales*. Il y a cependant là comme ailleurs quelques quartiers de la ville basse qui ne demandent aucun ménagement : ils sont occupés par les juifs. Là il n'y a ni soleil, ni lumière, ni air. Aussi les habitans en sont-ils chétifs et comme étiolés. Malgré l'insalubrité de ces quartiers, malgré les immondices qu'on y rassemble et qu'on peut considérer comme autant de foyers d'infection, on n'a jamais vu à Alger, depuis la domination française, aucune de ces épidémies si communes dans quelques départemens de la France et particulièrement celui du Jura. Qu'est-ce qui peut préserver cette ville d'un danger qu'on croirait toujours menaçant? La salubrité de son climat. Cependant dans les premiers temps de notre occupation, la mortalité a été assez considérable : la cause en était dans les marais que depuis on a desséchés en grande partie. La plupart de nos maladies étaient des fièvres intermittentes, parmi lesquelles il y en avait beaucoup à caractère pernicieux : parmi elles il en est de si graves que les malades survivent rarement au troisième accès.

Éclairée par la médecine, l'administration a fait établir un vaste hôpital dans l'endroit le plus sain des environs d'Alger, évacuer en été les postes militaires placés dans les lieux reconnus insalubres et dessécher les marais. Grâce à ces sages mesures, la mortalité n'est pas plus grande parmi nos troupes d'Alger que dans les meilleures garnisons de France. Il faut en excepter ces colonies de familles allemandes que la misère chasse de leur pays et qui, entassées les unes sur les autres, arrivent en Afrique dénuées des nécessités les plus pressantes de la vie, et en proie aux chagrins que donnent toujours des espérances déçues.

M. Bonnafous cite les chiffres à l'appui des paroles. Dès 1833 le nombre des naissances a commencé de l'emporter sur celui des décès.

Le tableau n° 1 expose le mouvement de la population européenne à Alger. Depuis 1830 jusqu'en 1835, cette population forte de 6373 individus comprenait 3291 hommes, 1327 femmes, 1755 enfans.

Les tableaux 2, 3, 4, 5, indiquent le nombre des mariages, le rapport des naissances et des décès, la mortalité générale.

Pendant 1831, 32, 33 et 34, il est né 321 garçons et 307 filles.

Le rapport des décès avec la population européenne donne

En 1831 1 décès sur 23 habitans.
1832 1 17
1833 1 27 09
1834 1 27 82
1835 (6 premiers mois) 1 sur 73 72

M. ROCHOUX. Il y a dans le mémoire de M. Bonnafous une proposition qu'on ne peut laisser passer : il prend en main la défense des rues étroites et sinueuses, c'est une hygiène d'une espèce toute nouvelle. Ce n'est pas d'aujourd'hui qu'on a reconnu les inconvéniens des villes ainsi bâties : cela remonte jusqu'à l'incendie de Rome sous Néron.

M. GÉRARDIN. Il y a une très-grande différence entre Rome et Alger : la température est loin d'être aussi élevée dans la première de ces villes que dans la seconde. Il est donc moins nécessaire de prendre ses précautions contre la chaleur.

M. ESQUIROL. Les rues étroites et sinueuses ont l'avantage de faire circuler l'air avec beaucoup plus de rapidité, ce qui est tout à la fois une source d'agrément dans un pays très-chaud et une cause de salubrité.

Sur la proposition de M. Villeneuve appuyée par M. Esquirol et M. Delens, le travail de M. Bonnafous est renvoyé au comité de publication.

ÉTABLISSEMENT ORTHOPÉDIQUE TRANSFORMÉ EN COLLÉGE. — M. MAISONNABE.

Si nos lecteurs ont bonne mémoire, ils n'auront pas oublié qu'après avoir dirigé un établissement orthopédique, M. Maisonnabe conçut tout à coup le projet de le transformer en une maison d'éducation. M. Maisonnabe ne veut que *sourds, myopes, bègues, pieds-bots, rachitiques*, toutes les difformités, en un mot, excepté les *bossus*. Et pourquoi cette exception? parce que n'étant jamais parvenu à redresser une épine de vice, il ne croit pas à la possibilité de le faire.

Mais pour élever un collége, il faut des élèves. M. Maisonnabe en demande à l'autorité; il voudrait que l'administration créât cinquante, cent bou ses, plus ou moins, en faveur des enfans auxquels il veut désormais consacrer ses veilles et ses talens.

C'est sur l'utilité de ce projet, que M. le ministre de l'instruction publique a consulté l'Académie. L'Académie a proposé, par l'organe de M. Londe, cette réponse : Il n'y a aucun motif d'accorder à M. Maisonnabe plutôt qu'à tout autre médecin le privilége qu'il sollicite. (Adopté.)

FAUTEUIL-LIT, par M. H. Potet, étudiant en médecine. — Rapport de MM. Thillaye et Cullerier.

M. Potet a pris l'idée de son fauteuil-lit dans une table rembourrée dont on se sert à l'hôpital du Midi pour appliquer le *speculum uteri*. L'usage du fauteuil-lit est en effet le même. Il a les mêmes apparences qu'un fauteuil ordinaire, il se compose des mêmes pièces, seulement ces pièces sont mobiles. Ainsi le siége se relève, le dossier est articulé avec les bras de manière à pouvoir se relever et à former un plan horizontal. Enfin, par un mécanisme ingénieux, cet appareil forme à volonté un lit et un siége ordinaire. Somme toute; la commission le croit très-propre aux usages auxquels il est destiné.

M. VILLENEUVE. Je ne partage pas l'admiration de notre honorable rapporteur. Je ne sais si cet instrument a tous les avantages qu'on lui reconnaît, mais je sais bien qu'il est inutile.

M. CULLERIER. J'approuve l'invention de M. Potet, mais cela ne va pas jusqu'à l'admiration. Habitué à me servir du *spéculum*, j'ai souvent éprouvé com-

bien il est difficile d'en faire commodément l'application, et je vois avec plaisir tout ce qui tend à la faciliter. Du reste, si l'Académie ne veut pas accorder son approbation, je lui propose d'adresser des remerciemens à l'auteur. (Adopté.)

CHOLÉRA-MORBUS; APPAREIL A EXTENSION; NOUVELLE MANIÈRE DE PASSER UN SÉTON; le tout par M. le docteur Thomas de Révigny.—Rapport de MM. Renoult, Gérardin et Gimelle.

A peine le choléra eut-il éclaté à Paris, que M. Thomas quitta les lieux qu'il habitait, pour venir étudier ce terrible fléau. Peu de temps après son retour à Révigny, il eut occasion de mettre à profit ce qu'il avait puisé dans les leçons de l'expérience et des grands maîtres qu'il avait entendus. Il ne croit pas à la contagion du choléra, mais il croit qu'il est épidémique. La cause en est dans l'air; et avec un bon nez, on sent facilement que l'atmosphère possède des qualités qu'elle n'a pas en l'absence de l'épidémie. M. Thomas a perçu ces qualités à Paris, et il les a retrouvées à Révigny, près Bar-le-Duc.

Au bandage ordinairement employé pour les fractures de la cuisse, M. Thomas a fait subir des modifications: ces modifications consistent 1° en une guêtre lacée qui recouvre toute la jambe: sur ses côtés règnent deux courroies dont l'une se termine au bas par une boucle, l'autre par de petits trous, en dépassant le pied d'une longueur de 5 ou 6 pouces; 2° en une ceinture de coutil matelassé se réunissant au moyen de trois boucles. Cette ceinture est fixée en haut par deux bretelles qui vont se boucler à la partie supérieure de la guêtre lacée, et par un sous-cuisse; 3° en quatre attelles dont une postérieure, principale pièce de l'appareil, plus longue et plus forte que les autres, doit dépasser le membre de 6 pouces. Large de 5 à 6 pouces, elle est creusée en gouttière pour embrasser les éminences osseuses sur lesquelles elles sont.

Nous nous bornons à indiquer ici les principales pièces dont se compose cet appareil, sans entrer dans une plus longue description. Quoiqu'en apparence fort compliqué, il ne présente pas à l'application plus de difficultés que beaucoup d'autres; mais pour en apprécier les avantages, il faudrait le voir à l'œuvre; et il en est encore à ses premiers essais; il fait ses preuves.

C'est à l'occasion d'une fracture comminutive de la partie supérieure de l'humérus, pour laquelle on avait proposé l'amputation du bras, que M. Thomas imagina une nouvelle manière de poser un séton. Il faut dire auparavant que pendant quatre mois il retira nombre d'esquilles; cependant il restait toujours deux plaies fistuleuses. Ces plaies communiquaient ensemble; mais à travers un trajet tellement sinueux, qu'on ne pouvait parcourir ni par la sonde, ni par le stylet le plus fin. M. Thomas imagina d'attacher une mèche de coton à une sonde de gomme élastique privée de son mandrin, et il la conduisit si heureusement, qu'entrée par une plaie elle sortit par l'autre. Il retira la sonde, laissa la mèche, et obtint la guérison en onze mois.

QUELQUES CONSIDÉRATIONS SUR L'EXTRAIT DES FEUILLES DU CYNARA SCOLYMUS; par M. le docteur Montain, de Lyon.

M. Montain croit avoir trouvé dans cette plante un succédané du quinquina. Elle appartient à la famille des cynarocéphales. Les feuilles donnent une saveur amère au lait des animaux qui en mangent beaucoup. En petite quantité elles stimulent leur appétit. On les fait exprimer; on expose le suc à une demi-chaleur jusqu'à consistance d'extrait. Cet extrait est brun, brillant et d'une saveur très-amère analogue à celle du quinquina.

A la dose de 5 à 10 grains il est tonique; il en faut porter la dose jusqu'à un et deux gros pour avoir l'effet anti-périodique.

PÉRINORAPHIE, par le même.

Instrument propre à favoriser la réunion des fistules vaginales. C'est une espèce d'agrafe construite d'après les mêmes lois que celle qu'emploie M. Montain pour la réunion du bec de lièvre. Elle est formée de deux parties semblables: chaque partie ressemble assez bien au pelvimètre de Coutouly; elle est composée de deux tiges, l'une rectale, l'autre vaginale, destinées à se réunir de manière à saisir les bords de la déchirure.

L'avantage de cet instrument est de suppléer la suture. L'application en est facile. Avant de l'entreprendre, on rafraîchit, s'il y a lieu, les bords de la déchirure, soit par les ciseaux, soit en les touchant avec un petit cautère actuel trempé dans de l'eau bouillante.

OBSERVATIONS PRATIQUES SUR QUELQUES LÉSIONS PHYSIQUES DES ARTICULATIONS.

L'auteur lui-même, M. Roux de Brignolles, donne lecture de son manuscrit. Il a parlé d'abord des fractures de l'olécrâne: on sait que les auteurs sont divisés sur la position à donner au bras pour obtenir la réunion des fragmens osseux. Les uns veulent l'extension de l'avant-bras sur le bras; les autres préfèrent la demi-flexion. M. Roux a traité deux malades suivant le premier précepte, et deux suivant le second. M. Roux donne ces quatre observations en détail; il finit en disant qu'il emploiera désormais la demi-flexion lorsqu'il sera appelé trop tard pour combattre efficacement l'inflammation et le gonflement des parties, tandis qu'il adopte l'extension lorsqu'il sera appelé de bonne heure; il n'aura à réduire qu'une fracture à son dernier degré de simplicité.

DISJONCTION DES ÉPIPHYSES.

Cet accident est rare, les auteurs classiques n'en parlent même pas. Les hasards d'une pratique étendue en ont offert plusieurs exemples à M. Roux. En voici le résultat:

Dans les grandes articulations, les épiphyses non réduites donnent lieu à des symptômes fâcheux: l'inflammation pousse à la suppuration avec rapidité; les douleurs sont intenses; la fièvre s'allume; des fusées, des abcès vastes et profondes font proposer l'amputation comme le seul moyen de salut.

Dans les articulations moyennes, le déplacement des surfaces articulaires est quelquefois peu considérable, et la consolidation s'opère assez souvent dans une position vicieuse, et entraîne la difformité et la gêne des articulations.

Dans les petites articulations, le déplacement de l'extrémité osseuse n'est pas grand; souvent il est nul; les moyens contentifs sont négligés, et les mouvemens restent bornés.

La consolidation des fragmens placés dans une position vicieuse est très-rapide, et il n'est pas possible de les redresser comme après la fracture.

Si la réduction est faite de bonne heure et maintenue dans une position convenable, la solution de continuité est promptement réparée.

—Commission pour préparer une nomination de membre-résidant, MM. Castel, Bailly, Renauldin, Bouriat, Husson, Civiale, Baudelocque, Guéneau de Mussy, Dupuy, Reveillé Parise, Honoré.

—Commission pour préparer l'élection de plusieurs membres correspondans, MM. Double, Delens, Villeneuve, Bousquet, Renauldin, Dizé, Lisfranc.

BIBLIOGRAPHIE.

DICTIONNAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE PRATIQUES. Tomes XIII, XIV et XV.

Cette importante collection vient d'être terminée. Les éditeurs n'ont pas dépassé le nombre des volumes annoncés, ce qui est quelque chose, ce qui serait bien plus encore si cette exactitude ne s'obtenait point aux dépens de quelques articles forcément abrégés. Nous rechercherons plus tard, en jetant un coup d'œil sur l'ensemble de ce dictionnaire, jusqu'à quel point il a évité ou mérité ce reproche: commençons d'abord par l'examen des trois volumes qui le complètent.

Le 13e volume commence par l'article *phthisie*, par M. Roche, et dans lequel nous retrouvons la clarté, l'enchaînement des idées et l'argumentation souvent pressante qui distinguent les compositions de l'auteur. Il serait injuste peut-être de demander à un travail du genre de celui-ci des recherches neuves et des découvertes importantes sur la phthisie, après les nombreux travaux publiés depuis vingt ans sur ce sujet. Les recherches importantes ne peuvent être faites dans le court espace de temps, ordinairement très court, qui est accordé à chaque auteur pour la composition de son travail; mais en compensation on a le droit d'attendre de lui qu'il expose aussi exactement que possible l'état actuel de la science sur le sujet dont il est chargé. C'est aussi ce que M. Roche a cherché à faire ici, et avec assez de bonheur. On trouve dans son article une réunion à peu près exacte de ce qu'ont fait ou publié sur la phthisie les pathologistes français. Quant à ce qui a été fait ailleurs, il n'en est nullement question. Or, bien que les médecins français aient certainement fait faire le plus de progrès à cette partie des études médicales, nous aurions cependant aimé à trouver aussi quelques indications sur les opinions qui règnent dans des pays étrangers et sur des travaux qui ne méritent pas un oubli aussi complet. Nous nous contenterons de citer ici pour exemple le travail de M. Carswell sur le tubercule. (Voyez GAZETTE MÉDICALE, année 1835, n° 51.)

L'auteur pense que les tubercules miliaires sur lesquels il y a eu déjà tant de discussions, ne sont point, ainsi que Laënnec l'avait dit, le premier rudiment nécessaire des tubercules; mais il croit que ces granulations, résultat de l'inflammation chronique des vésicules pulmonaires, peuvent se transformer en tubercules, et même, dans quelques cas, devenir le centre d'un dépôt plus ou moins considérable de matière tuberculeuse. Mais quelle est la nature de la phthisie? Est-ce une maladie inflammatoire, ou une maladie asthénique? Ici, nous le disons avec plaisir, M. Roche cesse de suivre le drapeau du physiologisme. Après avoir exposé les deux principales opinions qui sont admises parmi nous sur ce point, il reconnaît que la théorie de la tuberculisation avancée par M. Broussais est incomplète, insuffisante, bien plus, même déraisonnable. Après avoir démontré que les causes sous l'influence desquelles la phthisie se développe sont spéciales et plutôt asthéniques qu'inflammatoires, il résume ainsi ses opinions sur la nature de la phthisie, qu'il considère comme composée de plusieurs élémens. Elle consiste dans une altération du sang, le dépôt ou la sécrétion, comme on voudra l'appeler, du produit de cette altération dans le parenchyme pulmonaire, dans une nutrition vicieuse de tous les tissus, dans l'irritation que provoque le dépôt de la matière tuberculeuse au sein des poumons, et enfin dans l'inflammation que les tubercules excitent autour d'eux.

L'opinion émise ici par M. Roche, est celle qui aujourd'hui est le plus généralement admise, et c'est celle qui se rapproche le plus de la direction que prennent maintenant les études médicales. Les autres articles du même auteur contenus dans le 13e volume, sont peu importans; quelques uns même n'ont pas reçu, à notre avis, tous les développemens dont ils étaient susceptibles. Ainsi les maladies de la rate, dont il est question et à l'article *splénite* et à celui *maladies de la rate*, n'ont pas assez fixé l'attention de l'auteur. Il est bon, sans doute, de discuter longuement sur ce qui est le plus connu; mais nous aimerions aussi à trouver quelques recherches sur les points obscurs. Nous convenons bien avec M. Roche que les affections de la rate sont plus con-

nues de l'anatomo-pathologiste que du médecin; mais il y avait quelques points sur lesquels, dans l'état actuel de la science, il n'eût pas été très-difficile de jeter quelque lumière. Les tubercules, les abcès de la rate offrent plus d'un point de contact qu'on aurait pu discuter; et quelques-unes des maladies chroniques de cet organe ont été observés un assez grand nombre de fois pour qu'elles pussent être indiquées d'une manière moins sommaire.

L'article *pneumonie*, par le professeur Bouilland, nous offre un tableau exact et complet des symptômes par lesquels se manifeste cette maladie; mais, sous tous les autres rapports, l'article nous a offert de nombreuses lacunes. Ainsi l'auteur commence par décrire immédiatement la maladie, sans même jeter un coup d'œil historique sur ce que nous en ont appris les médecins des siècles passés. A chaque pas nous trouvons de longues citations empruntées à la clinique de M. Andral et à l'ouvrage de Laënnec; à chaque pas revient encore la critique des opinions de M. Chomel; en sorte qu'on serait porté à croire que toute l'érudition de l'auteur sur une maladie qui a été l'objet de tant de travaux, serait bornée à un petit nombre de noms. L'auteur entre dans des considérations assez étendues sur la mortalité de la pneumonie, afin d'arriver à juger la question du meilleur traitement à opposer à cette maladie; et nous n'avons pas besoin de dire que c'est la saignée *coup sur coup* qui emporte la palme. De nombreux tableaux sont rapportés ici à l'appui de l'opinion de l'auteur; mais si quelques-uns offrent de l'importance par les nombres sur lesquels ils reposent, il en est d'autres que nous avons été étonnés de trouver dans un ouvrage du genre de celui-ci. Quelle conclusion peut-on tirer, par exemple, d'un tableau de quatre pneumoniques, de huit pneumoniques? Si la méthode numérique possède quelques-uns des avantages qu'on lui attribue, certainement ce ne peut être que quand elle agit sur de grandes masses.

Nous ferons à M. Bouillaud un reproche plus grave encore, c'est que dans un ouvrage du genre de celui où son travail est placé et qui est destiné à tenir lieu des autres ouvrages pour beaucoup de praticiens, il ne suffit pas d'indiquer le traitement que l'on croit offrir le plus de chances de succès, mais on doit indiquer, autant que possible, les cas dans lesquels il convient et ceux où, au contraire, il pourrait être nuisible; cette précaution est surtout indispensable, lorsqu'il s'agit d'une médication aussi active que celle dont l'auteur réclame la propriété. Nous pensons bien que ce nouveau traitement ne serait pas conseillé par lui dans la pneumonie des vieillards et des enfans, dans la pneumonie lobulaire, la pneumonie adynamique (véritable), la pneumonie métastatique, etc.; mais nous ne trouvons dans son travail aucune donnée sur ce point. Nous devons reconnaître pourtant que, dans un paragraphe spécial consacré à l'exposition du traitement qui convient dans la *pneumonie fausse, bâtarde* ou *anormale*, il n'indique pas les saignées coup sur coup comme indispensables, et il se contente de citer un ou deux faits où elles n'ont pas réussi. Nous félicitons en terminant l'auteur sur les changemens qui se sont opérés dans ses opinions relativement aux constitutions médicales qu'il ne nie plus absolument, mais dont il se contente de dire que ce ne serait pas sans de graves inconvéniens que l'on ajouterait foi à tout ce qui a été écrit sur cette sorte de mystère médical.

Nous trouvons à l'article *scrophule*, par le docteur Jolly, de bonnes recherches sur les diverses questions qui se rattachent à l'étude de cet état morbide complexe. L'auteur, sans repousser entièrement l'opinion émise par M. Baudelocque sur l'origine des scrophules et qu'il rapporte à la viciation de l'air comme cause indispensable, pense cependant que l'influence de cette cause de l'air a été exagérée par l'observateur que nous venons de nommer. Il faut des conditions autres que l'absence d'un air pur pour que les scrophules se développent; sans cela toutes les personnes qui seraient exposées à cette dernière influence en seraient affectées, et l'expérience prouve le contraire. Tous les jours on voit des enfans soumis ainsi à l'influence de ces causes, conserver toutes les apparences de la santé, tandis que d'autres, placés dans les conditions hygiéniques les plus favorables, périssent victimes de scrophules. L'auteur repousse l'opinion qui attribue les scrophules à l'usage des eaux provenant de la fonte des neiges et des glaces, des eaux séléniteuses, et paraît plus disposé à admettre l'influence du mercure sur les enfans de ceux qui en ont fait usage comme déterminant chez eux une prédisposition organique à l'état scrophuleux, ce qui veut dire que ces enfans appo tent en naissant, non pas un virus scrophuleux, mais une organisation qui prédispose à la maladie. Cette opinion, bien qu'elle ait été partagée par des hommes d'un grand mérite, nous semble cependant avoir besoin d'être soumise à un examen sérieux.

M. Jolly pense que les scrophules ne sont ni contagieuses ni même héréditaires, et cependant la phthysie, dit-il, est évidemment héréditaire, peut-être même est-elle contagieuse; de là il est amené à faire connaître la différence qu'il croit exister entre les tubercules pulmonaires et les tumeurs scrophuleuses ou tubercules sous cutanés. Pour moi, dit-il, je crois que ce que l'on appelle tubercule en anatomie pathologique, n'est point identique, que la matière dite tuberculeuse est un produit commun de plusieurs causes pathologiques différentes, par conséquent variable dans son siége comme dans ses élémens physiologiques et pathologiques, quoique présentant des analogies de propriétés physiques et de composition chimique. Ici l'opinion de l'auteur diffère de celle émise par M. Roch à l'article phthysie qui identifie l'affection scrophuleuse et l'affection tuberculeuse.

L'iode ne possède pas, aux yeux de M. Jolly, les merveilleuses propriétés que lui attribuent la plupart des praticiens dans le traitement de cette maladie. Employé concurremment avec les moyens hygiéniques convenables dans des cas où la maladie scrophuleuse n'offrait encore aucune trace de dégénération tuberculeuse, il a souvent fait merveille; ses effets, au contraire, ont été presques nuls dans les cas de dégénération tuberculeuse, d'abcès en suppuration; ils ont été souvent funestes et meurtriers dans les cas de cachexie scrophuleuse accompagnée de symptômes fébriles et d'amaigrissement; c'est spécialement sur l'emploi des moyens hygiéniques que M. Jolly insiste le plus et avec raison.

Nous avons parcouru avec satisfaction la plupart des articles de thérapeutique et de matière médicale; ainsi, M. Martin Solon a apporté dans son travail sur la *saignée* beaucoup d'érudition et l'expérience d'une saine pratique; peut-être cependant n'a-t-il pas apprécié avec assez d'exactitude l'heureuse influence de purgatifs associés à la saignée dans les phlegmasies aiguës et même chroniques.

L'article *spécifiques* a fourni à M. Deslandes l'occasion de présenter un tableau très-juste du vague et de l'incohérence qui existent dans notre matière médicale.

A l'article *sang* et *altérations du sang* M. Andral a exposé avec toute la clarté et toute la précision qu'il porte dans tous ses travaux, les nombreuses recherches faites sur le sang depuis quelques années et celles spécialement qui appartiennent aux médecins français. S'il est impossible d'exiger d'un auteur d'un article de dictionnaire ou des faits nouveaux, ou des vues nouvelles, on a toujours le droit de demander une connaissance exacte des faits qui sont admis dans la science, des différentes opinions le plus généralement admises. Sous ce rapport le travail de M. Andral laisse peut-être à désirer. La partie surtout qui est consacrée à l'étude des altérations du sang a fixé notre attention d'une manière tout-à-fait spéciale. L'auteur divise ces altérations en deux espèces: altérations des propriétés physiques; altérations des propriétés chimiques. Quant aux lésions vitales il n'en admet pas: on ne peut les constater par aucune expérience directe; le toucher et la vue ne peuvent pas plus que les instrumens de physique et de chimie nous démontrer leur existence; il faut les rejeter absolument. La route des inductions qui seule peut mener à leur connaissance est ou trop longue, ou trop obscure. Il signale avec soin toutes les découvertes vraies ou prétendues, toutes les opinions emises relativement aux lésions des propriétés physiques ou chimiques; mais les lésions vitales et les opinions qui s'y rattachent ne méritent pas même le moindre examen; et cependant M. Andral parle dans le même article de l'influence de l'innervation sur le sang! mais sans approfondir cette question importante et les conséquences que l'on pourrait en tirer sur les propriétés vitales du sang, et conséquemment sur leurs lésions. M. Andral fait jouer un grand rôle dans les maladies aux lésions des propriétés physiques du sang; l'hypérémie, l'anémie, etc., sont peut-être les états morbides où le médecin agit avec le plus de sûreté et obtient les effets les plus heureux des moyens que l'art met à sa disposition. Mais il n'est pas toujours aussi facile qu'on le pense communément de distinguer ces divers états morbides, ni d'apprécier exactement, au milieu des autres circonstances que présentent les malades, leur influence sur la maladie, qu'ils constituent rarement tout entière. Quant à la division adoptée par M. Andral des lésions du sang en physiques et chimiques, elle paraît satisfaisante au premier abord, mais les distinctions qu'elle permet d'établir ne peuvent être que très-superficielles, car le plus souvent ces diverses altérations se compliquent naturellement. C'est ainsi que M. Andral place parmi les lésions physiques cet aspect singulier que présente le sang dans quelques cas et qui le fait appeler alors le *sang laiteux*; et cependant la cause de cette modification dans l'apparence du sang dépend d'une lésion chimique de ce liquide; puisque, ainsi que l'a démontré M. Raspail, cet état du sang est dû à la coagulation de l'albumine par un acide développé spontanément dans le sang.

Passons aux articles de chirurgie. M. Sanson s'est chargé de l'article *plaies*, qui forme une monographie complète; car après les plaies en général, l'auteur parcourt successivement celles qui ont lieu dans les principales régions du corps. Nous en exceptons cependant les plaies de

la tête qui ont été traitées ailleurs. Quelques points attireront plus spécialement notre attention.

Dans les plaies contuses, les praticiens sont partagés entre les émolliens, les narcotiques et les sédatifs employés soit en cataplasmes, soit en fomentations. L'expérience semble avoir confirmé que les cataplasmes émolliens employés avant le développement du travail inflammatoire, favorisent l'afflux des liquides et augmentent le gonflement ainsi que la douleur. Les narcotiques ont plus de succès; M. Sanson a vu des plaies contuses dont les bords avaient été mis en contact par les moyens ordinaires, guérir sans suppurer sous l'influence d'une forte solution d'extrait d'opium dont on imbibait souvent l'appareil. Nous ajouterons que les narcotiques administrés à l'intérieur ne réussissent pas moins bien. Nous avons vu un gonflement énorme du genou, suite d'une contusion très-violente, se résoudre, sans accidens et sans inflammation, sous l'influence de la thridace administrée à la dose de 8 grains par jour. M. Sanson préconise aussi l'eau froide, et même les applications de neige et de glace (?) lorsque l'inflammation menace d'être violente; il paraît que l'article était écrit avant les nouveaux essais d'irrigation continue, car il n'en parle pas. Pour les plaies d'armes à feu, nous avons cherché quelle est l'opinion de M. Sanson sur les débridemens; il se borne à dire que quand la structure de la partie en exige, il faut commencer par les pratiquer. C'est une doctrine un peu vague et qui se prête à toutes les interprétations. En général, on désirerait, quand l'auteur arrive à ces points encore douteux, de les voir éclaircir par la discussion. M. Sanson accorde une préférence trop absolue à la forme dogmatique. Ainsi, pour les plaies de poitrine qui divisent la plèvre sans léser le poumon, il enseigne que l'expérience a suffisamment prouvé qu'elles diffèrent peu, quant à leur gravité et aux indications qu'elles présentent, de celles qui ne pénètrent pas. Nous savons bien que tous les auteurs ont leur chapitre consacré à ces sortes de plaies; mais, sans en nier absolument la possibilité, nous affirmons qu'elles sont au moins excessivement rares, car des recherches assez étendues n'ont pu nous en faire découvrir un seul exemple bien authentique. Sur quoi donc se fonderait la prétendue expérience qu'on dit en avoir? Il serait à propos d'abord de démontrer qu'elles existent.

C'est dans le traitement des épanchemens sanguins dans la poitrine qu'une discussion approfondie des faits serait bien nécessaire. L'unique ressource, selon M. Sanson, est la clôture exacte de la plaie. C'est la doctrine presque universellement reçue de nos jours; dans le siècle dernier, on en suivait une autre. La question est-elle donc si définitivement jugée, qu'il n'y ait plus à y revenir? On sait que la clôture de la plaie retient dans la cavité pleurale une masse énorme de sang, qui n'est d'aucune utilité pour arrêter l'hémorrhagie, car sa quantité même l'empêche de se coaguler, et qui, outre la faiblesse qui résulte de sa perte, détermine souvent des symptômes de suffocation qu'on ne fait cesser qu'en lui donnant issue. Mais si le sang n'agit là que comme moyen de compression sur le poumon, n'arriverait-on pas au même but en injectant de l'air ou de l'eau dans la poitrine? On conserverait ainsi au malade assez de sang pour subvenir aux nombreuses saignées que son état pourra exiger. M. Duret de Brest débride largement la plaie extérieure pour laisser à l'air un libre accès, et il a obtenu plusieurs succès remarquables de cette méthode. M. Sanson en cite un qui lui a été communiqué par M. Taxil; néanmoins il déclare se ranger à la doctrine générale. Mais par quelles raisons décisives? Il a oublié de nous les donner.

M. Sanson a consacré un article de trois pages à l'histoire du spina-ventosa, affection obscure et qui, dans un dictionnaire de la nature de celui-ci, demandait autre chose qu'un résumé aussi court, quelque bien fait qu'il soit d'ailleurs. Les articles d'ophthalmologie, *presbytie*, *rétinite*, *sclérotite*, *ptérigion*, pèchent également par trop de brièveté. L'histoire de la *pupille artificielle* est plus complète. A voir la prodigieuse série de procédés indiqués, on reconnait que l'auteur a eu à sa disposition quelqu'une de ces savantes et un peu lourdes thèses allemandes, qui s'efforcent de rassembler tout ce qui a été dit sur un sujet, sans prétendre à y rien ajouter. Si la discussion de tous ces procédés était faite d'une manière plus large, cet article serait certainement très remarquable, et on lira avec fruit surtout la première partie dans laquelle M. Sanson examine l'opération de la pupille artificielle en général, ses difficultés, ses accidens et ses dangers

M. Bégin a émis sur la *pourriture d'hôpital* quelques idées que nous ne saurions partager. Selon lui, cette affection consisterait « en une inflammation provoquée par le contact des miasmes putrides, accompagnées dans la plupart des cas de l'absorption de ces miasmes, et de l'irritation des principaux viscères, ainsi que de l'appareil nerveux...; et si toutes les fièvres sont, quant aux lésions *miasmatiques* (*sic*) des organes, des inflammations, la pourriture d'hôpital en est manifestement une au même titre. » De là le traitement tout antiphlogistique, et les sangsues autour de la pourriture d'hôpital, suivies des applications émollientes chlorurées, dont nos chirurgiens militaires affirment avoir recueilli d'heureux résultats en Espagne, en 1823. Certes, voilà une des dernières applications de la doctrine physiologique qu'on aurait peu soupçonnée à l'avance; et si les sangsues ont arrêté quelquefois la pourriture d'hôpital, cela prouve seulement qu'il n'est pas de traitement qui n'ait quelquefois ses succès: Mais encore M. Bégin n'y accorde-t-il lui-même quelque confiance que dans les cas les plus légers. Déjà dans la forme ulcéreuse, si les applications désinfectantes et relâchantes, aidées des sangsues, ne suffisent pas pour enrayer la marche de la maladie, il conseille de recourir *bientôt* à la cautérisation des parties excavées et ulcérées de la plaie. Dans la forme pulpeuse, il ne parle plus des sangsues; il énumère les toniques, les stimulans, les acides concentrés employés par la doctrine vulgaire; il va jusqu'à les appeler *les topiques les plus puissans, les mieux indiqués*, et s'ils ne réussissent pas encore, il veut qu'on recoure au feu. Mais que devient donc l'inflammation ainsi traitée, et non seulement l'inflammation locale, mais la gastro-entérite qui la précède, qui l'entretient, qui semble dans l'esprit de l'auteur être l'affection réelle dont la pourriture de la plaie n'est qu'un symptôme? Cette autre opinion, à notre avis, n'est pas mieux fondée que la première. La pourriture d'hôpital, affection spéciale s'il en fut jamais, se développe très-bien toute seule; l'inflammation qu'elle excite quelquefois autour de la plaie est un effet qui doit à peine fixer l'attention et qui disparaît avec sa cause, quelleque soit la thérapeutique locale ou générale qu'on oppose à celle ci; et les symptômes généraux sont également l'indice de la réaction déterminée par l'affection locale. Frictionnez, brûlez avec des acides, cautérisez avec le fer rouge cette plaie si douloureuse, dès le lendemain l'inflammation tombe et la douleur cède, si la cautérisation a été assez forte; les symptômes généraux s'amendent dans la même proportion. M. Bégin est fortement dans le doute au sujet de la contagion de la pourriture d'hôpital. Il faut bien croire, après les expériences de Percy et de MM. Richerand et Willaume, que cette contagion n'est pas constante, soit qu'on explique son absence par le degré avancé de la maladie, ou par toute autre raison. Mais nous avons vu la pourriture d'hôpital se transmettre dans un hôpital sain d'un individu à un autre par le simple voisinage, sans que le contact eût été bien démontré; un blessé couché dans le lit d'un autre mort précédemment avec cette affection l'a contractée à son tour; le contact des instrumens non suffisamment nettoyés est plus actif encore pour la communiquer, et sa propriété contagieuse est restée pour nous, comme pour Delpech et M. Olivier, hors de toute espèce de doute.

L'article *réforme* dû au même auteur, est un des mieux pensés et des mieux écrits qui soient sortis de sa plume; les chirurgiens appelés aux conseils de recrutement le méditeront avec fruit. L'article *prostatite* ne dit rien des procédés de M. Leroy d'Etiolle, soit pour comprimer les tumeurs de la prostate, soit pour les lier; peut-être aussi cette omission s'explique-t-elle par la date déjà un peu reculée du treizième volume. La même raison explique comment l'histoire des rétrécissemens de l'urètre reste muette sur le cathétérisme forcé de M. Mayor.

A M. Blandin sont restés les autres articles chirurgicaux. Il a donc eu à traiter des affections du rectum, des résections, de la rhinoplastie, des polypes; et il a consacré un très-bon article à l'histoire des divers spéculum. Dans tous ces articles, on retrouve le talent de discussion et l'originalité de vues qui ont placé si honorablement M. Blandin parmi nos jeunes chirurgiens.

Dans ce rapide coup d'œil, nous n'avons pas dépassé le quatorzième volume. Nous nous réservons d'examiner à part le quinzième et dernier, et de rechercher en même temps quelle a été la portée générale de ce dictionnaire, et s'il a eu quelque influence sur les travaux exécutés pendant et depuis sa publication.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

Gazette Médicale

DE PARIS.

LA GAZETTE MÉDICALE DE PARIS (*Gazette de santé* et *Clinique des hôpitaux* réunies) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et équivaut à 6 feuilles in-8°. Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois. Pour l'Étranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Poissonnière*, n° 5, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

PATHOLOGIE INTERNE.

RECHERCHES SUR UNE ESPÈCE PARTICULIÈRE D'ANGINE OBSERVÉE RÉCEMMENT DANS QUELQUES LOCALITÉS DU WURTEMBERG, par les docteurs DE LUDWIG à Stuttgard, THEURER dans le cercle de Plieningue, BOSCH à Braunsbach, HÆRING à Mergentheim et LEUBE à Tübingen. (Extr. des numéros 4, 5, 9, 15 et 22 du vol. 6, année 1836, du Journal de Stuttgard.)

Cette espèce particulière d'angine a été, sinon observée, du moins décrite pour la première fois par M. le docteur de Ludwig de Stuttgard; voici le tableau qu'il en trace :

La maladie débute par des symptômes d'une angine rhumatismale, ou plutôt de nature érysipélateuse : léger mouvement fébrile entremêlé de frissons, douleurs de tiraillement à la tête, faiblesse, anorexie, langue légèrement chargée, difficulté de la déglutition à peine sensible, ou paraissant même manquer quelquefois; bientôt il se développe des deux côtés et le plus souvent d'un côté du cou seulement, une tumeur dure qui a son siége primitif dans le tissu cellulaire qui environne la glande sous-maxillaire, plus rarement dans celui qui entoure les glandes parotide et sublinguale. Cette tumeur, formée de tissu cellulaire endurci, envahit peu à peu le tissu cellulaire environnant, s'étend d'abord autour du cou, dessous la mâchoire inférieure jusqu'au menton, et passe même du côté opposé et descend par-dessus le larynx; il n'est pas rare aussi de la voir se propager en arrière par-dessus la parotide : elle forme ainsi une grosseur fortement convexe et faisant saillie par-dessus la mâchoire inférieure; tout le tissu cellulaire qui enveloppe et sépare les muscles du cou depuis le larynx jusqu'à la cavité buccale, et plus tard ces muscles eux-mêmes se trouvent compris dans l'espèce de dégénérescence qui constitue cette tuméfaction. De cette manière la langue repose pour ainsi dire sur un plancher dur et d'un rouge très-vif. Ce plancher est circonscrit antérieurement par un rebord élevé, dur, calleux, qui longe le bord interne de l'os maxillaire inférieur, le malade n'entr'ouvre la bouche qu'avec peine et difficulté; la langue est poussée en haut et en arrière; la parole s'articule difficilement, et la voix, soit par la pression de la tumeur sur le larynx, soit à cause de l'altération des muscles qui vont à cet organe, est rauque, basse et a pris un son guttural.

La dysphagie a augmenté en raison sans doute de l'accroissement et de la plus grande pression de la tumeur; car on n'observe de gonflement inflammatoire du pharynx qu'au début ou à la fin de la maladie, et peut-être alors à la suite de l'emploi des mercuriaux. Cependant la maladie continue à faire des progrès, il se sécrète dans le pharynx une quantité abondante de mucosités que le malade a de la peine à rendre.

Feuilleton.

MISCELLANÉES.

N° X.

(Troisième et dernier article.)

ἔρως

De l'amour physiologique et de l'amour sentiment dont nous avons parle dans nos esquisses precedentes, dérive l'amour social ou politique. Ces deux troncs principaux fournissent en effet d'immenses rameaux qui, sous divers noms, embrassent la societe, la penètrent dans ses intérêts les plus chers, dans ses bases les plus profondes. En effet, l'amour considere socialement fait sentir son influence heureuse ou funeste aux institutions politiques: il les fortifie ou les détruit à la longue. Comme pour l'individu, c'est le genie du bien, c'est le génie du mal dans la societe, car la direction imprimee à cette fatale passion amène les resultats les plus opposés. Aussi, disait l'ecole de Pythagore, éprouve ton cœur avant de permettre à l amour d'y séjourner, le miel le plus doux s'aigrit dans un vase qui n'est pas net. C'est précisément ce qui arrive à la societe humaine. Tant que cette société conserve un reste de sa force primitive, qu'il y est bien reconnu que la vertu n'est pas un vain nom, l'amour a quelque chose de saint et de pur; mais aussitôt que la civilisation, poussée à son dernier terme, a étendu le cercle et le besoin des jouissances, la prostitution, la débauche, l'adultère, l'avortement, l'infanticide, ces crimes énormes surgissent de toutes parts Autant cette passion, contenue dans les limites de la sagesse, produit de bonheur, autant livrée aux brutalites de la corruption, elle pervertit les principes sociaux, corrompt les joies de la famille, jette le trouble au foyer domestique, produit des maladies, abâtardit et enerve les races. M. Guerry, dans la *statistique morale* de la France, dit qu'un trente-troisième des attentats contre la vie se passe dans les mauvais lieux; qu'un quatorzième des crimes d'incendie, une grande partie des duels, la plupart des cas de folie, tous les infanticides, presque tous les suicides parmi les jeunes femmes, prennent leur source dans l'immoralité des relations sexuelles. Etrange sentiment, chaos informe et bizarre, passion douce ou furieuse, qui affermit et ébranle, qui charme et détruit, qui orne et corrompt tout ce que l'intelligence humaine a pu trouver pour consolider la societé; c'est là, du moins, où on arrive par les calculs les plus exacts. les conséquences les plus positives.

Les tristes résultats de l'amour considere socialement, ont fait que dans tous les temps il s'est trouvé des personnes qui, ayant vu dans cette passion un prin-

Il est à remarquer que, du moins dans les premiers temps, la peau recouvrant la tumeur n'est ni rouge ni altérée, et qu'elle conserve un degré de mobilité qui est en raison du plus ou moins d'extension qu'a prise la grosseur; d'où il ressort que le tissu dermoïde et le tissu cellulaire situés immédiatement au-dessous de ce dernier ne participent point à l'induration des autres tissus. Pendant ces premiers symptômes jusqu'au quatrième ou sixième jour, la réaction générale n'est guère prononcée : fièvre modérée, état des forces et sensibilité peu altérés, sommeil et appétit ne manquant pas entièrement, soif légère ; les autres fonctions de sécrétion et d'excrétion dans un état assez satisfaisant. Mais avec les progrès du mal, la peau commence à rougir çà et là, et il n'est pas rare de voir se former des exsudations de lymphe plastique dans l'intérieur de la bouche, exsudations qui parfois se font déjà à une époque moins avancée. La tumeur se ramollit au dessous de la langue, comme s'il s'était formé sous la muqueuse un épanchement de sérosité à demi coagulé. A l'extérieur aussi on commence à remarquer quelques points ramollis qui offrent au doigt la sensation de gaz développés sous la peau; d'autres points de la tumeur sont élevés et présentent comme de la fluctuation; d'un instant à l'autre, on peut croire qu'il va s'ouvrir là un abcès; mais ce phénomène n'est pas de longue durée; pendant quelque temps la fluctuation reste au même degré pour rétrograder bientôt après. Au milieu de ces phénomènes, il se forme ordinairement dans la cavité buccale, soit en arrière et vers la base de la langue, soit plus en avant et près du bord interne de l'os maxillaire inférieur, une ouverture qui verse un liquide ténu, grisâtre ou rouge-jaunâtre, prenant de plus en plus les caractères d'une sanie gangréneuse. Maintenant, ou quelquefois avant cet travail de dégénérescence gangréneuse de la tumeur, se montrent avec plus d'intensité les symptômes d'une réaction générale; la fièvre augmente et est marquée par des exacerbations qui reviennent ordinairement le matin; l'urine dépose un fort sédiment, les sueurs deviennent profuses; le sommeil est souvent interrompu et agité par des rêves effrayans et des secousses de tout le corps; il existe un léger délire. La diminution de la tension de la tumeur et des parties environnantes qui survient dans ce moment, pourrait faire croire à un commencement de résolution de cette dernière et d'amélioration des symptômes généraux. Mais ce serait là une erreur; la difficulté de la déglutition persiste, et il survient des accès d'anxiété à intervalles plus ou moins longs. Ces angoisses qui vont en augmentant, coïncidant avec la diminution de la tumeur, ne dépendent point d'un resserrement mécanique des voies respiratoires, mais d'une atteinte plus profonde du système nerveux, et peut-être d'un épanchement dans la cavité thoracique. Arrivés à ce degré de développement, ces symptômes suivent une marche rapidement ascendante et la fièvre revêt entièrement la forme typhoïde, et au bout de 4 à 5 jours, du 10e au 12e jour à partir du début de la maladie, les individus succombent dans un état comateux avec tous les symptômes d'une paralysie pulmonaire.

Telle est la marche générale de cette funeste maladie; nous ferons connaître par quelques exemples individuels que nous donnerons plus bas, les variétés et nuances qui peuvent exister tant sous le rapport du moment de l'invasion de la fièvre, que sous celui du point de départ et du degré d'intensité des symptômes locaux.

Dans les cas où l'autopsie a pu être faite, on a trouvé dans un la peau et le tissu cellulaire sous-cutané intacts, nullement adhérents à la tumeur dont ils étaient plutôt séparés par une couche de sérosité épanchée; par contre le tissu cellulaire situé sous le premier et interposé entre les différentes glandes salivaires et cervicales et les muscles du cou, était sphacélé, d'un noir grisâtre, d'une texture lâche et peu cohérente, imprégné de bulles d'air et d'un liquide ichoreux, moitié verdâtre et moitié brun-grisâtre. En quelques endroits il existait des cavités ulcéreuses, dont les parois formées par une masse musculaire gangrénée et à moitié détruite contenaient une certaine quantité de ce même fluide sanieux, ressemblant à de la levure de bière et mêlé à du sang. La plupart des muscles et principalement les couches profonds comprises dans la tumeur présentaient un tissu également altéré, plus compacte et rouge, ressemblant assez bien à la substance d'un foie d'une couleur foncée; les glandes salivaires offraient dans leurs parties comprises dans la tumeur, un tissu plus rouge mais peu altéré. Dans un autre cas, la tumeur avait subi un moindre degré de décomposition putride; elle était au contraire plus dure; le liquide qui y était contenu était plus épais et plus rouge; toutes les parties solides, glandes, muscles, tissu cellulaire formant la tumeur, ressemblaient assez à une masse homogène voisine de l'état de ramollissement. Dans un troisième cas où les symptômes de la maladie avaient été très-prononcés, le périoste s'était détaché de l'os maxillaire inférieur à son bord interne, à un point où la tumeur s'était abcédée dans la bouche; l'os lui-même était altéré; la membrane muqueuse tapissant tous les organes des cavités buccale et pharyngienne et jusqu'à la trachée-artère n'était que peu ou point rouge, médiocrement boursoufflée; la trachée-artère contenait une abondante quantité d'un mucus à ochâtre entremêlé de quelques tissus rares d'une teinte rougeâtre; les portions des nerfs vague et récurrent compris dans la tumeur présentaient une lésion non seulement de leur névrilemme, mais encore de leur propre substance.

Voici ce que le docteur de Ludwig dit des premiers essais thérapeutiques auxquels il a pris une part plus ou moins active : il s'agit toujours des trois cas dont nous venons de donner l'histoire anatomique.

Chez tous les trois malades, l'affection avait déjà parcouru le tiers de sa durée, lorsque l'auteur fut appelé. On eut d'abord recours aux saignées générales et locales, aux topiques émolliens, à l'emploi du mercure à l'extérieur et à l'intérieur, aux sinapismes et autres moyens vésicans. Dans une période plus avancée, on administra à l'intérieur des médicamens apéritifs, diaphorétiques ou diurétiques; enfin, dans la période de putrescence, on mit en usage les excitans généraux et les différens moyens vantés comme antiseptiques, ayant égard toutefois à l'état des organes de la tête et de la poitrine. Sous l'influence de cette sorte de médication, le mal, malgré quelque apparence d'une amélioration passagère, n'en continuait pas moins sa marche, et en effet, les trois malades dont il est ici question succombèrent au milieu des symptômes indiqués plus haut. Nous verrons plus bas avec quel bonheur le docteur Ludwig, éclairé par l'expérience, est parvenu à modifier son traitement.

Quelle est maintenant la nature de cette maladie? On ne saurait encore aujourd'hui, que les causes sont peu connues et l'étude de ses symptômes peu avancée, la déterminer d'une manière certaine. Néanmoins le médecin de Stuttgard croit pouvoir supposer qu'elle tient de la nature de l'érysipèle qui, soit par des influences épidémiques, soit par des écarts de régime de la part des malades, ne pouvant se faire jour à

cipe d'immonde sensualité, un caractère d'impureté indélébile, l'ont complètement sacrifié à la sagesse. A leurs yeux, un des points de la perfection humaine est dans le pouvoir de dompter non-seulement la passion, mais l'instinct même de la reproduction. De là l'origine du célibat, de la virginité volontaire et perpétuelle. La plupart des sages de l'antiquité, presque tous les fondateurs de religions, ont consacré ce dogme, que, plus on s'éloigne de l'amour et de ses actes, et plus on est pur; car on s'élève d'autant plus au-dessus de l'animalité. Numa avait établi que pour rendre les vestales *saintes et vénérables*, il fallait leur prescrire la virginité *Virginitate, aliisque cœremoniis venerabiles ac sanctas fecit.* (Tit., liv. 1, 29.) Et malheur à celle qui manquait à son vœu. Mais aussi de quels honneurs, de quels respects étaient-elles comblées pendant leur vie! La viduité avait aussi droit à une extrême considération. Toute veuve, chez les Romains, qui se refusait à un nouvel engagement, était en grande estime; il y avait même une épithète consacrée à ces veuves courageuses; on les appelait *univiras* (femmes d'un seul homme); et l'une d'elles, dans Properce, se fait gloire d'avoir vécu sans reproche entre les *deux flambeaux* (1). Bien plus, les hommes mariés étaient obligés à la continence lorsqu'ils voulaient s'approcher des autels. Les peuples de l'antiquité, les Indiens, les Chinois, les diverses sectes religieuses de notre époque, donnent ce précepte et le recommandent. Mahomet, dont la religion est si charnelle, ne crie-t-il pas à ses sectateurs : « Vous qui croyez en Dieu, si vous avez approché vos femmes, purifiez-vous avant de prier. » (*Le Koran*, chap. 5.) Et pourtant, dans les siècles reculés, les organes de la génération étaient honorés comme les symboles de la puissance créatrice. Le *linguam*, le *pulleiar* parmi les Hindous, le *phallus* dans le culte isiaque, furent l'objet de la vénération publique.

Gardons-nous bien, à l'exemple de quelques esprits superficiels, de nous moquer du respect accordé dans tous les temps à ceux qui se vouèrent au célibat. Plus on réfléchit à la puissance de l'amour, à sa violence, à sa tyrannie, aux crimes qu'il enfante, plus on sent que l'homme capable de maîtriser un pareil sentiment est certainement un être supérieur. Qui oserait blâmer Diogène, en le voyant aux jeux isthmiques, se couronner de sa propre main, et l'entendre se proclamer lui-même vainqueur de l'ennemi le plus redoutable à l'homme, la *volupté?* Croyez-moi, on ne remplit pas de glace le cratère du volcan sans combat, sans une volonté persévérante, sans une force presque surhumaine. Or, c'est précisément cette héroïque constance que les hommes vénèrent, parce qu'ils savent que qui peut le plus, peut le moins. Diane de Poitiers était représentée foulant aux pieds un amour renversé; au-dessous était écrit : *Omnium victorem vici.* J'ignore jusqu'à quel point cette femme célèbre resta fidèle à cette devise; toujours est-il que celui qui sait vaincre l'amour physique et moral doit être proclamé le sage par excellence. C'est aux médecins surtout à admirer cet immense pouvoir du *moi*, réprobateur de l'organe, précisément dans ce que celui-ci a de plus énergique et de plus maîtrisant. D'ailleurs ce triomphe n'est pas seulement une loi qui purifie le cœur, c'est aussi une sagesse mystérieuse qui dompte l'esprit et le corps, c'est un sacrifice continuel de tout soi-même, en hommage à la souveraine raison, à la vertu, à l'ordre; c'est par là que l'homme tout entier s'évanouit devant la grande image d'une intelligence supérieure. Remarquons

(1) *Nec mutata mea est ætas; sine crimine tota est.*
Viximus insignes inter utramque facem.
(Propert. eleg. : IV, 12, v. 44, 45.)

la périphérie du corps, son siége ordinaire, gagne des parties situées profondément, qui, peu habituées à ce genre d'inflammation, passent facilement à l'état d'induration et par suite, à celui de gangrène; il existe de plus, selon le docteur Ludwig, une disposition du système nerveux qui favorise cette dégénérescence putride.

Quoi qu'il en soit de cette explication, que l'auteur ne donne que comme une simple hypothèse ne reposant encore que sur des données peu certaines, cette maladie n'en paraît pas moins à M. Ludwig devoir être distinguée, tant sous le rapport de sa nature, que sous le point de vue diagnostic et curatif, d'autres affections qui ont avec elle quelque ressemblance par leurs phénomènes extérieurs.

M. Ludwig n'a trouvé cette espèce d'angine décrite nulle part, si l'on a égard à l'ensemble des symptômes, à la marche de la maladie, et si l'on ne considère pas isolément tel phénomène ou tel accident qui peut se rencontrer également dans d'autres angines d'un caractère différent.

L'angine décrite ici par M. Ludwig, se distingue de l'angine gangréneuse proprement dite; en ce que dans cette dernière les ravages de la gangrène sont très-étendus et n'occupent pas seulement le pharynx, le palais, mais encore dans les cas plus graves, embrassent toute la muqueuse depuis le larynx jusqu'au sommet de la langue, tandis que dans la première il n'existe aucunes traces de gangrène à la surface de la muqueuse bucco-pharyngienne; un autre signe distinctif de ces deux maladies, c'est que la tumeur cervicale extérieure qu'on observe assez fréquemment aussi dans l'angine gangréneuse est œdémateuse, tandis qu'elle ne l'est pas dans l'angine du Wurtemberg. Cette dernière diffère de toutes les angines avec inflammation idiopathique ou sympathique des glandes, en ce que celles-ci sont peu ou point affectées, tandis que le tissu cellulaire qui les environne et qui entoure les muscles depuis le larynx jusqu'à la langue, se trouve altéré.

La maladie de Ludwig se distingue enfin du pseudo-érysipèle avec lequel elle a peut-être le plus de rapports, par l'absence de toute altération de la peau dans les commencemens, par la dureté particulière du tissu cellulaire, sa prompte modification et la marche aiguë des symptômes.

Malgré ces caractères, une erreur de diagnostic peut être très-facilement commise; cependant, comme il est important de reconnaître cette espèce particulière d'angine dès son début, afin de pouvoir la combattre avec efficacité, l'auteur a cherché à établir les signes diagnostiques les plus importans et les plus certains; ce sont :

1° Une inflammation légère de la muqueuse pharyngienne qui disparaît même dès les premiers jours, ou qui, lorsqu'elle persiste, reste toujours superficielle.

2° Une dureté particulière presque osseuse de la tumeur, qui ne conserve point l'impression digitale.

3° Un rebord calleux rouge foncé, parfois bleuâtre, livide, que nous avons vu contourner le bord interne de l'os maxillaire inférieur.

4° Le développement uniformément progressif de la tumeur située au-dessous de la langue, qui, lorsqu'on l'observe dès le principe, montre un contour ayant la dureté de la pierre, touchant immédiatement à du tissu cellulaire encore libre.

5° L'intégrité ou l'affection légère des glandes, tandis que tout le tissu cellulaire qui les environne se trouve altéré.

Voyant les insuccès qui avaient suivi le mode de traitement suivi dans les premiers cas et que nous avons décrit, l'auteur, d'après ses vues théoriques sur la nature de la maladie, a pensé qu'au lieu de favoriser la tendance du travail morbide vers les parties inférieures, il fallait plutôt le rappeler à la périphérie du corps, en un mot, opérer une déviation extérieure. Il a donc commencé par proscrire les mercuriaux, afin d'éviter d'une part l'irritation des glandes et de la muqueuse pharyngienne, et de l'autre l'altération des humeurs, si facile sous l'action de ce médicament. Il a ensuite établi les indications suivantes :

1° Opérer une dérivation aussi prompte et aussi énergique que possible à la surface même de la tumeur.

2° Combattre l'inflammation par des émissions sanguines locales.

3° Eu égard à la nature érysipélateuse du mal, administrer à l'intérieur les résolutifs les plus efficaces, tels que émétique, ipécacuanha, vin d'antimoine, purgatifs, etc.; employer, en un mot, une méthode perturbatrice des plus énergiques.

L'observation suivante, outre le mérite qu'elle a de présenter un tableau extrêmement fidèle de la maladie, nous montre de plus le traitement dont nous venons d'établir les bases, suivi d'un plein succès.

OBSERVATION DU DOCTEUR LUDWIG.

OBS. I. — Mme N... d'une bonne constitution et d'une santé jusqu'alors toujours florissante, eut, vers la fin de décembre 1835, à la région cervicale gauche, près de la glande sous-maxillaire, une tumeur qui, au bout de quatre jours, avait atteint le volume d'un œuf de poule. Elle était très-dure, à bords tranchés, médiocrement sensible au toucher, immobile et comme adhérente au bord de la mâchoire. La peau qui la recouvrait n'était point rouge. La malade attribuait le développement de cette grosseur à des refroidissemens répétés.

Le lendemain (cinquième jour de la maladie), la tumeur, qui avait été frictionnée avec un onguent composé de liniment volatil et d'onguent mercuriel, au lieu de diminuer, s'était au contraire étendue en arrière jusqu'à l'angle de la mâchoire inférieure, et en bas jusqu'au bord de l'os hyoïde; elle était devenue plus saillante. L'ouverture de la bouche était un peu gênée. Le docteur Ludwig reconnut bientôt, non sans quelque crainte, la véritable nature du mal; il conseilla aussitôt à la malade de garder le lit, quoique rien dans son état général n'indiquât encore la gravité de la maladie, et que le pouls fût à peine excité. Il fit appliquer six sangsues sur la tumeur, qu'on recouvrit ensuite de sachets de son échauffé; à l'intérieur il recommanda l'esprit de Mindererus par cuillerée à café dans une infusion de tilleul.

Le sixième jour, la tumeur, dont les bords sont toujours durs et tranchés, s'avance vers le menton; la muqueuse pharyngienne présente une tumeur érysipélateuse; la déglutition est difficile : la paroi inférieure de la bouche se gonfle, devient rouge, et présente tout le long du bord interne de l'os maxillaire inférieur ce gonflement et cette dureté caractéristiques dont nous avons parlé dans la description générale. Fièvre intense, soif, enduit blanc-jaunâtre de la langue; sueur; urine et selles naturelles. (Application d'une chaleur sèche sur la tumeur; vésicatoire à la nuque; eau de guimauve miellée pour gargarisme; à l'intérieur, tartre émétique, acétate de potasse et vin d'antimoine dans une infusion de camomille.)

Du septième au neuvième jour, le mal local s'accroît dans toutes les directions; la tumeur s'étend à gauche jusqu'à la glande parotide, à droite jusqu'au-delà de la sous-maxillaire de ce côté, sans que ces organes eux-mêmes soient tuméfiés. En bas, elle dépasse le larynx qu'on ne retrouve plus, et elle fait en dehors une saillie très considérable. La paroi inférieure de la bouche est d'un rouge foncé, et le bourrelet calleux qui contourne intérieurement l'os maxillaire inférieur, a repoussé la langue en haut et en arrière; celle-ci se meut avec peine dans la cavité buccale. La difficulté de la déglutition a augmenté; la voix est altérée et a un son croupal, l'ouverture de la bouche permet à peine l'introduction d'un doigt. A partir du septième jour, les signes d'inflammation de la muqueuse pharyngienne

---

encore que ces préceptes de continence tiennent aussi à l'hygiène et à la santé du corps. Lorsque l'amour est élevé à l'enthousiasme, à l'exaltation, à la folle ivresse; lorsque ses douleurs, ses angoisses, ses plaisirs, ses excès épuisent les forces radicales de l'économie, vieillissent parfois de dix ans en quelques jours; lorsque l'âme éprouve ce vide affreux, ce mortel ennui qu'il y dépose quand il a disparu, à quoi servent, je le demande, les froides paroles d'un médecin qui vous dit : Prenez bien garde, vous allez compromettre votre santé. Stériles avertissemens! paroles jetées sur les ronces! Mais l'homme s'arrête, se modère quand on a pu le convaincre qu'il est pur ou souillé, profane ou sanctifié, selon qu'il sait se vaincre ou se contenir; que le précepte de la tempérance est l'ordre d'en haut et a reçu la sanction divine. Plus vous donnez d'appui à la force morale, plus vous élevez sa puissance, et cet aphorisme du bon sens est démontré par l'expérience des siècles

Cependant, comme la fin de l'amour est la conservation des races, les lois sociales ont consacré l'instinct et la passion en instituant le mariage. Dès-lors ce sentiment a pris une remarquable extension. L'amour, comme une tige féconde, produit d'autres sentimens qui retiennent son nom comme attestant leur noble origine : c'est l'amour *conjugal*, l'amour *filial*, l'amour *fraternel*, et même l'amour de *la patrie*. Toutefois ce mot de mariage renferme les idées les plus contradictoires, les plus opposées. Mœurs, coutumes, pratiques, préjugés, tout diffère ici selon les temps, les climats, les institutions politiques et religieuses. La monogamie, la polygamie et même l'androgamie, ont tour à tour passé pour licites ou pour crimes, selon les temps ou les pays; et le précepte des quatre femmes légitimes inséré dans *le Koran*, serait une monstruosité dans nos climats. Cependant nous avons vu à notre époque le mariage attaqué tantôt par des sophismes destructeurs de tout ordre, par des immoralités philosophiques, tantôt par une absurde et dérisoire apothéose du vice. Avec cette audace paradoxale qui caractérise les novateurs, on a dit que le mariage était le lien le plus bizarre du cœur humain, la plus sotte des immolations sociales, enfin et tout simplement une *orgie officielle*. Voilà les traits lancés contre une institution à laquelle se rattachent certainement les plus hauts problèmes de notre destinée. Comme il n'entre point dans mon sujet de discuter ce point important de mœurs et de législation, je m'arrête; je dirai seulement aux sectateurs du *multiplicamini* social, que leur but est presque toujours manqué dans l'état actuel de notre civilisation. En effet, à très-peu de choses près, les unions de personnes se font par les convenances, bien plus que par l'étude approfondie physique et morale des individus. La coutume invariable de considérer *ce qu'on a*, et jamais *ce qu'on est*, exerce sa tyrannique influence sur tout le monde; il en résulte d'une part que la constitution individuelle, les rapports des âges; de l'autre, les douces illusions du cœur, sont toujours subordonnés au scepticisme calculateur, le véritable roi de notre époque. Il faut toujours qu'une jeune fille complète son amour en beaux deniers dotaux. Comment s'étonner maintenant si les unions sont si mal assorties, si les saintes et intimes joies du foyer domestique sont si peu connues? Soyons-en bien convaincus, il y a des sentimens harmoniques comme il y a des sons en accord. Qu'il est peu d'hommes, d'ailleurs, comprenant bien les devoirs et les sacrifices qu'exige l'amour modifié par le mariage! à leurs yeux la femme est la *chose* de son mari; ils vont rarement au-delà. Presque toujours l'esprit d'ordre qui est la base du mariage, les pures effusions de l'âme, sont obscurcis par les misères de nos voluptés de chair et de sang. On exige des qualités presque romanesques pour une association positive et réglée; on veut un prestige qui se

avaient presque entièrement cessé; mais il s'était formé une sécrétion abondante de mucus dans le gosier. Fièvre vive, continue : sommeil souvent interrompu ; rêves effrayans; parfois soubresauts des tendons; face rouge, yeux saillans, soif intense; les vomissemens qui avaient suivi l'administration de l'émétique ont cessé. Des frictions faites avec deux parties d'huile de croton tiglium et une partie d'huile d'amandes douces, ainsi que des cataplasmes irritans, ont produit sur la tumeur et dans les parties environnantes un érythème très intense et très-douloureux, ainsi qu'une éruption de forme miliaire. Comme la tumeur menace de passer à l'état de gangrène, on applique 15 sangsues et un cataplasme émollient; on augmente la suppuration du vésicatoire à la nuque, et on place sur le milieu de la tumeur un morceau de pierre infernale de la grandeur d'une pièce de 5 sous. A l'intérieur, on administre le tartre stibié associé à l'ipecacuanha; et après l'effet du vomitif, une mixture composée de la potion de Rivière, de vin d'antimoine et de manne, dans une décoction de valériane.

Dixième jour. Vomissemens abondans et plusieurs selles bilieuses suivies d'un sentiment de repos et de bien être; fièvre et soif diminuées; langue moins blanchâtre. Le caustique a produit une large escarre; l'éruption produite par l'huile de croton est des plus vives; le mal local n'a point augmenté; il y a même moins de difficulté dans la déglutition. (Mixture et cataplasme comme les jours précédens).

A partir de ce jour, la tumeur et la fièvre vont toujours en diminuant, quoique avec lenteur; d'abord le muscle sterno-cleido-mastoidien, puis le larynx, commencent à se dégager; la bouche s'ouvre plus facilement; la rougeur de sa paroi inférieure diminue; le rebord calleux le long du côté interne de la mâchoire inférieure se ramollit de derrière en avant; la langue devient plus libre, la parole plus facile; plus tard la tumeur a entièrement quitté le côté droit du cou, et ne s'étend plus qu'au menton; on observe qu'elle suit, en diminuant, la même marche que dans son développement. La résolution se fait graduellement et d'une manière égale dans toute l'étendue de sa circonférence, de manière que partout ses bords durs et tranchés restent en contact immédiat avec les portions déjà revenues à leur état naturel. On peut remarquer ici encore que ce ne sont pas les glandes sous maxillaire et sub-linguale, mais bien leur tissu cellulaire environnant qui avait été altéré. La dureté de la bouche se dissipe de la même manière; l'exanthème diminue. On fait suppurer la plaie produite par la chute de l'escarre sur la tumeur même, et on donne à l'intérieur alternativement le tartre stibié à dose réfractée et une poudre de rhubarbe, de sel ammoniac et de soufre doré d'antimoine, diète sévère, régime chaud. Les cataplasmes sont encore continués pendant quelques jours, puis on les remplace par des sachets chauds. La tumeur, revenue à sa grosseur primitive, ne se dissipe que lentement et d'une manière graduelle et presque insensible. Trois semaines après le commencement de la maladie, alors que madame N. avait repris déjà toutes ses forces, il existait encore quelques derniers vestiges de la tumeur, qui n'auront pas tardé à disparaître.

La lecture de cette observation peut donner une idée très-juste de la marche et de l'intensité des symptômes qui caractérisent l'angine décrite par Ludwig. Nous ne ferons donc que mentionner les observations rapportées par les docteurs Theurer, Bosch et Hœring dans les numéros 5, 9 et 15 du même journal; leur description est entièrement conforme à celle donnée par le médecin de Stutgard. Des deux malades de M. Theurer, l'un succomba et l'autre fut sauvé, probablement, ajoute ce médecin, par l'action prompte et énergique de toniques irritans appliqués à la surface de la tumeur, détournant ainsi des parties internes le travail morbide et le fixant au dehors par une dérivation salutaire.

Les trois faits décrits par M. Bosch le sont si incomplétement, et la maladie dans deux de ces cas a cédé si facilement à de simples résolutifs et émolliens, que nous ne savons si on doit les rapporter à l'espèce d'angine que nous décrivons ici. Nous retrouvons encore moins cette maladie dans une observation de *parotide gangréneuse*, qui a accompagné une cardite séreuse terminée par la mort, insérée dans le numéro 5 par le docteur Hofer. En effet, dans ce cas, ce n'est pas seulement le tissu cellulaire, mais toutes les glandes qui sont affectées; la peau est dès le principe altérée, il n'est pas parlé non plus de l'inflammation superficielle du pharynx ni du rebord calleux le long du côté interne de la mâchoire inférieure, enfin on n'y retrouve aucun des caractères décrits par M. Ludwig.

Deux des malades observés par le docteur Hœring ont guéri, un troisième, un enfant de deux ans a succombé; le médecin n'avait été appelé que quelques heures avant sa mort. M. Hœring attribue les deux guérisons qu'il a obtenues à l'emploi des sangsues, aux vomitifs et à l'irritation externe de la peau à l'endroit même de la tumeur; il se loue surtout des topiques irritans qui produisent sur une grande surface cutanée non-seulement une inflammation érysipélateuse, mais encore des petits ulcères d'où résulte une dérivation prompte et très-efficace : il croit pouvoir donner le conseil de recourir, dans ce but, dans un cas urgent, même à l'emploi du cautère actuel.

Ce mode de traitement est, comme on voit, entièrement conforme à celui proposé par le docteur Ludwig; qui l'a depuis employé avec un égal succès chez une jeune fille âgée de 16 ans, affectée de cette espèce d'angine au plus haut degré. Il a réussi de même au docteur Leube de Tübingen, dans un cas analogue dont nous donnons ici la description faite avec un véritable talent d'observation, et que l'on pourra comparer avec fruit à celle tracée par le docteur Ludwig.

OBSERVATION DU DOCTEUR LEUBE.

OBS. II. — R. F., âgée de 28 ans, servante, irrégulièrement menstruée, mais du reste d'une bonne santé, après quelques jours de lassitude, de malaise, de douleurs dans les membres, ressentit un matin, à la suite de refroidissement, de la difficulté en avalant, et comme la sensation d'un abcès qui allait se former à l'arcade dentaire. Quelques jours se passèrent avec douleurs de tête et au cou, de la constipation et de la chaleur. Le pharynx devient rouge sans que les amygdales se gonflent; à l'extérieur du cou on ne s'aperçut également d'aucun changement. Pouls lent et dur; langue humide, jaune-blanchâtre, peau sèche, brûlante au front, dans le reste du corps, d'une température ordinaire. (Saignée. Sang très-coagulé, mais ayant une croûte phlogistique peu épaisse. Solution de sel amer, avec élixir acide de Haller.)

Le second jour où le médecin vit la malade (septième jour de la maladie), la dysphagie avait augmenté, et la céphalalgie à peine diminué; la rougeur du pharynx était peu en rapport avec le degré de difficulté de la déglutition.

Le surlendemain (huitième jour de la maladie), l'état de la malade avait subitement empiré. Nuit très-agitée, rêves effrayans, respiration gênée, jactitation; tuméfaction du côté gauche de la face. On peut remarquer aussi au cou une tumeur qui, les jours précédens, avait échappé à l'examen le plus attentif; cette tumeur avait la forme et le volume d'une moitié d'œuf de poule coupé dans le sens longitudinal, s'étendant depuis le menton jusqu'à l'os hyoïde; elle était dure comme du bois et insensible à la pression la plus forte; la peau qui la recouvrait était mobile, ni plus rouge, ni plus chaude que d'ordinaire, les parties latérales du cou vers les oreilles et principalement la région de l'angle de la mâchoire correspondant aux amygdales, n'étaient ni gonflées, ni douloureuses au toucher; la bouche s'entr'ouvrait avec peine, et la langue ne pouvait dépasser l'arcade dentaire; le long du bord interne de la mâchoire inférieure, il fut possible de sentir et même de voir à la lumière ce *bourrelet dur et calleux* qui est un des caractères distinctifs de cette maladie. Les dents ni les gencives n'avaient une sensibilité particulière. La déglutition était extrêmement difficile et même impossible; la voix avait un son sourd, monotone, comme celle d'un sourd-muet; la prononciation de certaines lettres, celles articulées surtout à la base de la langue, comme le *d* et le *t* au commencement des mots, et le *k*, le *q*, le *fl* et l'*r*, était entièrement impossible. Pendant la journée la fièvre avait été modérée, mais le soir elle devint plus intense; la chaleur augmenta; il survint du délire, de l'agitation, des vomissemens spontanés produisirent quelque soulage-

---

perpétue, un renouvellement incessant de jouissances quand il faut se contenter de repos et de bonheur. Encore une fois, comment s'étonner si l'amour illégitime, ce larron de l'honneur des familles, conserve son empire, si tant de désordres et de crimes surgissent de ce fond de corruption, et si l'on voit tant de jeunes gens rapidement passer des initiations de l'amour à l'enivrement de la débauche? D'un autre côté, les femmes ont-elles bien compris l'esprit du contrat qui les lie à la destinée d'un homme? Quand une jeune fille passe du *néant* du célibat au rang d'épouse, connaît-elle la force, l'étendue, la portée de son sacrifice? a-t-elle la complète intelligence de ce qu'elle doit? sait-elle que

« Le devoir d'une femme est de paraître heureuse. (Destouches).

On ne saurait le croire dans notre société de mœurs relâchées et de savoir-faire où la vertu échoue continuellement sur le banc de glace de l'intérêt, de l'égoïsme et du chacun pour soi. « Socrate enquis qui estoit plus commode, prendre ou ne pas prendre femme; lequel des deux, dit-il on fasse, on s'en repentira » (Montaigne). Voilà le point où en sont beaucoup d'individus, et il en doit être ainsi tant qu'on aura des idées fausses sur cette institution politico-médicale. Les anciens qui voyaient souvent les choses avec une étonnante justesse, appelaient l'homme et la femme mariés, *consortes*, parcequ'en effet ils doivent avoir une même destinée. Leurs pensées, leurs affections, leurs sentimens, leurs intérêts, tout doit être identique, hors de là, il n'y a que malheur et confusion. Swedenborg, dont la pensée obscure et mystique s'empreint quelquefois d'une vérité profonde, dit que dans le mariage l'âme de l'homme et celle de la femme ne sont *qu'un* ange pour le ciel, puis il ajoute, que ferait une âme isolée dans le ciel même? Eh bien! cette belle idée peut s'appliquer aux choses de la terre, ce qui revient à ces paroles des livres sacrés, que le mariage est l'union charnelle faite selon la pudeur et la crainte de Dieu. Mais pour parvenir à ce but, il faut, le *mos* et le *jus* de chaque pays étant consultés, il faut, dis-je, que la raison vienne mettre son poids dans la balance, il faut qu'il y ait sacrifice de part et d'autre; c'est à vous à bien mesurer la coupe avant de la porter à vos lèvres. Selon les lois physiologiques, l'homme vit de toute sa vie par l'amour, mais la sagesse doit toujours le tempérer quand la société intervient dans l'union des individus. Vous souvient-il de cette doctrine qui, il y a quelques années, sans ébranler les coutumes, a pourtant irrité avec la pointe de ses syllogismes, la conscience du genre humain. Selon les novateurs, le mariage manquait son but dans notre civilisation, il fallait tout d'abord rendre la femme libre, et lui délivrer un brevet d'individualité; l'homme et la femme unis formaient seuls *l'individu social*, autrement dit le *couple-prêtre*. De pareils principes portent avec eux leur réfutation, et l'on sait ce qui est arrivé. Dire que le mariage est une chose contre nature, c'est énoncer le lieu-commun le plus commun d'une absurde philosophie. Sans doute, le mariage est en quelque sorte contre nature, mais c'est précisément ce qui fait sentir le besoin d'une haute et solide vertu. Otez le frein moral, il ne reste plus que l'individu, l'organisme, le tempérament; où sont alors les garanties de la société? Le mariage est la base de la famille, la famille est la clé de voûte de la société, voilà le principe posé dans sa force et sa simplicité. Ce qu'il y a de sûr, c'est que le mariage honoré, respecté, ou bien avili et méprisé, est la meilleure médaille pour consulter la physionomie d'une époque.

Si de ces considérations philosophiques nous passons à celles qui sont médicales nous trouvons encore d'utiles observations à recueillir. Par exemple, est-il

ment. (Sangsues derrière les oreilles, vésicatoire à la nuque, frictions avec liniment volatil de teinture de cantharides sur la tumeur, lotions d'oxicrat sur la peau.)

Le neuvième jour, rémission des symptômes généraux et de la fièvre ; le gonflement de la face a diminué ; la tumeur au menton a au contraire augmenté ; ses bords s'étaient effacés, et la peau qui la recouvre était devenue un peu plus rouge. Sa dureté et son indolence étaient restées au même degré ; le bourrelet demi-circulaire au-dessous de la langue s'était un peu ramolli. (Lavement, infusion légère de valériane avec esprit de mindererus, frictions et lotions d'oxicrat continuées. On panse le vésicatoire avec la pommade digestive.) Le soir et la nuit nouvelle exaltation de tous les symptômes et de la fièvre ; déglutition tout-à-fait impossible ; toux et gargouillement, dans la trachée-artère, de matières muqueuses qui ne peuvent être expectorées. (Cataplasmes d'oignons et de farine de moutarde sur la tumeur, et sinapismes aux poignets et aux gras de jambes.)

Le dixième jour au matin, un peu de repos et de sommeil ; tumeur du cou un peu plus dure, mais un peu aplatie et s'étendant davantage vers le côté droit ; peau devenue rouge et sensible par les topiques irritans, surtout vers l'os hyoïde ; respiration, déglutition et parole plus libres ; peau humide ; pouls mou et moins fréquent ; soirée et nuit bonnes ; sommeil pour la première fois.

Le onzième jour, tumeur beaucoup plus petite et plus ramollie ; la malade peut ouvrir la bouche et tendre la langue ; difficulté de la respiration et de la déglutition encore diminuées ; vers onze heures du matin, nouvelle transpiration également bienfaisante ; la dureté de la tumeur s'est entièrement dissipée ; cette dernière elle-même a presque totalement disparu à l'extérieur, et elle est à peine sensible à la pression ; cependant aucun signe n'existe, et la malade n'a éprouvé aucune sensation qui indique qu'un abcès se soit ouvert à l'intérieur. Les cataplasmes sont remplacés au bout de quelque temps par des coussinets de coton imprégnés de vapeurs de colophane, on favorise la suppuration à la nuque, et on continue les infusions théiformes. Il survient une diaphorèse abondante ; et les urines laissent déposer un fort sédiment. Sous l'influence de ces phénomènes critiques, l'état général de la malade continue à s'améliorer au point que ; le seizième jour, elle peut quitter le lit ; elle ressent bien encore pendant quelques jours une lassitude dans les membres et de la pesanteur à la langue ; mais un examen attentif de la cavité buccale et du pharynx ne peut y faire découvrir rien d'anormal.

L'espèce particulière d'angine que nous venons de décrire, à laquelle le docteur Ludwig propose de donner le nom d'*induration gangréneuse du tissu cellulaire du cou*, et que nous trouverions mieux désignée sous celui d'*esquinancie sublinguale rhumatismo-typhoïde*, d'après le docteur Leube, est-elle réellement, comme l'a avancé le médecin de Stuttgard, une maladie nouvelle, ou bien admettrons-nous, avec le professeur Heim de Ludwigsburg (1), qu'elle a déjà été observée par Gregory et décrite sous le nom de *cynancha cellularis maligna* (2), ou qu'elle ait été connue anciennement sous les dénominations d'*ulcère syriaque* ou *égytien*? Accorderons-nous à M. Heim que C. Aurelianus et Severin l'aient connue, qu'elle soit identique ou analogue au *garotilo* des Espagnols, au *male in canna* des Italiens, au *mal de gorge ulcéré* de Tissot, et enfin à la *diphthérite* de M. Bretonneau ?

Nous ne connaissons pas l'*angine cellulaire maligne* de Gregory, et nous n'avons pu vérifier la description qu'il en donne. Nous ne pouvons donc, dans ce cas, nous prononcer entre l'opinion de M. Heim et celle de M. Ludwig. Mais pour qui se rappelle la description des différentes angines dont nous venons d'énumérer les noms, il ne peut exister de doute sur les différences qui séparent ces affections de l'angine particulière dont nous avons retracé le tableau et donné en résumé les principaux traits caractéristiques. Nous ne voudrions d'ailleurs pas aller au-delà de l'opinion de M. Ludwig lui-même, qui, dit-il, n'oserait point, au nombre trop petit encore d'observations recueillies à ce sujet, affirmer d'une manière positive que cette maladie constitue une espèce nosologique à part, et qu'elle n'ait aucun rapport avec les autres espèces d'angines gangréneuses.

Toutefois, telle qu'il a eu occasion de l'observer, il l'a vue, dans tous les cas, ayant sa marche et ses symptômes bien tranchés et tendant presque toujours vers une issue funeste. Il croit que, sous ces différens rapports, cette maladie mérite une attention particulière. Le traitement aussi doit être pris en sérieuse considération ; et nous pensons que celui proposé par M. Ludwig a été un véritable service rendu à la science et à l'humanité, car avant lui la plupart des personnes atteintes de cette funeste maladie y succombaient infailliblement.

(1) V. Journal de Stuttgard, v. 6, n° 10.
(2) Good's the study of medicine, v. 2, p. 414.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ITALIENS.

I. ANNALI UNIVERSALI DI MEDICINA.

REVUE CLINIQUE DE L'INSTITUT D'OBSTÉTRICIE DE L'UNIVERSITÉ DE PAVIE ; pour l'année 1833-1834 ; par le docteur Ant. Trezzi.

Il est entré à l'institut clinique durant l'année 1833-34, 101 femmes dont 68 primipares, qui ont été délivrées de 102 enfans, à raison d'une grossesse double. Sur ces 102 enfans, 98 sont venus à terme.

Les accouchemens ont été répartis de la manière suivante : 95 ont eu lieu naturellement, dont 13 seulement avec difficulté ; des 6 autres, 4 ont exigé le secours de la main, 1 l'emploi du forceps, 1 l'opération césarienne.

Les positions de l'enfant ont varié comme il suit :

Occiput,	première position,	72
	deuxième position,	18
Fesses,	troisième position,	1
	quatrième position,	1
Pieds,	première position,	2
	troisième position,	1
	quatrième position,	1
Face,	première position transversale,	1
	deuxième position oblique,	1
Épaules,	droite en deuxième position,	1
	gauche en première position,	1
	gauche en deuxième position,	1
	Total,	102

Les affections qui ont attaqué les femmes avant l'accouchement, ont été pour la plupart des bronchites, des céphalées, des fièvres gastriques. La plus grave a été une phlébite utérine, qui a amené la mort après l'accouchement. Ce cas est assez curieux pour être reproduit.

rien de plus démontré que les mariages trop précoces détruisent la santé dans la plupart des cas, qu'ils sont une cause puissante de stérilité, qu'ils ne produisent que des enfans ayant très-peu de chances de vie ? C'est avant trente-trois ans pour l'homme et avant vingt-six pour la femme que l'on observe la plus grande fécondité, bien entendu que ce n'est là qu'un terme général susceptible de beaucoup d'exceptions ; mais les convenances sociales, les intérêts, enfreignent chaque jour cette base fondamentale d'une génération saine et vigoureuse, en sorte qu'on peut dire que dans notre société actuelle, les enfans à venir sont peut-être ceux auxquels on pense le moins quand il s'agit de mariage. Veut-on semer une graine, on défriche, on laboure, on herse ; veut-on planter un arbre, on choisit le temps, le climat, la saison ; on arrose la terre, on la prépare ; il y a des soins que l'on prend ; quelle est la fleur qui n'en exige pas ? Il n'y a que l'homme qu'on produise sans préparation, au hasard aveugle des intérêts et des convenances. Les anciens en jugeaient bien différemment ; on connaît les mœurs de Sparte sur ce grave sujet, et ce que Caton fit à Rome sans que personne s'avisât de l'en blâmer. Autre temps, autres mœurs ; de quel côté est le droit, le bon sens, la raison sociale ? Il n'y a qu'à comparer ce qu'étaient les anciens et ce que nous sommes, pour décider une pareille question. Que produisent d'ailleurs ces tristes mariages où les rapports des individus sont mis de côté pour ne voir que les rapports de fortune et de position, où le médecin est bien moins consulté que le banquier ? Tantôt l'épuisement et la détérioration des races et des familles, tantôt la dépravation des cœurs, l'avilissement des nœuds les plus sacrés ; l'adultère, le sigisbéisme, l'avortement, l'infanticide, les doubles suicides, sont les conséquences forcées de pareilles unions. Tout est réglé pour et par l'intérêt, et rien ou presque rien pour les individus ; il en résulte que l'institution matrimoniale est sans base, que dans nos mœurs si peu consistantes, une femme est exposée à tant d'attaques et de séductions, que c'est merveille si sa vertu ne dévie pas. Aussi la célèbre Bourignon si profondément mystique, disait avec raison : « Ce pauvre honneur des femmes, même dévotes, est au centre d'un cercle dont la circonférence est bloquée de toutes parts. »

Mais l'amour modifié par le mariage a bien d'autres fâcheux résultats quand les individus sont mal assortis. Combien d'existences chétives et flétries, combien de maladies en découlent plus ou moins immédiatement ! N'est-ce pas à cette cause que l'on doit l'affreuse cohorte des maladies héréditaires, l'épilepsie, la phthisie pulmonaire, les scrophules, la syphilis, la goutte, la folie, et tant d'autres affections qui font le désespoir des médecins ? Tout individu mal constitué et valétudinaire qui veut user du droit de se reproduire, outrage à la fois la nature et la société. Un enfant, vrai *fac simile* de ses parens, homogène à leur substance, à leur vie, hérite par conséquent de leur force ou de leur faiblesse, de leur bonne santé ou de leurs maladies. Une opinion vulgaire prétend que les enfans de l'amour sont toujours les plus beaux, les plus sains, les plus spirituels, et l'explication de ce phénomène n'est pas difficile à trouver. Sous un autre rapport, quoique toujours médical, qu'y a-t-il de pire au monde qu'un mariage malheureux ? C'est infuser la douleur par tous les pores et à tout instant, c'est l'enfer sur la terre, c'est le poison distillé goutte à goutte au malheureux condamné à cette torture chaque jour renouvelée. Or, croit-on que beaucoup de tempéramens résistent à de pareils ébranlemens ? Notez que je ne parle pas de la domination exclusive de l'un ou l'autre des époux. Si l'homme par son sexe ou armé de la loi, est le maître de la communauté, le contraire arrive souvent et la gynocratie conjugale est plus fréquente qu'on ne croit. Une forte femme, une femme et demie, comme on dit en Angle-

PHLÉBITE UTÉRINE AVANT L'ACCOUCHEMENT; PRÉSENTATION PAR LA FACE; MORT DE L'ENFANT ET DE LA MÈRE. AUTOPSIE.

Obs. I. — Une femme de 30 ans, de tempérament nerveux, d'habitude cachectique, en proie à des peines morales, entra à la clinique au septième mois de sa grossesse. En décembre 1833 elle eut une bronchite catarrhale, vaincue à l'aide de deux saignées et des émulsions gommeuses. Le mois de janvier 1834 se passa bien; lorsque, le 30, elle fut prise d'un frisson fébrile, avec inappétence, lassitude universelle, douleur de tête, soif, douleurs utérines limitées aux parties latérales, particulièrement à droite, douleurs s'accroissant à la pression, avec durcissement du globe utérin dont le volume n'offrait rien d'anormal. Les mouvemens actifs du fœtus étaient sensibles et quelquefois douloureux; le col utérin long, mou, indolent; l'orifice fermé; le pouls fréquent, plein et vibrant. On fit une saignée et on prescrivit une once d'huile de ricin, qui procura un peu de soulagement. Le 31, nouvelle saignée, infusion de tamarins. Le 1er février, les symptômes d'irritation utérine persistant avec l'état fébrile, on recourut deux fois à la saignée, ce qui amena un mieux notable, mais de peu de durée. En effet, le 7, se manifestèrent de nouveau les horripilations avec un sentiment de constriction à la gorge; difficulté de respirer; douleurs sur les côtés de l'utérus; endurcissement permanent de ses parois; pouls vibrant et fébrile. La femme n'étant point trop affaiblie, on n'hésita pas à user encore de la lancette, d'autant plus que le sang tiré des précédentes saignées s'était montré dur, serré, couenneux.

L'insistance des symptômes, et en particulier la nature et le siége des douleurs ne laissaient aucun doute sur l'existence de la phlébite utérine; et comme cette affection reste quelquefois latente et ne se révèle qu'à l'issue fatale, le professeur, Th. Lovati, malgré l'amélioration produite par la saignée du 7, en fit faire une autre le 8, mais à petite dose. Du 8 au 11, calme complet; le 12, exacerbation; nouvelle petite saignée; le 14, les douleurs utérines persistant, on applique 18 sangsues aux aines. Bien qu'elles eussent tiré peu de sang, la femme se trouva abattue, mais cette prostration apparente dura peu. Vers le soir du même jour eurent lieu les premiers signes du travail qui marcha très-irrégulièrement; tantôt avec de violentes douleurs spasmodiques et continuelles, avec rigidité et resserrement du col utérin; tantôt avec cessation complète des douleurs et relâchement aussi complet des parois utérines. Dans la nuit survint une fièvre violente, avec rougeur du visage; pulsations énergiques des carotides, soif ardente, dyspnée, douleurs à l'épigastre, pouls fréquent et vibrant. (Petite saignée; émulsions nitrées.) A dix heures du soir les douleurs deviennent plus régulières, l'orifice se dilate, la poche se rompt; on reconnait que l'enfant présente la face en plein dans la position fronto-iliaque gauche; il fut expulsé avec difficulté, bien que par les seuls forces de la nature, le 16, à quatre heures du matin. Il était dans un état apoplectique dont on ne put le tirer. La délivrance fut prompte et naturelle.

L'accouchement fut suivi d'un léger soulagement; mais bientôt se manifestèrent les symptômes propres de la fièvre puerpérale dans toute sa gravité, et à un degré qui ne laissait aucun espoir. Le coma alternait avec une inquiétude extrême, les narines étaient fuligineuses, la respiration anxieuse, la soif ardente, l'abdomen météorisé et douloureux, surtout à la région iliaque droite; l'urine rare, le pouls très-fréquent, vibrant. On prescrivit quatre petites saignées, le calomel, l'extrait de jusquiame, les émulsions nitrées; rien n'y fit. Le 18 survinrent le délire, une propension à sortir du lit, la loquacité, l'émission involontaire des urines et des matières fécales; et le 19, à quatre heures du soir, elle avait cessé de vivre.

A l'autopsie, faite 26 heures après, on trouva les viscères thoraciques sains; dans l'abdomen un épanchement de sérosité puriforme, des adhérences de l'épiploon et des intestins au péritoine pariétal; une inflammation des annexes de l'utérus, particulièrement du côté droit où ces diverses parties étaient réunies entre elles par une lymphe plastique mêlée de pus. Les veines du cordon spermatique de ce côté étaient très-développées, mais saines; l'utérus ayant été divisé, on trouva ces mêmes vaisseaux au point où ils pénètrent dans le tissu de ce viscère, remplis de pus; le tissu cellulaire qui les entoure dans leur trajet entre les replis péritonéaux qui forment les ligamens larges était également infiltré de pus; la suppuration des veines était toutefois limitée aux plus grosses divisions. Les mêmes altérations existaient à gauche, mais à un moindre degré.

Parmi les accouchemens naturels, les difficultés qui s'offrirent furent dues au spasme de l'utérus, à son inertie, à la résistance des parties externes de la femme, à la présentation des pieds et des fesses.

Chez cinq femmes on observa le spasme utérin, spécialement limité à l'orifice; la saignée en vint à bout. Dans un autre cas, les eaux étant écoulées, il fallut trois saignées, des cataplasmes émolliens sur l'abdomen, des injections huileuses dans le vagin. L'enfant naquit apoplectique; mais la saignée ombilicale le sauva. La délivrance fut naturelle.

Les choses ne se passèrent pas aussi heureusement dans le cas suivant.

SPASME DE L'UTÉRUS; MORT DE L'ENFANT ET DE LA MÈRE.

Obs. II. — Une femme de 38 ans, enceinte pour la seconde fois, entra en travail le 30 mai 1834. Les douleurs, d'abord régulières, étant devenues spasmodiques, on pratiqua une saignée; et comme au toucher on ne distinguait pas la partie présentée, la sage-femme eut l'imprudence de rompre la poche des eaux, bien que l'orifice utérin fût pris de spasme. Le col n'en devint que plus rigide; le 1er juin au matin, on réitéra la saignée, et peu après on administra 30 grains de seigle ergoté en deux doses. Il s'en suivit des contractions violentes, sans que la tête qui avait déjà dépassé le détroit abdominal descendit davantage dans l'excavation; alors on craignit une mauvaise conformation du bassin et on envoya la femme à la clinique, après 36 heures de travail.

Un examen attentif fit reconnaitre que tout était bien disposé pour l'accouchement; et en effet, une heure après, la tête était hors de la vulve. Le tronc suivit avec beaucoup de difficulté, à cause de la force avec laquelle l'orifice utérin se contractait sur lui; et à raison de cette fâcheuse circonstance, on précipita la délivrance que le spasme du col aurait pu empêcher plus tard. L'enfant était mort d'apoplexie.

Les lochies coulèrent, mais en petite quantité; de fortes douleurs suivirent, devinrent continuelles, et le 3 juin se compliquèrent de fièvre; trois saignées, l'emploi de l'huile de ricin parurent avoir vaincu la métrite commençante; mais le 7 les symptômes reparurent avec une gravité désespérante, et le 9, la femme avait succombé.

A l'autopsie, on vit une injection du péritoine pariétal, de l'intestin grêle et de l'utérus; un épanchement abondant de sérosité blanchâtre avec des flocons de lymphe plastique; les ovaires adhéraient à l'utérus par une lymphe molle qui les enveloppait complètement. Nulle trace de lésion dans le tissu utérin.

Ce cas offre une preuve nouvelle des dangers du seigle ergoté lorsqu'on l'administre sans une indication raisonnée.

Dans un seul cas l'inertie de l'utérus rendit l'accouchement long et difficile, elle dépendait d'une faiblesse générale; les bons alimens, les frictions avec des linges chauds et l'alcool sur le globe utérin en firent justice.

La plus forte résistance offerte par la vulve eut lieu chez une robuste primipare; la tête resta plusieurs heures avant de pouvoir franchir cet obstacle, et malgré tous les moyens employés, on ne put empêcher une déchirure du périnée, peu étendue à la vérité et de nulle importance.

Nous avons déjà vu dans la première observation un accouchement par la face; en voici un second exemple qui mérite l'attention des praticiens par le mécanisme suivant lequel la nature seule en vint à bout.

PRÉSENTATION DE LA FACE; ACCOUCHEMENT NATUREL EN CETTE POSITION.

Obs. III. — Une jeune femme robuste, âgée de 17 ans, ayant le bassin bien conformé, mais vicié par amplitude et offrant trois lignes en excès sur tous ses diamètres, avait passé heureusement sa grossesse. Le 3 juin 1834, à cinq heures après midi, les douleurs se déclarèrent et dans les deux périodes n'offrirent rien

---

terre, s'empare aisément de toute l'autorité et la paix n'est pas troublée. Mais quand cette autorité est vivement disputée, quand les caractères sont opposés, que la guerre est au sacro-saint du foyer domestique, c'en est fait du bonheur et même de la santé. Selon moi, un mariage malheureux est la cause prédisposante la plus énergique, la plus incessante que je connaisse d'une foule de maladies graves. Il n'y a pas un médecin exerçant dans une grande ville, qui n'en puisse citer de nombreux exemples, surtout si, s'élevant au-dessus d'une pratique vulgaire, il sait observer et comprendre. Au contraire, les causes de beaucoup maladies s'éloignent et s'émoussent, la santé se raffermit quand le mariage est heureux, car le calme de l'âme, une vie réglée, de douces habitudes, font bientôt sentir leur bénigne influence sur l'économie. A l'exception de ces tempéramens ardens, de ces cœurs trempés au feu des passions dévorantes, il est certain qu'en général le mariage augmente la probabilité de la vie. L'écriture même en fait la remarque en parlant de ces femmes qui sont la couronne de leurs maris *Mulieris bonæ, beatus vir, numerus enim dierum illius* DUPLEX. (Eccles. cap. 26, v. 1) Voulez-vous d'autres preuves, une statistique selon le goût actuel, consultez les recherches du docteur Casper de Berlin (Gazette Médicale, n° 12, 1836); il résulte de ces calculs que sur cent individus, le nombre des morts, terme moyen, ne s'est élevé qu'à 3 chez les hommes mariés, tandis que pour les hommes non mariés, on trouve 31 décès. A peu d'exceptions près, les individus qui ont poussé le plus loin leur carrière, les longévités les plus célèbres des deux sexes, ont tous été mariés. Mais ce qu'on n'a pas remarqué, c'est que si le mariage est malheureux, la chance devient tout opposée, à moins que par compensation on n'adopte la doctrine des rabbins, qui prétendent « que ceux qui auront été mal mariés dans ce monde, seront dispensés dans l'autre de toute pénitence, et se trouveront absous devant Dieu, sans être obligés de comparaître à son tribunal. » Cela vaut bien la peine, ajoute naïvement Bayle, d'épouser une femme laide et méchante.

Quoi qu'il en soit, le mariage envisagé sous le double rapport physiologique et moral, aide à la vie individuelle et affermit les bases de la Société. Cet état est donc le plus conforme à notre économie; or, on doit le préférer aux emportemens de l'amour, à ce tourbillon de pensées et d'actions, à cette vie agitée où le sommeil, le repos, la santé, ont tant de peine à se maintenir. Croit-on qu'il fut un temps où les femmes voulurent par une bizarre subtilité de désir, réunir les avantages de ces deux états si opposés. Constantes et fidèles au lien conjugal, mais seulement sous le rapport physique, elles avaient ailleurs un de ces attachemens métaphysiques, une passion d'ame à ame, n'accordant que des jouissances tout idéales. Un auteur contemporain se moque malignement de la prétention de ces dames. « Elles font, dit-il, consister leur mérite, à aimer tendrement leurs amans sans aucune jouissance et à jouir solidement de leurs maris avec aversion. » Ce raffinement de volupté à double face est-il possible? je ne le crois pas. Le bon sens, l'expérience et les lois de notre économie s'y opposent. Quoi qu'on dise, le penchant conduit aux actes, et il ne faut pas une constitution érotique très-prononcée, pour se briser contre l'écueil. Hélas! il y a trop de distance entre notre chétif *moi* terrestre et les plaisirs d'une pure intelligence.

Cependant il est une condition indispensable pour que l'amour modifié par l'intervention sociale, atteigne le but, il faut que l'homme ait son complément de force virile. La cause dirimante du mariage la plus simple, la plus naturelle, est certainement l'impuissance. Il y a sur ce point de hautes questions de médecine légale, mais qui maintenant sont à peine effleurées. Il n'en était pas ainsi autrefois: on sait que le congrès établi pour régler les droits des époux, fut aboli par

de remarquable; à la fin de la seconde période les eaux s'écoulèrent, et au toucher on reconnut une présentation de l'occiput avec inclinaison du vertex en deuxième position. Les douleurs continuèrent toute la nuit sans que la dilatation de l'orifice utérin fît des progrès. Le 4 au matin, le col était résistant, chaud, douloureux; on tira 12 onces de sang; le spasme continuant obligea de répéter la saignée vers le soir, et alors la tête put avancer à travers l'orifice dilaté; mais la position primitive était transformée en présentation de la face, le front incliné et répondant à la cavité cotyloïde droite. Ces conditions étaient peu favorables à l'accouchement naturel; le menton, à raison de la position oblique, se trouvant en avant, en imprimant à la face un mouvement de rotation on l'eût placé dans la cavité du sacrum; et à raison de l'inclinaison frontale, le diamètre occipito-mentonnier correspondait au diamètre oblique droit du détroit supérieur. Il convenait donc de rendre à la face son horizontalité et d'obliger ensuite le menton à se loger sous l'arcade pubienne; on tenta à l'instant d'obtenir cette double rectification avec la main; mais s'il fut facile de situer la face transversalement, toute tentative pour relever le front fut inutile. Durant ces manœuvres les douleurs croissaient; la tête descendait rapidement dans l'excavation, et bientôt elle se montra au détroit inférieur. Cette manière d'avancer excita la surprise; et, bien qu'on pût craindre que finalement la nature ne suffît pas à l'expulsion du fœtus, toutefois en considérant la manière dont la tête s'était placée au passage et la rapidité de sa marche, le professeur voulut laisser achever à la nature seule ce qu'elle avait commencé.

Le front occupait le centre du détroit inférieur; le vertex était contre l'ischion droit, le menton à l'ischion gauche; le tempe gauche sous l'arcade pubienne et la droite au sacrum. Cette partie de la tête du fœtus, obéissant aux énergiques contractions de l'utérus, fila sur le périnée, et sortit par la commissure inférieure de la vulve, tandis que la tempe gauche demeurait immobile. Tout le côté droit de la tête étant sorti, la clavicule appuyant contre la partie gauche de l'arcade du pubis, la tête exécuta un mouvement de flexion de droite à gauche, le vertex, puis l'occiput, sortirent successivement de derrière la partie latérale droite de cette arcade; et la tête ainsi dégagée, par un mouvement de restitution se plaça comme dans le cas d'une deuxième position de l'occiput; le reste du tronc suivit immédiatement. Le travail avait duré en tout 32 heures; le fœtus était en grave état d'apoplexie, mais il fut rappelé à la vie. Il présentait une volumineuse tumeur sur le front, aux paupières, au nez et à la lèvre supérieure; la lèvre inférieure et le reste des parties molles correspondant à la mâchoire inférieure étaient intactes.

Ce fait, sinon unique, au moins peu commun, est une preuve des innombrables ressources de la nature dans le complétement de son plus grand œuvre; et le professeur Lovati saisit cette occasion de faire sentir à ses élèves combien il est nécessaire de ne pas précipiter l'emploi des instrumens, et quelle est l'erreur de ceux qui croient que l'art doit toujours intervenir dans les cas d'accouchemens par la face. Cette question a été naguère débattue dans notre Académie royale de médecine; et l'on se souvient que M. Capuron n'admet la possibilité de ces accouchemens spontanés que quand une petite tête du fœtus se rencontre avec un large bassin de la mère. Nous devons dire que ces deux conditions se rencontraient ici; on a vu que la mère avait un bassin fort large; voici quelles étaient les dimensions de la tête de l'enfant:

Diamètres		p.	lignes.
occipito-mentonnier.	4	p.	6 lignes.
fronto-occipital.	4		9
bi-pariétal.	3		6
auriculaire.	2		11
cervico-bregmatique.	3		3
fronto-mentonnier.	3		3
hyoïdéo-bregmatique.	3		10
obliques.	3		9

Enfin, du menton à la partie supérieure du sternum, la tête étant renversée sur le dos comme elle l'était au moment de la sortie, on comptait 3 pouces 3 lignes.

La mère passa les huit premiers jours qui suivirent aussi bien que possible, allaitant son enfant; après ce temps elle fut prise de la fièvre puerpérale qui régnait épidémiquement à la clinique; la maladie fut longue et périlleuse; mais enfin une éruption miliaire abondante s'étant déclarée, les symptômes diminuèrent peu à peu, et elle sortit en parfait état de santé.

L'opération césarienne fut pratiquée par l'incision à la ligne blanche. Plusieurs accoucheurs ont conseillé de diviser l'utérus le plus haut possible; mais d'une part, ce viscère étant toujours affecté de quelque obliquité latérale, la section de sa paroi antérieure ne reste jamais verticale, mais devient oblique; d'autre part la version en un point élevé favorise l'introduction de quelque anse intestinale ou des extravasations; le professeur Lovati préfère donc inciser plus bas, dans le double but d'éviter ces dangers et de favoriser la cicatrisation de la plaie utérine en appliquant dessus la paroi postérieure de la vessie. Voici l'histoire de cette opération.

BASSIN ÉTROIT; OPÉRATION CÉSARIENNE; MORT.

Obs IV. — Une femme de 29 ans, de petite stature, portant sur tout son squelette l'empreinte du rachitis dont elle avait été atteinte dès sa plus tendre enfance, entra à la clinique en novembre 1833. A l'examen au pelvimètre de Baudelocque, on trouva à son bassin les dimensions suivantes.

Diamètres		p.	lignes.
antéro-postérieur.	5	p.	2 lignes.
oblique gauche.	7		7
oblique droit.	7		9

L'exploration intérieure fit voir que l'angle vertébral faisait une forte saillie dans la cavité pelvienne; le sacrum n'offrait presque aucune courbure; le bassin était très-incliné à l'horizon.

Le 12 janvier, les douleurs se déclarèrent; l'utérus était de médiocre volume; les mouvemens du fœtus sensibles. Vers la partie inférieure de l'abdomen on sentait la tête du fœtus saillant en totalité au-delà du rebord du bassin; la vulve était infiltrée de sérosité; le vagin peu dilaté; l'orifice utérin, au centre du détroit supérieur, mou, dilaté comme un centime; on sentait, fort en haut et en avant, à travers la paroi antérieure de l'utérus, un segment de la tête du fœtus. Le moral de la femme était abattu.

L'opération césarienne, considérée comme unique ressource, fut pratiquée; à quatre heures du soir, l'orifice utérin déjà largement dilaté, et la poche des eaux prête à se rompre. On ne donne aucun détail sur les circonstances de l'opération. L'enfant fut extrait vivant; le placenta fut chassé vers la plaie par les propres contractions de l'utérus. On réunit la plaie abdominale par la suture enchevillée unie à la suture entrecoupée; pour cela on joignit au fil qui devait servir pour la première un fil de soie d'une couleur différente, que l'on noua séparément; par là on voulait éluder les inconvéniens propres à chacune de ces sutures, savoir l'écartement des bords de la plaie en dehors dans la suture enchevillée, et leur renversement en dedans dans la suture entrecoupée.

Les premières suites de l'opération furent un froid général, avec des douleurs fortes et continuelles et un écoulement de sérosité sanguinolente; bientôt il s'y joignit de l'anxiété, des vomissemens; à dix heures se déclara une vive fièvre avec soif ardente, difficulté de respirer, etc. La malade succomba 24 heures après l'opération.

A l'autopsie, on trouva la plaie extérieure longue de 5 pouces, bien réunie; à l'angle supérieur était une portion d'épiploon pelotonée et adhérente aux muscles par une lymphe plastique; à la lèvre gauche adhérait par le même intermédiaire une anse d'intestin grêle, rouge et couverte de matière puriforme; les intestins ambians étaient enflammés aussi bien que le péritoine pariétal; l'utérus, volumineux, était ouvert vers le côté gauche, et la plaie était oblique de

---

arrêt du parlement du 18 janvier 1677. Cette suppression fut décidée après le procès de René de Cordouau, marquis de Langey, déclaré impuissant, et qui depuis eut sept enfans. Quoique cette épreuve fût à la fois absurde, indécente et nulle, il ne faut pas croire néanmoins qu'on y procédait avec légèreté. Loin de là, les plus grandes précautions étaient prises pour obtenir la vérité aussitôt que les tribunaux de l'officialité avaient ordonné la représentation du congrès. Voilà l'injonction qui avait lieu d'après Guy de Chauliac, « le médecin étant autorisé par le magistrat, examinera exactement et considérera le tempérament et la conformation des parties destinées à la génération, après quoi il nommera d'office et choisira une matrone savante et expérimentée dans ces matières; elle ordonnera que le mari et la femme couchent ensemble en sa présence pendant plusieurs jours; elle les exhortera à se caresser mutuellement, se baiser, s'embrasser, se chatouiller; elle leur fera prendre quelques remèdes propres à exciter l'appétit vénérien qui seront ordonnés par les médecins; elle leur oindra les parties génitales devant un feu de sarment. Après quoi elle rapportera fidèlement au médecin ce qu'elle aura vu et tout ce qui se sera passé entre les époux: de quoi celui-ci étant bien informé, il en fera son rapport en conscience au magistrat. » Cette ridicule épreuve fut justement abolie, non-seulement à cause de son indécence, mais parce qu'elle était mensongère. On ne donne point sa mesure virile par l'effet d'une spontanéité automatique, il y faut autre chose. Toutefois, comme en France, on dépasse toujours le but, aucune cause de séparation ou de divorce n'a maintenant lieu par fait d'impuissance. Il n'en est pas de même en Angleterre, où, de temps en temps, on soulève dans les tribunaux de pareilles questions médico-légales. Ce qu'il y a de singulier, c'est la difficulté de rendre par des mots, tout-à-fait dignes, des idées qui ne le sont guère. Dans un pays où le beau sexe, par une excessive sévérité de langage, dit la *jambe d'en haut* pour la cuisse, comment expliquer la vérité sans déguisement. Aussi une jeune Anglaise qui attaquait son mari pour une cause de cette nature, fut-elle très-embarrassée quand le juge lui demanda de préciser en quoi consistait cette impuissance. Pressée de répondre, elle dit en rougissant: *qu'il n'avait pas d'encre dans sa plume*; excellente raison qui lui fit gagner son procès. Peut-être serait-il à désirer qu'avant de subir la loi de l'hymen, on voulût bien savoir ce qu'on vaut et ce qu'on peut, sans illusions et sans fausse estimation d'amour-propre. A l'exemple de Séverin Pineau, qui, dans un curieux ouvrage, a décrit *notas integritatis et corruptionis virginum* (Paris. 1597), le dévot Hecquet fit, dit-on, soutenir en 1718, la thèse suivante: *An ut virginitatis, sic virilitatis, certa indicia?* affirmativement. Cette thèse fit tant de bruit qu'on la traduisit en français. Toujours est-il que cette question est d'une grande importance dans l'état social.

Mais si l'amour consacré par le mariage a de graves inconvéniens, que faut-il penser des amours clandestins, du libertinage et de la prostitution qui en sont les suites nécessaires? N'est-ce pas pour la société une dangereuse plaie, que cette masse d'enfans trouvés qui ne fait que s'accroître? les *tours* ont reçu 360 mille de ces infortunés dans les dix dernières années, et il en est mort 230 mille, à peu près les deux tiers. Non, la peste et le choléra-morbus ne sont pas aussi meurtriers. Il m'est impossible d'entrer à ce sujet dans des détails intéressans sans doute, mais trop longs et l'espace me manque. Je ne puis taire cependant cette odieuse flétrissure infligée à l'amour physique depuis plusieurs siècles, le mal vénérien, puisqu'il faut l'appeler par son nom. Oh! de quel effroi n'eussent pas été frappées ces courtisanes si réputées de la Grèce, à l'aspect d'une

droite à gauche; elle s'étendait dans une longueur de 4 pouces, commençant 2 pouces et demi au-dessous du fond de l'utérus, pour finir au point où le péritoine se réfléchit de l'utérus sur la vessie; les lèvres en étaient un peu écartées. La cavité utérine était vide, son orifice mou et dilaté. Le bassin avait en dimensions :

Au détroit supérieur.	Diamètres droit.	2	p. 4	lignes.
	oblique gauche.	3	4	
	oblique droit.	3	9	
	transverse.	4	2	
Au détroit inférieur.	Diamètres droit.	3	p. 8	lignes.
	transverse.	3	4	

Les os du bassin étaient petits, mais non altérés dans leur forme; le sacrum parfaitement aplati; le coccyx très-recourbé, sa pointe tournée à gauche; le promontoire assez peu saillant; la cavité cotyloïde gauche tournée en dedans vers le sacrum.

Nulle réflexion ne suit cette observation. Peut-être la longueur de la plaie de l'utérus, persistant malgré la vacuité de ce viscère, est elle un argument contre l'incision faite le plus bas possible, comme le veut M. Lovati; en effet, c'est par en haut surtout que l'utérus se dilate pour l'ordinaire, et aussi qu'il se contracte le plus; et dans quelques observations complètes d'opérations césariennes, nous avons noté que l'incision de l'utérus faite près du fond perd par la contraction de l'organe plus de la moitié de sa longueur.

II. IL FILIATRE SEBEZIO.

SUR QUELQUES OPÉRATIONS DE TAILLE; LETTRE DE RUGGIERO CENTARO DE BARLETTA AU PROFESSEUR LUIGI VENTURA.

Si nous accordons à cet article les honneurs de l'analyse, ce n'est pas pour ajouter quelques histoires de taille de plus à toutes celles que possède la science; mais le traitement consécutif suivi par l'auteur, bien que dérivé d'une méthode assez généralement répandue, mérite une sérieuse attention.

La première observation qu'il rapporte a trait à un homme de 27 ans, usé par les douleurs de la pierre qu'il ressentait depuis son enfance; ce qui ne l'avait pas empêché de prendre femme et d'avoir deux enfans. La pierre, quoique globuleuse, avait deux pouces de diamètre, inégale, dure comme un caillou, blanche, formée de diverses couches entre lesquelles étaient parsemés de petits cristaux reluisans, en sorte qu'on la jugea composée de phosphate de chaux mêlé au phosphate ammoniaco-magnésien, comme le calcul fusible de Tennant et Marcet, mais plus tenace que celui-ci, peut-être par la prédominance du triple phosphate. Elle fut extraite par la méthode latéralisée avec beaucoup de difficulté, et non sans des efforts répétés, attendu son volume qui donnait à ses diamètres beaucoup plus de 18 lignes de longueur. L'auteur à cette occasion rappelle que le professeur Petrunti recommande la taille hypogastrique dans ces cas exceptionnels où le calcul a plus d'un pouce et demi de diamètre.

Quatre heures après l'opération, le patient offrit les symptômes d'une hémorrhagie interne; la vessie et le trajet de la plaie étaient remplis de caillots sanguins à travers lesquels s'échappait au-dehors comme un petit ruisseau de sang rouge très-vermeil. Le chirurgien injecta à plusieurs reprises dans la vessie de l'eau à la glace; il appliqua sur l'hypogastre des fomentations avec de l'eau également glacée; ainsi les caillots furent entraînés au-dehors, et l'hémorrhagie qu'il suppose due à la lésion de deux ou trois artères du col de la vessie, s'arrêta. Ces artères, ajoute-il, étaient peu éloignées et faciles à reconnaître au choc que le jet de sang faisait ressentir au doigt explorateur, dont la pression suffisait pour les fermer; il fut donc aisé de suspendre l'hémorrhagie jusqu'à ce que l'eau fût convenablement refroidie. Les injections froides furent répétées seulement pendant deux heures; les fomentations continuées jusqu'au quatrième jour. Ces moyens très-simples remplirent parfaitement le but, sans qu'il fût besoin de recourir à aucune espèce de canules, y compris celle de Dupuytren.

Satisfait d'avoir ainsi écarté ce premier danger, M. Centaro craignait encore une grave et violente inflammation de la vessie. Toujours confiant dans l'emploi des fomentations très-froides, il leur associa un traitement résolutif très-doux, et aucun symptôme local alarmant ne vint compliquer la cure. Déjà le célèbre Pierre Frank, en parlant du traitement de la cystite, après avoir proposé les déplétions sanguines, avait ajouté : *Post ista, sub morbo necdum provecto, frigida potius quàm calida præsunt fomenta, quo loco dolor urget admovenda.* En considérant l'action éminemment antiphlogistique de ces applications froides, on conçoit comment elles réussissent à arrêter un phlegmon dans le milieu de son cours, comment le professeur Stramhio a pu triompher par des injections à la glace d'une colite ou d'une inflammation du rectum; comment les bains froids guérissent la pleurésie et la chorée, et ont une efficacité si remarquable dans la période inflammatoire des cas les plus graves de variole confluente, selon les observations du docteur de Vitis. Les irrigations d'eau froide renouvelées par M. Josse et M. Breschet trouvent naturellement leur place dans cette énumération des bienfaits des applications réfrigérantes.

M. Centaro a eu occasion de recourir une autre fois à ce moyen chez un enfant de quatre ans, à qui il avait extrait de la vessie deux calculs ressemblant à deux œufs de pigeons. Cet enfant, très-gourmand et veillé par une mère d'un entendement très-borné, avait ingéré une grande quantité d'alimens grossiers, le cinquième jour qui avait suivi l'opération. Le lendemain, la fièvre, la sécheresse de la langue, la tension du ventre, etc., révélèrent l'infraction; on administra une dose proportionnée d'huile de ricin. Des selles suffisantes eurent lieu; néanmoins le septième jour le ventre était tuméfié, l'hypogastre douloureux, et les lèvres de la plaie se montraient irritées et de couleur livide. On prescrivit aussitôt l'application permanente de fomentations froides faites avec des linges imbibés d'oxicrat entre lesquels on plaçait constamment un morceau de glace, et sans autre remède, (l'enfant d'ailleurs les refusait tous), en deux jours le calme fut rétabli, et la cicatrice fut complète sur la fin de la troisième semaine.

Enfin il a obtenu un pareil succès chez une jeune fille de 13 ans qui portait une pierre dans la vessie depuis sa plus tendre enfance. Elle fut opérée par le procédé de M. Dubois. Pendant une ou deux heures après l'opération, l'enfant perdit beaucoup de sang qui était versé par le tissu vasculaire et spongieux qui entoure l'urètre et le vagin; et quand l'opérateur la revit elle était pâle, le pouls languissant, et toujours prête à s'évanouir. Malgré l'assertion de Celse : *Neque terreri conventit plus ex muliebri corpore sanguinis profluit*, il songea à réprimer cette hémorrhagie, et recourut à l'oxicrat à la glace appliqué en fomentation.

aussi horrible maladie! Imaginez cette Phryne si belle, cette Aspasie, maitresse de Periclès et par lui souveraine d'Athènes, cette Corinne dont les talens etaient si variés, cette Laïs qui voyait frapper à sa porte autant de philosophes que d'autres hommes, tremblant sans cesse pour leur beaute, pour leur santé, par la crainte d'un mal qui empoisonne les sources mêmes de l'amour. Que de sacrifices aux dieux! Que d'invocations à Venus Aphrodite pour eloigner ce redoutable fleau, cette souillure qui fut reservee aux temps modernes. On ne conçoit pas que le médecin-poëte, Fracastor, ait choisi pour ses chants, un aussi triste sujet. Pourtant son poëme, très-peu lu aujourd'hui, fut si celèbre autrefois que Jules Scaliger a composé des vers tout exprès à l'honneur du chantre de la syphilis, vers pompeusement intitulés : *aræ fracastoreæ*. Il faut pourtant avouer que depuis la publication de ce poëme, le monstre syphilitique est beaucoup moins redoutable. Aussi que de methodes, que d'essais, d'inventions, de recherches, de medicamens, depuis la decouverte de Berenger de Carpi jusqu'à nos jours. Mais la tentative la plus remarquable peut-être, pour detruire radicalement ce mal, fut celle de Guilbert Préval, quelques annees avant la revolution. Le remède de ce medecin etait, selon lui, tout à la fois, *indicatif*, *curatif* et *préservatif* du virus. Quel tresor, si c'eût eté la verité! on ignore pourtant le degré de confiance que méritait ce fameux remède : on sait seulement que l'inventeur eut l'imprudence de l'essayer dans une assemblee assez nombreuse. Guilbert Préval fit venir une prostituee : après qu'on l'eut visitée, et qu'il fut duement constaté qu'elle etait infectée, le *congrès* eut lieu en presence même d'un prince, celèbre depuis dans les fastes de la revolution. On ne dit pas quels furent les resultats de cette singulière experience; il y en eut pourtant de fort desagreables pour le medecin charlatan dont nous parlons; il fut raye du tableau de la Faculté et chassé de la corporation, parce qu'à cette epoque l'honneur medical n'etait ni une chimère, ni un vain mot.

Jusqu'à présent la science ne possède donc aucun remède préservatif certain de la syphilis. L'unique moyen d'eviter d'affreuses maladies, le seul bouclier que possèdent les hommes et la societe contre les excès, les fureurs, les dereglemens de cette passion, est encore la sagesse, la prudence et la moderation; il faut toujours en revenir à ces eternels et bienfaisans principes de la morale. Il se présente pourtant ici une question très digne d'interêt. On a etabli des *sociétés de tempérance* contre l'ivrognerie Ne se trouvera-t-il point quelque philosophe qui,

« Mordu du chien de la *philantropie* »

puisse en fonder de pareilles contre les excès de la fatale passion dont nous parlons? A la verité, comment constater le nombre des delits, en dresser des statistiques comme on l'a fait pour l'habitude des boissons spiritueuses? Cela paraît bien difficile. Si on essaie jamais la solution d'un tel problème, il faudra, je crois, en poser ainsi les premiers termes. La nature humaine étant donnee sous le rapport de l'amour, la contenir dans le besoin réel, aider au frein moral par la consideration de l'utilité sociale et du bien-etre individuel Mille obstacles se présentent à la solution de ce problème; voici un des principaux : la passion de boire est factice et par consequent bornée, tandis que celle de l'amour a ses racines dans l'organisation même de tous les hommes; dès-lors les difficultés se multiplient à l'infini. L'universalité est en effet le caractère fondamental de l'amour malgre ses modes divers, selon les individus qui l'eprouvent, selon les

Peu après l'hémorrhagie s'arrêta ; une fièvre très-légère s'éleva et dura jusqu'au quatrième jour, le septième la malade était guérie au point qu'elle sortit de la maison même contre le gré de son chirurgien. Il n'y eut d'ailleurs aucune incontinence d'urine.

NOUVELLE MÉTHODE POUR GUÉRIR LES ULCÈRES VÉNÉRIENS PRIMITIFS, par le docteur CARUSI, de Basilice.

Cette méthode très-simple consiste à exposer les parties affectées à la vapeur du vinaigre pendant une minute, deux fois par jour ; puis à les recouvrir avec de la charpie sèche jusqu'à la guérison ; laquelle, dit l'auteur, arrive à vue d'œil. Les ulcères primitifs, vieux ou récens, ressentent seuls l'efficacité de ces vapeurs ; jamais les ulcères secondaires. Après la cicatrisation, il administre d'ailleurs les antisyphilitiques pour détruire l'infection générale. Il compte déjà, dit-il, huit cas de succès.

SUR LES PIEDS-BOTS CONGÉNIAUX, par le docteur VINCENZO-COLOSIMO.

Après avoir jeté un coup-d'œil rapide sur l'histoire pathologique et thérapeutique des pieds-bots, l'auteur pose en principe que c'est chez les jeunes sujets que la cure est le plus facile et qu'il faut conséquemment la tenter sans délai. Il a eu à traiter une jeune enfant à laquelle il a appliqué un appareil de son invention et qui est parfaitement guérie. Voici comment il procède :

Il rétablit le pied dans une position normale avec les mains, ce qui se fait sans nulle difficulté, surtout si l'on a relâché préalablement les parties à l'aide de bains ; et on soutient cette rectification en entourant le pied d'un bandage en forme de spica. Sur ce bandage on applique l'appareil dont voici la description :

La première pièce de l'appareil est une attelle d'acier, d'un demi-pouce de largeur, qui s'étend dans toute la longueur de la jambe jusqu'à la semelle du soulier. A la partie postérieure elle doit porter une petite traverse, et une autre semblable au coude-pied sur la malléole externe. Sous la traverse inférieure l'attelle est repliée en dehors autant qu'il est nécessaire pour attirer le pied en ce sens et le maintenir en position normale. Les traverses sont munies de quatre clous à hou-roo pour fixer l'attelle sur la jambe au moyen de courroies pourvues de trous, dont l'une tombe sous le genou, l'autre sur le coude-pied.

La seconde pièce est une plaque rectangulaire munie d'une mortaise oblongue dans laquelle vient se fixer la partie inférieure de l'attelle, figurée de manière à s'y enchâsser d'une manière solide. Cette plaque doit être cousue dans la semelle du soulier, en sorte que sa mortaise seule ressorte en dehors pour recevoir l'attelle.

La troisième pièce est une bottine en peau molle, telle que le veau anglais, montée sur une semelle solide, à laquelle est cousue la plaque indiquée. La bottine lacée en avant porte un contrefort de cuir fort derrière le talon, qui monte jusque sous la malléole, et est cousue à la bottine à la manière ordinaire. Le tout doit être bien rembourré, principalement l'attelle et ses courroies. A l'attelle on peut ajouter un ressort qui remplace sa partie inférieure et attire davantage le pied en dehors ; ce ressort serait fixé à la partie supérieure de l'attelle au moyen d'une vis de pression qui permettrait de le raccourcir ou de l'allonger à volonté.

On applique cet appareil sur la jambe et le pied de l'enfant, et on réitère cette application tous les deux jours. Il ne faut pas, ajoute l'auteur, regarder au temps. L'appareil doit être continué pendant deux ans en allongeant le ressort et augmentant les dimensions de la bottine autant que cela devient nécessaire. Il ignore d'ailleurs si cette bottine aurait la même efficacité sur des enfans de 7 à 12 ans ; cela est probable, toutefois si les os n'étaient point déjà hypertrophiés et les facettes articulaires détruites ; mais alors le cas serait rebelle à tous les appareils.

Il faut faire la plus grande attention à la manière dont les enfans commencent à marcher ; regarder comme ils portent le pied et comme ils appuient la plante. M. Colosimo a noté que dans la déviation congéniale, ordinairement les enfans portent la pointe du pied inclinée en dedans. L'attelle droite ne peut rien contre cette tendance ; il faut alors y joindre une autre pièce d'acier consistant en un arc de cercle fixé par une extrémité à l'attelle au-dessous de la traverse inférieure et, dont l'autre extrémité va rejoindre le bord externe du pied au niveau de l'articulation du métacarpe avec les orteils.

Pour les nouveau-nés, cet appareil serait trop lourd ; l'auteur se contente d'une semelle solide fixée à deux attelles parallèles, lesquelles sont unies à la jambe à l'aide de courroies suffisamment rembourrées. Il faut les resserrer tous les jours.

L'appareil de M. Colosimo a les inconvéniens de tous les appareils mécaniques employées chez les très-jeunes sujets : il détermine une compression douloureuse et presque toujours insupportable sur un ou quelques points particuliers, et il est susceptible de se relâcher. L'auteur n'a pas méconnu ce dernier inconvénient, puisqu'il parle de deux ans de traitement. M. Colosimo n'aurait pas sans doute hésité à lui préférer l'emploi du plâtre coulé, s'il avait eu connaissance des succès obtenus par ce mode de traitement. Nous ferons connaître prochainement cette méthode avec détail, et nous publierons en attendant un cas remarquable de guérison de pied-bot datant de huit ans, au moyen de cinq applications de plâtre, en cinq semaines, chez un jeune homme de treize ans.

III. OSSERVATORE MEDICO.

LIGATURE DE L'ARTÈRE SOUS-CLAVIÈRE POUR UN ANÉVRISME TRAUMATIQUE DE L'AXILLAIRE ; par FILIPPO MONTANI, chirurgien en chef de l'hôpital militaire de Capoue.

Malgré la brièveté de certains détails dans l'observation qu'on va lire, nous la reproduirons néanmoins comme un nouvel exemple de succès de la ligature de la sous-clavière. Les divers procédés pour la ligature des artères ont suffisamment exercé l'imagination des chirurgiens ; il est temps de s'attacher à reconnaître quels résultats on peut s'en promettre ; et la rareté des ligatures exécutées sur ces grandes artères, fait que chaque observation qu'on peut ajouter aux autres présente toujours un certain intérêt.

OBS. — Le 12 juin dernier, à 9 heures du soir, Leopoldo Coglitore, caporal au 12e de ligne, âgé de 21 ans, de constitution robuste, reçut un coup d'une

---

mœurs et les formes d'institutions qui régissent les humains. C'est la base du monde physique, c'est le principe du monde moral, et le plus puissant élément social ; il vivifie tout, il conserve les êtres, il les multiplie et les reproduit. Si parfois il est pour l'homme une source de maux et d'infortunes, il n'en est pas moins le lien, le charme et l'âme de l'univers. On lit dans un ancien hymne grec : *L'être éternel dit à l'amour : Que tout ce qui est soit organisé, et cela fut fait aussitôt.*

E. P.

— Le ministre de l'intérieur reçut, le 21 août, l'avis qu'une épidémie scorbutique s'était déclarée dans la maison centrale de Clairvaux. Il donna ordre sur le-champ au préfet de l'Aube d'envoyer sur les lieux le président du comité central de salubrité du département et le médecin des épidémies ; il lui recommanda de ne négliger aucune disposition pour prévenir et diminuer les ravages de la maladie, et l'autorisa à prescrire d'urgence tout ce qui pourrait être demandé par les médecins.

Le rapport de la commission, en date du 24 août, est arrivé aujourd'hui au ministère. Il résulte : 1° que sur une population de 1,700 prisonniers, 37 seulement ont été atteints du scorbut ; 2° que la maladie s'est montrée seulement dans le quartier des hommes, et que ceux des femmes, des enfans et des détenus politiques, en sont exempts.

Les causes générales agissant sur tous les prisonniers, elles ne suffisent pas pour expliquer l'invasion du scorbut dans ce seul quartier de la maison. Les médecins l'attribuent à la privation d'eau dans les canaux qui l'entourent, et par où s'écoulent les matières des lieux d'aisance. Cette cause influe particulièrement sur les ateliers et les dortoirs des hommes, placés dans le bas de la maison.

Les médecins ont proposé :

1° De rendre immédiatement les eaux dans les canaux, en donnant aux flots la plus grande rapidité possible, afin d'enlever tous les dépôts qui ont pu séjourner ;

2° De rendre plus nourrissant le régime des détenus hommes, en leur faisant faire gras un jour de plus par semaine ;

3° De distribuer à chaque détenu un demi-litre de vin ;

4° D'augmenter la quantité des légumes frais, et surtout des pommes de terre ;

5° De transporter dans le grand corridor, au second étage, une partie des détenus qui couchent au rez-de-chaussée et au premier.

6° De faire prendre les vêtemens d'hiver, aussitôt que la température s'abaissera ;

7° De leur donner dès aujourd'hui une double couverture.

Relativement aux individus actuellement atteints, les plus malades seuls doivent être admis à l'hôpital, les autres doivent être exercés à l'air libre, soumis au régime de l'infirmerie et couchés dans un dortoir spécial aéré et éclairé.

Attendu l'urgence, et d'après l'autorisation du ministre, le préfet a donné des ordres pour que ces prescriptions fussent immédiatement exécutées.

arme blanche au sommet de l'articulation de l'épaule droite, qui produisit une plaie de six lignes de long sur cinq de large, et détermina une hémorrhagie artérielle. Le chirurgien du régiment ayant réuni par première intention réussit à arrêter le sang; et dans cet état fit conduire le blessé à l'hôpital, sur les dix heures et demie. Le troisième jour, en enlevant le premier appareil qui n'avait point été touché jusque-là, on trouva la plaie réunie par première intention; néanmoins on crut prudent de garder le malade à l'hôpital.

Les cinq jours suivans, il ne se presenta aucun phénomène digne d'être noté; mais le sixième, c'est-à-dire neuf jours après la blessure, le blessé commença à ressentir des douleurs lancinantes et profondes au niveau de l'articulation, lesquelles augmentèrent tellement dans la nuit qu'elles lui ôtèrent entièrement le sommeil. Le lendemain la partie affectée fut trouvée un peu tuméfiée et plus chaude que dans l'état naturel; et comme sous l'empire des fomentations résolutives et d'un régime minoratif, la tumeur humérale, loin de diminuer, semblait augmenter de volume, et qu'elle offrait des battemens obscurs et profonds qui répondaient à la cicatrice de la plaie; le docteur Montani présuma qu'un anévrisme se formait dans l'aisselle. Le médecin en chef, M. Dominico Morgera, ayant été du même avis, ainsi que tous les autres médecins et chirurgiens du lieu réunis en consultation, on eut recours aux applications locale avec la neige, à l'usage interne de légers eccoproctiques et à la diète lactée. Nonobstant ces moyens, la tumeur ne faisant que s'accroître, jusqu'à avoir acquis le volume du poing, et offrant des pulsations si fortes qu'il était à craindre qu'elle ne se rompît, le 28 juin, au matin, le docteur Montani pratiqua la ligature de l'artère sous-clavière, qui se fit avec un plein succès. Aussitôt la ligature serrée, les battemens cessèrent dans la tumeur et dans l'artère radiale; le bras devint froid et décoloré. On le recouvrit avec de la flanelle chauffée; mais après quelques jours, la circulation suffisamment animée permit de renoncer à ce moyen; et le blessé, sur la fin de juillet, était parfaitement guéri.

NOUVELLE MÉTHODE POUR L'OPÉRATION DES ANÉVRISMES EXTERNES; par G. SARRA, membre de l'Académie médico-chirurgicale de Naples.

Le docteur Sarra a exposé à l'Académie de Naples dans la séance du 29 avril dernier, une nouvelle méthode pour l'opération des anévrismes qu'il appelle *oblitération mécanique*.

Partant de cette idée que la gomme élastique ne s'altère pas par la chaleur animale, ni au contact des liquides même altérés et dégénérés, et admettant qu'on peut l'appliquer sur tous les points du corps et même dans l'intérieur des tissus sans y produire d'irritation ni d'inflammation, il a pensé qu'il serait facile d'introduire un cylindre de caoutchouc dans la bouche de l'artère ouverte, pour arrêter à l'instant le cours du sang et obtenir plus tard la formation d'un caillot et l'oblitération complète du vaisseau. Le cylindre qu'il propose est long d'environ deux pouces; dans son tiers inférieur il est garni d'un petit crochet recourbé en bas; il est plein et arrondi à ses deux extrémités.

Quant au mode d'introduction, le voici. L'artère mise à nu selon les procédés ordinaires, on s'assure avec l'indicateur de ses battemens; avec une forte lancette on pratique une incision d'environ huit lignes sur le vaisseau, parallèlement à son axe, et par cette incision on introduit le cylindre de gomme, d'abord dans la partie supérieure de l'artère, puis dans la partie inférieure, de telle sorte que le petit crochet va s'arrêter dans l'angle inférieur de l'incision, et l'opération est terminée. On maintient la plaie extérieure ouverte à l'aide d'une bandelette de cérat, et on applique un bandage circulaire médiocrement serré.

L'auteur inclinerait à penser que la plaie pourrait être réunie par première intention, en abandonnant dans l'artère le cylindre de caoutchouc; il ne redoute d'ailleurs aucune formation de pus à l'intérieur. Le rédacteur de l'*Osservatore medico* fait remarquer que la gomme élastique, comme tout corps étranger, doit irriter les parties et qu'il serait bien difficile d'obtenir une réunion par première intention. Nous ajouterons quelques remarques. L'oblitération mécanique des artères a été tentée avec diverses substances, et n'a pas donné des résultats bien encourageans. Les artères se sont enflammées à la vérité, mais le caillot est tombé plusieurs fois en putrilage; il est vrai que l'on introduisait les bouchons dans une artère coupée en travers, et sans songer à réunir la plaie extérieure. Mais il est fort douteux qu'elle se cicatrise sans suppuration; et alors, loin que le caoutchouc soit si favorable que le prétend le docteur Sarra, tous ceux qui ont employé des pessaires de cette substance, savent qu'elle s'imprègne avec la plus grande facilité des odeurs les plus fétides, et le bouchon entretiendrait donc alors un foyer d'infection au fond de la plaie. Le procédé de M. Sarra est d'ailleurs fort ingénieux et offrirait quelque intérêt à l'expérimenter sur les animaux, soit avec le caoutchouc, soit avec une bougie en cire; l'auteur ne l'a point encore essayé.

NOUVELLE LANCETTE POUR LA SAIGNÉE, par PIETRO MARINONI.

L'usage de la lancette ordinaire expose à de graves dangers, et non-seulement dans des mains inhabiles, mais quand l'artère est située immédiatement sous la veine, il n'est aucun chirurgien qui ne connaisse toute la difficulté de l'opération. Le phlébotoniste Marinoni a imaginé un instrument qu'il substitue avec avantage à la lancette pour les saignées les plus difficiles. C'est une tige de fer, droite, longue de six travers de doigt, fixée sur un manche ordinaire, à l'extrémité de laquelle fait saillie en dessous une petite lancette affilée en forme de cœur, dont la pointe regarde en dehors en sens opposé à la direction du manche. Cette lancette, qui n'excède pas un quart de centime (*un quarto di centesimo*) est parfaitement aiguisée à sa pointe et sur son bord convexe. Saisissant l'instrument horizontalement, on pratique la saignée en deux temps; dans le premier on divise les tégumens et l'on met à nu la veine; et en calculant son diamètre, on évite dans le second temps de blesser l'artère ou le tendon, ou de percer la veine de part en part. La pointe de l'instrument divise la peau en la poussant, et la veine est ouverte ensuite avec la lancette placée sous la tige.

Nous avons autant que possible rendu mot pour mot cette description, qui, nous devons l'avouer, ne nous paraît pas extrêmement claire. L'auteur attribue à son instrument de nombreux avantages, comme d'éviter le trombus, de diminuer la douleur, etc.; c'est un peu dépasser les bornes permises. Mais il y a là une idée qui mérite attention peut-être, celle de faire la saignée en deux temps dans les cas difficiles. Du reste, quand l'artère est sous la veine et que celle-ci fait suffisamment saillie sous la peau, M. Malgaigne recommande une lancette spéciale qui se trouve chez M. Charrière, et qui est à peu près la lancette ordinaire affilée seulement d'un côté, afin de permettre de traverser la veine de part en part dans sa moitié superficielle, sans que le bord mousse qui regarde l'artère puisse en aucun cas la blesser.

NOUVELLE MANIÈRE D'EMPLOYER LE SULFATE DE QUININE dans le traitement des fièvres intermittentes; par LUIGI CONFANI.

Instruit par sa propre expérience de l'activité du sulfate de quinine et du danger de l'administrer, à la méthode ordinaire, à la dose de 8 à 10 grains, le docteur Confani essaya, dès 1826, d'en faire usage de la manière suivante. Il en faisait dissoudre un *acino* (un grain environ) dans une goutte d'acide sulfurique, et l'étendait dans une once et demie d'eau. Pour les sujets au-dessous de cinq ans, 1 grain seul suffisait, même étendu dans 4 onces d'eau. Pour les adultes, il en donnait d'ordinaire 3 grains, et le double dans les cas les plus graves, en les dissolvant dans une quantité d'eau proportionnelle, et administrant le tout en huit doses dans les 24 heures.

Mais cette méthode n'était pas elle-même exempte d'inconvéniens. En 1832 il adopta la suivante, avec laquelle il assure avoir triomphé de fièvres intermittentes de tous les types, quels que fussent leur forme et leur degré, quel que fût aussi l'état des malades, habitans des Maremmes et atteints d'obstructions.

La nouvelle méthode consiste à faire prendre la solution de sulfate aux doses indiquées, par simple cuillerée de trois en trois heures, en recommandant de garder le liquide dans la bouche durant quelque temps, de manière à en déguster toute l'amertume, et de l'avaler par degrés. Les effets s'en manifestent par le calme des symptômes morbides et le retour du malade à la santé dès la première ou la seconde cuillerée; en sorte que j'ai vu, dit l'auteur, avec étonnement et satisfaction, surtout dans les fièvres pernicieuses, les malades se raviver à l'instant.

Pour l'ordinaire, la première cuillerée développe une légère réaction du pouls et une chaleur universelle proportionnée; ces phénomènes augmentent à chaque dose, et en continuant l'administration, ils arriveraient au point de donner au malade de la pesanteur de tête et une agitation interne. En conséquence l'auteur prescrit de suspendre l'administration du remède lorsque le malade, au moment d'en prendre une nouvelle cuillerée, continue à sentir de la chaleur, et que la réaction est devenue permanente. Il s'est toujours bien trouvé de la contenir dans de justes limites; et par cette précaution il a évité le développement de tous les symptômes qui dépendent de l'usage immodéré du médicament.

En définitive, éclairé par ces observations et par des essais répétés, il a fixé la dose ordinaire, pour les fièvres tierces sans complication, à cinq cuillerées prises dans les 24 heures d'apyrexie; dans les cas plus graves, à huit cuillerées, et dans les pernicieuses à douze, ou une cuillerée toutes les deux heures, quelquefois même toutes les heures. Dans les fièvres quartes, il donne huit cuillerées toutes les 48 heures, ou quatre par jour; dans les fièvres à type double, il ajoute moitié à la dose indiquée, et traite les subcontinues comme les doubles quartes par la totalité de la dose, en donnant trois ou quatre cuillerées par jour.

Les convalescens d'une fièvre bénigne continuent l'usage d'une cuillerée chaque jour pendant deux ou trois jours à jeun; ceux qui relè-

vent d'une fièvre grave en prennent encore trois cuillerées dans les 24 heures durant quatre ou six jours.

« Je n'ai jamais vu, poursuit l'auteur, se manifester les conséquences ordinaires des affections périodiques, ni demeurer des symptômes nerveux ou inflammatoires si communs après les fièvres intermittentes traitées par la quinine à la méthode ordinaire, ou par le quinquina lui-même. Les récidives ont aussi été plus rares.

« Dans des maladies du caractère périodique le plus décidé en apparence, et où il n'existait aucun motif de retarder l'administration du fébrifuge, j'ai prescrit la solution, et quelquefois, dès la première ou la seconde cuillerée, j'ai vu se développer non pas les symptômes d'une réaction légère et de bon augure, mais ceux d'une véritable fièvre. C'est une indication de s'arrêter, et de traiter une affection toute différente de celle qu'on avait cru reconnaître de prime-abord. J'ai eu ainsi plusieurs fois un moyen de sortir d'incertitude et de fixer le caractère d'une fièvre de diagnostic équivoque, en administrant au malade une seule cuillerée de ma solution.»

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 6 SEPTEMBRE.

Présidence de M. Louyer-Willermay.

Correspondance officielle.

1° Lettre de M. le ministre de l'instruction publique, annonçant qu'il tient à la disposition de l'Académie les thèses de MM. Breschet, Berard, Laurent et Chassaignac, toutes présentées au concours pour la chaire d'anatomie.

2° Lettre de M. le ministre du commerce, avec envoi d'une note de M. le docteur Costallat, lequel propose de former dans nos possessions d'Afrique un établissement destiné à recevoir des phthisiques. (Commissaires MM. Andral et Louis.)

3° États des vaccinations de la Seine-Inférieure, du Bas-Rhin, de Maine-et-Loire et de la Vienne. (Renvoyé à la commission de vaccine.)

Correspondance manuscrite.

1° Mémoire sur une *association* apportée au stéthoscope par M. le docteur Vallez. L'objet de cette *association* est le thermomètre centigrade. (Commissaire M. Piorry.)

2° Nouveaux procédés de chirurgie par M. Barthélemy, chirurgien aide-major à l'hôpital du Gros-Caillou. (Commissaires MM. Poirson et Gimelle.)

3° Lettre de M. Lafargue, contenant quelques réflexions sur les moyens d'empêcher l'introduction de l'air dans les veines pendant les opérations chirurgicales qui se pratiquent au cou. (Commissaire M. Hervez de Chégoin.)

4° Deux observations de M. Carron du Villards, l'une de cataracte par broiement et absorption sans déplacement, l'autre d'un anévrisme variqueux énorme, suite d'une saignée, et guéri par le procédé de Hunter. (Commissaires MM. Sanson et Roux.)

DE LA COÏNCIDENCE DE L'APOPLEXIE AVEC L'HYPERTROPHIE DU VENTRICULE GAUCHE DU COEUR; par M. VASSAL.—Rapport de M. Bouilland.

Le mémoire de M. Vassal ne contient qu'une seule observation, de laquelle il tire huit conclusions : 1° que l'hypertrophie du ventricule gauche est le résultat des contractions réitérées et anormales de ses parois; 2° que cette altération a deux périodes caractérisées par des phénomènes distincts; 3° que l'hypertrophie du ventricule gauche peut déterminer des hémorrhagies cérébrales chez les sujets affaiblis; 4° qu'elle provoque souvent l'apoplexie chez les orateurs et les auteurs; 5° qu'elle est sans influence sur les individus jeunes et robustes; 6° que la phlébotomie ne saurait diminuer ni la force, ni la fréquence des contractions du cœur, et qu'elle est plus nuisible qu'utile; 7° chaque période de l'hypertrophie a son traitement; 8° la coïncidence de l'apoplexie avec l'hypertrophie du ventricule gauche ne suppose pas toujours une relation de cause à effets.

M. le rapporteur regrette de ne pouvoir partager en tous points les opinions de M. Vassal : il doute même de la réalité de la maladie qu'il attribue à son malade, ou du moins il penche à croire qu'il y avait avec l'hypertrophie une grave lésion de la membrane interne du cœur et des valvules, lésion bien plus redoutable que l'épaississement des parois de cet organe.

En acceptant l'observation de M. Vassal pour ce qu'il la donne, M. le rapporteur se demande la part que l'hypertrophie prend aux hémorrhagies cérébrales; il la croit très-grande, cette part, beaucoup plus grande que ne semble le croire M. Vassal, puisqu'il y apporte des restrictions indiquées dans sa troisième conclusion. Mais ce n'est pas la seule condition qui favorise l'apoplexie : M. Bouilland en reconnait une autre dans l'état crétacé des artères, état qui les rend friables et cassantes. Ainsi, d'une part, excès d'impulsion du ventricule, et de l'autre, résistance moindre des vaisseaux. Connait-on un état, une disposition plus favorable aux hémorrhagies cérébrales?

M. ROCHOUX n'est pas du sentiment de M. Bouilland : il ne croit pas que l'hypertrophie du cœur influe sur la formation de l'apoplexie, mais il entend ce mot autrement que son confrère. Il réserve le nom d'apoplexie aux seules hémorrhagies par rupture cérébrale. Les hémorrhagies par rupture d'artères ne sont pas pour lui des apoplexies.

M. BOUILLAUD se félicite d'avoir posé assez nettement la question pour avoir contraint M. Rochoux à une explication telle, qu'il doit être évident pour tout le monde qu'il n'y a plus entre eux d'autre dissidence que dans les mots. Ils ne parlent pas la même langue, sans cela ils s'entendraient parfaitement. Toutefois, M. Bouilland ajoute que M. Rochoux ne parle ni la langue de Morgagni, ni celle de M. Serres, etc.; il s'est fait un dictionnaire à part.

M. PIORRY insiste sur cette confusion de mots, et en déduit la nécessité de réformer la nomenclature médicale : il propose, par exemple, de substituer le mot *encéphalorrhagie* à celui d'apoplexie.

M. BOUILLAUD trouve ce mot vague, impropre, en ce qu'il ne désigne pas plus un épanchement de sang qu'un épanchement de sérosité ou de tout autre liquide.

M. PIORRY fait observer que la désinence du mot *encéphalorrhagie* indique tout de suite une perte de sang; c'est en effet de l'usage, le meilleur de tous les maîtres en fait de langues. Au surplus, on préviendrait toutes les objections en faisant précéder cette dénomination de cette autre : *hémo*, et alors on aurait : *hémo-encéphalorrhagie*. (Quelques voix : Eh! dites tout bonnement : *apoplexie*.)

Le rapport, mis aux voix, est adopté.

Au nom de la commission des remèdes secrets, M. Martin-Solon lit plusieurs rapports dits des remèdes secrets. Les rapports sont adoptés, les remèdes rejetés.

MÉMOIRE SUR LA LITHOTRIPSIE : par M. le docteur BÉNIQUÉ, ancien élève de l'école polytechnique.

L'occasion de ce travail est née du désir de répondre à quelques objections et notamment au reproche fait à la lithotripsie, et malheureusement autorisé par quelques exemples, le danger de fausser ou de briser les instrumens dans la vessie.

Du reste il ne s'agit ni de la valeur de cette méthode, ni de sa prééminence sur la taille, l'auteur l'accepte comme un excellent procédé, et recherche uniquement les élémens qui concourent au résultat qu'il se promet.

La percussion est très-préférable à la pression : elle expose beaucoup moins à l'accident dont il vient d'être parlé. Mais pour frapper il faut un marteau. Après une exposition claire et lumineuse de quelques principes de physique, M. Béniqué conclut que les petits marteaux valent mieux que les gros : 1° parce qu'ils brisent plus aisément la pierre; 2° parce qu'ils protégent les instrumens; 3° parce qu'ils divisent le calcul en un plus grand nombre de fragmens; 4° parce qu'ils projettent les éclats avec moins de violence. Il propose des marteaux du poids d'une once comme les plus avantageux, même pour frapper sur de gros instrumens. Néanmoins si l'on avait affaire à une pierre très-dure, on pourrait aller jusqu'à deux onces, mais jamais au-delà.

Le manche du marteau n'est pas une chose indifférente. Si, comme on n'en saurait douter, les vibrations sont un des élémens les plus propres à favoriser la division de ces pierres, il faut nécessairement renoncer aux manches de fer. Tout le monde voit qu'un manche de métal, servant de conducteur aux vibrations, celles-ci ne pourront se concentrer sur le corps frappé. La baleine est la substance que préfère M. Béniqué, et cela à cause de son élasticité.

Mais il est très difficile de frapper des coups bien précis avec de très-petits marteaux tenus à la main; cette raison et la crainte de briser les instrumens qui ne quitte pas M. Béniqué, lui ont fait chercher un autre moteur. Il a fait choix d'un long ressort de pendule monté sur un arbre auquel s'adapte une clé.

Le ressort est renfermé dans un barillet de deux pouces de diamètre et c'est à ce dernier qu'est fixé le manche du marteau. On peut rapidement changer de manche et de marteau.

Disons maintenant comment le ressort et par conséquent le marteau est mis en mouvement.

Il était important que les choses pussent se succéder très-rapidement, et comme les mouvemens contraires sont ceux dans lesquels on perd le moins de temps voici le procédé auquel il s'est arrêté.

Le barillet porte perpendiculairement à son plan latéral une saillie carrée en acier trempé; un plateau circulaire est fixé parallèlement au barillet sur un axe autour duquel une manivelle lui imprime un mouvement de rotation.

Deux petites palettes sont placées sur le plateau, perpendiculairement à son plan, sur la face qui regarde le barillet.

Qu'arrivera-t-il quand on fera tourner le plateau? les palettes rencontreront la saillie du barillet.

Si l'axe du plateau était le même que celui du barillet, celui-ci tournerait indéfiniment avec le plateau.

Mais ces deux axes sont distans de 6 lignes. La petite saillie est rencontrée et emmenée par la palette; elle glisse sur elle, puis elle échappe brusquement. En ce moment le barillet reprend sa place et le marteau frappe son coup. Il y a deux palettes, le marteau frappera donc deux coups à chaque tour de la manivelle.

On peut donc, dans un temps limité, frapper un nombre considérable de coups, jusqu'à 400 par minute.

Il pourrait être utile d'élever plus ou moins le marteau avant de le laisser retomber. C'est ce que permet un mécanisme fort simple.

La petite saillie carrée est rapprochée ou éloignée du centre du barillet selon le sens dans lequel on pousse un bouton. Dans le premier cas, le marteau s'élève plus haut et frappe plus fort; dans le second cas sa course est raccourcie et l'énergie du coup diminuée.

L'opérateur a donc à sa disposition deux moyens à l'aide desquels il peut, sans interrompre l'action du marteau, faire varier la force des coups. Pendant qu'une main tourne la manivelle, l'autre peut aisément mouvoir la clé ou le bouton. Cette dernière action est aussi rapide que la pensée. Enfin pour que le coup de marteau fût parfait, il fallait, comme je l'ai dit encore, que celui-ci fût relevé immédiatement après le choc, autrement son contact avec le percuteur aurait arrêté les vibrations.

Au barillet est ajustée une plaque qui arrête sa course. Cette plaque est mobile. Lorsque l'on tourne une vis, le marteau, à l'état de repos, s'éloigne plus ou moins du corps sur lequel il doit frapper.

Alors il ne peut atteindre le percuteur qu'autant que le ressort, au moment de l'échappement, lui imprime assez de force pour fléchir le manche de baleine.

Cette flexion dépense une partie de la force du coup; mais le marteau est relevé avec une énergie proportionnée à sa dépense, c'est-à-dire à la distance qui, dans l'état de repos, sépare le marteau du point sur lequel il doit frapper.

Si l'on avait pris une simple tige pour fixer le percuteur à l'appareil, chaque coup de marteau aurait produit dans cette tige des flexions par l'effet desquelles le calcul aurait éprouvé dans la vessie des déplacemens nuisibles.

Ici c'est au sommet d'un triangle que s'adapte le percuteur. Le coup est toujours soutenu par un arc-boutant ; et si l'on place une règle verticale derrière le calcul, à une demi-ligne de distance de la branche femelle du percuteur, elle ne sera jamais atteinte par celui-ci pendant les coups de marteau. Le déplacement est donc presque nul.

Quant au percuteur, il est réduit à une simplicité qui compense en partie la complication de l'appareil que je viens de décrire. Il ne diffère d'un cathéter ordinaire que par la forme de sa courbure. Dès que la pierre est saisie par lui, une main le tient immobile dans la position qui place le calcul aussi près que possible du centre de la vessie.

Aussitôt l'autre main approche tout l'appareil qui vient avec la plus grande facilité saisir le percuteur. Une vis les unit, une autre vis fixe l'appareil

Je n'entrerai point dans le détail de ce mécanisme ; je me bornerai à dire que la mobilité résulte du jeu d'une sphère d'acier renfermée entre deux cuillers de fer.

Enfin deux petits ressorts placés dans l'intérieur de l'appareil rapprochent l'une de l'autre les deux branches du percuteur entre lesquelles la pierre est saisie.

Par excès de prudence, on peut, avant le rapprochement complet, interposer les doigts entre ces deux parties du brise-pierre.

A peine est-il nécessaire de dire qu'un dynamomètre s'adapte avec la plus grande facilité à la place du percuteur, et donne une mesure très précise de la force des coups qui seront frappés.

Voici les conclusions de l'auteur :

« L'application du dynamomètre aux instrumens destinés à briser la pierre soit par percussion, soit par pression, fait disparaître de la lithotripsie le danger de les fausser ou de les rompre dans la vessie.

» La percussion doit être exécutée avec un marteau d'une très-petite masse, pesant habituellement d'une demi-once à une once.

» Par le procédé qui vient d'être décrit, on brise aisément, avec des instrumens de moins de deux lignes de diamètre, des pierres d'une extrême résistance ; telles que marbre blanc des Pyrénées, etc.

» La destruction est rapide puisque le marteau peut frapper 400 coups par minute

» Elle a lieu suivant le mode le plus convenable ; la légèreté du marteau contribuant à réduire le calcul en un grand nombre de fragmens projetés avec peu de force.

» Enfin la méthode que je propose est incontestablement celle qui permet d'employer, avec le plus d'avantage et le moins de danger, les instrumens d'un très-petit diamètre. »

Cette lecture terminée, M. Thomson en commence une autre sur l'anatomie du bas-ventre et les hernies ; l'heure avancée en fait remettre la suite à la séance prochaine.

BIBLIOGRAPHIE.

Mémoire sur la peste qui a régné épidémiquement à Constantinople en 1834, et sur sa non-contagion ; suivi de quelques réflexions sur les quarantaines et les lazarets. Par J. Chollet, D.-M. P. 124 p. in-8°. Paris, 1836.

Long-temps encore probablement le mode de développement de la peste sera l'objet de discussions entre les médecins. La peste est-elle contagieuse, ou se développe-t-elle simplement sous l'influence des causes locales auxquelles les non-contagionistes se sont efforcés de l'attribuer ? Telle est la question qui occupe une grande partie de la brochure que nous avons en ce moment sous les yeux, qui a été si long-temps agitée, et à l'occasion de laquelle on a tant de fois aussi répété les mêmes argumens, que nous croyons devoir nous dispenser de les reproduire encore ici. Nous nous contenterons de faire une seule réflexion sur l'espèce de confusion que les non-contagionistes ont causée dans cette discussion en combattant à la fois et la contagion considérée scientifiquement, et l'établissement des lazarets, quarantaines, etc., qui n'a qu'un rapport très-indirect avec la contagion elle-même. Nous voulons dire que, quels que soient les abus qui se soient introduits dans ces établissemens qui appartiennent réellement à des siècles d'ignorance, fût-il même absolument démontré qu'ils ne sont d'aucune utilité, la question scientifique de la contagion n'aurait pas fait pour cela le plus petit progrès. Ce sont deux questions différentes, qui dans l'état actuel de la science ne sont point essentiellement liées l'une à l'autre, et dont l'une appartient aux économistes, tandis que l'autre ne peut être que du ressort des hommes de l'art.

Au milieu de la discussion à laquelle M. Chollet se livre à cette occasion, nous trouvons quelques détails sur le climat de Constantinople, sur l'insalubrité de quelques-uns de ses quartiers et sur quelques médications employées contre la peste, qui ne manquent pas d'intérêt. Mais pour donner une idée du style de l'auteur et en même temps faire connaître l'état affreux auquel sont réduits les malheureux que la peste a frappés dans cette capitale, nous présenterons quelques extraits de sa *Visite à l'hôpital des pestiférés grecs.*

« Je me présentai au directeur de l'hôpital qui était campé sous une espèce de barraque en planche, construite à quelques mètres de distance du mur d'enceinte de l'hôpital et lui demandai la permission d'y entrer. Il me la refusa positivement... Mais à la fin pressé par mes instances réitérées, il finit par me tenir ce langage : « Quelle nécessité y a-t-il pour vous d'aller chercher la mort, et de mettre une si grande obstination à vouloir pénétrer dans un lieu dont tant de gens ne voudraient pas pour des millions franchir le seuil de la porte... » A mon arrivée à la porte d'entrée, j'y trouvai le papas, homme à barbe blanche et très-vénérable, tout à la fois médecin de l'ame et du corps, car aucun médecin n'était alors attaché à cet hôpital ; on se contentait seulement d'y envoyer chaque jour de la capitale des paniers remplis de médecines noires, que l'on administrait aux malades sans aucun discernement quel que fût le degré de leur maladie. Les infirmiers m'introduisirent dans une chambre assez spacieuse, ayant à peine six pieds et demi ou sept pieds de haut, éclairée par deux croisées, et où se trouvaient couchés par terre ou sur de mauvais grabas, une dixaine d'individus affectés de la peste au dernier degré et dans un état désespéré. Il s'élevait de ces corps qui étaient déjà cadavres une odeur tellement fétide qu'elle faillit me faire retourner sur mes pas ; j'avoue qu'en aucune saison des exhalaisons aussi repoussantes ne sont venues frapper mon odorat... Les autres malades, au nombre d'environ soixante, étaient couchés dans sept ou huit pièces n'ayant, pour la plupart, qu'une seule croisée que l'on se serait bien gardé d'ouvrir pour renouveler l'air ; on tenait aussi la porte fermée avec le même soin ; afin, disait-on, de ne pas arrêter la transpiration... On m'offrit ensuite de me conduire à la salle des morts ; mais je m'y refusai, attendu qu'il m'aurait été impossible d'obtenir la permission d'y faire une autopsie... Lorsque ma visite fut terminée, l'infirmier en chef m'offrit, pour faire descendre, disait-il, les miasmes avalés, une tasse de café et un petit verre d'eau-de-vie, politesse que je me serais bien gardé d'accepter et pour de bonnes raisons, attendu que j'avais encore le souvenir de tout ce qui m'avait été raconté quelque temps auparavant ; quoique d'une manière bien vague, sur la fin tragique de l'infortuné baron de Rosenfeld... »

ORDONNANCE

RELATIVE A L'ORGANISATION DU SERVICE DE SANTÉ DE L'ARMÉE (1)

RAPPORT AU ROI.

Du 20 mai 1836.

Sire,

La loi du 19 mai 1834, sur l'état des officiers, rendue applicable aux officier de santé de l'armée de terre, a créé pour ceux-ci des positions nouvelles et nécessite des changemens dans leur organisation.

Il devient donc indispensable, pour obéir à la loi, de modifier et de mettre en harmonie avec elle les ordonnances et les réglemens sous l'empire desquels le corps des officiers de santé était placé.

C'est pour atteindre ce but que je soumets à votre Majesté le projet d'ordonnance ci-joint.

Médité longtemps et élaboré dans les bureaux du ministère de la guerre, révisé ensuite par une commission spéciale présidée par un intendant militaire, et qui se composait de trois sous-intendans militaires de première classe, de deux inspecteurs du service de santé et de deux officiers de santé principaux, soumis enfin, comme dernière épreuve, à l'examen du comité des directeurs de la guerre, ce projet a été discuté dans ses moindres détails ; et de ces discussions, auxquelles prenaient part de hautes capacités administratives et scientifiques, est sorti un travail légal, rationnel et complet, dont les dispositions de principe peuvent se résumer ainsi :

C'est désormais aux concours que sont admis les élèves, et qu'ils sont successivement promus aux grades de chirurgien sous-aide et de chirurgien aide-major.

Par l'effet d'un roulement, dont l'ordonnance explique les conditions, tous les chirurgiens élèves et les chirurgiens sous-aides participent, à tour de rôle, aux bienfaits de l'enseignement dans les hôpitaux d'instruction. Les différens concours qu'ils subissent les classent par ordre de mérite ; l'ordre de mérite constitue leur ancienneté de grade, et déterminent leurs droits à l'avancement. Dès-lors rien n'est laissé à l'arbitraire. Celui qui se présente pour entrer dans la carrière sait d'avance quelle sera la durée de son surnumerariat, et il peut prévoir l'époque où il sera promu au grade d'aide-major.

L'ordonnance ne reconnaît pas de pharmaciens sous-aides. C'est une amélioration qu'elle consacre Dans les hôpitaux, les chirurgiens élèves et sous-aides sont employés alternativement au service de la chirurgie et de la pharmacie. Initiés dans la pratique de ces deux professions, ils rendront des services plus utiles, surtout à l'armée, et quand ils seront employés isolément.

Toutefois, les chirurgiens aides-major concourent pour devenir pharmaciens

(1) Cette ordonnance est trop importante pour que nous ne jugions pas convenable de la donner en entier malgré son étendue.

de ce grade ; car il était nécessaire, pour les emplois supérieurs, de faire reparaître la spécialité dans la profession de la pharmacie.

La durée de service exigée dans chaque grade, depuis l'emploi d'élève jusqu'au grade le plus élevé de la hiérarchie, pour passer dans le grade immédiatement supérieur, est fixée par l'ordonnance.

Elle détermine aussi les conditions d'aptitude à remplir pour passer d'une profession dans une autre, et des corps de la ligne dans les armes spéciales, les hôpitaux et les postes sédentaires.

Les listes pour l'avancement ou les positions spéciales, seront dressées désormais d'après les résultats des concours, les rapports d'inspection, l'avis du conseil de santé ; en sorte que l'officier de santé sera jugé tout à la fois d'après sa manière de servir et son aptitude scientifique.

Si l'ordonnance abandonne le mode de concours depuis le grade de chirurgien aide-major exclusivement jusqu'à celui d'inspecteur, c'est qu'il devenait inutile et même impraticable ; mais elle le remplace par d'autres garanties, et elle y revient pour l'admission et l'avancement dans le professorat. La science et le talent du professeur ne peuvent s'apprécier que par les épreuves ; son mérite ne peut s'établir que par le concours. L'ordonnance règle donc le mode de ce concours, et la composition des jurys appelés à prononcer sur le mérite des concurrens.

En donnant aux officiers de santé une organisation nouvelle, on a dû soumettre à un nouvel examen la fixation de leur solde.

En considérant que les élèves sont tenus à un surnumérariat sans solde, qui ne peut être moindre de trois ans et peut se prolonger jusqu'à cinq ; que les conditions scientifiques qu'on exige retiennent long-temps les officiers de santé dans chaque grade, et les privent d'un avancement aussi rapide que celui qui est assuré aux officiers de l'armée ; qu'ils ne peuvent arriver au grade d'aide-major sans le diplôme de docteur en médecine, qui les engage dans de nouveaux sacrifices ; on a reconnu que le corps des officiers de santé n'est pas rétribué en proportion des services qu'il rend à l'armée, et de la considération inhérente à son caractère de corps savant.

Il a donc paru juste que les chirurgiens-majors et aides-majors des corps reçussent la même solde que les capitaines de 1re classe et les lieutenans de 1re classe des corps auxquels ils appartiennent ; ce qui améliore, en général, la solde des officiers de santé dans les corps de troupe.

Quant aux officiers de santé des hôpitaux et des postes sédentaires, leur solde a été également améliorée dans des proportions convenables.

Il résulterait de ces fixations nouvelles une dépense plus forte, si elle n'était compensée par la fusion des chirurgiens et des pharmaciens sous-aides en une profession unique, et par les réductions opérées dans les cadres. Il est à espérer que les économies qu'on obtiendra par suite de ces réductions permettront de se tenir dans les limites budgétaires.

En résumé, le nouvel ordre de choses me paraît devoir satisfaire à la loi, assurer avec équité, et dans toutes les positions, les droits des officiers de santé ; enfin n'amener dans les cadres que des hommes présentant toutes les garanties désirables de moralité et de science, et auxquels on pourra confier avec sûreté la conservation des défenseurs de l'état.

C'est dans cette conviction que je prie Votre Majesté de vouloir bien revêtir de son approbation l'ordonnance ci-jointe.

Le ministre secrétaire d'état de la guerre,
Marquis MAISON.

ORDONNANCE DU ROI.

Louis-Philippe, etc.
Sur le rapport de notre ministre secrétaire-d'état de la guerre,
Nous avons ordonné et ordonnons ce qui suit :

TITRE PREMIER. *De la composition du corps des officiers de santé de l'armée de terre, et de la hiérarchie.*

Art 1er. Le corps des officiers de santé de l'armée de terre se compose de trois divisions distinctes :
Les médecins,
Les chirurgiens,
Et les pharmaciens.

Art. 2. La hiérarchie, pour chacune des divisions du corps des officiers de santé de l'armée de terre, et la correspondance des grades, sont réglées ainsi qu'il suit :

Médecins.	Chirurgiens.	Pharmaciens.
Adjoint.	Sous-aide.	Aide-major.
Ordinaire.	Aide-major.	Major.
Principal.	Major.	Principal.
Inspecteur.	Principal.	Inspecteur.
	Inspecteur.	

Le corps des officiers de santé se recrute par des élèves en chirurgie.

Art. 3. Le cadre constitutif du corps des officiers de santé est fixé, pour le temps de paix, ainsi qu'il suit :

Médecins.	Inspecteurs,	2
	Principaux,	8
	Ordinaires,	53
	Adjoints.	24
Chirurgiens. . . .	Inspecteurs,	2
	Principaux,	12
	Majors.	223
	Aides-majors,	374
	Sous-aides.	410
Pharmaciens. . . .	Inspecteurs,	1
	Principaux,	8
	Majors.	27
	Aides-majors,	59

Art. 4. En temps de guerre et en cas d'insuffisance du cadre constitutif calculé pour les besoins du pied de paix, les chirurgiens élèves dont l'aptitude aura été reconnue, pourront être pourvus de l'emploi de chirurgien sous-aide, sans attendre qu'ils aient satisfait aux divers concours exigés par la présente ordonnance.

Art. 5. Le grade de pharmacien sous-aide est et demeure supprimé ; les élèves et les chirurgiens sous-aides seront alternativement employés au service de la chirurgie et de la pharmacie.

Les pharmaciens sous-aides actuels prennent le titre de chirurgien sous-aide.

TITRE II. *Du conseil de santé des armées.*

Art. 6. Les cinq officiers de santé inspecteurs forment, auprès de notre ministre de la guerre, le conseil de santé des armées.

Il leur est adjoint, lorsque le ministre le juge utile, des officiers de santé principaux ayant voix délibérative dans le conseil.

Le conseil de santé rédige le programme des examens et des concours auxquels sont soumis les élèves et les chirurgiens sous-aides.

Il fait partie du jury médical dans les concours qui ont lieu à l'hôpital de perfectionnement, pour les grades de chirurgien sous-aide, de chirurgien aide-major et pharmacien aide-major, et pour l'admission dans le professorat.

Il donne son avis sur les propositions d'avancement faites par les inspecteurs-généraux d'armes, les intendans militaires, et sur celles relatives au placement des chirurgiens aides-majors et des chirurgiens-majors dans les corps d'armes spéciales, les hôpitaux militaires, les postes sédentaires. Toutefois, cet avis n'est point obligatoire pour le choix des candidats : il n'est qu'une indication des sujets qui, dans l'opinion du conseil, sont les plus méritans.

Il présente annuellement la liste d'aptitude aux emplois de médecin-adjoint.

Les membres du conseil de santé font, lorsque le ministre leur en donne l'ordre, des inspections médicales dans les hôpitaux militaires et près les corps de troupes.

Le conseil soumet au ministre ses vues sur les améliorations à introduire dans le service.

Il donne son avis sur toutes les questions qui lui sont renvoyées par le ministre.

Le conseil de santé entretient une correspondance suivie avec les officiers de santé en chef et principaux des armées, pour tout ce qui a rapport à la science et à l'art de guérir.

Dans aucun cas les inspecteurs du service de santé ne peuvent être employés comme officiers de santé en chef d'un hôpital ou d'un établissement militaire quelconque.

TITRE III. — *Des hôpitaux d'instruction et de l'hôpital de perfectionnement.*

Art. 7. Trois hôpitaux militaires d'instruction sont établis dans les villes de Strasbourg, Metz et Lille, et un hôpital de perfectionnement à Paris.

Art. 8. Les cours professés dans les hôpitaux militaires d'instruction doivent traiter particulièrement :

1° Des maladies auxquelles l'homme de guerre est le plus exposé ;

2° Des plaies occasionées par les armes de guerre, et des diverses manières d'opérer que ces plaies peuvent exiger ;

3° De la connaissance du formulaire pharmaceutique militaire, et de la manière de compter l'emploi des médicamens ;

Art. 9. Le personnel attaché à l'enseignement dans les hôpitaux militaires d'instruction, est fixé ainsi qu'il suit :

1° Un premier professeur médecin, pour la clinique interne et les considérations de pathologie et de thérapeutique générale qui s'y rattachent ;

2° Un professeur médecin, pour la pathologie médicale ;

3° Un professeur médecin, pour l'hygiène de l'homme de guerre et la médecine légale ;

4° Un premier professeur chirurgien, pour la clinique externe et pour les détails, tant sur le service en général que sur les devoirs des officiers de santé dans toutes les positions ;

5° Un professeur chirurgien, pour l'anatomie physiologique normale et le traitement des maladies vénériennes ;

6° Un professeur chirurgien, pour la pathologie chirurgicale et la médecine opératoire ;

7° Un premier professeur pharmacien, pour la chimie médicale, l'analyse, l'action des réactifs et la toxicologie, la physique médicale et la météorologie ;

8° Un professeur pharmacien, pour l'histoire naturelle des médicamens et la matière médicale ;

9° Un professeur pharmacien, pour la botanique et la préparation des médicamens.

Le personnel attaché à l'enseignement dans l'hôpital militaire de perfectionnement est fixé ainsi qu'il suit :

1° Un premier professeur médecin, pour la clinique interne et les considérations de pathologie et de thérapeutique générale qui s'y rattachent ;

2° Un professeur médecin, pour la pathologie médicale ;

3° Un professeur médecin ou chirurgien, pour la physiologie médicale et l'anatomie pathologique ;

4° Un professeur médecin, pour l'hygiène de l'homme de guerre et la médecine légale ;

5° Un premier professeur chirurgien, pour la clinique externe, et pour les détails, tant sur le service en général que sur les devoirs des officiers de santé dans toutes les positions ;

6° Un professeur chirurgien, pour l'anatomie physiologique normale et le traitement des maladies vénériennes ;

7° Un professeur chirurgien, pour la pathologie chirurgicale et les branches qui s'y rattachent ;

8° Un professeur chirurgien, pour la médecine opératoire, la préparation et l'application des bandages et appareils ;

9° Un premier professeur pharmacien, pour la chimie médicale, l'analyse, l'action des réactifs et la toxicologie, la physique médicale et la météorologie ;

10° Un professeur pharmacien, pour l'histoire naturelle des médicamens et la matière médicale ;

11° Un professeur pharmacien, pour la botanique et la préparation des médicamens ;

Art. 10. Indépendamment du service de l'enseignement, les professeurs attachés aux hôpitaux militaires d'instruction et de perfectionnement sont chargés, relativement au traitement des malades, des mêmes fonctions que les officiers de santé des autres hôpitaux militaires.

Art. 11. Un règlement particulier déterminera l'ordre dans lequel les différens cours seront professés et suivis par les élèves et les sous-aides.

Titre IV. *Des concours.*

Art. 12. L'emploi de chirurgien élève, les grades de chirurgien aide-major et de pharmacien aide-major, sont donnés au concours.

Les emplois dans le professorat sont également donnés au concours.

Art. 13. Des jurys médicaux, dont la composition varie suivant la nature des examens et des concours, sont chargés de prononcer sur le mérite des candidats.

Pour l'admision des chirurgiens élèves, le jury médical est présidé alternativement par l'un des officiers de santé en chef de l'hôpital dans lequel les examens ont lieu.

Dans les hôpitaux d'instruction, le jury est présidé alternativement par l'un des premiers professeurs.

Dans le concours pour les grades de chirurgien sous-aide, chirurgien aide-major et pharmacien aide-major, le jury est présidé alternativement par l'un des inspecteurs du service de santé

Dans le concours pour le professorat, la psésidence est exercée par un inspecteur du service de santé de l'une des trois professions : cet inspecteur est désigné par notre ministre de la guerre.

Art. 14. Le sous-intendant militaire ouvre le concours et y assiste, et s'assure que le jury médical procède conformément à ce que prescrit le règlement et le programme du concours.

Lorsque les examens scientifiques sont terminés, le sous-intendant militaire recueille les vôtes du jury, et, d'après le résultat de leur dépouillement, il établit, séance tenante, la liste nominative, par ordre de mérite, des condidats qui ont satisfait au concours. Cette liste est signée par le jury.

Avant le vote du jury médical, le sous-intendant militaire fait connaître les titres antérieurs de chaque candidat, de manière à faire apprécier le mérite de sa conduite et de ses services.

Titre V. *De l'admission, de l'avancement dans le corps des officiers de santé militaires, et du placement. — Des élèves.*

Art. 15. Tous les ans, du 1er au 16 août, il est ouvert à Paris, Metz, Strasbourg, Lille, Lyon et autres villes que désigne notre ministre de la guerre, un concours public pour l'admission d'un nombre déterminé de chirurgiens élèves.

Les matières sur lesquelles doit porter l'examen sont indiquées dans un programme arrêté par notre ministre de la guerre, sur la proposition du conseil de santé.

Ce programme est publié, chaque année, le 1er juin au plus tard.

Il indique le nombre d'élèves à admettre.

Art. 16. Les candidats se font inscrire à l'intendance militaire de l'une des villes où les concours ont lieu. Ils doivent y être rendus, à leurs frais, le 30 juillet au plus tard.

La voie du sort désigne l'ordre dans lequel ils seront examinés.

Art. 17. Nul ne peut se présenter au concours s'il ne justifie :

1° Qu'il est Français ;

2° Qu'il a plus de seize ans et moins de vingt-un ans, au 1er janvier de l'année du concours ;

3° Qu'il remplit toutes les conditions d'instruction exigées par les facultés de médecine pour être admis à prendre des inscriptions ;

4° Qu'il n'est atteint d'aucune infirmité qui le rende impropre au service militaire : cette justification a lieu sur la production d'un certificat délivré par un officier de santé militaire du grade de major ou d'aide-major en activité de service, et dûment légalisé.

Art. 18. Dans les hôpitaux ordinaires, le jury chargé de procéder aux concours annuels d'admission des élèves est composé de trois officiers de santé en chef de l'hôpital militaire et de deux autres officiers de santé dont le choix est laissé à l'intendant militaire de la division. Dans les hôpitaux militaires d'instruction, le jury est composé de trois professeurs et de deux officiers de santé désignés par l'intendant militaire.

Art. 19. Aussitôt que les concours sont terminés, l'intendant militaire transmet au ministre de la guerre la liste nominale des candidats qui y ont satisfait. Il accompagne cet envoi des compositions écrites de chacun des concurrens.

Art. 20. Ces états de candidature et les compositions écrites sont communiqués au conseil de santé des armées. Ce conseil dresse une liste par ordre de priorité de tous les candidats jugés admissibles aux emplois d'élève. Il la présente au ministre de la guerre, qui, après l'avoir approuvée, fait expédier les lettres d'admission, suivant l'ordre indiqué par cette liste, et en raison du nombre d'emplois disponibles

Art. 21 Les jeunes soldats pourvus d'un emploi de chirurgien élève obtiennent un sursis de départ pendant toute la durée de leur études, et jusqu'à leur promotion au grade de sous-aide. En cas de licenciement, ils sont incorporés dans un régiment, si la portion de la classe à laquelle ils appartiennent a été appelée à l'activité.

Art. 22. Les élèves doivent être rendus, le 15 octobre, à l'hôpital d'instruction qui leur est assigné. Passé le délai du 1er novembre, ceux qui n'ont pas rejoint sont considérés comme démissionnaires et remplacés dans l'ordre de la liste générale, à moins qu'ils n'aient obtenu, pour cause légitime, l'autorisation de différer leur départ.

Art. 23. La durée du cours complet d'instruction est de trois ans : deux ans aux hôpitaux d'instruction, un an à l'hôpital de perfectionnement.

Cependant les élèves peuvent être autorisés à passer une troisième année aux hôpitaux d'instruction, et une deuxième année à l'hôpital de perfectionnement, si des circonstances graves leur ont occasionné une sespension de travail : le jurys d'examen sont juges de la validité des motifs allégués par les élèves.

Art. 24. Dans les hôpitaux d'instruction, les élèves seront répartis en deux divisions :

La seconde division comprend les élèves nouvellement admis.

La première division se compose des élèves qui ont complété le cours de la deuxième division.

Les élèves passent de la seconde division à la première, d'après un examen qu'ils subissent à la fin de chaque année scolaire.

Les élèves de la première division qui ont achevé les cours, subissent des examens pour passer à l'hôpital de perfectionnement à Paris.

Les examens que les élèves ont à subir pour passer de la deuxième division à la première division, et de la première division à l'hôpital de perfectionnement, ont lieu chaque année au mois d'août, d'après un programme arrêté par le conseil de santé, approuvé par le ministre de la guerre, et transmis chaque année aux professeurs des hôpitaux d'instruction, par l'intermédiaire de l'intendant militaire.

Il est procédé à ces examens par un jury composé des officiers de santé, professeurs, de tous grades et des trois professions. L'intendant militaire de la division arrête la liste des élèves qui doivent passer de la deuxième division à la première division, et de la première division à l'hôpital de perfectionnement.

Les élèves qui, après la deuxième ou troisième année de séjour dans les hôpitaux d'instruction, ne peuvent satisfaire aux examens pour passer à l'hôpital de perfectionnement, sont signalés par l'intendant militaire au ministre qui prononce leur licenciement.

La liste des élèves de la deuxième et troisième année reconnus susceptibles d'être admis à l'hôpital de perfectionnement, est transmise par l'intendant militaire au ministre de la guerre, qui fixe l'époque du départ des élèves pour l'hôpital de perfectionnement.

Art. 25. Dans les hôpitaux d'instruction et de perfectionnement, les élèves sont soumis à la discipline militaire.

Lorsqu'un élève a commis une faute assez grave pour être licencié, la proposition du licenciement est soumise par l'intendant militaire au ministre de la guerre, qui prononce ; elle est accompagnée d'un rapport motivé des officiers de santé en chef de l'hôpital d'instruction ou de perfectionnement, et de l'avis du sous-intendant militaire.

Du grade de chirurgien sous-aide.

Art. 26. Nul ne peut être nommé chirurgien sous-aide s'il n'a servi comme élève au moins deux ans dans les hôpitaux d'instruction et un an dans l'hôpital de perfectionnement.

Art. 27. Chaque année, au mois d'août, les élèves de l'école de perfectionnement subissent, d'après un programme arrêté par le conseil de santé et approuvé par notre ministre de la guerre, un concours qui a pour but de faire connaître les élèves susceptibles d'être promus au grade de chirurgien sous-aide.

Le jury d'examen est composé d'un inspecteur du service de santé, président ; de deux professeurs de l'hôpital de perfectionnement, et de deux officiers de santé principaux ou autres, désignés par notre ministre de la guerre.

Après le concours, le jury forme la liste générale, par ordre de mérite, des élèves jugés admissibles au grade de chirurgien sous-aide.

Art. 28. Les notes tenues sur la conduite des élèves entrent en ligne de compte pour le classement sur cette liste

Art. 29. Les élèves qui, après deux ans d'étude à l'hôpital de perfectionnement, ne peuvent satisfaire aux examens de sortie, sont licenciés par notre ministre de la guerre, sur le rapport de l'intendant militaire de la première division.

Art. 30. La liste des élèves jugés admissibles au grade de chirurgien sous-aide est adressée par l'intendant militaire au ministre, qui, après l'avoir approuvée, la rend publique par la voie du journal militaire.

Les élèves portés sur cette liste sont pourvus, savoir :

Les quatre premiers candidats inscrits, des emplois de chirurgiens sous-aides vacans dans les hôpitaux d'instruction ;

Les autres candidats, par ordre d'inscription, des emplois de chirurgien sous-aide vacans dans les hôpitaux ordinaires.

Art. 31. Les chirurgiens sous-aides des hôpitaux ordinaires passent, par rang d'ancienneté de grade ; dans les hôpitaux d'instruction, au fur et à mesure des vacances.

Les chirurgiens sous-aides des hôpitaux d'instruction passent, d'après leur rang d'admission dans ces hôpitaux, à l'hôpital de perfectionnement et dans les hôpitaux de Paris.

Art. 32. Les élèves promus au grade de chirurgien sous-aide comptent, comme service effectif pour la retraite et la réforme, le temps qu'ils ont passé en qualité d'élèves dans les hôpitaux d'instruction et à l'hôpital de perfectionnement, depuis qu'ils ont atteint leur 18e année.

Du grade de chirurgien aide-major.

Art. 33. Nul ne peut être chirurgien aide-major s'il n'a servi au moins trois ans comme chirurgien sous-aide, et s'il ne justifie du diplôme de docteur en médecine.

Art. 34. Tous les ans, du 16 août au 15 octobre, les chirurgiens sous-aides de l'hôpital de perfectionnement et des autres hôpitaux de Paris, ayant au moins un an d'étude dans ces mêmes hôpitaux, concourent ensemble pour le grade de chirurgien aide-major dans les régimens de ligne.

Le jury d'examen est composé :

1° D'un inspecteur du service de santé, président.

2° De trois professeurs de l'hôpital de perfectionnement, et de trois officiers de santé désignés par le ministre.

Ce concours a pour but de faire connaître :

1° Les sous-aides susceptibles d'obtenir le grade d'aide-major ;

2° Les sous-aides qui ne satisfont pas aux conditions exigées pour obtenir de l'avancement.

Art. 35 Les chirurgiens sous-aides reconnus susceptibles d'avancement sont inscrits par ordre de mérite sur une liste d'avancement.

Les dispositions de l'art. 28 leur sont applicables pour leur classement sur cette liste.

Après le concours annuel, ils passent de l'hôpital de perfectionnement et autres hôpitaux de Paris dans les hôpitaux ordinaires, pour y attendre leur nomination au grade de chirurgien aide-major.

Les chirurgiens sous aides portés sur la liste d'avancement, et qui sont munis du diplôme de docteur en médecine, sont tous nommés aides-major dans les corps de la ligne, au fur et à mesure des vacances, moitié d'après l'ordre de leur inscription sur la liste d'avancement, moitie au choix.

Le choix s'exerce sur les dix premiers candidats inscrits sur les listes de chaque année.

Art. 36 Les chirurgiens sous-aides que le jury n'a pas reconnus aptes à l'avancement, sont renvoyés dans les hôpitaux d'instruction, après une année, ils sont appelés de nouveau à l'hôpital de perfectionnement. Si, après une année passée dans cet hôpital et l'épreuve d'un nouveau concours, ils ne sont pas compris sur la liste d'avancement, ils sont renvoyés dans les hôpitaux ordinaires; mais préalablement le jury s'assure s'ils continuent à remplir les conditions voulues pour occuper l'emploi même dont ils sont revêtus. En cas de négative, le jury établit une proposition de retrait d'emploi régulièrement motivée, et le ministre de la guerre la soumet à notre sanction.

Renvoyés dans les hôpitaux ordinaires, ils ne sont plus admis à rentrer dans les hôpitaux d'instruction et à concourir de nouveau à l'hôpital de perfectionnement à Paris, que sur une décision spéciale du ministre, prise d'après la proposition des officiers de santé en chef des hôpitaux où ils sont employés et l'avis de l'intendant militaire.

Art. 37. Nul chirurgien aide-major ne peut être placé dans une arme spéciale, dans un hôpital militaire de l'intérieur ou dans un poste sédentaire, s'il n'a servi en ladite qualité au moins deux ans dans un corps de la ligne ou dans les ambulances ou hôpitaux d'une armée active

Les chirurgiens aides-majors de la ligne des hôpitaux et ambulances aux armées sont placés dans les corps d'armes spéciales, dans les hôpitaux de l'intérieur et dans les postes sédentaires, moitié à l'ancienneté, moitié au choix.

Les candidats au choix sont annuellement présentés par les inspecteurs généraux d'armes pour ce qui concerne les officiers de santé du corps, et les intendans militaires pour ce qui concerne les officiers de santé des ambulances et hôpitaux militaires.

Du grade de chirurgien-major.

Art. 38. Nul ne peut être chirurgien-major s'il n'a servi au moins quatre ans dans le grade de chirurgien aide-major, et s'il n'est docteur en médecine.

Art. 39. Les chirurgiens aides-majors employés dans les hôpitaux militaires, les postes sédentaires et les armes spéciales, sont seuls promus au grade de chirurgien-major dans les régimens de ligne, moitié à l'ancienneté, moitié au choix.

Les candidats au choix sont annuellement présentés par les inspecteurs-généraux d'armes et les intendans militaires.

Art. 40. Nul chirurgien-major ne peut être placé dans une arme spéciale, dans un hôpital militaire de l'intérieur ou dans un poste sédentaire, s'il n'a servi en ladite qualité, au moins trois ans dans un corps de la ligne ou dans les ambulances ou hôpitaux d'une armée active.

Les chirurgiens-majors de la ligne, des hôpitaux ou ambulances aux armées, sont placés dans les corps d'armes spéciales, dans les hôpitaux de l'intérieur ou dans les postes sédentaires, moitié à l'ancienneté, moitié au choix.

Les candidats au choix sont annuellement présentés par les inspecteurs-généraux d'armes et les intendans militaires.

Du grade de pharmacien aide-major.

Art 41. Tous les ans, immédiatement après le concours pour le grade de chirurgien aide-major, les chirurgiens sous-aides qui se destinent au service de la pharmacie, concourent ensemble pour le grade de pharmacien aide-major devant le jury d'examen, dont la composition est réglée par l'art. 35 de la présente ordonnance.

Les candidats déclarés aptes à être nommés chirurgiens aides-major sont seuls admis à ce concours.

Ceux qui, par suite de ce concours, sont déclarés susceptibles de remplir les fonctions de pharmacien aide-major, sont classés par ordre de mérite et admis dans cet ordre à être pourvus des emplois de pharmacien aide-major qui viennent à vaquer dans les hôpitaux.

Toutefois, ils ne peuvent être promus pharmaciens aides-major que s'ils sont reçus docteurs en médecine ou maîtres en pharmacie.

Notre ministre de la guerre détermine annuellement le nombre des candidats à admettre pour les emplois de pharmacien aide-major.

Du grade de pharmacien-major.

Art. 42. Nul ne peut être pharmacien-major s'il n'a servi au moins quatre ans comme pharmacien aide-major, et s'il n'est docteur en médecine ou maître en pharmacie

Les pharmaciens aides-major sont promus au grade de pharmacien-major, moitié à l'ancienneté, moitié au choix.

Les candidats au choix sont annuellement présentés par les intendans militaires.

Du grade de médecin adjoint.

Art. 43. Nul ne peut être désigné pour le grade de médecin adjoint, s'il n'a trois ans de grade comme chirurgien aide-major, et s'il n'a servi dans un hôpital militaire pendant au moins un an, s'il n'est docteur en médecine, et si son aptitude n'est constatée par le conseil de santé.

Pourront toutefois être admis à l'emploi de médecin adjoint les pharmaciens aides-major ayant au moins trois ans de service dans ce grade, docteurs en médecine, et dont l'aptitude aura été constatée par le conseil de santé; mais sous la réserve expresse qu'ils ne pourront être admis aux emplois de médecin adjoint dans une proportion excédant le cinquième des vacances de ces emplois.

Le conseil de santé présente annuellement, pour l'emploi de médecin adjoint, une liste des candidats qu'il reconnaît aptes à en remplir les fonctions.

Ils sont désignés sur cette liste, pour les vacances qui surviennent, moitié à l'ancienneté du grade et moitié au choix.

Du grade de médecin ordinaire.

Art. 44. Nul ne peut être médecin ordinaire s'il n'a servi au moins deux ans dans l'emploi de médecin adjoint, et s'il n'est docteur en médecine.

Les médecins adjoints sont promus au grade de médecin ordinaire, moitié à l'ancienneté dans l'emploi de médecin adjoint, et moitié au choix.

Les candidats au choix sont annuellement présentés par les intendans militaires.

Du grade de principal dans les trois professions.

Art. 45 Nul ne peut être médecin principal, chirurgien principal, pharmacien principal, s'il n'a servi au moins quatre ans dans le grade de médecin ordinaire, chirurgien-major ou pharmacien-major, et en outre si, dans l'un de ces grades, il n'a fait campagne et rempli les fonctions d'officier de santé en chef d'un corps d'armée, ou dirigé en chef un grand établissement pendant deux ans, ou s'il n'a été pendant ce même laps de temps premier professeur dans un hôpital d'instruction.

Tous les emplois dans le grade de principal sont donnés au choix.

Art. 46. Dans l'intérieur, les officiers de santé principaux ne sont employés que dans les fonctions de premier professeur et d'officier de santé en chef des hôpitaux d'instruction, ou comme chefs de service d'autres grands établissemens.

Ils peuvent être détachés provisoirement par le ministre de la guerre et sous la direction scientifique du conseil de santé, pour faire des inspections médicales dans les hôpitaux secondaires et près les corps de troupes.

En temps de guerre, ils sont employés comme officiers de santé en chef d'armée, ou comme officiers de santé principaux de corps d'armée.

Du grade d'inspecteur.

Art. 47. Nul ne peut être nommé inspecteur s'il n'a servi au moins trois ans dans le grade de principal.

La totalité des emplois d'inspecteur est au choix.

Titre VI. *De l'admission et de l'avancement dans le professorat.*

Art. 48. Les médecins ordinaires, les médecins adjoints et les chirurgiens aides-majors et pharmaciens aides-majors portés sur les listes annuelles d'aptitude pour l'emploi de médecin adjoint, sont admis à concourir pour les emplois de médecin professeur vacans dans les hôpitaux militaires d'instruction et à l'hôpital de perfectionnement.

Les chirurgiens-majors sont admis à concourir pour les emplois vacans de chirurgien professeur, concours auquel sont également admis les chirurgiens aides-majors des hôpitaux militaires, des postes sédentaires et des armes spéciales.

Les pharmaciens-majors et aides-majors sont admis à concourir pour les emplois vacans de pharmacien professeur.

Nul ne peut être admis à concourir pour le professorat s'il n'est docteur en médecine ou maître en pharmacie.

Art. 49. Chaque fois qu'un emploi de professeur vient à vaquer dans un hôpital d'instruction, le ministre de la guerre le fait connaître par la voie du journal militaire.

Les officiers de santé qui remplissent les conditions de profession et de grade énoncées en l'art. 48, et qui sont employés dans l'intérieur, adressent au ministre de la guerre des demandes de candidature.

Il leur fait connaître en réponse le jour où doit s'ouvrir le concours, et leur délivre des congés avec solde entière, dont la durée est déterminée. Toutefois, la solde entière ne sera acquise qu'au candidat qui justifiera avoir subi toutes les épreuves du concours.

Art 50. Si le nombre des candidats est trop considérable pour qu'ils puissent être appelés simultanément sans inconvéniens graves pour le service, notre ministre de la guerre limite le nombre des concurrens, lesquels sont appelés par ordre d'ancienneté de grade, et par portion égale, dans le grade de médecin ordinaire et de médecin adjoint, de chirurgien major et de chirurgien aide-major, de pharmacien-major et de pharmacien aide-major.

Art. 51. Le concours pour l'admission dans le professorat a toujours lieu à l'hôpital de perfectionnement. Le jury médical est composé d'un membre du conseil de santé, président, de quatre professeurs de l'hôpital de perfectionnement, et de quatre officiers de santé désignés par notre ministre de la guerre.

Le ministre désigne en outre deux officiers de santé militaires comme jurés suppléans. Ces deux officiers de santé assistent à toutes les épreuves du concours; mais ils n'ont voix délibérative qu'en cas d'empêchement légitime d'un membre titulaire du jury.

Art. 52 Les épreuves du concours sont :

1° Une appréciation des titres antérieurs de chaque candidat; faite dans l'assemblée des juges, où le mérite de sa conduite et de ses services est discuté d'après les renseignemens communiqués par notre ministre de la guerre.

2° Une réponse par écrit à une question qui est la même pour tous; cette question est faite à huis-clos, et chaque candidat vient la lire devant le jury assemblé;

3° Une leçon après vingt-quatre heures de préparation sur une question donnée par le jury, et relative à la partie de l'enseignement pour laquelle le concours est ouvert. Chaque candidat tire au sort le sujet particulier qu'il doit traiter;

4° Enfin, une leçon faite après trois heures de préparation, sur un sujet tiré au sort, et qui est le même pour tous ceux des candidats qui peuvent subir le même jour cette épreuve.

Les leçons durent chacune une heure.

Les candidats ne peuvent s'aider que de simples notes.

Pour le concours de médecine opératoire, les candidats sont en outre soumis à une épreuve pratique à l'amphithéâtre.

Art. 53. Immédiatement après la dernière séance du concours, les juges se réunissent, et nomment au scrutin écrit et à la majorité absolue, le candidat qu'ils ont jugé le plus digne.

Art. 54. Dans le cas où aucun des candidats ne réunit la majorité absolue des suffrages, le ministre choisit le professeur à nommer parmi les deux candidats qui ont obtenu le plus grand nombre de voix, ou bien il ordonne un nouveau concours.

S'il ne se présente pas de candidats, le ministre pourvoit d'office à l'emploi vacant sur une liste de trois candidats, qui lui est présentée par le conseil de santé.

Art. 55. Le résultat de la délibération du jury est constaté par un procès-verbal que l'intendant militaire de la première division militaire transmet à notre ministre de la guerre, qui statue définitivement.

Art. 56. Les emplois de médecin, chirurgien et pharmacien premiers professeurs dans les hôpitaux d'instruction et dans l'hôpital de perfectionnement, sont donnés au choix, sur la présentation des intendans militaires, aux professeurs attachés à ces établissemens, ou aux officiers de santé principaux ayant appartenu au professorat.

Art. 57. L'emploi de professeur est indépendant du grade de l'officier de santé qui l'occupe. Le premier professeur est chef de service, quelle que soit son ancienneté de grade.

Art. 58. Les emplois de professeur à l'hôpital de perfectionnement sont donnés au choix, par notre ministre de la guerre, aux officiers de santé qui professent dans les hôpitaux d'instruction le même cours que celui pour lequel un emploi de professeur est vacant à l'hôpital de perfectionnement. Toutefois si notre ministre de la guerre le juge convenable, il est pourvu à la vacance par voie de concours.

Art. 59. Les professeurs peuvent, dans un même hôpital, sous l'approbation de notre ministre de la guerre, professer une branche de l'enseignement autre que celle pour laquelle ils ont concouru, lorsque leur aptitude a été reconnue par le conseil de santé.

Art. 60. Notre ministre de la guerre dispose, suivant les besoins ou les convenances du service, des officiers de santé titulaires des emplois de professeur, comme de tous les autres officiers de santé militaires.

Titre VII. *De la subordination.*

Art. 61. L'action du grade supérieur sur le grade inférieur, en ce qui concerne l'art et l'exécution du service, et la subordination dans chaque profession, doivent être observées par tous les officiers de santé employés dans un même corps de troupe ou dans un même hôpital militaire.

La subordination est encore observée à l'égard du grade supérieur d'une profession à une autre.

A grade égal dans une même profession, l'autorité immédiate est exercée par l'officier de santé le plus ancien de grade, sous la modification mentionnée en l'art 57.

Les chirurgiens sous-aides sont employés à tour de rôle dans le service de la médecine, de la chirurgie et de la pharmacie, d'après la désignation faite par les officiers de santé en chef réunis.

Les chirurgiens sous-aides attachés au service de la pharmacie sont sous les ordres immédiats du pharmacien en chef, des pharmaciens-majors et des pharmaciens aides-majors; ceux attachés au service des malades sont sous les ordres des médecins et chirurgiens traitans.

Art. 62. Les officiers de santé de tous grades dépendent de l'autorité militaire sous les rapports de l'ordre public et de la discipline.

Art. 63. Ceux qui sont placés ou détachés dans les établissemens dépendant du service des hôpitaux, aux ambulances et dans les postes sédentaires, sont sous les ordres des intendans et sous-intendans militaires pour tout ce qui est relatif à la discipline, à l'exécution du service et des réglemens.

Les chirurgiens-majors et aides-major attachés à des corps de troupe sont subordonnés au colonel, au lieutenant-colonel, et à l'officier commandant le corps en leur absence.

Le chirurgien-major ou aide-major chargé spécialement du service de santé près d'une partie de corps détachée, est subordonné à l'officier qui commande le détachement.

L'officier de santé qui fait un service de semaine, est subordonné à l'officier supérieur de semaine.

Titre VIII. *De la solde.*

Art. 64. La solde des officiers de santé des trois professions et de tous grades, placés dans les postes sédentaires, dans les hôpitaux militaires et dans les ambulances aux armées, est et demeure fixée par le tarif annexé à la présente ordonnance.

Art. 65. Les chirurgiens-majors et les chirurgiens aides-major jouissent de la solde attribuée aux grades de capitaine de première classe et de lieutenant de première classe dans les corps auxquelles ils sont attachés.

Art. 66. Le tarif annexé à la présente ordonnance sera exécutoire à partir du 1er août 1836.

Titre IX. *De l'uniforme.*

Art. 67. Les officiers de santé de l'armée de terre des trois divisions, médecins, chirurgiens et pharmaciens, continueront à porter l'uniforme déterminé par les ordonnances antérieures pour chacune des trois divisions.

Aucun changement ne pourra y être introduit que par une ordonnance royale rendue par nous sur la proposition de notre ministre de la guerre.

Titre X. *Dispositions générales.*

Art. 68. Les officiers de santé des hôpitaux de Paris ne peuvent obtenir de l'avancement dans ces mêmes hôpitaux.

Sont seuls exceptés de cette règle les officiers de santé attachés au professorat.

L'avancement au grade de principal dans les trois professions n'entraîne pas un déplacement obligé pour les chefs de service.

Art. 69. Sous la modification mentionnée au second paragraphe de l'article 44, les officiers qui, antérieurement à la loi du 19 mai 1834, sur l'état des officiers, ont été promus par commission ministérielle, comptent leur ancienneté de grade pour l'avancement, à partir de la date de cette commission : à date semblable, la date de la commission du grade inférieur décide la priorité.

A l'égard des promotions postérieures à la loi du 19 mai 1834, l'ancienneté pour l'avancement est déterminée par la date du brevet du grade : à date semblable, la date du brevet ou de la commission du grade inférieur décide la priorité.

Art. 70. L'ancienneté de grade pour la retraite et la réforme est déterminée par la date de la commission ministérielle, pour les officiers de santé promus antérieurement à la loi du 19 mai 1834, et par celle du brevet pour les officiers de santé promus postérieurement à cette loi.

Art. 71. Le temps exigé pour passer d'un grade à un autre peut être réduit de moitié en temps de guerre.

Art. 72. Il ne peut pas être dérogé aux conditions énoncées dans la présente ordonnance pour passer d'un grade à un autre grade, et pour le placement, si ce n'est :

1° Pour acte de dévouement et de courage dûment justifié et mis à l'ordre du jour de l'armée ou de la division;

2° Lorsqu'il n'est pas possible de pourvoir autrement au remplacement des vacances.

Art. 73. Les candidats présentés aux choix par les inspecteurs généraux d'armes et les intendans militaires, soit pour l'avancement, soit pour placement dans les corps d'armes spéciales, les hôpitaux militaires, les postes sédentaires, sont inscrits par ordre d'ancienneté de grade sur un tableau établi pour chaque position, et auquel restent annexés les mémoires de propositions des inspecteurs-généraux d'armes et des intendans militaires.

Ces tableaux ne sont valables que pendant un an. Chaque année, au mois de janvier, ils sont annulés et remplacés par d'autres tableaux.

Dans l'intervalle d'une inspection générale ou administrative à une autre inspection, les lieutenans-généraux et les intendans militaires ne peuvent adresser des propositions d'avancement ou de placement, si ce n'est pour services extraordinaires de nature à être considérés comme actions d'éclat.

Titre XI. *Dispositions transitoires.*

Art. 74. Les élèves qui, à la date de la présente ordonnance, sont proposés par le conseil de santé pour l'avancement, seront appelés simultanément à l'hôpital de perfectionnement, dans l'ordre de leur inscription sur le tableau d'avancement, pour concourir, à la fin de l'année scolaire, pour le grade de chirurgien sous-aide.

Toutefois, ils sont dès à présent aptes à être pourvus des vacances d'emploi de chirurgien sous-aide qui se présenteront dans le cours de l'année, d'après l'ordre de priorité qui sera déterminé par le conseil de santé, sur une nouvelle liste collective des chirurgiens et pharmaciens élèves.

Art. 75. Les élèves chirurgiens et pharmaciens de l'hôpital de perfectionnement qui ne remplissent pas la condition de présentation pour l'avancement, seront répartis par portion égale dans les trois hôpitaux d'instruction.

A la fin de l'année scolaire, ils concourront pour passer à l'hôpital de perfectionnement; ceux qui n'auront pas satisfait aux examens resteront une année de plus dans les hôpitaux d'instruction, ou ils composeront la première division.

Art. 76. Par dérogation au premier paragraphe de l'art. 31, et sous la réserve exprimée à l'avant-dernier paragraphe de l'art. 30, les chirurgiens sous-aides des hôpitaux ordinaires passeront, en 1836 et 1837, dans les hôpitaux d'instruction, moitié à l'ancienneté, moitié au choix.

Le choix portera exclusivement sur les sous-aides qui auront remporté des prix dans les concours antérieurs à la présente ordonnance.

Art. 77. Par dérogation au deuxième paragraphe de l'art. 41, les pharmaciens sous-aides en exercice à la date de la présente ordonnance, pourront concourir directement pour le grade de pharmacien aide-major, sans être astreints à la condition énoncée dans ledit paragraphe.

Art. 78. Les officiers de santé de tous grades qui, à la date de la présente ordonnance, se trouveront portés sur les listes du conseil de santé pour l'avancement, pour les corps d'armes spéciales, les postes sédentaires, les hôpitaux ordinaires et les hôpitaux d'instruction, ou pour passer d'une profession dans une autre, concourront, au tour du choix, pour l'avancement et pour ces différentes positions, jusqu'au 31 décembre 1836, sans être astreints à remplir les conditions déterminées par la présente ordonnance.

Art. 79. Les dispositions des ordonnances et réglemens précédens sont abrogées en tout ce qui est contraire à la présente ordonnance.

Art. 80. Notre ministre secrétaire d'état de la guerre est chargé de l'exécution de la présente ordonnance.

Paris, le 12 août 1836.

LOUIS-PHILIPPE.

Par le Roi :
Le ministre secrétaire d'état de la guerre,
Marquis Maison.

(Le tarif de la solde et des indemnités attribuées aux officiers de santé militaires par l'ordonnance royale du 12 août 1836, est annexé à la présente ordonnance, et inséré au Bulletin des lois, n° 450.)

Le Rédacteur en chef, Jules Guérin.

PARIS. — IMPRIMERIE EVERAT ET COMPAGNIE, RUE DU CADRAN, N° 16.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La Gazette médicale de Paris (*Gazette de santé* et *Clinique des hôpitaux* réunies) parait tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et équivaut à 6 feuilles in-8°. Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois. Pour l'Étranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Poissonnière*, n° 5, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

AVIS A MM. LES SOUSCRIPTEURS.

MM. les souscripteurs dont l'abonnement expire à la fin de ce mois, sont invités à le renouveler prochainement s'ils ne veulent pas éprouver d'interruption dans l'envoi du journal. Pour ne pas décompléter les collections, aucun numéro ne sera envoyé aux personnes qui n'auraient pas donné avis de leur renouvellement avant le premier octobre. On s'abonne dans les departemens chez tous les directeurs des postes et des messageries. La quittance d'abonnement sera présentée au domicile de MM. les Souscripteurs de Paris.

SOMMAIRE.

PATHOLOGIE INTERNE.

RECHERCHES SUR QUELQUES POINTS DE L'ÉTUDE DE LA GANGRÈNE PULMONAIRE; par M. Genest, D.-M. P., ancien chef de clinique de la Faculté à l'Hôtel-Dieu.

Le plus grand vague règne encore sur les causes de la gangrène pulmonaire, malgré les travaux nombreux des pathologistes modernes sur les affections des organes thoraciques. C'est aussi sur ce point que nous désirons appeler quelques instans l'attention, en rapportant plusieurs observations qui nous semblent jeter quelque jour sur cette question importante et sur le traitement.

De même que pour tous les organes internes, on a mis en première ligne, parmi les causes de la gangrène pulmonaire, l'inflammation sur-aiguë; mais on s'est mis peu en peine pour prouver l'exactitude de cette assertion. Nous avons parcouru et examiné un grand nombre de cas où l'on avait trouvé à l'autopsie le poumon gangréné; mais nous n'en avons rencontré aucun où, pendant la vie, on eût observé les symptômes caractéristiques d'une inflammation sur-aiguë des poumons; et chez aucun des sujets que nous avons ouverts nous-mêmes, comme dans aucune des autopsies dont nous avons eu connaissance, nous n'avons retrouvé les lésions anatomiques qui auraient dû exister si la gangrène eût été le résultat de l'inflammation, savoir : des portions de poumon à l'état d'hépatisation au milieu de l'escarre ou du bourbillon. La seule altération que l'on ait trouvée dans ces cas ayant rapport à l'inflammation, est un état analogue à la première période de la pneumonie, qu'ont offert soit des debris de l'escarre, soit des portions de poumon qui commençaient à offrir les caractères de la désorganisation gangréneuse. Mais ce qu'on a pris pour un premier degré de l'inflammation, n'était probablement que l'une des formes sous lesquelles se

Feuilleton.

DU DÉMON DE SOCRATE.

Specimen d'une application de la science psycologique à celle de l'histoire; par F. Lélut, medecin surveillant de la division des aliénés de l'hospice de Bicêtre, et medecin adjoint de la prison. Paris, chez Trinquart, libraire-éditeur, rue de l'Ecole-de-Medecine, n° 9. 1836 In-8°, 363 pages.

Qu'est-ce que le démon? C'est par cette question que M. Lelut aurait dû commencer son livre, et precisément il l'a oubliee ou n'a pas ose l'aborder. Les theologiens ou avant eux les historiens juifs se sont pourtant expliques fort au long là-dessus. Rabi Elieser l'enseigne en son chapitre 13; Moïse, fils de Maimon, le répète dans la 2e partie du *More Nebochim*; *le Targums*, livre qui contient, selon Balthazar Bekker, les explications les plus ordinaires et les plus estimees des meilleurs docteurs, le repete encore. Voici ce qui en est. Ce sont les paroles de Rabi Eliezer, traduites en français pour la commodite des lecteurs de la Gazette médicale qui n'entendent pas l'Hébreu. « Les anges administrateurs dirent à Dieu beni eternellement : Dieu, seigneur de l'univers, qu'est-ce que l'homme, pour que tu en fasses tant de cas? Qu'est-il autre chose que vanité? car, à peine peut-il même raisonner sur les choses terrestres. » Les anges administrateurs d'alors traitaient, comme on le voit, l'espèce humaine avec une grande légèreté; ils n'avaient pas la préscience qu'il existerait un jour des professeurs de théologie, des docteurs en Sorbonne; que l'on entasserait sur la montagne Ste-Geneviève assez de livres traitant des choses célestes, pour en former une seconde montagne; ni que, dans une bourgade allemande, il naitrait un homme qui montrerait sur chaque téte humaine, vers l'angle superieur de l'os frontal, un paquet de fibres nerveuses spécialement destinees à s'occuper de théosophie. Mais continuons le récit de Rabi Eliezer. « Pretendez-vous, dit Dieu, que je veuille seulement être exalte et glorifie par vous? Je suis le même là-bas, que je suis ici. Quel est, parmi vous, celui qui pourra nommer toutes les créatures par leur nom? Il ne s'en trouva aucun qui pût le faire. A l'instant Adam se leva, et nomma toutes les créatures par leur nom. Ce que les anges administrateurs ayant vu, ils dirent entre eux : Consultons ensemble, et voyons comment nous pourrons faire pécher Adam contre le Créateur, autrement il ne manquera pas de devenir notre maitre. Sammaël, qui etait un grand prince dans le ciel, assistait a ce conseil avec les anges du premier ordre et les Seraphins; il en choisit un certain nombre, descendit sur la terre, s'adressa au serpent qui, à cette epoque, avait les jambes faites comme celles du chameau, monta sur cet animal, et le conduisit à Eve. » On

présente quelquefois l'apoplexie pulmonaire, et qu'il n'est pas toujours facile de distinguer de l'engouement inflammatoire. Il faudrait donc admettre que dans ces cas le poumon passerait immédiatement du premier degré de l'inflammation à la désorganisation complète, ce que rien n'autorise même à supposer. D'ailleurs les sujets chez lesquels on a observé la gangrène pulmonaire, n'offraient point cet état des forces que suppose la marche d'une inflammation sur-aiguë; au contraire, même, beaucoup d'entre eux ou étaient affaiblis par une autre maladie, ou se faisaient plutôt remarquer par un état de faiblesse générale, une maigreur prononcée, que par une constitution vigoureuse, un embonpoint remarquable et la prédominance du système vasculaire sanguin.

Aussi la débilité a été considérée comme l'une des dispositions les plus actives à la gangrène pulmonaire. Cette opinion est bien plus d'accord avec les faits que la précédente; cependant on ne peut point admettre que cette cause soit celle du plus grand nombre des cas; car, le plus souvent, les sujets n'offraient pas les signes d'une constitution assez délabrée pour qu'on pût trouver dans cette circonstance seulement la cause d'un accident aussi formidable. Un second motif qui nous paraît combattre cette opinion, c'est le grand nombre des cas de guérison qui aujourd'hui sont constatés, et qui devraient être extrêmement rares, surtout avec le traitement adopté dans la plupart de ces cas, si l'affaiblissement de l'organisme, un appauvrissement du sang, un état approchant du scorbut, en était la cause principale. On pourrait demander encore pourquoi la maladie est ordinairement bornée à un point seulement du poumon, et surtout à un seul poumon : ce n'est pas là ce qu'on observe dans les maladies qui dépendent d'un état général. Chez les sujets qui succombent au scorbut, par exemple, il peut arriver qu'on ne trouve l'altération principale, l'infiltration sanguine, entièrement développée que sur un point seulement; mais ailleurs on retrouve divers degrés de la même altération, un ramollissement, un état de pâleur et de flaccidité qui suffit pour faire reconnaître la nature de la maladie. Il n'en est pas de même dans la gangrène du poumon; souvent la partie frappée de gangrène est enveloppée par une membrane qui la sépare du tissu voisin plus ou moins altéré, mais vivant, et qui indique elle-même une certaine énergie de réaction. A quelques lignes, à quelques pouces au plus, et à plus forte raison dans le poumon du côté opposé, le tissu pulmonaire est tout-à-fait à l'état normal. Nous pensons donc que la débilitation générale ne peut expliquer le développement de la gangrène pulmonaire. Cependant nous admettons que cette condition est l'une des plus favorables, ainsi que M. Guislain (1) l'a démontré pour les aliénés dans un bon travail que nous aurons encore l'occasion de citer plus d'une fois

On a dit encore (Laënnec) que la gangrène pulmonaire était une affection essentiellement gangréneuse, comme l'anthrax, la pustule maligne, le charbon, etc. Mais les maladies essentiellement gangréneuses reconnaissent toutes des causes spécifiques que nous ne retrouvons pas dans la gangrène des poumons, soit l'inflammation sur-aiguë (anthrax), soit le contact d'un virus septique (affections charbonneuses), soit un état grave de l'économie et toujours facile à constater (fièvre grave, peste). Comme on ne rencontre rien de semblable dans les cas de gangrène pulmonaire, on est donc obligé de rejeter cette cause ou d'admettre une espèce d'affection gangréneuse toute spéciale et différente des autres, survenant sans cause appréciable et souvent sous l'influence d'une santé passable.

Enfin, le dernier ordre de causes auquel on a attribué la lésion qui nous occupe, c'est la présence d'un obstacle mécanique à la circulation du sang dans les poumons. Nous ne nierons pas que le développement rapide des masses tuberculeuses ou d'une autre nature sur le trajet des vaisseaux des poumons, ne puisse amener le sphacèle d'une partie de cet organe; mais ces cas sont très-rares : nous ne connaissons de bien authentique que celui qu'a décrit M. Carswell (1); et telle n'a point été la cause des cas que nous avons observés ou dont nous avons parcouru la relation (2).

Il y a encore une cause de la gangrène pulmonaire qui a été soupçonnée par plusieurs auteurs, indiquée par quelques-uns, mais qui cependant n'a pas reçu l'attention qu'elle nous paraît mériter : nous voulons parler de l'hémorrhagie pulmonaire, ou plutôt de l'apoplexie pulmonaire. C'est cette cause jusqu'ici négligée qui nous paraît jouer le rôle principal dans la plupart des cas de gangrène pulmonaire; c'est au moins celle qui nous a paru ressortir le plus évidemment de l'examen approfondi des cas que nous avons observés nous-mêmes. Nous allons chercher à le démontrer en commençant d'abord par rapporter l'observation suivante, qui nous semble offrir un haut intérêt dans la question qui nous occupe.

HÉMOPTYSIES ABONDANTES; MORT; CAVITÉS REMPLIES DE SANG PUTRIDE DANS LE TISSU PULMONAIRE.

Obs. I (3). — Le nommé Veille, boulanger, âgé de 26 ans, d'une constitution grêle, dit avoir joui habituellement d'une bonne santé jusqu'au mois de juillet dernier. A cette époque il fut pris presque subitement de douleurs dans toute la poitrine, et spécialement vers le mamelon gauche, et fut obligé de suspendre son travail et même d'entrer à l'Hôtel-Dieu où il resta et fut saigné quatre fois pendant un mois. A sa sortie il voulut reprendre ses travaux, mais au bout de quinze jours il fut contraint de les abandonner et de rentrer à l'Hôtel Dieu où il séjourna encore pendant un mois Puis, ayant voulu encore recommencer à travailler, il ne le put, et rentra à la Charité, se plaignant toujours de douleurs dans la poitrine. Enfin il rentra pour la troisième fois à l'Hôtel-Dieu, le 12 janvier 1833, assurant que depuis qu'il est malade il a très peu maigri et qu'il n'a commencé à cracher du sang que quelques jours avant sa dernière admission. Voici l'état qu'il a offert le lendemain :

13 janvier, fétidité considérable de l'air expiré; odeur de macération anatomique dans les grands efforts de la toux. Des matières rougeâtres et ternes sont expectorées pendant ces grands efforts qui donnent quelquefois lieu à une expectoration peu abondante d'un sang spumeux et vermeil. La poitrine percutée donne un son obscur à sa partie inférieure et postérieure gauche, depuis deux travers de doigts au-dessous de la pointe de l'omoplate jusqu'à la base de la cavité thoracique. Bruit respiratoire obscur; point de retentissement de la voix; point de fièvre; toux revenant par quintes avec turgescence de la face qui reste comme bouffie et infiltrée dans les intervalles qui séparent les quintes. État normal des

(1) Gazette Médicale, année 1836, pag. 34.

(1) Elementary forms of disease. Première livraison.

(2) Nous connaissons un fait où, bien que la branche gauche de l'artère pulmonaire fût oblitérée complètement dès son entrée dans le poumon de ce côté, on n'a rien observé d'analogue à la gangrène.

(3) Recueillie dans le service de M le professeur Chomel.

sait le reste. Adam fut maudit, le serpent y perdit ses jambes, et Sammaël et les anges de sa bande furent changés en démons. Quoique plongés en enfer, ces démons n'ont pas perdu toute relation avec les hommes; loin de là, leurs inclinations perverses n'ayant fait qu'augmenter, ils ont joué à notre pauvre espèce toutes sortes de mauvais tours. Les Hébreux, qui les connaissaient bien, appelaient Shadim les démons des eaux, Meririm les démons enragés, Betzaphim les démons brûlans ou exterminateurs, Shagirim ceux qui, velus comme des boucs, se montrent visibles aux sorciers et aux sorcières; Oboth ceux qui se logent dans des fioles, etc., etc. Les Chaldéens, les Égyptiens n'en manquaient pas non plus; la Grèce en était comme peuplée, ainsi que le témoignent Philostrate, Pausanias, Dion Chrysostome, Plutarque, etc., etc Les harpies, les nymphes, les muses, les génies, les mânes, les satyres, étaient tous des démons. Les dieux de ce pays, Saturne, Jupiter, Pluton, etc., n'étaient pas autre chose, ainsi que l'ont surabondamment prouvé les pères de l'Église et les casuites Dans le *bon temps*, on ne voyait que cela en France; le diable était partout, les exorcismes ne suffisaient pas à le chasser, les juges à condamner au feu ceux qui s'étaient donnés à lui. J'ai dit *le diable*, il faut dire les diables, car le nombre en était presque infini, ainsi que l'ont prouvé les théologiens, qui, sur un fait de cette importance, ne pouvaient pas se tromper. Les noms qu'ils se donnaient (je parle des diables et non pas des théologiens) variaient suivant les temps et les pays. J'ai dit quelques noms juifs et grecs. Dans l'Inde, il y a le démon Calcuth; au Malabar, le démon Narsingue, qui sans doute, par ironie contre le pape, a une tiare sur la tête, ainsi que nous l'apprend le voyageur Vartoman, qui lui donne quatre dents crochues en la bouche et des griffes serrant une âme qu'il va dévorer. Au Paraguay, le diable Toboroecoce; au Canada, le diable Cudruagny, qui, d'après Jacques Cartier, ressemble tout-à-fait à nos diables indigènes, ayant cornes en tête, griffes aux pieds, etc.; en Lorraine. *Remigius*, qui se connaissait en sorciers, car il en a fait brûler quelques centaines, a su que les diables de son pays portaient des noms tout Français, ce qui annoncerait presque un commencement de civilisation; ce sont maître Persil, Jolibois, Verdelet, Saute-Buisson, et un autre qui, pour me servir des expressions de l'auteur, *sibi* Verd-Joly *nomen fecerat*. Maintenant l'espèce en devient rare; il n'y en a plus que de loin à loin; et le dernier dont j'ai entendu parler date déjà de dix ans, il était dans le corps d'une femme de Bordeaux, qu'il avait rendue polyglotte, car il répondait en espagnol quand on lui parlait latin. Un respectable ecclésiastique de cette ville est parvenu, à grand'peine, à le faire déloger en employant, comme aurait dit Rabelais, force *egredieris*

Après avoir ainsi réparé l'omission faite par M. Lélut, voyons ce qu'il faut croire du démon de Socrate. Tertulien (*lib. de animâ*, cap 1) ne doute point que le démon de Socrate ne soit du nombre des mauvais démons. Minutius Felix appelle ce démon abuseur et trompeur. Saint-Augustin (*Quod idola dii non sunt*), est de l'opion de Tertulien et de Felix, ainsi que Lactance et Saint-Augustin (l. 8, c. 14, *de civitate dei*). Pierre Leloyer conseiller du roi au présidial d'Angers, souscrit à ce qu'ont pensé les auteurs de l'église touchant Socrate qui n'était autre qu'un magicien; et il prouve qu'en effet il en était ainsi, dans le quatrième livre de son histoire des spectres, histoire dont la lecture est recommandée par les docteurs de la sacrée faculté de théologie de Paris, pour l'instruction des bons catholiques, contre les pernicieuses et erronées opinions des anciens et modernes athéistes, naturastes, libertins, sorciers et hérétiques.

M. Lelut ne se soumet pas à ces importantes autorités; il examine à l'aide des seules lumières de la raison et de la science, les passages des auteurs grecs qui

organes digestifs. (Violette ; sirop de gomme ; potion gommeuse avec extrait de ratanhia, 1 gros ; vésicatoire au bras, lavemens émolliens, diète.)

Le 14, le malade n'a point reposé pendant la nuit et en a été empêché par la toux qui continue par quintes; les crachats offrent les mêmes caractères et l'air expiré la même fétidité. (Saignée de deux palettes; ligature des membres inférieurs, id.)

Le 15, la respiration est plus libre; les crachats ont cessé de contenir du sang aussitôt après la saignée pratiquée hier et qui est couverte d'une couenne assez épaisse; pas de fièvre. (Deux cautères à la base de la poitrine; deux bouillons; crème de riz, etc.)

Le 16, aujourd'hui, à une heure du matin, le malade a été pris de ce qu'il appelle un vomissement de sang et qu'il dit avoir été beaucoup plus abondant qu'il ne l'avait été jusqu'ici. Son crachoir en contient environ quatre onces et qui paraît presque pur. Deux selles liquides dans les vingt quatre heures; du reste même état. (Saignée de deux palettes; potion avec extrait de ratanhia, 2 gros. id.)

Le 17, la saignée d'hier offre un caillot assez dense, sans couenne et qui nage dans une grande quantité de sérosité. Le malade a encore rendu beaucoup de sang; son crachoir en contient bien six onces, offrant aussi un caillot qui nage au milieu d'une sérosité abondante. Il se plaint amèrement et veut à toute force sortir de l'Hôtel-Dieu. (Potion avec acétate de plomb, 12 grains.)

Le 19, le malade est à peu près dans le même état. Il a cependant un peu moins craché de sang que les jours précédens (Potion avec acétate de plomb, 24 grains.)

Le 20, le malade était assez bien; vers six heures du soir, il est pris tout à coup d'une toux avec crachement de sang abondant, et pendant lequel il meurt instantanément et comme asphyxié, conservant un caillot de sang dans la bouche.

AUTOPSIE FAITE 38 HEURES APRÈS LA MORT.

Habitudes générales. Pâleur extrême, maigreur prononcée à la face et à la poitrine, œdématie des membres inférieurs

Le cerveau et ses membranes n'offrent rien d'anormal.

Le larynx, la trachée et les bronches, même jusqu'aux plus petites, sont entièrement remplies par un caillot qui est continu et suit toutes les divisions des bronches.

Thorax Le poumon gauche offre des adhérences assez résistantes et anciennes avec la plèvre. En incisant ce poumon, on trouve dans son centre une cavité qui pourrait contenir une noix de volume ordinaire, remplie par un caillot noirâtre et demi-fluide, dont l'odeur gangréneuse rappelle celle des crachats des premiers jours. La forme de cette cavité est allongée et conique; elle est tapissée d'une membrane lisse et si mince qu'on ne peut en reconnaître la nature à l'inspection; mais en l'examinant avec soin on trouve qu'elle communique avec une bronche dont on suit très-facilement la membrane interne dans l'intérieur de la cavité où elle se termine et qui n'offre pas d'autre issue L'ouverture par laquelle la bronche pénètre dans cette cavité est assez étroite pour ne permettre l'introduction que d'un stylet d'une moyenne grosseur, et elle y pénètre abruptement par la grosse extrémité de la cavité; en sorte que cette bronche qui offre à peine une ligne ou une ligne et demie de diamètre au point où elle s'ouvre dans la cavité, offre immédiatement un calibre d'un pouce et même peut-être plus. tandis que, par l'autre extrémité, la cavité ne se rétrécit que très graduellement Examinant alors les autres bronches avec soin, on remarque d'abord qu'elles sont toutes remplies par le caillot de sang dont nous avons déjà parlé et en outre qu'elles offrent dans leur trajet de fréquentes dilatations, mais dont aucune n'approche de l'étendue de celle que nous venons de décrire et qui ne se présentent point comme elles à leur terminaison.

Le tissu du poumon offre en dehors des bronches et de leurs dilatations que nous venons d'indiquer, de petites masses de sang noir et coagulé, de volume variable, mais se rapprochant assez de celui d'un grain de chènevis ou de blé, et que l'on en fait sortir en entier en pressant assez fortement; elles sont évidemment dues à l'extravasation du sang dans le tissu du poumon et ne sont pas agglomérées sur un seul point. A la base du même poumon on trouve une cavité capable de contenir une petite noix, remplie de sang putréfié, demi-fluide et à odeur gangréneuse. Cette cavité n'est point tapissée par une membrane, elle présente au contraire, à sa surface, des irrégularités et anfractuosités qui indiquent qu'une déchirure avec écartement du tissu pulmonaire a eu lieu dans ce cas. On n'a pas cherché à constater s'il y avait quelque bronche qui communiquât avec l'intérieur de cette cavité.

Le poumon droit offre comme le gauche de nombreuses dilatations sur le trajet des bronches, mais dont aucune n'a l'étendue ni les caractères de celle que nous venons de décrire ci-dessus. Toutes les bronches sont remplies par un caillot qui semble continu et paraît pénétrer jusque dans leurs dernières ramifications. On trouve en outre sur quelques points de petites masses de sang coagulées dans le tissu même des poumons, et que l'on en fait sortir comme à gauche par la pression.

Les organes abdominaux n'offrent rien de notable.

Cette observation nous a paru importante sous plus d'un point de vue; aussi l'avons-nous rapportée avec tous les détails qui nous ont semblé nécessaires pour qu'elle fût bien comprise.

1° Nous ne fûmes pas peu embarrassés pour savoir à quelle lésion nous devions rapporter la première cavité contenant du sang à odeur gangréneuse dont nous avons parlé. Cette cavité était-elle une simple dilatation des bronches, ou pouvait-on la regarder comme une de ces cavernes revêtues d'une fausse membrane dans laquelle on trouve quelquefois le tissu pulmonaire réduit à l'état de gangrène? La question paraissait difficile à résoudre; cependant la présence de nombreuses dilatations sur le trajet des bronches, la continuité de la membrane qui tapissait la cavité avec celle qui revêt l'intérieur des bronches, la régularité et l'uniformité de l'ouverture par laquelle la bronche venait se terminer dans cette cavité, et enfin l'absence de tissu pulmonaire gangréneux dans l'intérieur qui n'était rempli que de sang putréfié, furent les motifs qui nous déterminèrent à regarder cette cavité comme le produit d'une simple dilatation, mais plus considérable qu'à l'ordinaire, et occupant l'extrémité d'une bronche.

2° La présence du sang putréfié dans cette cavité paraissait difficile à expliquer, tandis que dans toutes les autres cavités produites aussi par la dilatation des bronches, le sang était en caillots de formation récente et sans odeur spécifique; cependant, comme cette dilatation se trouvait à l'extrémité d'une bronche, et que l'ouverture par laquelle elles communiquaient était très-étroite relativement à la capacité de la cavité, on conçoit facilement qu'un caillot formé dans cette cavité n'en ait point été chassé, et qu'il ait continué à rester en contact avec l'air. Or, c'est cette dernière circonstance (le contact de l'air avec le sang hors de ses vaisseaux) qui est la condition la plus favorable à la putréfaction de ce liquide. Lorsque le sang reste dans l'intérieur des tissus à l'abri du contact de l'air, en quelque quantité, pour ainsi dire, qu'il y soit accumulé, il y reste long-temps encore sans éprouver l'altération dont nous parlons. Nous avons vu d'abondantes collections de sang dans le tissu de divers organes chez des individus morts dans des circonstances très-défavorables, à la suite du purpura hemorrhagica, de la fièvre typhoïde, etc., maladies où le sang avait cependant déjà éprouvé une altération préalable; et pourtant nous n'avons jamais observé dans ces cas l'odeur caractéristique de la dernière décomposition. Nous croyons donc que le contact prolongé de l'air est, dans les circonstances ordinaires, la condition la plus favorable à la putréfaction du sang C'est ainsi qu'à la suite des couches, lorsque le sang est retenu dans la matrice par une cause souvent difficile à apprécier, il acquiert en quelques heures une fétidité gangréneuse. Dans le cas que nous avons rapporté, c'est donc le contact prolongé de l'air sur le sang contenu dans cette cavité, qui a déterminé la putréfaction de ce liquide et

---

concernent le démon ou génie de Socrate, et il conclut en disant que Socrate était un visionnaire, un fou (pag 13). Cette imputation est grave; la trouverons-nous fondée?

« Socrate enseignait aux jeunes gens la modestie, la défiance de soi-même, la nécessité d'apprendre pour savoir, l'amour des enfans pour leurs parens, la tempérance, la chasteté, l'éloignement de l'amour infâme alors à la mode, l'observation des coutumes et des lois de la république, la piété envers les dieux, la foi en leur providence, la reconnaissance pour leurs bienfaits, l'abandon des études inutiles ou nuisibles de la philosophie explicative, l'horreur du sophisme et des maîtres en cet art. » Et les vertus qu'il recommandait, il était le premier à les pratiquer. Socrate était un sage, le premier des sages de la Grèce, et je ne sais quel homme pourrait s'égaler à lui.

Pourtant M. Lelut déclare que Socrate était un fou. Sur quoi se fonde-t-il? Nous faisons cas du savoir de M. Lelut, nous connaissons la justesse de son esprit; il faut qu'il ait, sinon raison, au moins des raisons. Socrate avait un esprit familier qui lui donnait des pressentimens, lui inspirait des prophéties, lui faisait entendre une voix dont les avertissemens le détournaient des actions injustes et dangereuses. Il s'était fait remarquer par sa singularité, on le voyait vêtu du même manteau dans toutes les saisons, dansant et sautant souvent seul, sans raisons *connues* et comme par boutades; il menait aux yeux du vulgaire un genre de vie bizarre; n'ayant d'autre occupation que celle de pérorer sur les places publiques et presque dans les boutiques des artisans, poursuivant tout le monde de ses questions et de son ironie, ne voulant rien recevoir de ses amis, ni de ses disciples, mais ne se faisant pas de difficulté de leur demander un habit quand il en avait besoin; enfin, il s'était fait par sa conduite et par ses manières, une telle réputation d'excentricité que Zénon l'épicurien le nomma plus tard, le bouffon d'Athènes, ou, comme on dirait maintenant, un original. Au siège de Potidée, il eut une longue extase pendant laquelle il regarda fixement le soleil et resta debout toute la nuit, sans s'apercevoir de ce qui se passait autour de lui. Non-seulement il croyait recevoir des inspirations, entendre une voix divine, mais il croyait aussi produire, à distance une influence sur ses amis, sur ses disciples et presque sur les étrangers. influence indépendante de la parole et du regard, s'exerçant à travers les murailles et dans un rayon plus ou moins étendu. Or, d'après M. Lelut, on ne peut rien voir, ni rien entendre de plus extravagant, de plus caractéristique de la folie, et les hallucinés qu'il a sous les yeux, lorsqu'ils prétendent envoyer ou recevoir à distance des influences *physiques*, *magnétiques*, *franc-maçonniennes*, parlent et agissent en conséquence, et ne sont pas plus fous que ne l'était Socrate

Parmi les preuves de la folie de Socrate, que cite encore M. Lelut, se trouve celle-ci; elle est extraite de l'apologie prononcée devant les juges qui le condamnèrent à boire la ciguë: « Je veux vous raconter, dit Socrate, une chose qui m'est arrivée aujourd'hui, et vous apprendre ce qu'elle signifie. Voici, ô mes juges, car je puis maintenant vous appeler de ce nom, la chose extraordinaire qui m'est arrivée. Cette voix prophétique du démon qui n'a cessé de se faire entendre à moi dans tout le cours de ma vie, qui, dans les moindres occasions, n'a jamais manqué de me détourner de ce que j'allais faire de mal, aujourd'hui qu'il m'arrive, comme vous voyez, des choses qu'on pourrait penser assurément être les plus grands des maux, ce dieu a gardé le silence; sa voix ne m'a arrêté ni ce matin quand je suis sorti de ma maison, ni quand je suis venu devant ce tribunal, ni tandis que je parlais. Cependant, dans beaucoup d'autres circonstances, elle vint m'interrompre au

a causé l'odeur gangréneuse bien caractérisée que le malade présentait dès le lendemain de son entrée, bien que le sang qu'il rejetait n'offrît point cette couleur rouillée ou chocolat qu'on regarde comme caractéristique.

3° Nous avons vu qu'il existait vers la base du même poumon une caverne différente de la première et également remplie de sang putréfié et à odeur gangréneuse. Ici on peut encore admettre la même explication, bien que l'on n'ait pas cherché s'il existait une communication avec l'air extérieur par la rupture de quelque rameau bronchique.

4° Enfin nous trouvons au centre des deux poumons des traces de l'engorgement hémoptoïque, qu'il est assez facile de confondre à une certaine époque, quand on n'y apporte pas toute l'attention nécessaire, avec l'engouement inflammatoire. Le meilleur moyen de les distinguer, lorsque la maladie est récente, est de comprimer assez fortement une portion du tissu pulmonaire entre les doigts; et dans le cas d'épanchement sanguin, on voit sortir du tissu pulmonaire de petites masses de sang noir, solide et comme cuit. Quand la maladie est plus ancienne, les tissus altérés offrent des caractères qu'il est difficile de méconnaître et que nous ne pouvons point rappeler ici.

Il nous semble donc permis de conclure de cette observation que l'hémoptysie peut être accompagnée d'apoplexie pulmonaire, ce qui, au reste, est admis, depuis les travaux de Laennec, par tous les pathologistes qui se sont occupés de cette question; et que quand le sang épanché dans le tissu du poumon en collection plus ou moins considérable vient à se trouver en contact avec l'air extérieur, il se putréfie très-facilement et cause pendant la vie cette fétidité de la respiration que l'on dit être caractéristique de la gangrène. Cependant l'observation que nous venons de rapporter n'est point, à proprement parler, un exemple de gangrène pulmonaire, ce n'est qu'un cas de putréfaction de sang accumulé dans deux cavités de nature différente, et à laquelle le tissu des poumons n'avait probablement pris aucune part.

L'observation suivante va nous fournir l'exemple d'un cas où, à la putréfaction du sang, se joignait aussi une désorganisation gangréneuse et très-considérable du tissu même du poumon.

DOULEUR AU CÔTÉ ET SOULAGEMENT; PUIS TOUT A COUP REFROIDISSEMENT GÉNÉRAL ET DYSPNÉE SUFFOCANTE QUI NE DIMINUE QUE PAR L'EXPUITION DE SANG ROUGE ET PUR, LEQUEL PREND GRADUELLEMENT LA COULEUR CHOCOLAT. MORT. A L'AUTOPSIE GANGRÈNE PULMONAIRE ENTOURÉE D'UN KYSTE DANS LE POUMON GAUCHE.

OBS. II (1). — La nommée Dubreuil, brodeuse, âgée de 27 ans, d'une forte constitution et ordinairement bien portante et bien réglée, rapporte qu'elle toussait un peu depuis quelque temps quand s'étant exposée au froid elle fut prise subitement d'une violente douleur au-dessous du sein gauche; elle reste sans traitement et entre au bout de deux jours à l'Hôtel-Dieu, salle Ste-Madeleine, le 4 mars 1830.

Le 5, facies inquiet, exprimant une vive souffrance; agitation; dypsnée extrême; céphalalgie sus-orbitaire; pouls plein, fort, 80 pulsations; douleur très-vive au-dessous du sein gauche augmentant par la toux et la pression. La sonoréité est la même des deux côtés, un peu moins claire peut-être à gauche où l'on entend un peu de râle muqueux à grosses bulles. La toux est fréquente et sèche; les crachats sont rares, filans, spumeux. L'examen de la langue et de l'abdomen ne présente rien d'anormal. (Saignée de trois palettes; 15 sangsues au côté gauche; tisane pectorale.)

Le 6, la malade se trouve un peu mieux; elle reste cependant agitée, accuse toujours une douleur vive au-dessous du sein gauche. La dyspnée est moins forte; la percussion et l'auscultation n'apprennent rien de nouveau. La saignée d'hier est riche et couenneuse. Les crachats offrent les mêmes caractères. (12 sangsues au côté gauche; sinapismes aux pieds.)

Le 7, la malade est à peine reconnaissable; la figure est pâle et décomposée; la dypsnée est revenue plus forte qu'avant son entrée, et la toux plus fréquente. La malade dit avoir été prise pendant la nuit, sans cause appréciable, d'un sentiment de froid général à la suite duquel elle éprouva une très-forte suffocation et ne fut un peu soulagée que par l'expuition de nombreux crachats de sang presque pur, rutilant et vermeil qui continuent et offrent les même caractères et très-abondans. La douleur du côté gauche qui avait presque complètement disparu est revenue plus vive. La percussion donne une égale sonoréité des deux côtés; elle est cependant un peu moindre à gauche en avant et en bas où l'on entend beaucoup de râle muqueux, du souffle bronchique, et quelques traces de râle crépitant éloigné. La malade se plaint vivement et est fort agitée; les crachats et l'air expirés par la malade ne présentent aucune odeur spécifique; pouls fort, plein et d'une médiocre fréquence. (Saignée de deux palettes, et une conditionnelle pour le soir; sinapisme.)

Le 8, l'état de la maladie est le même; elle est toujours très-agitée et se plaint continuellement; l'expectoration qui ne fournit que du sang presque pur et très-abondant a été évaluée à deux palettes et demie; le pouls est le même; la saignée offre un caillot nageant dans une sérosité abondante, sans couenne. (Saignée de deux palettes.)

Le 9, la face est décolorée, la dypsnée forte, l'anxiété considérable. L'expectoration de sang continue très abondante; en trois heures la malade en a rendu plus d'une palette qui est moins vermeil et moins pur que les premiers jours, et offre une odeur fade, douceâtre, approchant un peu de l'odeur de la macération, mais sans fétidité caractéristique; cette teinte arrive presque à celle du chocolat. La malade dit que sa respiration l'empoisonne, bien que pour ceux qui l'entourent l'air qu'elle expire n'offre pas un fétidité notable. Le poumon gauche est rempli de râle très-bruyant et offre en arrière et en bas une matité peu douteuse. Le sang de la dernière saignée n'offre pas de couenne; le caillot est peu consistant et semble dissout au milieu de la sérosité; le pouls perd de sa force et est un peu plus fréquent (Trois ventouses scarifiées sur le côté gauche.)

Le 10, la malade est moins agitée, elle dit moins souffrir du côté; mais elle s'affaiblit beaucoup; à la pâleur des jours précédens se joint une teinte terreuse, livide; le crachement de sang continue toujours très-abondant et la couleur chocolat du liquide expectoré, ainsi que son odeur gangréneuse, ne peuvent plus laisser de doute sur la désorganisation du poumon. (Saignée de trois palettes.)

Le 11, l'état de la malade a beaucoup empiré; ses lèvres sont pâles, ses extrémités froides; elle éprouve de temps en temps des suffocations que la sortie du sang soulage un peu. Elle se plaint de douleurs dans toute la poitrine. Le râle est stertoreux et la malade est si faible qu'on ne veut pas la tourmenter pour l'auscultation. Dans la journée d'hier l'air expiré a pris une fétidité insupportable même pour les assistans et dont la malade sa voisine se plaint fortement ce matin. La fétidité des crachats est moins prononcée que celle de la respiration. La malade succombe le 12, à deux heures du matin.

AUTOPSIE FAITE 30 HEURES APRÈS LA MORT.

Habitude extérieure. Décoloration générale; une sanie noire et fétide sort en abondance par la bouche et par les fosse nasales dans les mouvemens qu'on imprime au cadavre.

Thorax. Adhérences anciennes et rares des deux côtés de la poitrine; à gauche et en bas il en existe cependant quelques-unes qui paraissent récentes. En cherchant à tirer le poumon de la poitrine il se déchire et un flot d'un liquide d'une odeur insupportable sort d'une cavité qui occupe le lobe postérieur, creusée dans son intérieur, et remplie de débris du tissu pulmonaire sous forme de putrilage et d'un liquide de couleur lie de vin, et ayant l'odeur spécifique de la gangrène. Ces débris entièrement séparés du reste du poumon ou au moins ne tenant que par quelques points rares et peu étendus, se trouvent appartenir aux vaisseaux artériels et aériens. Cette cavité qui ne contient rien de solide et qui était de capacité à contenir un poing d'un fort volume, n'offre point d'irrégularités à sa surface interne et est recouverte dans toute son étendue d'une espèce de membrane celluleuse, blanche et qui n'a pas moins d'une demi-ligne d'épaisseur. En

(1) Recueillie dans le service de M. Gibert.

milieu de mon discours; mais aujourd'hui, elle ne s'est opposée à aucune de mes actions, à aucune de mes paroles. Quelle peut être la cause de cela? Je vais vous le dire. C'est que ce qui m'arrive est, selon toute vraisemblance, un bien, et que nous nous trompons sans doute en pensant que la mort soit un mal. Une preuve évidente pour moi, c'est qu'infailliblement, si j'eusse dû mal faire aujourd'hui, le signe ordinaire m'en eût averti. Car ce qui m'arrive n'est pas l'effet du hasard, et il est clair pour moi, que mourir dès à présent, et être délivré des soucis de la vie, était ce qui me convenait le mieux. Aussi la voix céleste s'est tue aujourd'hui. »

Il est évident, d'après ce qui précède et surtout d'après cette citation de *l'Apologie*, que Socrate avait des hallucinations. Les médecins qui ont traité de cette maladie ont expliqué par elle tout ce que l'on a raconté touchant les esprits et les apparitions, M. Lélut a pensé comme eux, et il en a fait l'application à Socrate. En cela M. Lélut a eu raison; mais suffit-il qu'un homme soit halluciné pour être déclaré fou? Non, car nous trouvons dans ce monde des hommes très-bien portans et très-sains d'esprit, qui *voient* et qui *entendent* à la manière des hallucinés, mais qui n'attribuent aucune existence aux objets de leurs sensations; qui savent que ce sont des phénomènes purement subjectifs. De ceux-là, on ne peut assurément pas dire qu'ils soient fous. Des autres, sera-t-on fondé à le dire? Socrate entendait et il plaçait en dehors de lui la cause des sons qu'il percevait. Cela est vrai, mais comme il n'avait pas analysé le phénomène qu'il éprouvait, comme il ne savait pas (ce que tous ses contemporains ignoraient également) ce que c'est qu'une hallucination, et que la croyance aux esprits était alors générale, pour ne pas dire universelle, il n'avait pu s'isoler, si je puis m'exprimer ainsi, de ses sensations anormales, en examiner la valeur et les juger.

Au reste, ce qu'a voulu surtout prouver M. Lélut, c'est que Socrate avait des hallucinations, et ce fait, il l'a établi de manière à ne pas laisser le moindre doute dans l'esprit de ses lecteurs. Il n'en admire pas moins la doctrine de Socrate qu'il regarde comme le personnage le plus colossal de l'antiquité grecque, comme le type incarné de la philosophie et de la vertu.

Et maintenant prétendrons-nous avoir résolu la question posée en commençant? Qu'est-ce que le démon? C'est, il faut le dire, le produit de la conception des cerveaux malades, que les philosophes et les prêtres ont nourri et élevé, devant lequel ont tremblé toutes les nations, dont les médecins se sont enfin emparé et qu'ils ont fait mourir.

Que cela soit compris comme cela est dit, sans attaquer le principe de tout bien, principe que la conscience révèle et auquel l'imagination ne peut rien ajouter.

TEUREL.

— Une ordonnance récente vient de mettre à la retraite près de quarante chirurgiens militaires de tout grade. Sans vouloir discuter les motifs d'une mesure aussi générale, on regrette de trouver sur cette liste le nom de M. Gama, chirurgien en chef du Val-de-Grâce, à qui l'on devait l'organisation, sous le rapport scientifique de cet hôpital ainsi que de l'hôpital d'instruction de Strasbourg. Les nombreux élèves formés par M. Gama peuplent aujourd'hui notre chirurgie militaire, et ils le portent, de tous leurs vœux, à la place de chirurgien en chef des Invalides, demeurée vacante en vertu de la dernière ordonnance sur le service de santé des armées.

examinant cependant avec soin les mailles dont est composée cette membrane, nous croyons reconnaître qu'elle n'est formée que par du tissu pulmonaire très-compact et complètement décoloré.

Dans une partie de son étendue cette membrane est en contact immédiat avec la plèvre qui se déchire très-facilement; partout ailleurs elle est contiguë et probablement continue avec une couche d'une épaisseur variable de tissu pulmonaire induré, très-compact, sans traces de ramollissement ni de suppuration, ne ressemblant pour la densité ni au tissu du foie, ni à celui de la rate, mais bien au tissu du rein, à l'exception qu'il est légèrement verdâtre. Immédiatement en dehors de cette couche le tissu du poumon présente à peu près l'état normal avec un peu d'engouement à la partie inférieure, mais sans ramollissement.

Le lobe supérieur est à l'état sain; le poumon droit est crépitant en avant et en haut, engoué en arrière et en bas, mais très-résistant et presque complètement décoloré.

La muqueuse offre dans la trachée et les grosses bronches une rougeur qui va en augmentant d'intensité et est tout-à-fait noire dans les petites bronches du côté gauche.

Le cœur est petit, vide de sang, décoloré légèrement, ramolli dans tout son tissu.

Abdomen. L'estomac est pâle ainsi que tous les intestins. La muqueuse est ramollie dans le grand cul de sac.

Le foie, la rate et les intestins sont décolorés. Le corps de la matrice a à peine le volume d'une petite noix, et son col a près de deux pouces de longueur et est très-tortueux.

Le *cerveau* n'a rien présenté d'anormal qui eût rapport à la maladie qui a déterminée la mort si ce n'est qu'il est très-pâle et a une consistance anormale.

La seule difficulté que présente cette observation, c'est de savoir si l'abondante hémoptysie qu'a éprouvée le malade a précédé le développement de la gangrène, ou si elle n'a été qu'un effet de la gangrène elle-même produit par la séparation des parties gangrénées de celles qui avaient conservé la vie. Plusieurs pathologistes qui se sont occupés, depuis quelques années, d'études sur la gangrène pulmonaire, ont cru devoir attribuer les hémorrhagies abondantes qu'on voit souvent survenir pendant sa durée, à la dernière cause que nous venons d'indiquer. Nous ne voulons pas nier qu'il n'en soit ainsi dans un certain nombre de cas et à une certaine époque de la maladie; mais sans considérer la question d'une manière générale, il nous suffira de faire voir que dans le fait précédent c'est réellement l'hémoptisie qui a précédé le développement de la gangrène.

Et d'abord, si nous parcourons avec attention cette observation, nous y reconnaîtrons trois périodes bien distinctes, la première pendant laquelle, à la suite d'un refroidissement, la malade sentit une vive douleur de côté accompagnée de dyspnée, de céphalalgie et d'une fièvre médiocrement forte, et fut considérée comme atteinte d'une pleurodynie ou d'une pleurésie sans épanchement. La seconde, qui offre tous les caractères de l'hémorrhagie, refroidissement subit et spontané, la malade étant au lit; très-forte suffocation, et soulagement par l'expuition d'un sang *rutilant, vermeil et très-abondant*. La troisième enfin, qui commence à l'époque où les crachats, bien qu'abondans, présentent une teinte rouillée, chocolat, une odeur fade et douceâtre, où l'air expiré commence à paraître fétide à la malade elle-même, et pendant laquelle nous voyons se développer successivement tous les symptômes qui appartiennent à la gangrène pulmonaire caractérisée.

Cette marche est tout-à-fait celle de l'hémorrhagie, et non point de la gangrène. Si la gangrène se fût développée spontanément, et que l'hémorrhagie n'eût été que consécutive, le sang serait-il resté pendant deux jours rutilant et vermeil? il aurait été au contraire plus fétide que celui qui se serait écoulé ensuite. Il faut donc admettre que l'hémorrhagie pulmonaire qui a eu lieu chez cette femme, s'est fait jour à la fois et à travers la muqueuse bronchique et dans le tissu même du poumon, refoulant ce tissu de dedans en dehors, ou le désorganisant complètement et produisant en peu de temps à la fois et cette vaste excavation remplie de sang putréfié avec quelques débris des bronches et des vaisseaux sanguins, et cette induration du tissu pulmonaire qui l'entourait; induration d'une nature tout-à-fait spéciale, qui n'est ni l'hépatisation, ni l'induration grise, ni la splénisation, mais qui se rapprochait par la fermeté et la densité du tissu du rein. Comment, au contraire, pourra-t-on s'expliquer la formation aussi rapide d'une cavité si considérable, de quelque manière qu'on se rendît compte du développement de la gangrène, et sans qu'il y restât d'autres traces du tissu détruit que quelques débris à peine reconnaissables. Nous concevons difficilement comment les parties mortifiées, bien que soumises à la température des poumons et aux secousses que leur imprime la toux, se détruiraient aussi complètement. D'ailleurs, comment pourrait-on expliquer cette induration si remarquable du tissu pulmonaire voisin, et qui évidemment était produite par une pression exercée de dedans en dehors? Or, cette pression n'a pu être exercée que par le sang, et a été nécessairement en augmentant jusqu'au moment où une communication a été établie entre les bronches et la cavité; puis, l'accès de l'air dans cette dernière n'aura pas tardé à l'aide de la chaleur et par l'effet de la désorganisation mécanique du tissu pulmonaire à y déterminer la putréfaction et l'odeur caractéristique de la gangrène.

Il s'est passé dans ce cas ce qui arrive bien plus lentement, il est vrai, pendant le développement d'un tubercule dans le poumon; ce dernier écarte le tissu pulmonaire qui l'entoure en le condensant et la matière ramollie finit par trouver une issue par la bouche.

Quant à la manière dont s'opère la désorganisation du tissu pulmonaire par l'influence d'une hémorrhagie, il est facile de la concevoir d'après ce que nous voyons arriver dans une circonstance analogue dans le cerveau, où l'on trouve quelquefois des masses assez considérables de matière cérébrale désorganisées et entièrement mêlées avec le sang, et auxquelles il ne manque que l'accès de l'air pour les faire passer à l'état de gangrène.

La présence du kyste, espèce de membrane blanchâtre dont l'intérieur de la cavité était tapissé, vient encore à l'appui de notre manière de voir. Ces kystes ne sont pas très-rares dans les cas d'apoplexies pulmonaires qui consistent non pas en un simple engorgement hémoptoïque, mais un épanchement circonscrit. M. Bouillaud en a rapporté un cas remarquable. (*Archives de méd.*, t. XII.) Cependant nous sommes portés à croire que ce n'est ni un vrai kyste, ni une fausse membrane que l'on trouve dans ces cas; car, dans celui que nous venons de rapporter et dans quelques autres où nous avons eu l'occasion d'observer une membrane analogue et que nous avons disséquée avec soin, nous avons cru retrouver cette apparence lamellaire qu'offre le poumon lorsqu'il a été fortement comprimé par un épanchement abondant à la suite d'une pleurésie chronique. Quant à la couleur blanche ou grisâtre que présente cette espèce de kyste, bien qu'elle se rapproche assez de la couleur du tissu du poumon réduite par la compression à l'état dont nous venons de parler, nous reconnaissons cependant que ce sujet réclame de nouvelles recherches.

Le fait que nous venons de rapporter n'est pas le seul de ce genre. Le docteur Townsend, dit à l'article *apoplexie pulmonaire* (1), avoir observé un cas où il a pu suivre les différentes périodes de la maladie depuis la formation d'un engorgement hémoptoïque considérable jusqu'à sa conversion en un vaste abcès gangréneux; nous regrettons de ne pas trouver plus de détails sur ce fait de gangrène pulmonaire que l'auteur attribue à l'oblitération des vaisseaux sanguins qui, dit-il, étaient entièrement remplis par des caillots solides, ainsi qu'on le voit souvent dans les cas d'apoplexie pulmonaire un peu considérables. Nous ne nions pas que cette circonstance puisse avoir quelque influence sur la production de la gangrène pulmonaire; mais nous pensons que l'accès de l'air est une circonstance indispensable, et d'autant plus que l'épanchement de sang ne peut se faire que par la destruction mécanique du tissu pulmonaire. Un autre cas de gangrène pulmonaire succédant à l'apoplexie pulmonaire est rapporté avec détail par le docteur Law, dans un recueil (2) que je n'ai pas pu me procurer à Paris; mais voici ce qu'il dit lui-même de ce fait dans un autre ouvrage (3). « Dans l'apoplexie pulmonaire le tissu du poumon est déchiré par le sang qui sort de ses vaisseaux, de même que la matière cérébrale est lacérée dans des circonstances analogues. J'ai observé un cas de ce genre, il y a peu de temps. Le sujet était mort d'un crachement abondant de sang putride, et à l'autopsie on trouva une quantité considérable de sang dans le même état dans une cavité qui occupait l'étendue tout entière du poumon droit. »

Parmi les observations de gangrène pulmonaire que nous avons recueillies, la suivante est l'une de celles auxquelles les considérations précédentes nous semblent pouvoir être appliquées avec le plus d'exactitude.

FORTE DYSPNÉE À LA SUITE DE FATIGUES; PUIS EXPECTORATION SANGUINOLENTE; SOULAGEMENT À LA SUITE DE PLUSIEURS SAIGNÉES; RECRUDESCENCE DES ACCIDENS AVEC SYMPTÔMES DE GANGRÈNE PULMONAIRE; MORT; DESTRUCTIONS PRESQUE COMPLÈTE DU POUMON GAUCHE.

OBS. III (4).—Le nommé Viger, âgé de 38 ans, chauffeur de plâtre, jouissant habituellement d'une bonne santé, s'étant livré dans les premiers jours de mai 1828 à des travaux plus fatiguans qu'à l'ordinaire et s'étant refroidi, fut pris subitement de dyspnée très-forte avec douleur au côté et expectoration de crachats où le sang était presque pur. Bien qu'il dise n'avoir point eu de fièvre il fut cependant obligé d'entrer à l'Hôtel-Dieu, salle St-Charles, où trois saignées et une application de sangsues le soulagèrent. Il voulut alors reprendre ses travaux, mais la dyspnée qui n'avait pas cessé entièrement augmenta; le crachement de sang qui

(1) Cyclopœdia of practical medecine.

(2) Dublin médical transaction, 1830.

(3) Cyclopœdia of practical medecine, art. *hémoptysie*.

(4) Recueillie dans le service de M. le professeur Récamier.

avait disparu pendant quelques jours revint de nouveau, et le malade fut obligé d'entrer, salle Ste-Madeleine, le 31 mai 1828.

Le 1er juin, figure pâle, traits fortement tirés, peau sans chaleur et pouls sans fréquence : toute la poitrine est sonore en avant et en arrière. A droite, bruit respiratoire normal ; à gauche, mêlé de râles divers et de souffle bronchique. L'air expiré a une odeur fade, tournant à la gangrène ; les crachats, d'un rouge livide, semblables à du chocolat, présentent quelques points blanchâtres assez semblables à du pus, et offrent la même odeur que l'air expiré par le malade. En les examinant avec soin, nous y trouvons de petits grumeaux qui semblent formés de substance pulmonaire ou des débris d'un caillot sanguin (Limonade, gomme, acide nitrique, fumigations de chlorure de chaux et de vinaigre camphré.)

Le 2, le facies hippocratica est plus prononcé, ainsi que l'odeur de l'air expiré et des crachats qui ne contiennent que du sang pur, mais noir et mêlé de beaucoup d'air. Le malade, qui a beaucoup de courage, est si faible qu'on ne peut l'ausculter. Dévoiement ; pouls sans fréquence, peau fraîche.

Le 3, on dirait une légère amélioration ; le pouls a pris de la fréquence, 110 pulsations, misérable, dépressible ; le dévoiement continue. (Même traitement.)

Le 4, aggravation de tous les symptômes ; la peau offre une couleur terreuse et de nombreuses rides à la figure ; les crachats, toujours rouillés et d'une fétidité insupportable, présentent de nouveau quelques points blancs semblables à du pus. Le malade meurt dans la nuit.

AUTOPSIE FAITE 36 HEURES APRÈS LA MORT.

Habitude extérieure. Pâleur terreuse de la peau, sans bouffissure ni raideur des membres.

Thorax. Le poumon droit très-crépitant, avec quelques adhérences anciennes et un peu de sérosité rougeâtre.

Le poumon gauche ne peut être tiré sans éprouver une déchire par laquelle il sort plus d'une demi-pinte d'un liquide noirâtre d'une odeur analogue à celle des crachats. Une incision pratiquée dans le sens de la déchirure laisse voir une cavité qui occupe tout l'intérieur de ce poumon, et est encore remplie d'une espèce de bouillie semblable à celle qui est tombée dans la plèvre. Un filet d'eau versé sur cette matière l'emporte presque en entier, et met à découvert un fond blanc, lisse et uni, sur lequel restent encore des portions de cette substance putrilagineuse, ressemblant exactement, à la couleur près, à la conserve des ruisseaux. Les débris des vaisseaux pulmonaires se détachent facilement, et alors il ne reste que les parois uniformément blanches de l'excavation qui est tellement grande, qu'il ne reste au sommet du poumon qu'un pouce environ de tissu pulmonaire à l'état d'induration grise ; la même épaisseur de tissu réduite au même état existe aussi à la base. Le bord antérieur du poumon conservait seul un peu de crépitation dans une étendue de quelques lignes, tout le long de son pourtour. La partie du tissu pulmonaire qui maintenait la forme de l'organe, et qu'on pourrait comparer avec justesse à une simple écorce, n'avait pas plus d'une à deux lignes d'épaisseur, et était aussi partout à l'état d'induration grise. Quant à l'espèce de membrane celluleuse qui tapissait cette immense cavité, elle n'avait pas plus d'une ligne d'épaisseur, et était d'un blanc sale. Quelques tubercules crus ou commençant à se ramollir, existent à la partie supérieure du poumon, et sur quelques autres points on trouve aussi des tubercules miliaires assez nombreux.

Abdomen. La fin de l'intestin grêle présente deux ou trois petites ulcérations qui paraissent de nature tuberculeuse.

Aux observations précédentes qui nous offrent des exemples si remarquables de gangrène pulmonaire circonscrite avec tous les symptômes de l'apoplexie pulmonaire, nous devrions en joindre d'autres où cette dernière altération était ou moins avancée ou moins étendue ; mais nous n'avons point l'intention de présenter dans cet article l'histoire complète de l'apoplexie pulmonaire. Notre seul but était de prouver que dans un certain nombre de cas la gangrène qui se développe dans le poumon ne le fait que consécutivement à un épanchement de sang considérable dans le tissu de cet organe, et surtout lorsqu'il s'établit une communication entre l'air extérieur et la cavité dans laquelle le sang est contenu.

Nous devrions peut-être examiner ici si les cas de ce genre sont très-fréquens ; mais la plupart des faits de gangrène pulmonaire que nous avons parcourus, quelques-uns même de ceux que nous avons recueillis laissent à désirer des renseignemens sans lesquels on ne peut se prononcer sur ce point. Nous savons cependant que tous les cas de gangrène pulmonaire ne peuvent pas être rattachés à l'apoplexie pulmonaire, et que cette grave lésion reconnaît des causes d'une autre nature. M. Guislain en a signalé une très-importante et qui paraît agir spécialement chez les aliénés ; il en est encore une autre qui n'a pas fixé l'attention comme elle le méritait. Nous en dirons quelques mots dans le prochain article avant d'arriver au traitement.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ALLEMANDS.

I. WISSENCHAFTLICHE ANNALEN DER GESAMMTEN HEILKUNDE.

CAS REMARQUABLE D'AMPLIATION MORBIDE D'UN ESTOMAC DEVENU ORGANE SÉCRÉTEUR DE LA BILE, par le professeur BLUMENTHAL de Charkow.

OBS. — J. P., paysan de 28 ans, fut reçu à la Clinique de Charkow (Ukraine-Russie), le 14 décembre 1834. Il avait joui d'une santé parfaite jusqu'à l'âge de 18 ans, où il fut pris d'une fièvre intermittente tierce qui, après avoir duré une année, disparut spontanément. De 19 à 25 ans, sa santé parut entièrement rétablie, lorsqu'un jour il éprouva tout-à-coup et sans cause connue des coliques, des crampes d'estomac avec éructations, nausées et même vomissemens. Ces accidens cessèrent au bout de deux mois de séjour à l'hôpital ; à 27 ans, ces mêmes douleurs revinrent quoiqu'à un plus faible degré et sans vomissemens ; elles ne diminuèrent qu'après une durée de trois mois : alors commença à se manifester une tuméfaction du bas-ventre qui augmenta insensiblement et finit par acquérir un volume très-considérable. En effet, le bas-ventre était remarquablement, mais irrégulièrement distendu ; la tumeur, quoique pouvant se circonscrire d'une manière exacte, occupait néanmoins une grande étendue en largeur, allant presqu'à la région hypochondriaque et inguinale droite ; son diamètre longitudinal s'étendait de la région hypochondriaque gauche à la région inguinale du même côté. Douleurs à l'hypochondre droit s'irradiant jusqu'à l'omoplate ; pouls petit mais dur, tendu ; chaleur naturelle, peau sèche et relâchée, amaigrissement, yeux caves, entourés d'un cercle livide ; respiration gênée, ventre paresseux, urines rares et à sédiment briqueté. Appétit développé, mais digestion pénible même des alimens les plus légers, s'accompagnant de renvois et de nausées ; pyrosis presque continuel, diminuant un peu le matin. On diagnostiqua une hydropisie enkystée du bas-ventre à la suite d'une inflammation chronique des viscères abdominaux et particulièrement du foie.

La tumeur étant mobile et ne paraissant nullement unie au péritoine, la crainte d'un épanchement dans la cavité abdominale fit écarter la paracenthèse. On eut recours au Ballota lanata qu'on prescrivit de la manière suivante :

Recipe :	Hb. ballot. lanat.	2 uncias.
	Coq. e. aq. font.	4 libras.
	Ad reman.	2 libras.
	Coat. addel.	
	Tinct. aromat.	2 drachmas.

M. S. à boire une petite tasse toutes les 2 heures.

L'action de ce remède sur l'augmentation des sécrétions de la peau, des reins et du canal intestinal, ne se fit point attendre, mais il augmenta en même temps le pyrosis, de sorte qu'on fut obligé d'y renoncer ; un second essai produisit les mêmes effets ; de plus il survint, la nuit qui suivit la seconde administration, des vomissemens fréquens d'une matière noire, bilieuse, de la quantité de près de 16 livres ; le lendemain également dans la nuit, nouveaux vomissemens de près de 8 livres de cette même bile noirâtre ; déjà aux premiers vomissemens, le malade s'était senti soulagé et la tumeur avait notablement diminué ; aux seconds, elle disparut entièrement et il ne resta plus de traces de fluctuation.

Ces phénomènes remarquables firent croire qu'il s'était opéré une révulsion du côté des organes biliaires et que la nature tendait à se débarrasser de l'hydropisie en surexcitant la sécrétion de ces derniers. On dirigea alors la médication dans ce sens, afin de seconder l'action de la force médicatrice ; on prescrivit le nitrate de phosphore en solution uni aux extraits amers et résolutifs. On crut, pendant quelques jours, à une amélioration marquée, mais bientôt tous les symptômes s'aggravèrent de nouveau ; la tumeur abdominale reparut en s'élevant d'abord du côté de la région iliaque droite et se dirigeant obliquement vers l'hypochondre gauche ; le calomel, la digitale, des frictions camphrées et mercurielles restèrent sans effet ; le ballota lanata, donné pour la troisième fois, et supporté pendant 15 jours, réussit encore cette fois ci à activer les sécrétions, mais peu-à-peu ces dernières s'enrayèrent de nouveau, il survint de l'œdème aux pieds ; la tumeur abdominale augmenta, les forces tombèrent, il survint encore une diarrhée sanguinolente ; et le malade mourut le 7 février 1835, à peu près deux mois après son entrée à l'hôpital.

AUTOPSIE VINGT-QUATRE HEURES APRÈS LA MORT.

Poumons, trachée artère, et bronches sains, à l'exception d'une adhérence totale du côté droit, et partielle du côté gauche, des poumons avec la plèvre : cœur flasque, pâle, très-graisseux ; œsophage sain extérieurement.

En ouvrant la cavité abdominale, le premier objet qui frappa la vue fut une tumeur blanche, élastique, qu'on prit pour le kyste qu'on avait cru sentir pendant la vie ; mais, en examinant de plus près, on s'aperçut, non sans étonnement, qu'elle n'était autre chose que l'estomac énormément détendu, dont le pylore appuyait sur le rebord gauche du petit bassin, tandis que son cul-de-sac repoussait le diaphragme en haut, sous les fausses côtes gauches ; les parois de l'estomac étaient épaissies, semblables à du cuir, et l'extérieur blanc comme de la craie ; le cardia était à l'état normal, mais le pylore entouré d'une substance ferme et cartilagineuse. Après qu'on eût vidé la cavité stomacale d'à peu près dix livres de matière noire bilieuse entièrement semblable à celle rendue par les vomissemens, on noua fortement le pylore, on le remplit d'eau, et on vit que sa capacité pouvait à peu près contenir vingt-cinq litres ; la membrane interne était rugueuse et tapissée d'une bile noire et visqueuse : il n'y avait aucune trace d'inflammation. Le diamètre des intestins grêles était généralement agrandi, celui des gros intestins, au contraire, rétréci de distance en distance ; les premiers

contenaient une grande quantité d'un mucus visqueux, les seconds, des fèces mêlés à du sang noir : les veines de la muqueuse intestinale étaient très-injectées; les glandes mésentériques étaient très-tuméfiées; quelques-unes mêmes étaient changées en une masse dure et cornée; le foie était pâle, exsangue, petit, son lobe gauche racorni en une espèce de membrane; la vésicule biliaire était rétrécie, et ne contenait qu'une très-petite quantité d'une bile claire : la rate, également exsangue, ratatinée, cartilagineuse à la surface convexe, adhérait au péritoine. — Les autres viscères abdominaux étaient à l'état sain.

Ce qui frappe le plus dans cette observation, ce n'est pas seulement l'ampliation morbide de l'estomac dont les exemples sont assez fréquens, surtout dans Morgagni, mais plus encore les fonctions vicariantes de l'estomac qui avait remplacé le foie dans la sécrétion de la bile : en effet, cet organe ainsi que la rate se trouvant entièrement atrophiés, la décarbonisation du sang n'a plus pu s'opérer par les voies ordinaires; il ne reste aucun doute que la nature ait cherché à y suppléer au moyen d'autres organes, et qu'elle ait choisi à cet effet l'estomac : ce qui semble prouvé par l'énorme quantité de bile vomie pendant la vie et trouvée après la mort dans cet organe, sans qu'il s'en soit rencontré dans le foie. La quantité renfermée dans la vésicule, était minime et entièrement décolorée. L'ampliation morbide paraît n'avoir été, d'après l'auteur, que l'effet de la sécrétion surabondante et anormale de l'humeur bilieuse.

Observations d'hémorrhagies héréditaires, par le docteur Crasner.

Des parens actuellement encore bien portans donnent le jour à quatre garçons et six filles, tous forts et bien conformés, la mère les a tous allaités pendant douze à quatorze mois. Les garçons devinrent sujets à des hémorrhagies, les filles en restèrent exemptes.

Obs. I. — L'aîné des garçons âgé de deux ans, succomba à une première hémorrhagie spontanée qui avait duré trois semaines. Le sang avait suinté par une plaie semblable à une piqûre d'une forte aiguille, faite à la surface interne et moyenne de la lèvre supérieure.

Obs. II. — Le second, âgé de 9 ans, après avoir eu plusieurs hémorrhagies, mourut par suite de piqûres de cinq sangsues, appliquées à la hanche droite pour un gonflement douloureux. Pendant 15 jours plusieurs médecins cherchèrent inutilement de se rendre maîtres de cette hémorrhagie.
Le troisième mourut jeune à la suite de convulsions sans hémorrhagie.

Obs. III. — Le quatrième, âgé de 15 ans, vit encore; sa constitution est faible, ses cheveux blonds, ses dents blanches, sa peau fine et son visage terreux. A des intervalles indéterminés, il est pris d'hémorrhagies spontanées, tantôt à la lèvre supérieure, tantôt au nez. Elles s'annoncent par des taches d'un bleu-vert jaunâtre à plusieurs endroits de la superficie du corps, de la grandeur d'une pièce de 10 sous, et semblables à celles produites par des coups et prêtes à s'effacer. Elles ne s'ouvrent jamais, et on sent dans la profondeur une légère dureté. La mère dit que les hémorrhagies sont plus fréquentes au printemps et en automne. Persuadés de l'impossibilité d'arrêter par aucun moyen ces hémorrhagies qui cessent lorsque la faiblesse est arrivée à un certain degré, les parens n'emploient plus aucun remède.
Il y a huit semaines que ce jeune homme a eu un fort épistaxis, qui a duré plusieurs jours; le sang était noir, fluide et peu coagulable. Ce garçon est sujet aux affections rhumatismales qui accompagnent ordinairement l'hémorrhagie; du reste il est bien portant; les maladies d'enfance et la vaccination se sont passées sans accident grave.

Obs. IV. — Un enfant né d'une des filles de cette famille, qui toutes étaient blondes, a été pris, au bout de trois mois de naissance, de pareilles taches. A la fin de la première année, il s'est reproduit chez lui une hémorrhagie survenue à la lèvre supérieure, au même endroit que chez l'individu de la première observation. Cet enfant, dans une chute hors de son berceau, se fit une légère blessure aux sourcils gauches, qui donna lieu à une hémorrhagie et aussitôt celle de la lèvre supérieure s'arrêta. Aucun moyen ne fut négligé pour arrêter cette perte de sang, qui ne cessa qu'après neuf jours spontanément, et lorsque la faiblesse avait atteint un très-haut degré.

Nous ne pouvons mieux faire que de rapporter à la suite de ces observations le passage suivant tiré de la thèse de concours pour l'agrégation de M. le docteur Lereboullet (sur l'hérédité dans les maladies. Strasbourg, 1834.) Nous y voyons des exemples frappans de ces dispositions héréditaires aux effusions sanguines : « Quoique les exemples de disposition héréditaire aux hémorrhagies ne soient pas très-connus, cependant on en trouve dans les auteurs plusieurs cas remarquables, observés surtout par les médecins allemands et américains. Conshruch (1), Otto (2), Hay (3), les docteurs Buel (4), Krimer (5), ont vu des familles entières chez lesquelles se transmettait, pendant plusieurs générations, une telle aptitude aux hémorrhagies, que les moindres causes, quelquefois une simple égratignure, déterminaient un écoulement de sang que rien ne pouvait arrêter. Le professeur Masse (1) de Bonn, publia en 1820 un mémoire très-intéressant sur cette affection extraordinaire. M. Lobstein (2) en consigna plusieurs exemples dans son Traité d'anatomie pathologique. Enfin le docteur Elsæsser (3) rend compte dans le journal de Hufeland, d'une famille du Würtemberg qui présenta à un très-haut degré cette fatale disposition aux effusions sanguines. De sept enfans, dont cinq garçons et deux filles, quatre garçons périrent d'hémorrhagie : le premier âgé de quinze jours, le second de quatre ans, le troisième de deux ans, le quatrième de neuf jours. Les autres enfans n'offrirent rien de particulier. En général, on a observé que cette maladie affectait de préférence les enfans mâles, et que les femmes, quoique exemptes elles-mêmes, n'en étaient pas moins susceptibles de la transmettre à leurs enfans. »

(1) Hufelands-Journal. Vol. 30, cah. 5, pag. 116. Berlin, 1810.
(2) Medical Repository, vol vi. New-York, 1803. — Dict. des sc. médic., t. iv, pag. 190.
(3) Hufeland's Journal, vol. xli, cap. 3, pag. 124.
(4) Gumprecht et Gerson, humburgisches Magazin, vol. iii, pag. 449.
(5) Horn's Archiv. Berlin, 1820, t. i, pag. 409.

Emploi de la nicotiane dans la coqueluche, par le docteur Wolffsheim.

Ce médicament tombé en oubli a été mis en usage lors d'une épidémie très-violente au début où les enfans de tout âge et de toutes les constitutions en furent atteints, et même les adultes n'en restèrent pas tout-à-fait exempts. La période catarrhale était en général de courte durée et cédait facilement à un faible traitement antiphlogistique; mais bientôt elle passait à la période convulsive, qui était si forte que plusieurs enfans étaient comme inanimés après le paroxysme. La belladone, la jusquiame, l'acide hydrocyanique, les fleurs de zinc, le musc, le tartre stibié en frictions sur l'épigastre, restèrent sans effet; ce n'est qu'alors que M. Wolffsheim eut recours à la nicotiane, employée avec succès par son maître Himly dans plusieurs épidémies. Il la donna en extrait sous forme de poudre d'un quart jusqu'à deux grains, à prendre trois ou quatre fois par jour, suivant l'âge des enfans; en cas d'une légère réaction artérielle il ajoutait du mercure doux, et le soufre doré d'antimoine en cas d'expectoration difficile. Le résultat a surpassé toute attente; cinquante malades qui prirent ce médicament entrèrent en convalescence au bout de huit, ou tout au plus quinze jours; on n'a jamais vu survenir de narcotisme, pas même chez des nourrissons de quatre à six semaines. Les organes digestifs sont restés intacts. Deux enfans sont morts, l'un était affecté de phthisie tuberculeuse, l'autre malade du bas-ventre.

Sur l'emploi de la vératrine, par le docteur Ebers de Breslau.

Si chaque nouveau médicament apparaît d'abord comme une panacée universelle, il arrive le plus souvent aussi que par une réaction inévitable, on le rejette souvent trop vite parce qu'il n'a pas produit tout ce qu'on en attendait; dans ce cas alors on ne l'a pas assez long-temps expérimenté et on n'a pas eu égard à sa pureté : tel a été le sort de la vératrine, médicament si actif. Déjà nous avons eu occasion d'indiquer les bons effets qu'a tirés de son emploi Turnbull en Angleterre (Gazette médicale, p. 74, 1834); en rapprochant les expériences de ce dernier (4) de celles tentées par MM. Magendie et Andral, on voit que ce médicament agit surtout sur le système nerveux, et que le cervelet, la moelle épinière, les nerfs qui en émanent et le système ganglionaire en sont les premiers affectés; et même en agissant comme hydragogue, c'est encore par l'intermédiaire de ces nerfs. Aux expériences que nous venons de citer, nous pouvons rattacher des observations choisies parmi les faits nombreux rapportés dans cet article par M. le docteur Ebers.

Deux cas de prosopalgie.

Obs. i. — Mademoiselle G...k, âgée de vingt et quelques années, souffre depuis deux ans d'un mal de tête très-pénible, qui s'étend à toute la joue droite, au bord alvéolaire supérieur du même côté, à la paupière inférieure et à la lèvre supérieure, etc. La douleur est périodique, plus ou moins forte; lors d'un accès, la malade est obligée de se coucher, la peau devient rouge, les yeux larmoyans, la paupière inférieure tremblotante. La bouche se remplit de salive, les mains sont froides et tremblantes; quelquefois la douleur névralgique est légère et de courte durée, d'autres fois elle dure des heures entières, rarement plus d'un jour, mais elle revient tous les jours. Beaucoup de moyens employés par des médecins

(1) Idem, pag. 385-435.
(2) T. i, pag. 211-213.
(3) Hufeland's Journal, vol. lviii, cah. 2, pag. 88. — Vol. lix, cah. 3, pag. 109. — Vol. lxvii, cah. 3, pag. 126. — Vol. lxxvii, cah. 5, pag. 133. Voyez aussi Sammlung auserles. Abhandl., vol. xi, pag. 477; vol. xxii, p. 269-275.
(4) An investigation into the remarkable medical effects resulting from the external application of veratria, etc., by Alex. Turnbull. (Second édition, 1834.)

expérimentés étant restés sans succès ; on fit faire des frictions avec un onguent composé de cinq grains de vératrine et d'une demi-once d'axonge de la quantité d'un pois deux ou trois fois sur la joue. L'effet en fut remarquable : déjà les premières frictions diminuèrent la sensibilité; après trois jours la douleur revint moins vivement; après huit elle est plus rare, et elle disparait complètement au bout d'une quinzaine ; elle n'est plus revenue il y a maintenant un an

Obs. II. — C. G. Pohl, âgé de trente-huit ans, journalier, d'une constitution athlétique, entra le 26 avril 1835 à l'hôpital, se plaignant d'une douleur insupportable à l'os pariétal gauche. Les accès, revenant à toutes les heures, étaient marqués par les symptômes suivans : agitation, anxiétés, gémissemens, tremblemens, mains froides, pouls petit et fréquent, yeux rouges, comme enflammés, larmoyans, pupilles dilatées, battement dans les orbites, tremblement des paupières, sueur au front, les accès ne duraient que quelques minutes, et quelques secondes seulement dans leur plus grande intensité. La douleur paraissait avoir son siége principal à la sortie du nerf frontal du trou sus-orbitaire. Cet endroit était si douloureux, que le plus léger toucher, même la simple crainte, pouvait produire un vif accès; l'os pariétal, que le malade indiquait comme le siége du mal, était aussi très-sensible. On fit frictionner le front plusieurs fois par jour, avec un onguent composé de six grains de vératrine et de trois gros d'axonge, et on donna le vin colchique à l'intérieur; comme les accès ne diminuèrent pas, on appliqua, le 30 avril, un vésicatoire sur lequel on mit deux grains de vératrine par jour, encore ce moyen resta sans beaucoup d'effet. Le 2 mai, on fit faire des frictions par le malade même, toutes les deux ou trois heures, sur le front, à la sortie du nerf, avec un onguent composé de dix grains de vératrine mêlée à une demi-once d'axonge, et on donna des pilules d'assa fœtida, d'extrait de chélidoine, de jusquiame et de fiel de bœuf; les douleurs diminuèrent, et le 12 mai le malade voulut sortir de l'hôpital ; mais, comme la douleur revint de temps en temps, on continua encore, pendant quelques jours, avec les frictions ; la douleur disparut complétement, et il ne restait qu'une sensibilité à l'os pariétal, lorsque le malade quitta l'hôpital.

Après quatre observations de prosopalgie, l'auteur cite l'exemple d'une chorée partielle, deux cas d'hypochondrie et d'hystérie, parmi lesquels nous rapportons le suivant comme le plus remarquable :

Obs. III. — Ch. Bezer, forgeron, âgé de trente-sept ans, toujours fort et bien portant, entra à l'hôpital, en été 1833, se plaignant d'une grande faiblesse et de perte d'appétit (vomitif et hydrochlorate d'ammoniaque). Il sortit de l'hôpital et rentra de nouveau en automne et au commencement de 1834, dans l'état suivant : pâleur extrême, grande tristesse, anorexie complète, dégoût pour le manger, digestion lente, insomnie, peur continuelle; les symptômes étaient si variés, qu'on crut devoir les rattacher à une hypochondrie, avec un dérangement du système chylopoiëtique et altération matérielle de la rate ; on employa beaucoup de moyens, mais sans le moindre succès. Il sortit de l'hôpital au mois de mai, et rentra le 31 août dans un état désespéré : tous les symptômes d'une fièvre gastrique, faiblesse et amaigrissement extrême, aspect cadavérique, parole faible, pouls fréquent, petit, irrégulier, bas-ventre tendu, non douloureux, selles paresseuses, urine parcimonieuse d'un brun foncé, et avec un sédiment rare : infusion d'ipécacuanha ; puis arnica avec sel ammoniac, et plus tard avec la liqueur d'ammoniaque anisée ; la fièvre diminua, et les forces paraissaient revenir, mais il restait de l'insomnie, des anxiétés et des agitations; une sorte d'illusions et d'hallucinations fit craindre la démence ; les autres symptômes persistèrent, après que le malade eut employé inutilement beaucoup de moyens pendant plusieurs années, et son état étant désespéré, on eut recours, le 20 septembre, à la vératrine : on appliqua un vésicatoire sur le creux de l'estomac, sur lequel on mit deux grains de ce médicament ; l'action fut très-marquée : douleur forte au point dénudé, avec beaucoup d'agitations, mais le pouls se releva et l'urine devint plus copieuse, au commencement épaisse et bleue-rougeâtre, avec un fort sédiment jaunâtre, mais plus tard elle devint tout-à-fait claire. Jusqu'au 29, on mit seize grains de vératrine sur le vésicatoire, mais le malade ne voulut plus continuer, à cause de la douleur, de l'anxiété, et des picotemens électriques qu'il éprouvait après chaque pansement : amélioration très-marquée, faiblesse moindre, dégoût pour le manger moins prononcé, parole plus vive, œil plus clair, sommeil tranquille, selles quotidiennes; urine très-copieuse, plusieurs livres dans les vingt-quatre heures, trouble le matin, claire dans la journée. Le 30 septembre, quatre grains de vératrine sur une once d'axonge à faire des frictions sur le creux de l'estomac, et plus tard sur l'intérieur des cuisses. Le résultat était aussi satisfaisant que d'après la première méthode, et le malade n'en éprouvait aucun dérangement. Le 8 octobre, il se déclara des élancemens électriques et des picotemens dans tous les membres; tous les symptômes diminuèrent et disparurent ; urines et selles toujours copieuses. Le 9, on doubla la dose de la vératrine : ce jour, le malade fit sa première sortie, les forces revinrent insensiblement, ainsi que l'appétit, et la digestion se régularisa, mais l'estomac resta sensible; après chaque repas, il éprouva, pendant plusieurs heures, une oppression et une mollesse, Ce dernier symptôme disparut par la teinture de Colombo, d'après la méthode anglaise, dont on donna une cuillerée à thé toutes les deux heures. Le 15, on cessa l'emploi de la vératrine, et le 27 le malade sortit de l'hôpital, ne se plaignant que d'un peu de faiblesse.

M. Ebers a employé très-souvent aussi la vératrine dans le rhumatisme et l'arthritis, mais comme il a donné en même temps d'autres médicamens, ses expériences nous paraissent peu concluantes; il dit avoir remarqué que la vératrine agit d'autant mieux que le système nerveux en entier ou quelques ramifications seulement sont principalement affectés; aussi l'action de ce moyen a-t-elle été plus marquée dans la sciatique, comme les observations le prouvent. La vertu hydragogue de la vératrine a été très-sensible dans tous les cas; aussi l'auteur l'a-t-il très-souvent employée avec le plus grand succès, non-seulement dans les hydropisies légères, suites de fièvres, mais encore dans des cas compliqués, les seuls dont il cite des exemples : sur vingt-quatre malades, quinze guérirent, un fut soulagé, huit chez lesquels l'affection était très-grave moururent; de ces derniers la moitié seulement éprouva un effet diurétique de ce médicament.

M. Ebers a essayé d'employer la vératrine à l'intérieur, mais il a été obligé de s'en abstenir.

EXPULSION D'UNE CONCRÉTION MEMBRANEUSE SANS CROUP, par le docteur CASPER (avec gravure).

Obs. — Henriette Schur, âgée de 12 ans, d'une constitution lymphatique, scrophuleuse dès le bas âge, fut affectée le 2 mai 1835 d'un catarrhe inflammatoire; au moyen de huit sangsues et d'une potion nitrée, il céda au point que l'enfant put quitter le lit le quatrième jour. La toux était rare et facile, et rien ne pouvait faire soupçonner les phénomènes rares qui suivirent.

Le 7 mai, il se déclara, d'une manière tout-à-fait inattendue, une violente toux avec des accès de suffocation, et la malade rendit un corps polypeux blanc-jaunâtre, montrant à l'intérieur quelque ressemblance avec de la graisse coagulée, d'une consistance solide, tenace, difficile à déchirer et présentant distinctement les ramifications des bronches. Cette masse mise dans l'esprit de vin est encore aujourd'hui conservée dans toute son intégrité.

Dans les dix jours suivans, 22 masses tout-à-fait semblables furent encore rejetées, l'expulsion des dix premières était toujours accompagnée d'une violente toux et d'accidens de suffocation, mais les douze autres furent rejetées très-facilement, après que l'enfant eut depuis longtemps quitté le lit, se trouvant sans fièvre et ayant un bon appétit et du sommeil ; il est à remarquer que quelques années avant cette maladie, cet enfant offrait une rudesse de la voix qui existe encore aujourd'hui; notons de plus que l'expulsion de deux corps a eu lieu régulièrement deux fois par jour, un le matin et un vers minuit, l'enfant se portant très-bien, aucun traitement médical n'a eu lieu dans la suite.

Ce fait extrêmement intéressant a été déjà observé par Hastings qui en a fait mention dans son Traité sur l'inflammation de la muqueuse des poumons (1), où il parle de polypes des bronches qui peuvent avoir lieu dans des maladies autres que le croup. M. Casper remarque avec justesse que ces cas doivent éclairer la nature du vrai croup ; jamais, dit-il, dans le croup le plus violent il n'a été rejeté une aussi forte masse de concrétions polypeuses que dans le cas présent, où dans les derniers jours aucune inflammation n'a accompagné la formation des membranes ; on peut donc admettre que l'inflammation et la formation des membranes dans le vrai croup ne sont pas dans un rapport aussi indispensable qu'on le pense communément, et par là on peut aussi s'expliquer l'efficacité de quelques remèdes, comme le foie de soufre, le sulfate de cuivre, etc., qui n'ont jamais été regardés comme antiphlogistiques. Cette observation prouve de plus que le plus grand danger dans le croup ne doit pas être uniquement attribué à l'exsudation qui produit l'occlusion de la trachée-artère, mais qu'il y a quelque chose de plus : une inflammation spécifique de nature encore indéterminée, mais dont nous trouvons des analogues dans l'inflammation scarlatineuse du cerveau, dans quelques phlogoses du péritoine et dans l'hydrencéphale.

EMPOISONNEMENT CHRONIQUE PAR LE PLOMB DANS QUELQUES USINES D'ARGENT AU HARZ, par le docteur SANDER.

Quoique l'action délétère du plomb sur les êtres organisés soit suffisamment connue, nous croyons devoir donner les observations de M. le docteur Sander faites en grand, parce qu'elles l'ont conduit à des aperçus pour la plupart nouveaux et très-instructifs; nous reproduirons ici la plus grande partie de ce travail.

Dans les usines de Clausthal, d'Altenau et de Lautenthal où 400 ouvriers sont employés à extraire et à préparer l'argent et le plomb, l'empoisonnement chronique par les vapeurs de ce dernier est très-fréquent; ce n'est pas seulement à proximité, mais encore à distance que s'exerce l'influence nuisible de ces vapeurs, ainsi que cela se remarque près de la forge d'Altenau, située à un quart de lieu de la plomberie du même nom ; en effet, par la forme et la position des montagnes et des vallées qui entourent ces usines, les vapeurs de plomb sont presque continuellement dirigées vers les environs de la forge où elles se déposent et couvrent tous les végétaux et habitations d'une couche noirâtre, les oiseaux de passage qui n'y séjournent que très-peu de temps au printemps et qui s'y nourrissent, périssent bientôt et on les trouve morts dans les forêts voisines où aucun oiseau ne bâtit des nids et où on ne trouve point d'écureuil. Les vaches, les brebis et les chèvres qui se nourrissent des végétaux près de l'usine d'argent, pissent du sang et avortent. Les chèvres pleines que les habitans de l'usine ou des environs achètent mettent bas bien encore cette fois, mais deviennent bientôt stériles pour toute leur vie, ou au moins pendant leur séjour près de l'usine. Il est également impossible de garder de la volaille près de ces usines et même là où les usines n'existent plus et où depuis long-temps

(1) Edimb. med. and surg. Journ., vol. IV, pag. 441.

une nouvelle génération a créé d'autres demeures, des jardins et des prairies, la volaille ne peut pas vivre sur une terre qui reste toujours imprégnée de plomb.

Les ouvriers sont plus ou moins disposés à être empoisonnés; il y en a, mais leur nombre est restreint, qui travaillent dans ces usines depuis plus de 50 ans, et se trouvent parfois exposés pendant vingt-quatre heures aux vapeurs de plomb les plus épaisses sans avoir jamais éprouvé même des coliques de plomb; d'autres éloignés des plus forts vapeurs et ne s'occupant que de travaux légers tombent malades à la moindre occasion plusieurs fois dans l'année.

Les jeunes gens qui s'adonnent trop aux femmes et à l'eau-de-vie sont sujets plus souvent et plus fortement à des coliques de plomb et à leurs suites que les personnes sobres. La mauvaise saison, les brouillards, des refroidissemens subits et des indigestions exposent le plus aux coliques de plomb.

D'après l'auteur l'empoisonnement se fait par la peau et les poumons; comme les ouvriers fument beaucoup et que les vapeurs de plomb provoquent fortement la salive en irritant les glandes, il arrive très-peu de plomb dans l'estomac. Les vêtemens sont imprégnés de ces vapeurs qui, combinées avec la chaleur et la transpiration, deviennent plus âcres et sont absorbées en grande partie par la peau et surtout par les mains; aussi a-t-on remarqué qu'à la suite de ces empoisonnemens chroniques les fléchisseurs de l'avant-bras sont très-souvent paralysés.

L'auteur cite une observation qui prouve que la simple émanation du plomb métallique peut produire un empoisonnement. Quoique les ouvriers se livrent à des travaux rudes et très-fatigans pour la poitrine, qu'ils soient très-légèrement habillés, la poitrine nue et en transpiration et exposés dans toutes les saisons à des courans d'air très-forts, en travaillant tantôt près des fours, tantôt en plein air; quoique beaucoup d'entre eux aient une poitrine étroite et soient disposés héréditairement à la phthisie, les médecins les expérimentés et l'auteur lui-même n'ont jamais observé cette maladie parmi eux; en général les affections de poitrine si fréquentes et si meurtrières parmi les mineurs sont très-rares parmi les ouvriers qui travaillent dans les usines d'argent. L'action immédiate des vapeurs de plomb sur les ulcères et les tubercules des poumons aidées d'une forte expansion du thorax est certes très-avantageuse; aussi peut-on se demander si l'inhalation de ces vapeurs dans la phthisie ne serait pas plus utile et salutaire que l'emploi du sucre de saturne par l'estomac.

Les moyens prophylactiques employés contre l'action du plomb sont restés sans résultat.

L'auteur n'a jamais fait d'autopsies d'individus morts des suites immédiates d'empoisonnement par le plomb, car malgré le grand nombre de gens affectés nul n'est mort de cette manière. Par contre il a examiné le cadavre d'individus qui pendant leur vie ont souffert souvent de coliques de plomb suivies de maladies du bas-ventre et de paralysie; aussi n'a-t-il jamais observé un rétrécissement complet des intestins, mais bien des contractions partielles et des dilatations, suites d'une paralysie d'une partie quelconque de la membrane musculaire surtout des intestins grêles. Ici l'auteur fait voir que les symptômes observés dans le courant de la maladie peuvent faire soupçonner *à priori* le résultat des autopsies cadavériques.

Le traitement n'offre rien de particulier.

HYDATIDES EXPECTORÉES PAR LES POUMONS, par le docteur HOERING.

OBS. — M. St. A., âgé de 42 ans, d'un tempérament sanguin, de grandeur moyenne, cou un peu long, poitrine aplatie, menant une vie désordonnée, était toujours bien portant jusqu'à sa quarantième année; son père qui avait beaucoup souffert de toux et d'affections du bas-ventre, était mort dans sa 43e année, à la suite d'une maladie du rectum. Au mois de janvier 1834, A. aperçut sur la septième côte droite, sous le mamelon, une tumeur indolore de la grandeur d'une noisette. Un médecin qui fut consulté la regarda comme une tumeur enkystée. Dans l'espace de six mois, elle avait acquis la longueur de six pouces et une largeur de près de trois pouces; au bout de ce temps elle s'ouvrit spontanément et donna issue à un pus ténu et séreux. L'écoulement dura plus de trois mois et l'abcès se ferma; quelques mois après, il se forma de nouveau un pareil abcès sur le sternum, juste au-dessus de l'appendice xiphoïde, on y mit des émolliens, puis on l'incisa; le contenu était le même que dans le premier abcès, l'écoulement dura encore cette fois-ci plusieurs mois. Bientôt après la guérison de cette tumeur lymphatique, A. fut pris de toux, d'expectoration, et puis de fièvre. Le 26 mars 1835, M. Hœring, appelé pour la première fois, observa tous les symptômes de la phthisie à sa dernière période. Au moyen d'un traitement rationel, le malade allait tantôt mieux, tantôt plus mal.

Le 16 mai au soir, une vomique vint évidemment à s'ouvrir; pendant une quinte de toux très-forte, il fut rejeté d'abord une grande quantité de pus sanguinolent, puis du sang pur, rouge; expectoration qui continua à un degré plus faible pendant la nuit.

Le 17 et 18, le malade se trouva bien, mais le 19 la respiration était très-difficile, et vers les trois heures il se déclara de vrais accès de suffocation pendant lesquels le visage devint bleu, le corps froid, le pouls nul; après une demi-heure de cet état, le malade rendit une assez grande masse membraneuse entourée de beaucoup de pus. A part une grande faiblesse, A. se trouva soulagé; à 7 heures du soir, même scène qu'à trois, se terminant de nouveau par l'expulsion d'une masse absolument semblable qui, examinée par l'auteur et le professeur Heim, fut reconnue pour des hydatules.

Le malade resta pendant quelques jours dans un état d'épuisement complet, il lui était impossible de s'asseoir seul dans son lit; pouls très-fréquent, petit, vide, expectoration purulente, abondante, mais respiration plus libre. (Décoction de quinquina avec acides minéraux édulcorés et un peu d'opium.) Mais déjà au bout de quelques jours son état s'améliora, l'appetit devint meilleur, les sueurs diminuèrent; expectoration moindre et le sommeil plus calme. Le traitement fut continué avec quelques modifications nécessaires, puis on ordonna du lichen d'Islande, une diète plus nourrissante et de la bière. L'état du malade continua à s'améliorer, au point qu'au mois de juillet il put reprendre une partie de ses occupations de bureau. L'automne et l'hiver se passèrent très-bien, sans fièvre sinon entièrement sans toux; plus tard il a repris ses occupations entières, son aspect est bon et il a de l'embonpoint; il ne se plaint de temps en temps que d'un peu de toux avec expectoration muqueuse, et d'une respiration gênée en montant. Les hydatides expectorées avaient à peu près la grandeur d'un œuf d'oie; il fut impossible de mesurer leur capacité, car à cause de la ténuité de leurs parois elles s'étaient rompues aussitôt. Elles se composaient distinctement de deux membranes dont l'une externe était diaphane et bleuâtre, et l'autre interne moins transparente et blanchâtre; à leur surface interne on aperçut les petits corps que Laennec regarde comme des acéphalocystes naissans.

Ce cas se distingue des autres rapportés par les auteurs en ce que le travail morbide s'est fait de dehors en dedans, car si les deux tumeurs lymphatiques qui s'étaient développées sur le thorax n'étaient pas à proprement parler de vraies hydatides, elles s'en rapprochaient du moins beaucoup par la nature du liquide semblable à de l'albumine contenu souvent dans ces kystes (1). Quant au siége de ces hydatides dans les poumons, il est assez probable qu'elles étaient renfermées dans une vomique, car elles étaient entourées complètement de pus. Meckel (2) rapporte un cas d'un individu qui avait expectoré souvent des hydatides et chez lequel on trouva lors de l'autopsie plusieurs hydatides enfermées dans une pareille cavité; en général il est assez probable qu'elles ne se trouvent jamais autrement dans les poumons. Cette opinion est partagée par C. Piso (3): « nam hydatides certe citra abscessum nunquam mihi observatæ. » Les observations d'hydatides expectorées par les poumons ne sont pas tout-à-fait rares. Fréteau de Nantes (4) a vu 50 hydatides rejetées par un malade et 450 sorties par une ouverture pratiquée à la poitrine. Elles varièrent en grosseur depuis celle d'un grain de raisin jusqu'à celle d'un œuf de poule; elles étaient blanches et contenaient une lymphe transparente. Le malade, sujet de cette observation, a guéri. Collet (5) parle d'une femme qui a rendu 135 hydatides par la toux dans l'espace de quatre mois.

DESCRIPTION D'UNE MALADIE PRODUITE PAR DES INSECTES QUI ONT ÉTÉ AVALÉS ET QUI ONT CONTINUÉ A VIVRE DANS LE CORPS, par le docteur WERNER.

Au mois d'août 1834, F. B. d'A., âgé de 54 ans, très maigre, d'un aspect terreux et cachectique, vint consulter M. Werner; il dit avoir été toujours bien portant jusqu'à il y a quelques années, où il a commencé à souffrir de douleur de l'estomac; elles sont extrêmement fortes depuis six mois et ne lui permettent de prendre que du bouillon qui même depuis quelques jours l'incommode beaucoup; il dit avoir éprouvé déjà souvent de pareils accès de cardialgie, mais jamais les douleurs n'ont été aussi fortes ni aussi longues que maintenant; elles augmentent surtout lorsqu'il veut avaler; en outre il a la sensation d'un corps étranger assez gros qui remonte et retombe successivement dans l'estomac; à cela se joint le sentiment d'une pression et d'une brûlure continuelle. Le siége du corps étranger ou de la tumeur était, d'après le malade, dans la région du cardia; c'est de là que provenait surtout le matin une constriction suivie de fortes vomiturations suivies de rejets de simple matière aqueuse.

Des questions répétées faites au malade apprirent que depuis plus de dix ans il avait la sensation de cette tumeur de la grandeur d'un œuf de poule, et que trois à quatre ans auparavant il avait commencé à souffrir de l'estomac, à maigrir, et à prendre cet aspect terreux qu'il a maintenant. On crut à l'existence d'un squirrhe, et on prescrivit une potion mucilagineuse avec de la rhubarbe, de la belladone et du carbonate de potasse; le malade s'en trouva si bien qu'il la fit renouveler de son propre chef; plus tard à cause de la constipation on y ajouta du sulfate de potasse. Le malade ne s'en loua pas et demanda un vomitif à

(1) Meckels Handbuch des patholog. Anatom., vol. II, pag. 424.
(2) Idem pag. 425.
(3) De morbis a colluvie serosa. Sect. 3, c. 7.
(4) Annales cliniques de Montpellier, juin 1816 pag. 43.
(5) Medical transact., vol. I, 22, pag. 486.

cause de vomituritions et d'une bouche amère ; comme il avait déjà auparavant la sensation d'un corps étranger et qu'il souffrait d'une perte d'appétit et de digestion difficile, on lui prescrivit un gros de tartre stibié sur quinze gros d'ipécacuanha ; à la visite du lendemain il déclara que le vomitif l'avait guéri, et raconta qu'en retournant chez lui, il avait pris le vomitif chemin faisant, et qu'au milieu de fortes vomituritions et de vomissemens il ne fut pas peu étonné de trouver deux morceaux de membrane de la grandeur d'un doigt, des mucosités et de l'eau, le tout aggloméré ensemble et contenant quantité d'insectes. En arrivant à la maison il rendit de nouveau des insectes sans enveloppes qu'il conserva pour le médecin ; plus tard on n'a plus retrouvé de ces mêmes insectes ni dans les vomissemens, ni dans les selles. Le malade se trouvant bien, refusa tout médicament.

Les occupations nombreuses du docteur Werner ne lui ayant permis d'aller visiter ce malade qu'au bout de quinze jours, il eut la douleur d'apprendre qu'on l'avait enterré la veille.

Pendant les derniers dix ou douze jours le malade s'était trouvé bien les premiers temps, quoi qu'il fût obligé de garder le lit ; sa nourriture consistait en œufs à la coque, crème de riz, café fort en petite quantité ; il survint de la constipation, et dans les derniers trois jours les selles se supprimèrent entièrement ; il ressentit de nouveau de la brûlure au cou, une oreille suppura et se couvrit de croûtes. Le malade qui avait toujours eu des soins de propreté se plaignit quelques jours avant la mort d'une démangeaison sur la tête qui se trouva couverte d'une immense quantité de tout petits poux. La veille de sa mort, il devint tout-à-fait faible, insensible, et quelques heures avant il perdit toute connaissance. La putréfaction se fit d'une manière très-rapide.

Les insectes qui ont été rejetés étaient, d'après l'auteur, les uns évidemment des cloportes (oniscus asellus), et les autres ces mêmes insectes non encore développés ; mais d'après l'opinion plus probable du professeur Jæger, ces derniers étaient des larves d'une mouche dont la famille et le genre ne purent être déterminés vu leur organisation incomplète.

ERREURS DE DIAGNOSTIC. — HYDROTHORAX PRIS POUR UNE GASTRITE, par le docteur VEIEL.

Sous ce titre l'auteur rapporte quatre observations dont la suivante surtout nous fait voir combien les symptômes, en apparence les plus sûrs, peuvent faire tomber l'observateur le plus pénétrant dans les erreurs que l'autopsie seule vient redresser.

OBS. I. — Un homme de 55 ans, adonné depuis plusieurs années à la boisson, dont l'abus lui occasionnait de fréquentes cardialgies accompagnées de vomissemens de crachats clairs avec toux et suffocation, se répétant tous les matins, fut pris d'une fièvre hectique qui dura huit semaines. Dans les premiers jours il se plaignit surtout de son estomac, d'éructations, de soif, de vomituritions, d'un goût acide, d'une douleur fixe après avoir mangé, de tension et de pesanteur à l'épigastre du côté droit ; cette région était sensible seulement à une forte pression. A l'endroit de la tumeur on remarquait très distinctement une petite élévation ovale, correspondant à une tumeur tendue, dure, profondément située, qui soulevait les fausses côtes ; en pressant sur cet endroit, on provoquait des éructations. Après 14 jours à peu près, il se déclara des vomissemens acides qui continuèrent jusqu'à la mort ; le malade ne pouvait supporter aucun aliment qui était rejeté à l'instant même avec des crampes d'estomac très-violentes ; il ne pouvait se coucher que sur le côté gauche, avait une irritation de toux avec spasmes et expectoration muqueuse ; il était amaigri et ressentait souvent des élancemens qui s'étendaient de la tumeur épigastrique à l'épaule ; respiration brève, beaucoup de soif, sommeil très-inquiet, fièvre avec rémissions très-courtes, pouls petit et fréquent. Dans les derniers six jours : maigreur extrême, aspect jaune, yeux caves, lèvres pâles, sommeil plus agité, déglutition rendue difficile par des aphthes développées dans la bouche et dans le pharynx, enfin au bout de six semaines le malade mourut se plaignant jusqu'au dernier moment de sa douleur au côté droit et de vomissemens fréquens et de mauvaise odeur.

Quel fut le diagnostic ? une gastrite chronique qu'on supposait, à cause de la tumeur perçue à travers les tégumens (symptôme pathognomonique du cancer de l'estomac d'après Andral) avoir passé à l'état squirrheux au pylore. Voyons l'autopsie : Nulles traces de gastrite et moins encore de squirrhe au pylore ; l'estomac, le duodénum et le foie dans un état tout-à-fait normal, mais il existait un hydrothorax du côté droit, dont le liquide très-abondant abaissait tellement le diaphragme qu'il en était résulté cette tumeur que l'on avait remarquée au creux de l'estomac, et une compression sur le pylore et en partie sur le duodénum ; par là les organes poussés en avant et comprimés entre la tumeur et les tégumens du bas ventre donnaient lieu, lorsqu'ils se trouvaient distendus par les alimens, aux vomissemens. Le poumon droit réduit au volume du poing était refoulé vers le fond et en grande partie dégénéré en une masse lardacée.

Cette observation nous démontre combien il est important, même dans les maladies en apparence les plus tranchées, d'examiner avec soin toutes les parties du corps ; certes si ici l'exploration sthétoscopique avait eu lieu, le médecin, tout en persistant peut-être dans son premier diagnostic à raison des symptômes gastriques, aurait du moins reconnu facilement l'épanchement de la poitrine.

OBSERVATION REMARQUABLE D'UN ÉNORME CALCUL URÉTRAL ; par M. le docteur SEYFFER de Heilbronn.

OBS. I. — C. Seiz, âgé de quarante-neuf ans, maçon, pauvre, se nourrissant principalement de végétaux, avait à souffrir, depuis l'âge de quatre ans, de douleurs à la vessie et de difficulté d'uriner, s'accompagnant d'une sensation de poids ou de pression sur le périnée, et souvent d'une douleur lancinante à travers l'urètre ; l'émission de l'urine se faisait avec peine par un jet très-mince et souvent interrompu. A l'âge de 18 ans, dans une course rapide que fit le malade, il éprouva subitement comme si, de l'endroit de la vessie qui était le point de départ habituel de ses douleurs, un corps étranger s'était déplacé et avait glissé vers l'urètre. En effet, en pressant sur ce canal à son origine interne, on sentait un corps dur, rond et du volume d'un pois ; ce corps s'étant accru et ne pouvant avancer dans l'urètre à cause de l'obstacle que lui présentait le rétrécissement de la portion membraneuse, avait fini par dilater la portion prostatique dans laquelle il se trouvait logé, l'avait rompue, et était descendu en partie dans le tissu cellulaire de la région pelvienne droite. Cet homme put encore, dans cet état et au milieu des plus vives souffrances, engendrer cinq enfans dont l'aîné a 19 ans, et le plus jeune 5. Depuis que le corps étranger s'était déplacé du canal de l'urètre dans la région prostatique, l'urine, s'infiltrant constamment dans cette région, l'avait distendue outre mesure, et ce liquide ne parvenait plus à s'échapper par l'urètre que goutte à goutte.

Au commencement d'avril 1835, la difficulté d'uriner et le sentiment d'ardeur augmentèrent. A dater du 19 du même mois, la verge commença à se tuméfier par l'infiltration de l'urine, au point que le gland en fut comme recouvert, le prépuce lui même était extrêmement gonflé.

Au 15 mai, la peau du pénis devint rouge, puis d'un rouge brunâtre ; il s'y développa deux points gangreneux qui donnèrent naissance à deux ouvertures dont l'une située à droite et en bas, à la région prostatique, donna issue à l'écoulement libre de l'urine, et l'autre, plus grande et située en avant et à gauche, donna passage à la verge. On put alors croire à un pénis bifurqué, car la peau de cet organe, infiltrée et comme gorgée par de l'urine, avait conservé une forme circulaire et raide, et formait antérieurement et à droite une proéminence de 1 pouce 9 lignes.

Ce malade avait été jusqu'alors soigné par deux chirurgiens de campagne qui ne reconnurent pas la cause du désordre qu'ils avaient devant les yeux. L'un d'eux, en levant un matin l'appareil, reçut presque dans les mains un fragment de calcul considérable qui s'échappa de l'ouverture inférieure et postérieure. Dès ce moment le docteur Seyffer, accompagné de M. Schægle, chirurgien cantonnal, fut appelé près du malade. Ils le trouvèrent dans un état voisin du marasme ; une odeur gangréneuse infecte s'échappait des plaies. En examinant la région malade, ils virent l'urine, qui ne pouvait plus se faire jour à travers l'urètre, sortir involontairement par l'ouverture gangréneuse inférieure, le sphincter de la vessie se trouvant paralysé et sa portion prostatique détruite. La pointe de la prostate ainsi que les deux lobes de cette glande venaient également faire saillie à travers cette même plaie. On put de même y faire arriver l'extrémité d'une sonde introduite par l'orifice extérieur de l'urètre ; cette ouverture inférieure n'était séparée de l'antérieure que par un pont de 4 lignes.

Des moyens chirurgicaux et un traitement interne appropriés parvinrent à opérer la cicatrisation de la plaie supérieure, et en partie celle de la plaie inférieure ; mais il est presque superflu de dire qu'à raison de la destruction de la portion prostatique de l'urètre et de la paralysie du sphincter de la vessie, il est resté une fistule urinaire avec incontinence d'urine. A part cette infirmité, le malade s'est rétabli au point de pouvoir reprendre son métier de maçon.

Le calcul que, pour faciliter sa description, nous partagerons avec l'auteur en quatre parties, la *tête*, le *col*, le *tronc*, le *pied*, présentait une longueur de 3 pouces 9 lignes ; son diamètre transversal à la *tête* était de 1 pouce 1 ligne, et au tronc de 1 pouce ; il pesait 1 once et 2/3 de gros ; le tronc et le pied étaient articulés ensemble, de telle sorte que le tronc, se terminant par une véritable tête arrondie articulaire, était reçu dans une excavation, véritable cavité glénoïde, pratiquée à la surface supérieure du pied. Ce calcul se trouve conservé au musée anatomique de l'hôpital Ste-Catherine de Stuttgard.

DÉTENTION D'URINE SUIVIE DE L'EXCRÉTION DE CE LIQUIDE PAR DES VOIES INACCOUTUMÉES ; par le docteur LYNKER, de Pyrmont.

L'observation suivante nous a paru si extraordinaire par la manière étrange dont l'urine s'est fait jour à plusieurs reprises, que nous la donnons presque en entier, en laissant aux physiologistes l'explication de ce singulier phénomène.

OBS. — Une fille, âgée de 24 ans, menstruée non sans peine dès l'âge de 15 ans, et sujette depuis son enfance à des crampes qui occasionnèrent un raccourcissement des extrémités inférieures, fit, en été 1831, sur la partie antérieure de la tête, une chute si violente qu'elle resta quelques minutes sans connaissance. Un barbier ivre pratiqua aussitôt une saignée de 4 livres à peu près, qui fut suivie immédiatement d'un état de prostration extrême, accompagnée de spasmes tantôt toniques tantôt cloniques ; ce n'est qu'après un temps assez long qu'on parvint à remonter les forces, mais il resta pourtant une céphalée fixe à l'endroit où la chute avait eu lieu. En automne 1833, il survint de nouveau de violens accès de spasmes suivis d'une paralysie des deux extrémités. Beaucoup de moyens furent employés sans succès, la malade fut prise dans l'intervalle d'un typhus abdominal, la paralysie persista et ne céda qu'à l'application de quelques moxas. Tout-à-coup après une affection morale, les spasmes se déclarèrent de nouveau avec une intensité

estraordinaire; c'est de ce moment que datent les phénomènes remarquables qui rendent cette observation si curieuse. La malade éprouva un resserrement douloureux périodique sur les deux côtés des vertèbres lombaires, le long des uretères, tantôt plus vers les reins, tantôt plus vers la vessie; plus tard elle se plaignit d'une chaleur violente dans tout le bas-ventre qui était balloné et très-sensible au toucher; beaucoup de soif, tantôt frisson, tantôt chaleur, anxiété, sommeil agité par des rêves, pouls petit, faible, irrégulier, point d'appétit, constipation opiniâtre. Cet état empira de jour en jour, le bas-ventre devint toujours plus balloné, et il survint des vomituritions et enfin des vomissemens d'un fluide ténu, copieux, d'un jaune clair et d'une odeur légèrement urineuse, qui furent suvis d'un léger soulagement. Dès le début de ces accidens, la malade n'a plus rendu une seule goutte d'urine par la voie ordinaire, quoiqu'elle en ressentît de temps en temps le besoin. La vessie n'était nullement distendue, et au moyen du cathéter il ne s'écoula qu'une très-petite quantité d'urine claire comme de l'eau et presque inodore; les anti-spasmodiques seuls, puis plus tard les diurétiques, un bain chaud, etc., calmèrent légèrement les accidens spasmodiques. Cette dysurie datait déjà depuis quinze jours et le tout restait dans le même état, il y avait même une exaspération de quelques symptômes, surtout des vomissemens, lorsque la malade se plaignit d'une douleur continuelle, tantôt tensive tantôt pongitive dans l'aisselle et dans les deux mamelles qui, évidemment, avaient augmenté de volume, et dont les vaisseaux lactifères étaient enflés; puis de tiraillemens le long du dos, d'horripilations fréquentes, etc.; en général tous les symptômes d'une fièvre de lait. Le bas-ventre était toujours balloné, tendu et sensible; à peine, pendant l'espace de deux jours, put-on évacuer par la vessie une tasse d'urine. Les selles furent provoquées par des lavemens. On couvrit les mamelles avec du coton frais, et au bout de quelques heures on vit s'écouler des deux mamelons une grande quantité d'un fluide incolore et ayant assez l'odeur de l'urine accompagnée d'une diminution presque simultanée des symptômes. L'écoulement fut si abondant pendant les douze premières heures, que la malade se vit forcée de changer trois à quatre fois de linge, et encore plus souvent de coton; en frictionnant les mamelles on favorisa très-facilement l'excrétion de ce liquide. Cet écoulement dura presque deux jours entiers; au bout de ce temps il cessa subitement pour se faire bientôt jour au nombril, ici encore il s'annonça par des tiraillemens et de la tension; le liquide était absolument de même nature mais seulement en moindre quantité: au bout de quelques heures il cessa de nouveau et, chose étonnante, pour reparaître à un troisième endroit, aux jambes; une sérosité limpide comme par de fortes transpirations, s'écoula par gouttes de ces extrémités pendant que le reste du corps était plus sec qu'à l'ordinaire; la malade n'avait rien éprouvé de particulier auparavant. La sécrétion des jambes fut de courte durée et ne se reproduisit plus, tandis qu'à l'ombilic et aux mamelles l'excrétion de ce liquide anormal se fit d'une manière alternative, plus souvent toutefois à cette dernière partie; il s'en échappa ainsi une quantité considérable; le bas-ventre s'affaissa beaucoup et il se manifesta un mieux être très-marqué. L'écoulement avait déjà cessé depuis quelques jours, et pas une goutte d'urine ne s'était fait jour par la voie ordinaire, le besoin d'uriner était aussi rare et faible. Le ventre se tuméfia bientôt de nouveau et les accès spasmodiques revinrent, le cathéter appliqué encore cette fois-ci, n'évacua, comme antérieurement, qu'une très-petite quantité d'urine claire comme de l'eau, en un mot l'état actuel paraissait se rapprocher de l'ancien, lorsque, le 2 août 1834, la malade eut des douleurs atroces et la sensation comme si tous les intestins voulaient s'échapper hors du bas-ventre; puis on vit apparaître subitement une tumeur dans la région de la vessie et la malade rendit, par la voie ordinaire, sept pots d'une urine trouble, foncée, répandant une très-forte odeur, et se trouva beaucoup soulagée; quoiqu'elle but très-peu, elle rendit de nouveau, douze heures plus tard, quatre pots d'urine. Dès ce moment, la tranquillité, le sommeil, l'appétit revinrent, les selles devinrent régulières ainsi que la sécrétion de l'urine. Pendant quelques semaines, la malade était dans un état satisfaisant, lorsqu'elle vit un matin plusieurs portions du tœnia (cucurbitina) dans ses selles (il est à remarquer que cette maladie est extrêmement fréquente à Pyrmont). Comme le traitement contre le tœnia resta sans effet et que la malade se portait mieux, les spasmes étant rares et faibles, on la laissa en repos.

Le 20 octobre, la malade se plaignant de quelques symptômes du bas-ventre, M. Lyncker, qu'elle alla consulter, lui accorda un vermifuge qu'elle demanda, mais à peine s'était-il écoulé une demi-heure que le médecin fut appelé, et il apprit que la malade, en rentrant chez elle, avait hâté ses pas à cause d'un orage qui menaçait; qu'arrivée à la maison elle était tombée épuisée sur une chaise; sa mère qui la croyait évanouie, accourut pour la secourir et ouvrit ses vêtemens, au même moment elle entendit un craquement distinct dans la poitrine, comme si quelque chose s'était rompu; en découvrant cette région, elle la vit ainsi que la partie de la chemise qui la recouvrait, teintes de sang; au premier moment la malheureuse mère crut à une blessure; mais à un examen attentif, on vit que le sang s'était écoulé des mamelles, on en estima la quantité à 8 à 10 onces.

La menstruation, sans être supprimée, était depuis quelque temps irrégulière. On ordonna le repos et des rafraîchissans.

Le 25 octobre, l'hémorrhagie n'était pas revenue, mais il s'était écoulé des mamelles une eau d'un jaune clair, insipide, dépendant probablement de la pression exercée par un sinapisme appliqué sur le sternum; la quantité était si forte, qu'on fut obligé de changer plusieurs fois de linge dans la journée. L'écoulement diminua aussitôt que la rougeur de la peau produite par la moutarde eut disparu.

Le 17 novembre, après quelques spasmes; cet écoulement des mamelles revint, mais en moindre quantité que la première fois, et finit par quelques gouttes de sang. La malade avait été menstruée récemment; cinq jours après elle eut de nouveau, dans la nuit, de violens spasmes et de fortes douleurs sous le sternum; au bout de 24 heures ces symptômes diminuèrent par l'emploi de l'aimant. La bouche, qui était complètement serrée, s'entr'ouvrit de la largeur d'un brin de paille, et une autre fois, pendant qu'on la magnétisait, elle s'ouvrit momentanément, au point qu'on put voir la langue fortement courbée vers le haut, et profondément rétractée vers l'isthme du gosier.

Le 23, après de fortes douleurs autour du nombril pendant la nuit, il se déclara le matin par cet endroit, ainsi que par le vagin, un écoulement de sang: aussitôt les douleurs s'allégèrent, le spasme de la bouche et de la langue diminua, et il se manifesta un mieux-être général. Après quelques heures, les deux écoulemens cessèrent en même temps.

Le 25, nouvel écoulement aqueux par les mamelles, mêlé à la fin avec un peu de sang. Fin du spasme de la bouche et de la langue.

Excepté quelques spasmes, l'hiver suivant et l'automne de 1835 se passèrent assez bien; mais l'été était marqué par une grande irrégularité du côté de la menstruation. Cette fonction se renouvelait maintenant comme antérieurement, presque tous les quinze jours, et elle était presque toujours précédée ou suivie d'un écoulement aqueux rougeâtre par la mamelle droite ou par le nombril. Le sang qui s'écoulait par la vulve était pâle et terne, presque de nature aqueuse. (Prescription : eau minérale ferrugineuse.)

Au mois de juillet il se déclara de nouveau une dysurie de neuf jours, qui s'accompagna absolument des mêmes symptômes que précédemment, mais cette fois on obtint plus d'urine par l'application du cathéter.

Le 1er août 1835, on employa avec une légère amélioration la belladone; mais on fut bientôt obligé de la suspendre à cause des symptômes toxiques. La malade n'est délivrée ni des spasmes ni du tœnia, quoiqu'on ait cherché encore une fois à l'expulser; mais son état est du reste assez supportable (1).

II. NEUE WISSENSCHAFTLICHE ANNALEN.

Nous extrayons du deuxième cahier du second volume l'article original suivant :

SUR LA PÉRICARDITE EXSUDATOIRE SANGUINOLENTE, ET DU MORBUS CARDIACUS DES ANCIENS; par le docteur SEIDLITZ, médecin en chef de l'hôpital de la Marine à St-Pétersbourg.

Le docteur Seidlitz décrit sous le nom de péricardite exsudatoire sanguinolente une maladie caractérisée anatomiquement par un épanchement, dans le péricarde, de 2 à 6 livres d'une sérosité sanguinolente déposant soit à la surface du cœur, soit à celle du péricarde, des grumeaux fibrineux ou albumineux, avec coloration bleuâtre de la surface externe du cœur.

Les symptômes principaux sont de deux espèces, suivant qu'on les considère avant ou après l'épanchement. L'invasion est subite, s'accompagne rarement d'un véritable accès de fièvre, se caractérise par une grande prostration, un sentiment de pression sous le sternum ou au creux épigastrique, gêne de la respiration, anxiété, face turgescente, chaleurs fugaces, pouls aussi variable que la chaleur du corps, devenant tantôt petit, serré, tremblotant, puis se relevant tout à coup et battant avec force; décubitus sur le dos. Cet état dure deux à trois jours, souvent seulement quelques heures; alors, ou bien les symptômes disparaissent et la malade guérit, ce qui est très-rare, ou bien l'épanchement et la mort surviennent; c'est le cas le plus fréquent. Cette seconde période est marquée par une pression extraordinaire à la région précordiale, rarement accompagnée de douleur; matité très-étendue à la région du cœur; trouble dans les battemens de cet organe; respiration courte, fréquente; rarement de la toux; décubitus sur le dos; pouls petit, tremblant, très-irrégulier et fréquent; chute extraordinaire des forces; sueurs froides et glutineuses; langue et haleine froides; lipothymies au moindre mouvement; voix cadavéreuse; soif intense; urines et selles naturelles. La saignée, à cette période, n'apporte plus qu'un soulagement passager; la faiblesse augmente de plus en plus; les yeux s'enfoncent dans les orbites, la face se décompose, les lèvres deviennent bleues, les malades ont en tout l'aspect des cholériques, la mort survient le deuxième ou le troisième jour après le début de la deuxième période; dans quelques cas rares la guérison a lieu; d'autres fois il survient un état chronique, et les malades descendent lentement dans la tombe.

L'auteur, rapprochant ces symptômes de ceux décrits par Cœlius Aurelianus sous le nom de *morbus cardiacus*, croit que l'affection qu'il a observée est la même que celle décrite par ce médecin.

Selon le médecin russe qui a observé un grand nombre de fois cette maladie et a fait quinze autopsies, ce n'est point une inflammation franche du péricarde; l'absence de la douleur péricardiale, l'absence d'une fièvre bien caractérisée, la grande prostration, le prouvent. C'est une transsudation qui se fait à la surface du péricarde, à la suite d'une connexion violente qui refoule tout le sang vers l'organe central de la circulation. L'auteur va plus loin encore, il pense que la maladie est liée à un état scorbutique qui, au lieu de se manifester au siége qu'occupe ordinairement cette dernière affection, s'est fixé par une espèce de métastase sur l'enveloppe du cœur. En effet, la maladie s'est montrée en même temps qu'une épidémie scorbutique sur des personnes affaiblies et sous l'influence de causes débilitantes. Chez plusieurs, le

(1) Malgré les détails si précis de cette observation, on pourrait encore soupçonner que le médecin a été induit en erreur par quelque fourberie d'un malade hystérique. On se rappelle que Nysten, dans la première édition de ses *Recherches cliniques*, avait aussi raconté l'histoire d'un vomissement d'urine, et qu'il fut obligé, dans sa seconde édition, de reconnaître qu'il avait été trompé.

scorbut a compliqué la maladie du péricarde ; chez d'autres, il est survenu lors de la guérison de cette dernière.

Le titre de ce mémoire et le résultat anatomique nous ont de prime-abord portés à croire que la maladie en question n'était autre chose que la péricardite *hémorrhagique* décrite par Laënnec, et dont M. Andral cite un exemple dans sa clinique ; mais la description générale donnée par le médecin de St-Pétersbourg, la ressemblance frappante de cette maladie avec celle décrite par Cœlius Aurelianus, et surtout la lecture des observations particulières, nous ont convaincus qu'il s'agit ici réellement d'une maladie spéciale du péricarde qui a la plus grande analogie avec le morbus cardiacus des anciens.

Pour mieux faire connaître cette maladie, nous rapportons ici trois observations qui ont paru la caractériser de la manière la plus frappante.

Obs. I. — Emelian Charitonoff, âgé de 32 ans, matelot, adonné à l'ivrognerie, d'une stature ramassée mais boursoufflée, pâle, de fibre lâche, entra à l'hôpital le 20 février 1832, au soir, se plaignant d'une pression sur la poitrine, de douleurs dans tous les membres et dans l'hypochondre droit, d'une oppression de poitrine et d'une toux humide. Pouls faible, vide, pas très-fréquent, température du corps non augmentée, langue chargée, haleine de mauvaise odeur comme après l'ivresse, selles. Le malade qui était couché sur le dos, la tête basse, se soulevait brusquement dans son lit et répondait juste à toutes les questions. Comme le malade paraissait avoir fait quelques débauches, qu'on lui avait placé deux ventouses scarifiées et fait prendre une potion de sel ammoniac avec du tartre stibié, on le laissa en repos pour le soir même. Nuit très-bonne, les douleurs à l'hypochondre ont disparu, il ne reste qu'un asthme gênant auquel il était sujet longtemps avant, l'absence de fièvre, l'aspect leucophlegmatique du malade, le pouls petit et faible, le ton mat par la percussion de la poitrine, l'asthme humide, firent soupçonner un épanchement de sérosité dans la poitrine, quoique le malade pût se coucher sans gêne sur les côtes. (Poudre de scille, de digitale, de crême de tartre, infusion de genièvre pour boisson) Selles naturelles, appétit très-fort. Il se trouvait dans cet état le 21 et le 22 février, le 23 au soir il se coucha, et à peine était-il endormi que ses camarades remarquèrent que la respiration était très-difficile et qu'elle cessa tout-à-coup. Le médecin appelé aussitôt, trouva le malade mort.

Autopsie. En ouvrant le bas-ventre et la poitrine, il s'écoula de ces deux cavités plusieurs livres d'eau ; le poumon droit était en partie adhérent à la plèvre costale, surtout à son lobe inférieur; entre cette dernière surface et le diaphragme, il se trouvait une couche de sang coagulé, noir, de la grandeur d'un œuf de poule coupé en deux. Le poumon droit était aussi en quelques endroits adhérent à la plèvre costale, mais surtout avec le péricarde au moyen d'une couche de lymphe sanguinolente et facile à déchirer, le nerf phrénique traversait cette dernière, les poumons étaient tout-à fait à l'état normal, mais flétris, comme macérés. Le péricarde était extrêmement distendu et contenait quatre livres d'une sérosité d'un rouge de sang foncé, mais point de coagulum ; la paroi interne comme tout le cœur était tapissé d'un couche fibreuse, réticulaire, d'un rouge de sang, grumeleuse et de l'épaisseur d'une ligne ; en raclant cette couche, on vit le péricarde partout lisse et intact. Le cœur, entouré de beaucoup de graisse, était très-petit, ses cavités presque tout-à-fait comprimées et exsangues, veines caves et jugulaires remplies de sang ainsi que les vaisseaux du cerveau qui paraissaient être au reste à l'état normal, foie très-grand et riche en sang, mais la substance très-flasque ; dans l'estomac on trouva les alimens, que le malade avait pris le soir, non digérés.

Obs. II. — Un Polonais, âgé de 25 ans, en proie à la nostalgie, souffrait, vers la fin de mai, d'affections gastro-bilieuses pour lesquelles on donna la potion de Rivière, et on fit faire des frictions mercurielles sur la région du foie qui était tuméfiée et douloureuse. La tuméfaction et les douleurs augmentèrent, s'étendirent jusqu'au creux de l'estomac et au nombril ; puis le malade eut des nausées de la fièvre et était constipé. (Sangsues sur le bas-ventre, huile de ricin.) Les nausées qui continuèrent, la couleur jaune de la figure, les douleurs dans la région du foie, une céphalée frontale et une forte inquiétude de l'esprit accompagnée de gémissemens et de larmes firent soupçonner un état inflammatoire du foie. (Calomel à l'intérieur et frictions mercurielles sur la région du foie.) Le ptyalisme se déclara, mais sans soulagement, au contraire, oppression de poitrine, pouls petit et faible, des taches scorbutiques aux pieds avec des douleurs vagues très-fortes. (Acides, lotions de vinaigre sur le corps, vésicatoire sur la poitrine.) Abattement d'esprit et prostration des forces, peau froide, visqueuse, le malade couchait presque immobile sur le côte gauche, pressant continuellement avec la main sur la région du cœur. Quoique la région du foie fût toujours gonflée et douloureuse, on ne pouvait plus méconnaître un épanchement dans la poitrine. Des bains aromatiques et des moyens stimulans pris à l'intérieur, restèrent sans effet, le malade mourut après une agonie de 24 heures.

Autopsie. Foie friable, bleu, épiploon épais, roulé, adhérent à la surface inférieure du foie, pylore épaissi, membrane interne de l'estomac très-rouge, boursoufflée, péricarde contenant trois livres et demie de sérosité sanguinolente rouge noirâtre, sans coagulum; cœur très-petit, comprimé et entouré d'un sédiment grumeleux, fibrineux et réticulaire qui enlevé laissa voir la face interne du péricarde intacte.

Obs. III. — Un Polonais, âgé de 31 ans, d'une constitution faible, fut pris, au commencement de juillet, d'une fièvre intermittente tierce, il eut cinq accès légers; comme la langue devenait de plus en plus chargée et qu'un état gastritique paraissait se développer, on donna un vomitif, puis le 20 juillet, jour franc, la quinine. Le lendemain on attendait pour le soir le paroxisme, le malade était le matin très-bien comme ordinairement dans les intermissions ; vers onze heures (il avait pris en tout 9 grains de quinine), on le trouva dans un état d'anxiété et d'agitation, figure livide, froide, enfoncée, langue froide, pouls à peine sensible, mains glaciales, puis lipothymies, anxiété très-forte, oppression de poitrine, douleur insupportable au creux de l'estomac, décubitus impossible sur le dos ou sur le côté droit. Le diagnostic paraissait difficile ; avait-on affaire à une fièvre intermittente pernicieuse, ou au morbus cardiacus des anciens ? On fit une saignée, mais ce n'est qu'avec grande peine qu'on obtint du sang ; à peine quelques onces avaient elles coulé, que l'oppression du cœur diminua, le sang coula plus vite et même plus tard à grand jet, au grand soulagement du malade. On laissa couler une livre de sang (qui était noir et sans croûte phlogistique, se séparant néanmoins en sérum et en coagulum) ; pendant la saignée une sueur froide couvrit tout le corps, on plaça encore deux ventouses scarifiées sur la région du cœur et on fit des frictions avec l'onguent mercuriel dans les hypochondres. Petit à petit le malade se remit, la sueur devint chaude et le pouls sensible, mais les douleurs sous le sternum continuaient. A cause de cette amélioration prompte, le médecin abandonna l'idée de la péricardite, mais ordonna à côté de la quinine une potion nitrée et un grand vésicatoire sur la poitrine. Le 22 juillet, point d'intermission franche, mais pouls fréquent et continuation des douleurs dans la poitrine. Le 23 au soir, paroxisme semblable aux autres (le malade avait pris en tout 21 gr. de quinine). L'intermission suivante fut troublée par des oppressions et des douleurs sur la poitrine, malgré l'emploi de la quinine (dont il prit encore 12 gr.) La fièvre revint les 25, 27 et 29, mais en même temps le scorbut se déclara à son siége accoutumé : gencives flasques, saignantes, taches scorbutiques aux pieds, visage terreux ; et à la place des accès intermittens qui devenaient toujours moins réguliers, il se déclara une fièvre rémittente ; malgré le traitement anti-scorbutique, ces symptômes augmentèrent ainsi que l'affection de la poitrine : douleur, gêne de la respiration plus forte, pulsations du cœur et du pouls plus faibles, diminution plus marquée de la température du corps, langue pâle et froide, décubitus sur le dos, prostration, gémissemens, mort le 27 août après cinq semaines et demie de maladie.

Autopsie : Péricarde contenant trois livres de sérosité rouge, noirâtre, sans coagulum, sa surface interne ainsi que le cœur étaient entourés d'une couche fibrineuse aplatie, teinte en jaune en plusieurs endroits ; le long des vaisseaux on retrouvait cette même substance en si grande quantité qu'elle formait des élévations; en raclant cette couche on vit l'enveloppe séreuse du cœur intacte. Le cœur était très-compacte et très-petit. Poumons sains, taches scorbutiques sur les intestins.

TRAVAUX ACADEMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 29 AOUT.

COMPOSITION ÉLÉMENTAIRE DE L'AMIDON PROVENANT DE DIFFÉRENTES PLANTES.

M. Payen lit sur ce sujet un mémoire qu'il résume en ces termes :

L'amidon extrait des racines, tiges et graines de diverses plantes, quelque variées que soient ses formes et ses dimensions, quelque différence qu'on remarque dans sa cohésion, différence qui dépendait de l'âge de cette substance organique et de la végétation de la plante qui l'a sécrétée, offre toujours une même composition chimique qui est représentée par la formule $C^{12} H^{10} O^5$.

Les particules de l'amidon, plus ou moins altérées dans leur agrégation par suite de nombreuses transformations artificielles, conservent leur composition chimique, en sorte que les divers produits ainsi obtenus rentrent dans la même formule lorsque l'on en a éliminé quelques matières étrangères.

La dissolubilité complète de l'amidon ou sa conversion en dextrine, soit par la diastase, soit par l'acide sulfurique, soit par la soude ou la potasse, agens si dissemblables entre eux, modifie encore plus fortement les propriétés physiques de l'amidon sans altérer cependant sa composition élémentaire. L'observation d'un pouvoir moléculaire constant sur la lumière polarisée s'accorde donc avec toutes les expériences sur les propriétés et la composition chimiques pour démontrer l'identité d'un même corps organique sous tant de formes différentes ; stabilité d'autant plus remarquable que l'instabilité dans l'agrégation de ses parties aurait pu conduire à supposer un grand nombre de cas d'isomérie là où ne se trouvent en réalité que des changemens de forme.

La plupart de ces modifications déjà réalisées en grand ont créé plusieurs produits commerciaux distincts dont les applications spéciales ont une grande importance.

DISPOSITION ANNULAIRE DES DIVERSES PARTIES DU CERVEAU.

M. Gerdy lit un mémoire dans lequel il cherche à prouver que les diverses parties du cerveau sont disposées de telle sorte qu'on peut le considérer comme réduit à deux pédoncules divergens qui présentent sur leur circonférence trois reliefs annulaires (en allant du centre à la circonférence, la couche optique, le tœnia, le corps strié), lâchement entourées de cinq autres anneaux (la voûte, le plexus-choroïde, le corps calleux, le raphe, la circonvolution annulaire), qui, en même temps, unissent l'un à l'autre ces pédoncules, ainsi que les lobes qui les recouvrent et les enveloppent.

Il annonce que, dans un autre mémoire, il montrera que le cervelet et le mésocéphale sont formés d'après le même principe général, et que les faisceaux longitudinaux et centraux du mésocéphale sont encore entourés par des parties annulaires autour desquelles elles semblent s'être primitivement développées.

SÉANCE DU 5 SEPTEMBRE.

RECHERCHES SUR LA STRUCTURE DES DENTS.

M. Flourens lit l'extrait d'une lettre que lui a adressée de Stokholm M. Retzius et qui a rapport à des recherches microscopiques de cet anatomiste sur la structure des dents.

M. Purkinje, de Breslau, s'est occupé, en même temps que M. Retzius, de ces

recherches. Les résultats obtenus par le premier ont été publiés dans les thèses inaugurales de deux de ses élèves, MM. Franckel et Raschow, ceux de l'auteur de la lettre, dans les mémoires de l'académie de Stokholm.

Les deux anatomistes qui étudiaient à l'insu l'un de l'autre ont trouvé tous les deux que la substance osseuse se compose principalement de fibres ondulées et de tuyaux cylindriques qui commencent à la cavité de la pulpe et s'étendent en rayons vers la surface. M Retzius les a vus se ramifier presque régulièrement en s'amincissant, mais sans s'anastomoser Sous le microscope, ils ressemblent à des vaisseaux remplis d'une substance blanche. Les dents de tous les vertébrés offrent cette même structure qui avait été déjà entrevue par Leuwenhoeck.

MM. Retzius et Purkinje ont l'un et l'autre retrouvé la substance corticale de Tenon entourant la racine des dents humaines, substance qui, suivant eux, présente dans sa structure une grande analogie avec celle des os, mais s'en distingue en ce qu'elle manque de vaisseaux sanguins, de tubes cylindriques et de canaux rayonnés.

ESPÈCE DU GENRE CANIS COMMUNE DANS LE VOISINAGE DE L'ATLAS ET LE DÉSERT DE ZAHARA.

M Bodichon adresse quelques détails sur un animal qu'il considère comme un renard, et qui se distingue, dit-il, des différents renards que connaissent les zoologistes par les caractères suivants :

« Il a la surface supérieure du crâne applatie, le diamètre antéro-postérieur plus grand que le diamètre biparietal, les oreilles placées sur le haut de la tête comme le chacal, et beaucoup plus longues, le col grêle et élancé, et le train de derrière plus élevé que celui de devant.

» Cet animal vit en troupes, composées quelquefois de cinquante individus et même davantage, qui agissent de concert pour attaquer les moutons, les gazelles ou les veaux, du moins c'est ce qu'assurent les Arabes.

» Ces animaux, dit M. Bodichon, n'habitent pas les pays de montagne, aussi n'en voit-on jamais dans cette partie de nos possessions appelée le massif d'Alger. On les rencontre quelquefois dans la plaine de la Metidja, et le nombre en est prodigieux dans le désert de Zahara.

» Dans la plaine, ils se sentent plus forts que les chacals, et houspillent vigoureusement ceux qui s'approchent de leurs bandes; dans la montagne, ils leur cèdent le pas et les évitent avec soin. »

ABLATION D'UNE TUMEUR CANCÉREUSE DU MAXILLAIRE SUPÉRIEUR.

M. Roux, de Brignolles, donne les détails d'une opération de ce genre qu'il a exécutée avec succès.

— M. Thomson lit un résumé des recherches dont il avait déjà fait connaître les principaux résultats dans des mémoires précédemment présentés à l'académie, il y trouve la preuve que « tous les canaux herniaires sont sous l'influence de l'action musculaire; » il en déduit aussi plusieurs indications pratiques.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 13 SEPTEMBRE.

Présidence de M. Louyer-Willermay.

Correspondance officielle :

1° Lettre de M. le ministre de l'instruction publique.

Un pharmacien de l'école de Paris, M. Caley, croit avoir trouvé un moyen de guérir la morve des chevaux. Il en a instruit M. le ministre de la guerre, qui s'est empressé de nommer une commission composée d'un lieutenant-général, d'un colonel, d'un sous-intendant, d'un médecin-vétérinaire et d'un membre de l'Institut. Cette commission en demande une autre afin de constater les expériences à faire et d'en vérifier les résultats. M le ministre de la guerre a transmis ce vœu a son collègue de l'instruction publique, lequel prie l'Académie de lui désigner un de ses membres pour faire partie de la seconde commission. L'Académie a nommé M. Dupuy, ex directeur de l'école vétérinaire de Toulouse.

2° Supplément aux vaccinations de la Haute-Garonne.

3° Supplément aux vaccinations de la Loire-Inférieure.

4° Supplément aux vaccinations de Saône-et-Loire.

5° Etats des vaccinations de la Somme.

6° Etat des vaccinations des Pyrénées-Orientales.

Correspondance manuscrite :

1° Lettre de M. le docteur Vallat : demande le titre de membre correspondant, et produit ses titres à l'appui.

2° Lettre de M. Bontigny : même objet.

3° Lettre de M. Bernardate, avec envoi d'un paquet cacheté contenant la recette d'un remède auquel il attribue la propriété de faire pousser les cheveux.

ANATOMIE DU BAS-VENTRE. — Lecture de M. Thomson.

M. Thomson reprend la lecture commencée dans la séance précédente : l'objet de cette lecture est l'anatomie du bas-ventre considérée en vue de guérir les hernies.

L'auteur annonce que, s'occupant depuis six ans du même objet, il croit avoir sur la structure du bas-ventre des notions plus saines et plus complètes que celles qu'on trouve dans les livres ou qui circulent dans les amphithéâtres.

Voici quelques-uns des résultats auxquels M. Thomson est arrivé.

A. Toute hernie inguinale interne contenue dans le canal inguinal, aura, selon M. Thomson, six lames pour enveloppes tégumentaires

1° La peau; 2° le tissu cellulaire sous cutané; 3° la lame commune du fascia superficiel; 4° la portion abdominale de la lame profonde du fascia superficiel de la cuisse; 5° le dartos; 6° la lame profonde du fascia superficiel de l'abdomen.

B. Toute hernie inguinale interne ou externe et scrotale aura pour enveloppes tégumenteuses cinq lames, savoir : 1° la peau; 2° le tissu cellulaire graisseux sous cutané; 3° la lame commune du fascia superficiel; 4° le dartos; 5° la lame profonde du fascia superficiel du ventre.

C. Toute hernie ombilicale aura pour enveloppes tégumentaires quatre lames; 1° la peau; 2° le tissu cellulaire graisseux sous cutané; 3° la lame commune du fascia superficiel; 4° la lame profonde du fascia superficiel du ventre,

D. Toute hernie crurale aura pour enveloppes tégumentaires six lames ou couches, savoir : 1° la peau; 2° le tissu cellulaire graisseux sous cutané; 3° la lame commune du fascia superficiel de la cuisse; 4° les ganglions lymphatiques superficiels de l'aine avec leurs vaisseaux de communication et la graisse qui s'y trouve entremêlée. 5° le dartos; 6° la portion fémorale de la lame profonde du fascia superficiel de l'abdomen.

Ces couches se trouvent dans la dissection des hernies; c'est à tort qu'elles ont été regardées jusqu'ici comme le résultat des tractions ou des pressions exercées sur du tissu cellulaire lamelleux par les tumeurs herniaires

Quelque intéressante que soit cette lecture, elle paraît peu académique à quelques membres, qui demandent que le travail de M. Thomson soit renvoyé à des commissaires; d'autres voudraient seulement qu'elle fût fractionnée et distribuée en plusieurs séances. Cette proposition est adoptée.

SCIE A MOLETTES DE M. LE DOCTEUR MARTIN. — Rapport de MM. Duval, Thillaye et Oudet.

De tous les instrumens dont on se sert pour la résection des os, la scie ordinaire est certainement le plus simple et le plus facile à manier; mais il est en chirurgie mille cas où l'on n'en peut faire usage. C'est cette impossibilité qui a fait inventer les scies à chaînettes, et enfin les scies à molettes. Mais ces scies elles-mêmes ne se prêtaient pas toujours aux volontés des chirurgiens.

Dans les premiers mois de 1835, un malade entra à l'hôpital Beaujon, dans la salle de M. Blandin, pour des exostoses éburnées d'un volume énorme qu'il portait à la face. Elles étaient semées les unes sur le corps et les branches de la mâchoire inférieure, les autres dans l'espace qui sépare l'apophyse montante de l'os maxillaire supérieur et sa portion malaire Ces dernières, quoique moins volumineuses que les précédentes, dépassaient le niveau du nez et refoulaient l'œil vers le haut de la cavité orbitaire. Ces diverses tumeurs avaient déjà été attaquées il y a environ quinze ans par un de nos honorables collègues, qui ne trouvant pas dans les ostéotomes alors mis en usage le moyen de les enlever complètement, avait été forcé d'en laisser subsister une partie M. Blandin cependant se décida pour une nouvelle opération. Mais par quel instrument parvenir à emporter dans leur totalité ces masses compactes? La scie de M. Heine et celle de MM. Thomson et Charrière ne pouvait évidemment convenir; car ces scies n'agissant que dans une direction droite et opérant une section planiforme, il était de toute impossibilité qu'elles enlevassent ces tumeurs situées dans les sillons latéraux du nez et qu'elles s'accommodassent à la concavité de cette région. M. Blandin fit part de ces difficultés à M. Martin, qui conçut et fit, d'après divers essais, exécuter l'instrument dont nous allons donner la description. La première indication que M. Martin avait à remplir était de pouvoir, avec son instrument, pratiquer une section sur des parties qui, dans l'état normal, présentent une concavité; pour cela il fit d'abord construire une molette convexe représentant un segment de sphère creuse, et la fit monter sur un touret en l'air à l'instar d'un pédicule de champignon, auquel cette extrémité de l'instrument ressemble dans son ensemble. Un villebrequin fut adapté à l'extrémité opposée de l'instrument, et c'est par là que le mouvement devait être communiqué à la molette. Le premier essai qui fut fait sur le cadavre répondit entièrement à son attente, et dès-lors M. Martin fut convaincu de la possibilité d'obtenir une section de forme concave. Il ne s'agissait plus que de donner à cet instrument un perfectionnement qui en facilitât le mouvement et en assurât l'action.

Ce perfectionnement consistait à rendre indépendante l'une de l'autre la part d'action du chirurgien et de l'aide. Pour cela, M. Martin n'a eu qu'à briser la tige centrale du touret et à articuler les deux extrémités de cette brisure à la manière de la suspension de la lampe de Cardan ou des horloges marines.

M Velpeau a employé plusieurs fois la scie à molettes de M. Martin et il n'a eu qu'à s'en féliciter. Avec elle, on se dispense de réséquer les extrémités des os, opération dangereuse et qui, dans les cas les plus heureux, coûtait toujours une difformité aux malades. La première fois qu'il en a fait usage, c'est dans une carie de la malléole externe, carie si profonde que très-probablement il eût fallu en venir à l'amputation : la scie de M. Martin permet d'attaquer la carie, d'exciser les os et de s'arrêter quand on veut. La chose est d'autant plus facile que celui qui dirige la scie n'est pas celui qui la met en mouvement. Ce sont deux actions parfaitement distinctes, dont l'une regarde le chirurgien et l'autre son aide.

M. Blandin fortifie par de nouvelles observations tout ce que vient de dire M. Velpeau.

RAPPORT SUR L'EAU DE GRASVILLE, DESTINÉE A ALIMENTER LE HAVRE, par M. BOULLAY.

M. le ministre du commerce ayant consulté l'Académie sur la qualité des eaux de Crasville, l'académie s'est déchargée de sa mission sur la commission des eaux minérales.

Après avoir attentivement examiné les échantillons qui lui ont été transmis; après en avoir fait l'analyse, la commission est d'avis :

1° Que l'eau de Crasville doit être considérée comme potable et d'assez bonne qualité; elle n'atteint pas toutefois la pureté de l'eau de la Seine; mais elle est très-analogue à l'eau d'Arcueil, et supérieure à beaucoup d'autres dont on use habituellement.

2° Qu'il eût été très-important de faire coopérer cette source avec les eaux anciennes du Havre et surtout avec celles de *Rouelle*, qui viennent concurremment avec elles apporter l'abondance dans une ville qui en avait un puissant besoin.

3° Enfin, que l'eau de la source de Crasville dirigée sur le Havre dont le développement est si rapide et dont les besoins augmentent chaque jour en raison de l'accroissement de la richesse, est un immense bienfait qui doit être accueilli par les habitants et encouragé par le gouvernement.

DÉVIATION DE L'ÉPINE. — COMMUNICATION VERBALE DE M. BOUVIER.

M. Bouvier présente la colonne vertébrale d'un enfant de 26 mois mort avec une déviation de l'épine à gauche, espèce fort rare, car c'est presque toujours à droite que se porte la colonne. Cette déviation répond à la partie moyenne de la région dorsale; il en existe une autre à la région lombaire; mais celle-ci s'est faite d'arrière en avant, de sorte que cette portion de la colonne a perdu sa cambrure.

M. Bouvier se demande quelle est la meilleure méthode de redressement. Il attache un poids de deux livres à la région cervicale, pour représenter à peu près le poids de la tête et des viscères qui, dans l'état de nature, pèsent sur la colonne; et fait voir que cette charge, quelque légère qu'elle soit, suffit pourtant pour augmenter sensiblement la courbure; d'où il conclut que la portion verticale est la plus défavorable. En effet, la colonne libre du poids qu'on y avait attachée par forme d'essai, se redresse tout seule : or, c'est précisément ce qui a lieu dans la portion horizontale, puisqu'alors les viscères cessent de tirer sur la colonne.

Ainsi, l'appareil à inclinaison dont on a tant parlé dans ces derniers temps, est, selon M. Bouvier, un des plus défectueux, et peut ne convenir que dans les cas les plus simples et les plus faciles.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

OBSERVATIONS SUR LA RÉUNION IMMÉDIATE, AU MOYEN DE LA SUTURE, APRÈS L'AMPUTATION DES MEMBRES; recueillies dans le service de M. le professeur Serre; par M. ALQUIÉ.

Nous avons dernièrement publié des faits d'ablation de seins cancéreux, dans lesquels la réunion immédiate a été employée avec un plein succès. Démontrons maintenant l'utilité et la nécessité de cette méthode thérapeutique à la suite de l'amputation des membres.

Ce n'est pas *seulement autrefois*; ce ne sont pas *seulement des chirurgiens étrangers qui emploient encore les points de suture pour réunir immédiatement la plaie après les amputations*, ainsi que M. Jules Cloquet vient de l'avancer (Dictionnaire en 25 volumes); on les emploie aussi dans plusieurs hôpitaux du Nord, dans tous ceux du Midi, et surtout à Montpellier, où, pendant vingt ans, Delpech ne cessa de les mettre en usage, où, pendant vingt ans, cet habile professeur ne cessa de les conseiller à la foule avide de ses disciples, où M. Serre et les autres praticiens ne font aucune opération sans y avoir recours.

Certes, lorsque de pareilles inexactitudes sont publiées par des hommes tels que M. Jules Cloquet, il est bien permis de croire que les faits rapportés plus bas, bien qu'ordinaires pour notre école, ne seront pas inutiles à la science.

NÉCROSE DES DEUX OS DE L'AVANT-BRAS GAUCHE. — AMPUTATION DU BRAS. RÉUNION IMMÉDIATE AU MOYEN DES POINTS DE SUTURE. — GUÉRISON.

OBS. I. — Séguin, âgé de 19 ans, d'une constitution peu robuste, s'étant baigné en hiver, ressentit pendant plusieurs jours un refroidissement général et très-vif. Trois mois après cet accident, qui n'avait pas eu d'autres conséquences, le malade éprouva au coude gauche une douleur assez violente pour l'obliger à cesser tout travail.

Malgré les antiphlogistiques les plus actifs, l'avant-bras acquiert bientôt un volume énorme, une rougeur vive et plusieurs abcès se faisant jour spontanément donnent issue à du pus très-sanguinolent au milieu duquel on aperçoit des esquilles légères.

Le 15 juillet 1834, le malade vint à l'Hôtel-Dieu ayant l'avant-bras et le coude gauche trois fois plus considérables que ceux du côté opposé, durs, tendus, et offrant en plusieurs points, surtout aux environs de l'articulation du coude complètement ankylosée, des fistules par lesquelles s'écoule une assez grande quantité de pus.

Quelques jours après, M. Serre fait pratiquer sur tout le membre affecté une friction avec un gros d'onguent mercuriel au tiers, répétée durant cinq jours consécutifs, et remplacée par une sixième friction huileuse et un bain de bras; en même temps Séguin prend à l'intérieur le cyanure d'or à la dose d'un seizième de grain par jour.

A la sixième friction le volume du membre a diminué de près d'un tiers; la santé du malade est très-rassurante; mais le lendemain le bras et l'avant-bras s'engorgent de nouveau, les abcès reparaissent et sont suivis de fièvre et d'insomnie, accidens qui cèdent au bout d'une semaine au régime antiphlogistique.

On reprend les frictions mercurielles, et les mêmes phénomènes se reproduisent. Amélioration d'abord, rechute plus grave ensuite; enfin le sacrifice du membre devient nécessaire le 25 août suivant.

Après l'amputation on réunit la plaie par trois points de suture, des bandelettes de diachylon et un bandage léger. (Diète; potion avec 20 gouttes de laudanum.) Rien de fâcheux n'était survenu le cinquième jour; lorsqu'on renouvelle le premier appareil, la plaie se trouve dans les meilleures conditions et fournit à peine du pus; on accorde quelques alimens dont le malade abuse, et qui lui causent un état fébrile dont la diète sévère et les évacuations sanguines le débarrassent en peu de jours.

Malgré ces imprudences plusieurs fois commises, le moignon marche sans accidens vers la cicatrisation, et le 24 septembre le malade sort de l'hôpital parfaitement rétabli.

Remarquons la manière simple et rapide avec laquelle la plaie de notre amputé s'est réunie, et n'oublions pas que la dysentérie a contrarié la guérison, qui cependant n'a pas même exigé un mois de traitement.

On doit s'étonner après cela de voir des praticiens recommandables rejeter comme douloureuse et irritante la suture quand elle est appliquée sur un moignon, et l'employer en d'autres circonstances bien plus propres à produire l'irritation qu'ils redoutent. La suture entortillée qui laisse dans la plaie un corps métallique pendant plusieurs jours, n'est-elle pas mise en usage sur la face, où toutes les conditions favorables à l'inflammation se trouvent réunies?

Dans le bec-de-lièvre, vous intéressez les muscles d'une région voisine du cerveau disposée aux érysipèles, pourvue d'une riche circulation et de nerfs nombreux; tandis que dans l'amputation des membres qui n'offrent ces circonstances qu'à un degré bien plus faible, vous comprenez la peau seulement dans l'anse de la suture. Agir ainsi, n'est-ce pas oublier son aversion pour la suture au lit du malade, ou plutôt n'est-ce pas combattre ses raisonnemens par sa propre pratique?

L'usage chaque jour plus étendu que les praticiens font de la suture, prouve, mieux que tout raisonnement, le peu de fondement des objections qui lui sont adressées; et, pour en appeler à l'autorité imposante d'un homme de l'école même de Paris, rappelons que Dupuytren disait à l'Hôtel-Dieu, en 18 9, que, bien qu'il eût d'abord rejeté la suture, il avait reconnu depuis que *dans un bon nombre de cas elle devient indispensable*. Eh bien! nous ne disons pas autre chose : avec le célèbre chirurgien de la capitale nous reconnaissons à la réunion immédiate avec la suture comme à tous les moyens chirurgicaux, quelques légers inconvéniens que l'on doit reconnaître pour en faire une juste application, et pour ne pas tomber dans les abus reprochés par Pibrac aux praticiens de son temps. Il est en effet des cas qui n'en admettent pas complètement l'usage : le suivant est dans ce genre.

MAIN DROITE DÉSORGANISÉE PAR UNE GRENADE. — AMPUTATION DE L'AVANT-BRAS. — RÉUNION IMMÉDIATE. — GUÉRISON.

OBS. II. — Au commencement du mois de janvier 1835, un soldat du 1er régiment de génie lançait une grenade qui lui désorganisa la main droite au point de rendre l'amputation indispensable. Néanmoins, pour dompter la réaction inflammatoire qui menaçait d'être très-violente chez un sujet aussi vigoureux, une copieuse saignée du bras fut faite, des sangsues et de la glace furent appliquées sur l'avant-bras, siége d'un gonflement considérable, et le lendemain l'amputation fut pratiquée un peu au-dessus du poignet.

La plaie résultant de la section circulaire des chairs, qui se sont engorgées et infiltrées, est réunie seulement par deux points de suture aidés de bandelettes adhésives, et d'un bandage lâchement appliqué; le malade est transporté dans son lit où une potion opiacée lui est administrée. Grâce aux précautions déjà prises avant et pendant l'opération, la réaction est peu considérable; et à la levée du premier appareil l'on voit avec plaisir les bords de la plaie dégorgés, adhérant dans les points qui avaient été réunis, et recouverts de pus dans ceux que l'on avait laissé écartés. Rien de fâcheux ne survient pendant le traitement, et la cicatrisation est complète un mois après l'opération.

Si l'on n'eût pas eu déjà recours aux antiphlogistiques avant l'opération; si l'on eût employé autant de points de suture que dans des conditions opposées, le gonflement inflammatoire des parties serait allé toujours croissant, et de graves accidens en eussent été la conséquence. Aurait-on dû les rapporter à la suture, ou bien à l'application vicieuse qui en aurait été faite?

Ainsi ce n'est point parce que la suture entraîne avec elle des accidens, mais parce qu'ils existaient déjà et menaçaient de s'accroître, qu'on ne l'a pas mise en usage dans ce cas de la même manière que dans les autres amputations; et si l'engorgement des parties eût été plus prononcé, la suture n'eût pas même été employée. Ce n'est donc pas une prédilection obstinée pour ce moyen qui nous dirige dans les opérations de ce genre, et nous savons en modifier l'application ou même nous en abstenir quand il le faut. Mais c'est parce que nous avons reconnu que la suture aide puissamment la réunion immédiate, que nous en proclamons les avantages.

Les bandelettes agglutinatives, bien qu'employées seules par des praticiens recommandables, nous ont paru insuffisantes le plus souvent; elles aident efficacement la suture; aussi mettons-nous en usage ces deux moyens ensemble, qui maintiennent beaucoup mieux les parties en contact que ne le ferait l'un ou l'autre séparément.

L'amputation a été faite chez le malade très-près du poignet; car le membre supérieur est d'une utilité si majeure, nous a dit le professeur Serre, que les services qu'il peut rendre sont pour ainsi dire en raison de sa longueur. Dans sa flexion sur le bras, l'avant-bras forme une espèce de crochet propre à une foule d'usages. D'ailleurs la mutilation peut être plus facilement palliée, cachée même par les vêtemens.

Ces avantages, a-t-on objecté, sont bien faibles à côté des dangers auxquels ils exposent les malades. Plus on se rapproche de la main, plus aussi la présence d'un grand nombre de tendons et de portions aponévrotiques à la surface des solutions de continuité, contrarie la guérison. Nous reconnaissons en effet, avec les partisans de la réunion secondaire, que plusieurs de ces organes peuvent être mortifiés par l'effet de la phlogose, et que les gaînes synoviales dont ils sont entourés peuvent donner lieu à des fusées purulentes qui entravent les opérations les mieux conçues. Mais pour nous, cette disposition anatomique n'est une contr'indication ni pour la méthode adhésive, ni pour l'amputation près du poignet; il nous paraît évident aussi que, provoquer l'inflammation dans ces cas par la réunion secondaire, c'est favoriser ces fusées purulentes dans les interstices musculaires que la réunion immédiate peut seule prévenir.

Si l'on est assez généralement d'accord pour réunir immédiatement la plaie quand l'amputation est pratiquée sur des sujets bien portans comme notre opéré, il n'en est plus de même lorsqu'il s'agit d'individus atteints de lesions organiques graves. Les craintes que l'on a manifestées en pareil cas sont mal fondées, selon nous; on en jugera par les faits suivans.

AMPUTATION PARTIELLE DU PIED. — RÉUNION IMMÉDIATE. — GUÉRISON.

Obs. III. — Vareilles, âgé de 29 ans, vint à l'Hôtel-Dieu réclamer les soins du professeur Serre, pour une alteration profonde du pied droit qu'il portait depuis plusieurs mois. La constitution chetive, le temperament lymphatique du malade, et l'existence d'abcès fistuleux autour du tarse et des malleoles, donnèrent la certitude d'une maladie du système osseux, designée sous le nom de tumeur blanche. Malgré tous les moyens externes et internes mis en usage durant deux mois, l'accroissement des desordres locaux, l'amaigrissement, les sueurs fréquentes, l'insomnie nécessitèrent l'operation. Ce qui inquietait M. Serre, c'était de savoir si tout le tarse était altéré, si l'on pouvait en conserver une partie, ou s'il fallait amputer la jambe. Après avoir recherché attentivement l'étendue des désordres, après avoir exploré avec soin toutes les cavités et s'être assuré qu'aucune lésion interne ne menaçait les jours du malade, le chirurgien en chef pratique l'amputation d'après le procédé de Chopart, le 28 octobre 1835. L'examen des tissus mis à nu par le couteau, demontre que l'on ne s'était point mepris sur l'état des parties; que le calcanéum et l'astragale sont sains; le lambeau plantaire endurci par la phlogose et recouvert de quelques fistules, est ramené sur les parties osseuses et réuni au dos du pied au moyen de cinq points de suture. (Diete; potion avec 20 gouttes de laudanum.)

Les jours suivans aucun accident ne survint; le malade repose une grande partie des nuits, et l'on arrête la reaction qui s'annonçait par une saignée du bras de 3 onces. Le premier appareil est enlevé le quatrième jour, et le lambeau parfaitement en place se trouve moins engorgé qu'il ne l'était avant l'operation. (Bouillon.) Bientôt la réunion du lambeau est presque complète, à peine s'écoule-t-il un peu de pus par le trajet des ligatures dont quelques-unes tombent; les points de suture sont enlevés en partie, et des alimens plus abondans sont accordés au malade. Dans la suite les ligatures et les points de suture sont enlevés entièrement; la guérison marche sans accidens, et la persistance seule des fistules autour du moignon retient encore Vareilles, qui retourne enfin chez lui au commencement de décembre 1835.

Il est facile de sentir que l'on aurait pu amputer la jambe sans encourir de blâme, ainsi que l'eussent fait bien des personnes présentes à l'opération : la conservation d'une grande partie d'un membre parut trop importante au professeur Serre pour ne pas y regarder de très-près, maintenant surtout que des pieds mécaniques peuvent remplacer avantageusement ceux que les maladies ont détruits, et réparer les difformités que la chirurgie est obligée de faire. A la vérité le prix élevé de ces instrumens n'est pas à la portée de nos hôpitaux ni des malades qui y sont traités; mais, chez notre amputé, une simple bottine remplie de liége dans sa moitié antérieure était plus que suffisante.

Des chairs épaissies, indurées, fistuleuses, ont servi à former le lambeau et à recouvrir la plaie faite par l'instrument tranchant. Comment, avec une telle disposition des tissus travaillés par l'inflammation, aurait-on pu réunir immédiatement sans avoir recours à la suture? La chose a paru impossible aux assistans, et les partisans exclusifs des bandelettes adhésives se seraient vus certainement forcés d'en venir à ce moyen. La méthode opératoire de Chopart offre l'avantage de laisser au pied une base assez large, mais elle a l'inconvénient, selon quelques écrivains d'occasionner la rétraction du talon. Quand on a le soin de réunir sur-le-champ le lambeau plantaire, les muscles extenseurs adhèrent bientôt soit au lambeau, soit aux parties osseuses, au moyen d'une matière plastique fournie par les parties profondes, et s'opposent à l'action des muscles fléchisseurs; de là un antagonisme propre à maintenir le pied dans sa position ordinaire. Voilà donc une raison de plus en faveur de la méthode adhésive.

Mais, dira-t-on, pour obvier à cet inconvénient, à la dénudation des surfaces osseuses ainsi qu'aux fusées purulentes qui peuvent avoir lieu dans une région pourvue de gaînes synoviales et de tendons nombreux, il suffit d'entourer le membre d'un *bandage roulé*. Si vous conservez une étendue suffisante de tégumens, si vous laissez les muscles opérer leur rétraction naturelle, et si vous placez le membre dans une position convenable après l'opération, tous ces accidens ne peuvent arriver, et votre bandage devient inutile; car, ou il est mollement appliqué et fait avec de la flanelle, alors il est insuffisant pour le but proposé; ou bien il est trop serré et fait avec de la toile, alors il comprime les parties, gêne la circulation, détermine des hémorrhagies capillaires veineuses, qui forcent à l'enlever et à couper les points de suture; circonstances suffisantes pour faire échouer le mode de pansement que nous préconisons.

Les inconvéniens sont plus grands encore lorsque le bandage roulé est appliqué autour d'un moignon dont la phlogose s'est déjà emparée depuis plusieurs jours; l'accroissement de la douleur, de l'inflammation et du pus en sont les conséquences. En outre, ce bandage n'a pas même l'avantage de s'opposer aux fusées purulentes dans les interstices musculaires d'un membre posé sur un plan élevé; le vrai moyen de les empêcher, c'est de donner au moignon une position inclinée, de manière à ce que les liquides s'écoulent au dehors par leur propre poids. Quand au contraire le membre est placé de telle sorte que le moignon soit la partie la plus élevée, le pus, si faible qu'il soit, doit séjourner nécessairement derrière le lambeau. Est-il étonnant ensuite qu'il s'y accumule, qu'il descende entre les parties molles, dans les interstices des muscles? C'est là cependant un inconvénient que l'on a reproché à la méthode adhésive, lorsque la cause en est si facile à saisir!

On nous passera peut-être ces raisons comme fondées; mais ce que l'on avance comme un argument sans réplique contre la réunion immédiate, c'est qu'*elle détermine des métastases purulentes mortelles*. Le fait que nous venons de citer répond directement à cette objection; mais en pareille matière il faut multiplier les preuves; nous le ferons prochainement.

ALQUIÉ,
Chirurgien-interne à l'Hôtel-Dieu.

SUR L'AMPUTATION A LA PARTIE INFÉRIEURE DE LA JAMBE; par M. GOYRAND, d'Aix.

Monsieur et très-honoré confrère,

Il semblerait résulter de la lettre de M. Hippolyte Mille, que vous avez insérée dans votre numéro du 6 août, que ce n'est qu'après avoir eu connaissance de sa botte, que j'avais adopté l'amputation à la partie inférieure de la jambe. Il n'en est point ainsi, et je ne puis me dispenser de répondre à la lettre de M. Mille. Voici les faits :

Depuis que je m'occupais de chirurgie pratique, la méthode du lieu d'élection m'avait toujours paru barbare. En effet, dans un but de commodité seulement, cette méthode sacrifie un membre sain et expose un malade à des dangers bien plus grands que ceux qu'il aurait à courir si on se conformait pour l'amputation de la jambe aux principes qu'on suit dans l'amputation des autres membres. Au commencement de 1831, se présenta à l'hôpital un jeune homme atteint d'une carie du tarse, qui était dans des conditions si défavorables que j'avais la conviction qu'il succomberait aux suites de l'amputation pratiquée au lieu d'élection, tandis que je concevais la possibilité qu'il résistât à une opération qui me semblait devoir être infiniment moins dangereuse. J'amputai donc ce sujet à la partie inférieure de la jambe. Je ne comptais pas alors sur d'autre botte que celle de Vacca ou de M. Salemi, de Palerme; enssé-je eu la conviction que ce jeune homme ne pourrait jamais se servir que d'une jambe de bois ordinaire, je l'aurais encore amputé à la partie inférieure de la jambe; car cette amputation me semblait être le seul moyen de lui sauver la vie.

Une hémorrhagie qui survint à mon amputé le quatrième jour retarda beaucoup sa guérison, et fut cause que la cicatrice fut large et adhérente aux os. Cette circonstance nous obligea de différer l'emploi d'une jambe artificielle. Il fallait attendre, pour pouvoir sans inconvénient exposer le moignon à quelques chocs et à quelque pression, que la cicatrice fût parfaitement solide; et, comme l'amputé marchait sans difficulté avec une jambe de bois ordinaire, nous fûmes plus d'un an sans penser à lui faire construire un appareil. Pendant ce temps-là, M. Mille fit une botte pour Mlle M. de Brignolles, qui avait été amputée par notre estimable confrère M. Rougon, au lieu d'élection, et non, que je sache, *un peu plus bas*, ce qui eût constitué une faute et non une méthode opératoire. Cet appareil fut fait seulement dans le but de masquer la difformité. On voulut imiter dans le membre artificiel les mouvements du genou. Le moignon fut placé en extension dans la botte, pour qu'il pût imprimer quelques mouvements à la portion jambière du membre

artificiel. M. Mille comprit qu'il ne fallait pas faire supporter le poids du corps par la cicatrice, et prit son point d'appui sur la tubérosité sciatique. Dès lors le mécanisme de l'appareil était trouvé : pour faire l'application de sa botte à mon amputé, M. Mille n'eut qu'à creuser la portion jambière de l'appareil, qui était en liége plein dans la botte de Mlle M.

Voilà, monsieur, les faits tels qu'ils se sont passés. L'œuvre du chirurgien et celle du mécanicien sont bien distinctes dans cette affaire. C'est, du reste, ainsi que vous l'avez conçu, et que paraît aussi l'avoir compris M. Blandio. Si M. Martin parvient à construire un appareil plus simple et plus commode que celui de M. Mille, il aura rendu service à l'humanité, en contribuant à assurer le triomphe d'une méthode qui a, selon moi, des avantages immenses sur celle qu'elle doit remplacer.

Daignez agréer, etc.

Aix, le 11 août 1836.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

HISTOIRE NATURELLE, CHIMIQUE ET MÉDICALE DU LICHEN D'ISLANDE, contenant les préparations pharmaceutiques de cette plante considérée comme aliment et comme médicament, par L.-A. RENARD, pharmacien. — 72 pages in-8° avec lithographie. Paris, 1836.

Si on demandait à un naturaliste non prévenu d'établir les propriétés du lichen d'après la simplicité de son organisation et d'après les lieux et les circonstances dans lesquelles il croît, probablement il ne lui reconnaîtrait d'autre vertu que d'être destiné à préparer le sol végétal pour une végétation plus élevée et plus utile, et d'avoir pu servir d'aliment aux grossiers habitans de notre globe à une époque bien antérieure à celle où l'homme a pu vivre à sa surface. Et pourtant le lichen fournit à la fois une alimentation salubre et suffisamment substantielle même pour des hommes soumis à de rudes travaux, et un médicament qui sans avoir les propriétés merveilleuses qu'on lui a attribuées est cependant d'une utilité incontestable dans quelques circonstances. La seule conclusion que nous tirerons de cette légère anomalie dans le système du développement graduel des êtres, c'est que la nature a des forces et des directions que nous ignorons et qu'il est rare qu'elle se prête complètement aux circonscriptions systématiques auxquelles nous voulons l'assujétir. Nous nous hâtons d'arriver au travail de M. Renard qui contient quelques considérations intéressantes sur le lichen d'Islande; et d'abord y a-t-il un caractère distinctif entre le lichen provenant d'Islande et celui de nos climats? M. Renard dit l'avoir trouvé dans la couleur jaunâtre qui, dans le lichen apporté par MM. Gaimard et Robert, domine beaucoup plus que dans celui de France. Aucune partie du lichen apporté par ce médecin-naturaliste n'est colorée en rouge vif, caractère qui se rencontre fréquemment sur les lichens indigènes.

Le lichen d'Islande qui se trouve sur presque tous les points de l'Europe, n'est cependant nulle part aussi abondant qu'en Laponie et en Islande. Il fait, dans le dernier de ces deux pays surtout, l'objet d'une récolte importante, et fournit, préparé sous forme de bouillie, un aliment d'un usage journalier et suffisamment substantiel même pour des hommes soumis à de rudes travaux et dont ils font un usage journalier. On mange aussi en Islande le lichen grossièrement préparé et nétoyé. Une tonne de cette mousse qui a subi la préparation indispensable, pesant environ 70 kilogrammes, ne coûte que six à huit francs.

L'amertume paraît être plus prononcée dans le lichen d'Islande que dans celui de France, et M. Renard dit avoir reconnu que le principe qui la produit se trouve en abondance dans les parties rouges des feuilles, et en quantité moindre dans les expansions coloriées brunes et blanches.

Nous ne suivrons pas l'auteur dans les opérations chimiques et pharmaceutiques relatives au lichen d'Islande et dont il donne la description, mais nous reproduirons l'analyse chimique suivante :

Cent parties de lichen contiennent :

Sirop,	3,6.
Lichenote de potasse, id. de chaux et une petite quantité de phosphate de chaux,	1,9
Amer,	3,0
Cire verte,	1,6
Gomme,	3,7
Matière colorante extractive,	7,0
Fécule de lichen,	44,6
Squelette féculifère,	36,6

Ce qui ressort de plus important de cette analyse c'est la grande quantité de fécule que contient le lichen et qui y existe sous deux formes différentes : la première qui est soluble dans l'eau bouillante, et la seconde indiquée sous le nom de squelette féculacé dont on ne peut obtenir la dissolution qu'à l'aide du digesteur de Papin, et qui alors offre la plus grande analogie avec les produits de l'amidon grillé. Quand le lichen a été épuisé qu'en partie de sa gélatine, il suffit de l'arroser d'eau chaude pour qu'il redevienne tendre et mangeable; alors, il est d'une couleur verte, et il fond presque dans la bouche. On peut le manger en salade, et les personnes qui ne le connaissent pas le prendraient facilement pour une plante fraîche.

Nous ne nous arrêterons pas long-temps sur les propriétés médicales du lichen. Nous ne révoquerons point en doute ce qu'on a dit de son efficacité dans le traitement de différentes affections des organes thoraciques, surtout de la pâte de lichen qui est fabriquée chez l'auteur, sous le nom de pâte de Regnault, et dont, nous devons le dire, il n'est question qu'une seule fois dans tout le cours de la brochure. Nous ne trouvons ici rien de neuf sous ce rapport; rien qui mérite de fixer l'attention des lecteurs. A la fin de l'ouvrage de M. Renard se trouve un formulaire pour les différentes préparations du lichen d'Islande. Parmi les vingt-une formules qu'il contient, nous en avons trouvé deux sous la désignation de Pâte de lichen; mais nous ignorons laquelle est la véritable formule de la pâte de lichen de la rue Vivienne. Au reste, le travail de M. Renard se recommande sous d'autres rapports, par quelques détails intéressans sur l'histoire économique du lichen, par les recherches chimiques et pharmaceutiques qui y sont consignées, par la clarté du stile, par l'élégance du papier et de l'impression, et enfin par une lithographie représentant le lichen d'Islande.

COUP-D'ŒIL SUR LA CLINIQUE INTERNE DE M. FORGET, par Michel LEVY, D.-M. 45 pages in-8°. Strasbourg, 1836.

Le but de cette brochure, qui est extraite des archives médicales de Strasbourg, est louable; elle a pour objet de montrer que M. Forget, qui a été appelé à la suite d'un concours où s'étaient rencontrés des talens et des noms qui honorent l'Alsace à succéder au professeur Lobstein, n'a pas moins bien réussi à la contre-épreuve de l'enseignement quotidien. Ce résultat ne nous étonne point. Nous savons qu'il ne pouvait pas être différent et que M. Forget ne tarderait pas à désarmer les préventions locales, les susceptibilités d'amour-propre blessé et à se concilier l'affection et l'estime des élèves, de ceux même qui auraient le plus désiré la nomination d'un candidat alsacien. Nous ne parcourrons pas ici les observations rapportées dans ce travail. Nous y reviendrons dans la première revue des journaux des départemens.

Instruction pour l'exécution de l'ordonnance royale du 9 août 1836, en ce qui concerne les Facultés et les écoles secondaires de médecine.

1° Les élèves qui prendront la première inscription d'officier de santé dans une Faculté en novembre 1836, devront être bacheliers ès-lettres. Ceux qui, à cette époque, auront déjà une ou plusieurs inscriptions d'officier de santé, pourront continuer à en prendre sans justifier du diplôme de bachelier ès-lettres; toutefois, s'ils aspirent au doctorat et s'ils n'ont pas subi le premier examen pour ce grade avant le 1er novembre 1837, ils ne pourront passer cet examen qu'autant qu'ils seront bacheliers ès-lettres et bacheliers ès-sciences.

2° Les élèves actuellement munis d'inscriptions et qui n'ont pas encore passé d'examen, pourront subir le premier examen pendant l'année scolaire 1836-37, sans être obligés de justifier du diplôme de bachelier ès-sciences. Passé le 1er novembre 1837, ils seront tenus d'avoir ce titre.

La somme versée à la faculté des sciences pour obtenir le titre de bachelier sera déduite sur le prix de la cinquième et de la sixième inscription de docteur.

4° La conversion de deux, trois, quatre ou cinq inscriptions d'une école secondaire en inscriptions de faculté n'aura lieu qu'autant que l'élève sera bachelier ès-lettres. Si le nombre d'inscriptions d'une école secondaire est de six ou plus, la conversion ne pourra se faire que sur la présentation des diplômes de bachelier ès-lettres et de bachelier ès-sciences. Toutefois les élèves pourvus d'inscriptions d'une école secondaire qui subiront le premier examen de docteur pendant l'année scolaire 1836-1837, n'auront à justifier que du diplôme de bachelier ès-lettres, quel que soit le nombre de ces inscriptions.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

N° 39. (TOME IV. — 1836.) SAMEDI 24 SEPTEMBRE 1836.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La Gazette médicale de Paris (*Gazette de santé* et *Clinique des hôpitaux* réunies) parait tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et équivant à 6 feuilles in-8°. Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois. Pour l'Étranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1ᵉʳ Janvier, 1ᵉʳ Avril, 1ᵉʳ Juillet, 1ᵉʳ Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Poissonnière*, n° 5, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

AVIS A MM. LES SOUSCRIPTEURS.

MM. les souscripteurs dont l'abonnement expire à la fin de ce mois, sont invités à le renouveler prochainement s'ils ne veulent pas éprouver d'interruption dans l'envoi du journal. Pour ne pas décompléter les collections, aucun numéro ne sera envoyé aux personnes qui n'auraient pas donné avis de leur renouvellement avant le premier octobre. On s'abonne dans les départemens chez tous les directeurs des postes et des messageries. La quittance d'abonnement sera présentée au domicile de MM. les Souscripteurs de Paris.

SOMMAIRE.

ANATOMIE.

DESCRIPTION ANATOMIQUE D'UN HERMAPHRODITE CONNU TOUR-A-TOUR SOUS LES NOMS DE MARIE DOROTHÉE DERIER ET CHARLES DURGÉ; par M. le professeur, Mayer, de Bonn.

L'individu remarquable dont il va être question, est connu depuis plus de trente ans du public médical, d'abord sous le nom de Marie-Dorothée Derier, plus tard sous celui de Charles Durgé. Né à Berlin ou à Putsdam en 1780, il fut baptisé comme fille. A 20 ans, il avait encore conservé les habitudes et les vêtemens de son premier sexe; il est alors pour la première fois parlé de lui dans les Annales de la science. Hufeland en fait mention dans son journal (année 1801); et déjà à cette époque la perspicacité du patriarche de la médecine allemande s'était prononcée pour la prédominance des attributs du sexe féminin chez Derier.

Plus tard, Derier, qui avait appris à modeler en cire, parcourut les diverses universités d'Allemagne, et voyagea en France, en Angleterre et en Hollande, dans les années 1816 et 1817. On l'employa dans plusieurs musées d'anatomie. Un grand nombre de médecins et de savans eurent occasion de l'examiner : la plupart d'entre eux, et nommément Kopp, Kausch, Mursina, Rosenmüller, Osiander, Lawrence, Green, et la Faculté de médecine de Paris, se déclarèrent pour le sexe masculin. Hufeland que nous avons déjà nommé, Gall et Brooks, se prononcèrent en faveur du sexe féminin. D'autres, et parmi eux les docteurs Schneider et Lauth, Schmidtmüller et Ritgen, opinèrent que Derier n'appartenait à aucun sexe; les différentes parties du corps même furent considérées comme pouvant appartenir tantôt au type masculin, tantôt au type féminin. Le bassin seul fut presque généralement regardé comme un bassin de femme; et cependant l'inspection anatomique, comme nous verrons plus tard, a démontré le contraire.

Feuilleton.

DE LA PROSTITUTION DANS LA VILLE DE PARIS, considérée sous le rapport de l'hygiène publique, de la morale et de l'administration; par M. Parent-Duchatelet. — 2 vol. in-8° de 600 pages.

Cet ouvrage, le plus important qui ait jamais été écrit sur ce sujet, le seul même qui ait été inspiré par le zèle du bien public et l'amour de la vérité, a vivement excité l'attention. Nous ne pouvons pas assurer que la nature des matières qui y sont traitées n'ait, par des motifs inutiles à énoncer, mais que la connaissance des hommes et des mœurs dans notre état civilisation fait suffisamment comprendre, beaucoup contribué à ce succès retentissant proclamé par la voix de tous les journaux. La vogue ou les succès bruyans ne s'attachent guère aux traités d'administration et aux recherches statistiques. Il faut donc chercher dans quelqu'une des nombreuses plaies de notre organisation morale l'explication de l'intérêt tout particulier dont cet ouvrage est l'objet. Il sera lu non-seulement par les administrateurs et par les médecins, mais encore par beaucoup de gens de toutes les classes et de toutes les professions; car, s'il est très-propre d'un côté à provoquer les méditations des philantropes, des gouvernans et des philosophes, il peut et il doit pourtant, par son titre seul, exciter un tout autre genre de curiosité. Nous ne pouvons donc nous associer sans quelque restriction aux éloges dont la première apparition de cet ouvrage a été saluée, ni favoriser, sans quelque explication, l'immense publicité qu'il a déjà acquise.

Disons d'abord que ce travail est l'œuvre d'un esprit élevé, éclairé, noble, d'une conscience droite et morale, et que la pureté des intentions de son auteur est à l'abri de tout soupçon. Nous ajouterons que les longues recherches et les immenses travaux qu'il suppose n'ont pu être entrepris et continués que sous l'influence d'idées sérieuses, morales et scientifiques. C'est là notre conviction profonde, partagée déjà par tous ceux qui ont connu le caractère élevé et probe de notre savant confrère, et qui le sera également par tous ceux qui liront son livre en commençant par la notice historique due à la plume ingénieuse de M. Leuret. Mais après ces déclarations, l'intérêt de la vérité nous oblige à présenter nos doutes sur l'utilité de cette publication.

C'est un axiome philosophique fort répandu que : la vérité ne peut jamais nuire aux hommes. Ainsi que beaucoup d'autres apophtegmes de ce genre, celui-ci ne nous paraît pas d'une autorité absolue et incontestable. Il y a des vérités qui, loin d'être répandue, doivent, selon nous, être enveloppées d'un silence prudent et laissées dans l'ombre. La peinture des vices, des crimes, des désordres moraux de toute espèce, dont toute grande société est plus ou moins infectée, a de

S'appuyant sur l'opinion de la majorité des médecins qui s'étaient prononcés pour le sexe masculin, et poussé par une sorte de vanité, Derier prit les vêtemens et la manière de vivre de l'homme, et se fit appeler Charles Durgé. C'est sous ce nom qu'il a vécu à Bonn depuis 1820 jusqu'au mois de mars 1835, où il est mort. Durant cette dernière période de sa vie, M. le professeur Mayer l'a eu constamment sous les yeux. Durgé, dit-il, aimait à se ranger parmi les hommes, mais il montrait une certaine prédilection pour les femmes, vers lesquelles ne l'entraînait cependant aucun désir érotique. Son caractère était un mélange de l'homme et de la femme; d'un côté il avait un courage au-dessus de sa taille; il jouissait d'une certaine force musculaire, et aimait à dominer; d'un autre côté, il se distinguait par une grande dextérité manuelle; ses ouvrages en cire étaient toujours fidèles et bien travaillés. Il était animé de sentimens doux et affectueux, et en même temps d'un certain esprit de contradiction.

Il ne s'était plus manifesté, dans ces dernières années, d'écoulement sanguin par les parties génitales, comme cela paraît avoir eu lieu trois fois pendant sa vingtième année; mais il était devenu sujet aux épistaxis et aux hémorrhoïdes, phénomènes que l'on peut attribuer aussi à sa manière de vivre. Il buvait beaucoup de vin, de café et de liqueurs spiritueuses. Jamais il n'eut de pollutions ni d'éjaculations de sperme. Sa voix était devenue plus forte et plus grave avec les progrès de l'âge, mais elle avait néanmoins conservé un son criard; il s'était montré quelques vestiges de barbe; tous les cheveux étaient tombés, à l'exception de quelques mèches longues et pendantes derrière l'occiput. Sa tête et sa face présentaient l'aspect d'une vieille femme; la plupart de ses dents étaient tombées. Son cou était court; sa poitrine grasse et potelée; ses bras et ses jambes avaient la direction des membres de la femme; sa taille, qui avait pris toute sa croissance à 13 ans, était de 5 pieds. A 38 ans il s'était opéré un changement total dans sa constitution; il avait pris un certain embonpoint; sa santé avait été parfaite, à l'exception d'une fièvre nerveuse qui l'attaqua à 40 ans. Il vécut ainsi jusque trois ans avant sa mort, où sa mémoire baissa, et où il perdit le goût de ses ouvrages en cire. Dans le mois de mars 1835, son regard prit un aspect hagard pendant quelques jours, au bout desquels Durgé ou Derier succomba à une attaque d'apoplexie foudroyante.

L'autopsie cadavérique fut faite par M. le professeur Mayer, l'un des anatomistes les plus distingués de l'Allemagne. M. Mayer est entré dans des détails qui paraîtraient fastidieux s'ils n'étaient justifiés par l'importance du sujet. Nous avons cru devoir rapporter fidèlement la description du professeur de Bonn, parce qu'elle jette le plus grand jour sur la nature véritable d'un individu qui avait joui d'une certaine célébrité à cause de la difficulté extrême de constater à quel sexe il appartenait; elle nous apprend de plus qu'il peut exister de véritables hermaphrodites chez l'homme, c'est-à-dire des organes sexuels mâles et féminins sur un même individu.

AUTOPSIE. — HABITUS EXTÉRIEUR.

Longueur du corps, 5 pieds; longueur des extrémités supérieures depuis le condyle de l'humerus jusqu'au bout du doigt médian, 2 pieds 4 pouces et un quart; extrémités inférieures depuis le grand trochanter jusqu'au talon, 2 pieds 10 pouces trois quarts. Tête de forme féminine, petite, front étroit, bas, occiput bombé, cheveux rares et ne couvrant plus que la région occipitale; barbe peu marquée, cou court, larynx non saillant, largeur des épaules 1 pied 2 pouces, boîte thoracique étroite supérieurement, courte, abdomen plus long, seins assez développés, mais mamelons flétris; bassin point large, arcade pubienne pas très-évasée; courbure des bras et des jambes comme chez la femme.

DESCRIPTION DES ORGANES A L'INTÉRIEUR.

Langue courte, large, arrondie, papilles longiformes très-développées; hyoïde petit mais très ossifié; le cartilage thyroïde ne forme qu'une légère saillie, il est très-étroit mais d'un tissu assez dur de haut en bas; glande thyroïde assez volumineuse, du reste normale; cornes thyroïdiennes supérieures et inférieures très-longues; ligament crico-thyroïdien et cartilage cricoïde forts et développés; épiglotte courte et large; cavité du larynx peu large, cependant les cordes vocales supérieures et inférieures sont proportionnellement épaisses et fortes; trachée-artère étroite, ses cartilages plus mous que chez l'homme; poumons petits, le droit partagé seulement en deux lobes par une saillie peu profonde et incomplète, le gauche est conformé de même, de plus il est adhérent aux parois du thorax, au péricarde et au diaphragme; le poumon droit, à l'exception de quelques tubercules arthritiques de la grosseur d'un pois, est entièrement sain; le gauche contient un plus grand nombre de ces concrétions, surtout au bord interne du lobe supérieur.

Cœur gros, large, rond, a la forme d'un cœur de femme; sa structure est normale, et son parenchyme musculaire bien nourri; division des vaisseaux de la crosse de l'aorte naturelle.

Estomac de forme oblongue à muscles peu forts; rate adhérente au péritoine, d'une petitesse extrême, longue de 2 pouces et 10 lignes seulement, large d'un pouce 8 lignes; foie moyen; vésicule biliaire contenant une cinquantaine de petits calculs; canal intestinal normal, cœcum grand; appendice vermiforme large.

Seins peu développés; on ne peut y distinguer des granulations glanduleuses, à leur place on trouve une quantité de petits globules d'une graisse rouge-jaunâtre; le mamelon ne proémine que légèrement; il est percé de plusieurs petits trous qui ne sont autre chose que des cryptes sébacés, disposés seulement autour de l'aréole.

Reins oblongs, étroits, petits; capsules surrénales à l'état naturel.

L'Encéphale et nommément le cerveau, petits, présentent entièrement l'organisation et la forme de cet organe chez la femme; il est arrondi et symétriquement convexe; lobes peu proéminens; circonvolutions nombreuses, mais étroites; les cuisses du cerveau courtes et d'une texture délicate; le pont de Varole et la moelle alongée, petits; les nerfs et particulièrement la cinquième paire plus faibles que chez l'homme; cervelet moins développé et déprimé, son hémisphère droit remarquablement plus petit que le gauche; il en est ainsi de tous ses lobes et lobules, mais les deux lobules ventriculaires sont surtout arrêtés dans leur développement. Du reste les lames du cervelet sont très-nombreuses; le cerveau présente également un moins grand développement de son hémisphère droit dont les trois lobes se font remarquer par une excavation à la base; corps calleux court; les couches optiques, les corps quadrijumeaux, la glande pinéale et les corps cannelés petits.

Crâne petit, ses os minces, mais solides, sutures non effacées; os de la face peu développés; arcade maxillaire supérieure dégarnie de dents; à l'arcade inférieure restent encore deux petites molaires et les incisives, apophyses mastoïdes assez fortes; front peu saillant, mais sommet de la tête et occiput servant à recevoir les lobes postérieurs plus larges; les bosses correspondantes au cervelet peu prononcées, la gauche plus bombée, la droite plus aplatie.

Colonne vertébrale régulièrement construite, mais les vertèbres, surtout les cervicales et les thoraciques, très-faibles; côtes frêles et aplaties, les troisième, quatrième, cinquième, sixième et septième à gauche sont fracturées, les quatre premières en deux endroits, la dernière en un seul, mais les fractures sont en grande partie consolidées; à ces différens points adhérait la plèvre intimement unie au poumon; le sternum et particulièrement son manche assez forts; tout le thorax est plus étroit que de coutume, principalement à sa partie moyenne, tandis qu'inférieurement il va en s'élargissant davantage.

Les os des extrémités supérieures sont proportionnellement plus développés, mais présentent un caractère féminin, la clavicule et l'omoplate surtout: la première est courte, arrondie, mince et très courbe; l'avant bras forme avec le bras un angle assez marqué en dehors; la main est petite comme celle d'une femme.

---

tout temps exercé la plume des moralistes, des satiriques, des poètes dramatiques et des hommes d'état. Mais il ne nous est pas démontré que ces tableaux énergiques, inspirés le plus souvent par les intentions les plus généreuses, aient eu l'effet salutaire qu'en attendaient les auteurs. Nous ne sommes pas certain par exemple que cette *école des mœurs*, qu'on appelle le *théâtre*, et qui n'a d'autre méthode d'enseignement que de montrer les effets funestes des passions et du vice sur le bonheur, et les avantages de la vertu, par le dénouement de la pièce, dont la conclusion morale est souvent du reste assez difficile à saisir, n'ait pas pour résultat beaucoup plus probable d'exciter ces mêmes passions qu'elle prétend corriger. On nous persuaderait difficilement par exemple que Robert-Macaire, qu'on s'accorde à regarder comme une peinture fort savante et très-vraie de la vie des voleurs, soit un bon catéchisme pour le peuple: ni que la plupart des drames, où l'adultère, le suicide, le duel, le meurtre, l'infanticide, sont présentés comme des résultats de situations données par notre organisation sociale, à laquelle on en fait vaguement remonter la responsabilité, soient de nature à mettre dans les jeunes âmes ces idées d'ordre, de règle, d'harmonie morale, et ces sentimens absolus du bien et de l'honnête qui doivent y être placés et maintenus dès la naissance, comme des ressorts invisibles toujours tendus pour diriger les actions, et ne pas les laisser dévier du droit chemin. On a bien dit sans doute, qu'en définitive, le crime y est blâmé et puni, et la vertu honorée et récompensée; mais cette conclusion abstraite n'est ni aussi claire pour les intelligences, ni d'un effet aussi actif et aussi immédiat sur les âmes, que l'agitation convulsive et sans but et l'ébranlement des imaginations qui résulte du spectacle même de ces funestes réalités. Cet ancien qui montrait à ses enfans des esclaves ivres pour les disposer à la tempérance, n'était guère sage, et prenait, selon nous, le meilleur moyen d'en faire des ivrognes. L'ignorance du mal vaut mieux, toutes choses égales d'ailleurs, que sa connaissance; et l'innocence, qui n'est que cette heureuse ignorance, est une garantie plus sûre que la vertu, qui suppose la résistance et la lutte. Quand le diable dit à Ève, pour l'engager à faillir, qu'elle aurait la science du bien et mal; il parlait en vrai diable et savait bien ce qu'il faisait. Lorsque Machiavel eut fait son livre *Du prince*, qui n'est que l'énergique et fidèle peinture des mœurs et maximes pratiques de la politique de son temps, ses partisans prétendirent qu'il avait eu pour but d'enseigner aux peuples les moyens de se défendre contre la tyranie en leur dévoilant le secret des tyrans. Mais le plus grand nombre a toujours cru que les mauvais princes en ont mieux profité que la nations, et ils avaient raison. Un exemple plus approprié à notre sujet, est le livre de Tissot sur l'*onanisme*; peu d'ouvrages ont eu autant d'éditions, et on peut en conclure qu'il a été d'autant plus dangereux, qu'il a été plus répandu, et que son succès a été dû à ses dangers mêmes. Il n'y a pas de vice sans doute plus redoutable, hygiéniquement et moralement parlant, que l'*onanisme*; mais nous ne croyons pas qu'il soit possible d'écrire sur ce sujet un livre populaire qui ne produise un résultat tout-à-fait opposé à son but, et qui n'augmente le mal au lieu de le corriger.

Mais comment porter remède aux plaies morales de la société, si on ne les met au jour? A cela on peut répondre qu'il est très-bon de ne les faire connaître qu'à ceux qui peuvent les panser et les guérir. La connaissance de ces hideuses réalités est au moins complétement inutile, sinon dangereuse, à ceux qui les ignorent. Ceux-là seuls ont intérêt à les connaître, qui ont mission de les extirper.

Les réflexions qui précèdent s'appliquent en partie aux recherches de M. Parent-Duchatelet sur la prostitution. Nous disons en partie, parce qu'une notable

Vertèbres lombaires peu grosses, le sacrum l'est davantage; angle sacro-vertébral peu proéminent.

Le bassin composé d'os forts et solides, est en général étroit et présente *d'une manière évidente la configuration d'un bassin d'homme*; son plus grand diamètre transverse d'une crête iliaque à l'autre a 9 pouces; de l'épine antérieure et supérieure d'un côté à celle du côté opposé, il y a sept pouces 3 lignes; diamètre transverse du détroit supérieur, 4 pouces 5 lignes; diamètre antéro-postérieur, 3 pouces, 4 lignes; diamètre oblique, 4 pouces; diamètre transverse du détroit inférieur, 3 pouces, 8 lignes; diamètre antero-postérieur, 2 pouces, 6 lignes; symphyse pubienne longue et étroite; trous ovales oblongs; l'arcade des pubis est celle d'un homme, formant un angle de 65 degrés; les portions latérales de l'ilion ont une direction verticale; les cavités cotyloïdes sont plates tournées en avant, les tubérosités sciatiques se dirigent en bas et en dedans; tout le bassin est un peu inégal, oblique, de telle sorte que la moitié droite du petit bassin est plus petite et plus étroite que la gauche, et l'angle sacro-vertébral plus penché vers ce côté; extrémités inférieures d'un tissu osseux très-délicat, col du fémur très-court; trochanters faibles; genoux un peu courbés en dedans.

DESCRIPTION DES ORGANES GÉNITAUX EN PARTICULIER.

Mont de Vénus peu arrondi; les poils qui le recouvrent sont clair semés et ne remontent pas jusqu'à l'ombilic, la région anale et le périnée sont également peu recouverts. Longueur du pénis jusqu'à la couronne du gland, 2 pouces; le gland lui-même a 9 lignes; la plus grande partie du pénis se cache sous la peau du mont de Vénus; les corps caverneux sont assez développés, présentent chacun un diamètre perpendiculaire de 8 lignes et ensemble un diamètre transversal de 1 lignes; tous deux sont séparés par une cloison; le corps spongieux manque; le prépuce ne recouvre le gland qu'à moitié, à l'extrémité du gland et un peu au-dessous se trouve une petite fossette (fossette naviculaire) d'où part un demi-canal qui représente le canal de l'urètre fendu; il est formé par deux plis de la peau qui en s'écartant postérieurement, peuvent assez bien se comparer aux nymphes, ce demi canal conduit à une ouverture ronde de la grandeur d'un tuyau de plume, les grandes lèvres dont la peau est froncée, forment le bord postérieur de cette ouverture, et la muqueuse lisse et unie son bord antérieur; à ce bord antérieur ou supérieur se trouvent deux replis cutanés longitudinaux entre lesquels le demi canal, représentant le canal de l'urètre, se continue en dedans; aux côtés du bord inférieur s'observent des vestiges de caroncules myrtiformes; l'ouverture circulaire se continue avec un vestibule long de 8 lignes qui conduit en haut dans le canal de l'urètre, et en bas dans un canal plus large qui figure le vagin: la cloison qui sépare en cet endroit le vagin et le canal urétral est découpée en demi-lune, et est située horizontalement; le canal de l'urètre se trouve à la racine du pénis et est en même temps entouré par la prostate, qui est ferme mais peu épaisse; le col de la vessie et la vessie elle-même sont régulièrement conformes; cette dernière est très-musculeuse et a des membranes très-fermes, les embouchures des uretères ne présentent rien d'anormal.

Le canal qui représente le vagin est formé par une muqueuse délicate, pauvre en fibres musculaires; il est rempli par une mucosité verdâtre; au commencement il est entouré d'un réseau aréolaire et vasculaire dont on peut cependant facilement le séparer: ce tissu composé en grande partie de veines variqueuses, se continue en montant entre le vagin et l'urètre où il se perd insensiblement; en cet endroit on voit des troncs veineux en partir, et une forte artère s'y rendre. La longueur du canal vaginal est de 2 pouces 8 lignes, sa largeur en avant où il est le plus ample, de 10 lignes, et en arrière où il est le plus étroit de 6 lignes; sa surface interne est antérieurement un peu ridée, en arrière elle est lisse mais garnie de petites verrues très-fines, et on y remarque comme des cicatricules de forme étoilée ou réticulaire; le vagin se termine intérieurement par une portion rétrécie, une sorte d'isthme de structure spongieuse longue de 4 à 6 lignes. Derrière cet isthme qui figure en même temps l'orifice imperforé de l'utérus, commence l'utérus lui-même, qui, se continuant avec la direction oblique du vagin, monte derrière et entre la vessie et le rectum, en se dirigeant de droite à gauche, de manière que son fonds se trouve au bord gauche de la vessie, au point de réunion du corps et du fond de cet organe.

L'utérus est extrêmement étroit; la longueur est de 2 pouces 6 lignes; on peut y distinguer un col et un fond, le col est plus menu; sa surface interne ne présente que quelques légers plis et plusieurs taches d'un jaune brun; sa cavité, qui contient un mucus gélatineux, est plus rétrécie que celle du vagin, et peut à peine recevoir un tuyau de plume; le fond est un peu plus large, et présente à peu près 6 lignes; le corps de l'utérus présente des plis plus prononcés et de nombreuses vésicules hydatiformes mêlées çà et là à des taches jaunes.

Les deux trompes s'abouchent exactement au fond de l'utérus; elles sont de longueur inégale, la trompe gauche a 3 pouces, 4 lignes; la droite 4 pouces, 4 lignes; leur canal est rétréci mais complètement perméable jusqu'à l'ouverture abdominale qui est imperforée et se termine par plusieurs hydatides; les corps frangés existent, et on remarque des fibres musculaires assez fortes qui partent du fond de l'utérus, dessous le péritoine, passent par-dessus sa face antérieure et la vessie, se dirigent vers l'anneau inguinal, et vont se perdre au dehors dans le tissu graisseux du mont de Vénus. Du côté droit, près de l'extrémité libre de la trompe est un petit corps ovale, aplati, auquel se rend un cordon de vaisseaux et de fibres musculaires; il est entièrement enveloppé dans le péritoine; sa forme est celle d'une petite amande; son parenchyme composé évidemment d'un tissu mou, jaune, filamenteux, ressemble tout-à-fait à celui d'un testicule; on peut très-bien en retirer les vaisseaux séminifères, et on reconnaît dans le cordon l'artère et la veine spermatique.

A gauche, derrière et un peu en dehors de l'ouverture abdominale de la trompe de ce côté, se trouve également un petit corps rond, aplati, et entouré de péritoine; mais son tissu est granuleux et se compose de petits grains conglomérés, de sorte qu'il ressemble plutôt à un ovaire qu'à un testicule.

Nous voyons donc ici les attributs mêlés de l'homme et de la femme, d'un côté un testicule en quelque sorte atrophié, il est vrai, un pénis et une prostate; de l'autre, un utérus avec ses trompes, un vagin, et à gauche un corps analogue à un ovaire.

M. Mayer fait encore observer, comme une chose digne de remarque, le développement presque nul d'un des hémisphères du cervelet, anomalie que Gall avait soupçonnée déjà il y a 25 ans, à cause de l'indifférence de Derier ou Durgé pour l'un et l'autre sexe. Il est à noter que, du côté droit, où le cerveau et particulièrement le cervelet étaient imparfaitement développés, il n'existait dans la cavité abdominale qu'un corps douteux, celui qu'on crut reconnaître pour un ovaire, tandis que, du côté gauche, il y avait un véritable testicule quoiqu'un peu atrophié. M. Mayer ajoute qu'il n'a observé cette configuration défectueuse du cervelet dans aucun autre cas d'hermaphrodisme, soit chez l'homme, soit chez les animaux.

PATHOLOGIE INTERNE.

RECHERCHES SUR LA COÏNCIDENCE DE L'ENDOCARDITE, DE LA PÉRICARDITE AVEC LE RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU; par M. V. CAZENEUVE, D.-M. P.

Tout le monde sait avec quelle facilité les tissus de même nature s'affectent sous l'influence d'une même cause; les membranes muqueuses nous en offrent de fréquens exemples; il n'est pas rare de trouver à l'autopsie des individus morts des suites d'une péritonite chronique, les autres séreuses affectées. Dans ces derniers temps M. Bouillaud a signalé la coïncidence fréquente de l'endocardite, de la péricardite avec l'arthritis. Cette observation est d'une haute importance en médecine pratique; elle est appelée à modifier la manière d'envisager les rhumatismes articulaires. Les faits suivans viennent à l'appui des recherches du professeur de la Charité.

---

portion de son livre contient des faits physiologiques, médicaux et administratifs à l'abri de cette objection, soit par la langue technique dans laquelle ils sont exprimés, soit par leur nature propre. Cette partie de son travail est irréprochable, et nous ne pouvons trop rendre hommage aux recherches laborieuses et aux vues saines et utiles qui y dominent. L'autorité pourra y puiser des renseignemens exacts et des indications précieuses; les médecins y trouveront également des faits remplis d'intérêt, dont ils auront plus d'une occasion de vérifier l'importance dans leur pratique. La science médicale s'enrichira de quelques-unes de ces vérités générales qui ne peuvent être découvertes que par la comparaison d'un grand nombre de faits observés sur de grandes masses d'individus, et dans des circonstances à très-peu près uniformes. Mais à côté de ces recherches éminemment utiles, parce qu'elles ne seront consultées que par ceux qui peuvent les mettre à profit, il en est d'autres qui ne nous semblent pas mériter les mêmes éloges, parce qu'elles ne sont pas d'une utilité indispensable, soit pour l'art, soit pour l'administration, et qu'elles seront lues et recherchées précisément par le public pour qui ce livre n'a pas été fait.

Les faits dont nous parlons sont très-longuement et minutieusement détaillés; ils concernent les mœurs et habitudes des prostituées, le régime intérieur, moral et matériel, des maisons de prostitution, l'histoire du libertinage sous toutes ses faces et dans ses derniers replis. Certainement on peut apprendre, en ce genre, dans deux heures de lecture de ce livre, beaucoup plus que la plupart des honnêtes gens n'en ont pu apprendre dans une vie de soixante ans, par le hazard des circonstances. Toutes ces particularités forment sans doute un tableau moral extrêmement curieux; mais parmi toutes les espèces de curiosités qu'il peut exciter, il en est une à laquelle il serait mieux de ne rien accorder, et qui, peut-être, sera celle de la grande masse des lecteurs. Il est vrai que le style sévère et rigoureusement scientifique du livre, les sentimens élevés et les intentions pures et nobles de l'auteur qui s'y manifestent à chaque ligne, jettant une sorte de voile pudique sur la matière, mais ce voile est loin d'être suffisant. Le danger de ces tableaux est dans les sujets mêmes, n'importe comment et à quelle fin ils sont représentés. Les imaginations des simples curieux ne peuvent s'y arrêter sans y prendre ce qui leur convient, puisqu'ils n'ouvrent le livre que pour cela. Quant à ceux qui n'ouvriront ce livre que pour avoir quelques notions historiques et statistiques peu connues sur une classe de la population, ils y trouveront plus qu'ils n'en demandaient et qu'on ne leur avait promis. En somme, nous croyons que tous ces détails, fort curieux peut-être pour des moralistes, et trop curieux pour les oisifs qui lisent pour lire, sont d'une nature trop scabreuse pour être mis à nu avec ce soin minutieux et cette patiente recherche. Probablement l'auteur a été entraîné, sans s'en douter, par le penchant bien naturel à tous les écrivains, d'épuiser leur sujet et de ne laisser perdre aucune de leurs observations. Quoiqu'il en soit, le succès de vogue de l'ouvrage prouve déjà qu'il s'est trompé sur ce point, et qu'il a fait plus ou autrement qu'il ne voulait faire.

Ceci n'est qu'une sorte de préface à un second et peut-être à un troisième article, dans lesquels nous donnerons à nos lecteurs l'analyse de la partie exclusivement physiologique et médicale de cet ouvrage. Quant à tout ce qui est étranger à notre art, nous n'en dirons rien, par les raisons que nous venons d'énoncer. Il y a plusieurs chapitres qu'on peut admettre à la rigueur là où ils sont placés et dans l'ensemble de ce grand et consciencieux travail, mais qu'il serait peu convenable d'en extraire. On ne pourrait les mettre ailleurs et à part sans s'exposer à être justement blâmé du choix.

Les anciens avaient observé que des malades affectés de rhumatisme articulaire étaient pris quelquefois d'étouffement, d'anxiété; mais persuadés que l'intégrité du cœur était indispensable au maintien de la vie, ils attribuaient ces phénomènes à une métastase sur le diaphragme, la plèvre, le poumon. Quelques-uns d'entre eux avaient bien signalé vaguement l'existence d'une goutte remontée au cœur; mais, outre qu'ils ne s'expliquaient pas sur la nature de ces métastases, ils ne voyaient là qu'un phénomène fort rare. Depuis que l'on fait avec soin les autopsies, on a pu constater l'existence de phlegmasies du cœur chez des individus morts pendant le cours de rhumatisme articulaire aigu. Ainsi Watson a consigné (Transactions philosophiques, Anat. et phys., année 1790), l'observation d'un jeune homme qui fut pris de dyspnée, de douleur à la région précordiale pendant la durée d'un rhumatisme. A l'autopsie, on trouva le cœur pâle, mou, adhérent au péricarde pariétal par des pseudo-membranes molles.

Mirabeau, sujet à des douleurs rhumatismales, meurt d'une péricardite horriblement douloureuse.

Corvisart est tenté de regarder les affections rhumatismales et goutteuses comme une cause fréquente de certaines adhérences du péricarde.

Pinel cite (Nosogr. philos., t. 2, p. 44) l'observation d'un potier de terre qui, affecté de douleurs rhumatismales dans les lombes, fut pris de dyspnée, d'étouffement avec infiltration générale. L'autopsie fit voir le péricarde organique rugueux, inégal; quelques tubercules dans les oreillettes; la pointe du cœur semblait ulcérée.

M. Mattey, de Genève, rapporte (Journal de Sédillot, t. 52, p. 144 et suiv.) deux faits de ce genre chez deux enfans de 8 et 9 ans. Chez l'un, la péricardite passa à l'état chronique : l'enfant mourut infiltré, après six mois de maladie. A l'autopsie, on trouva les deux feuillets du péricarde tout-à-fait adhérens au moyen de pseudo-membranes très-organisées; le cœur était hypertrophié. L'autre enfant offrit les mêmes phénomènes, les mêmes altérations. Ce médecin paraît avoir souvent observé cette complication, puisqu'il dit (ouvrage cité) que le rhumatisme du cœur est l'affection la plus fréquente qu'il a vue après celui des muscles volontaires. Il dit plus loin que les désordres organiques du cœur sont le plus souvent le résultat d'un rhumatisme mal traité ou méconnu dès son origine.

M. le professeur Broussais a signalé (propositions de pathol.) cette complication du rhumatisme.

Dundas David (Trans. méd.-chirurg., t. 1) rapporte plusieurs observations de rhumatisme articulaire avec phlegmasie du cœur.

Un fait analogue est consigné dans le tome 31 du Journal universel des sciences médicales, et dans une note qui accompagne cette observation, M. Mérat dit avoir vu souvent cette complication.

M. Raisin de Caen (Journal général de médecine, t. 55, p. 304) cite un cas où l'inflammation débuta par le cœur : ce ne fut que consécutivement que les articulations devinrent malades. M. Itard a consigné trois faits analogues dans sa thèse inaugurale (1824).

On trouve dans le Recueil de médecine vétérinaire, t. 3, année 1826, une observation fort remarquable de péricardite et de rhumatisme articulaire sur un mulet, rapportée par M. Ollivier. L'autopsie fit voir les traces d'une péricardite intense, et du pus dans les articulations.

Enfin MM. Chômel, Hope, Andral, Hollard, Sédillot, Itard, Johnson, Russel, etc., ont cité, soit dans leurs ouvrages, soit dans les recueils périodiques, des cas de rhumatisme articulaire aigu avec phlegmasie des enveloppes du cœur.

Tous ces faits passaient inaperçus lorsque M. le professeur Bouillaud, armé d'un grand nombre d'observations, a démontré la coïncidence fréquente des phlegmasies articulaires avec celle des séreuses du cœur.

Si cette complication n'a été assez généralement admise que dans ces derniers temps, c'est que l'auscultation et la percussion sont à peu près indispensables pour arriver au diagnostic des phlegmasies du cœur.

L'endo-péricardite est-elle métastatique dans le rhumatisme articulaire, ou bien n'est-elle qu'une coïncidence? M. Bouillaud admet que c'est une coïncidence dont il établit la loi. D'après cet auteur, la moitié et plus des rhumatismes articulaires aigus, fébriles, est compliquée de phlegmasies des séreuses du cœur. Est-ce là la juste proportion? plusieurs auteurs l'admettent d'après leur pratique. Quant à moi, je dois à la vérité de dire que, depuis peu de temps, j'ai eu occasion d'observer plusieurs cas (6) de rhumatisme articulaire aigu longtemps fébrile, tout-à-fait exempt de complication de phlegmasie du cœur.

ACCÈS DE RHUMATISME ANTÉCÉDENS; RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU; PÉRICARDITE; GUÉRISON.

OBS. I. — Benoît, 24 ans, pâle, d'une constitution peu forte, ayant eu deux attaques de rhumatisme articulaire, depuis cette époque essoufflé quand il monte un escalier, (je dois noter que pendant le cours du dernier accès de rhumatisme, le malade éprouva une dyspnée et des palpitations très-fortes qui ne durèrent que trois jours), est entré au Val-de-Grâce le 7 février 1831, accusant trois jours de maladie. Couché au n° 30 de la salle 8, service de M. Gase, il nous présenta les symptômes suivans : articulation tibio-astragalienne et fémoro-tibiale droites, tuméfiées, douloureuses, sans changement de couleur à la peau : le plus léger mouvement de ces articulations était très-douloureux; pouls fréquent, assez développé, peau chaude et pâle (diète, saignée 15 onces, cat. art. doul.). Le sang est couenneux.

Le 8 le 9. A peu près le même état; le pouls est très-fréquent et développé, (diète, cat.)

Du 10 au 13. Les articulations de l'avant-bras et du bras droit sont devenues douloureuses, elles sont peu tuméfiées, sans rougeur; celles du membre pelvien ne conservent qu'un peu de gêne dans les mouvemens; la réaction fébrile est toujours très-intense. (Gomme, verm.)

Le 14. Articulations peu douloureuses; dyspnée très-forte, anxiété; le malade craint de développer le thorax dans les mouvemens inspiratoires, battemens de cœur très fotrs, tumultueux; l'auscultation fait entendre à la région précordiale, un craquement analogue au bruit de cuir neuf. le cœur me semble volumineux pouls fréquent, peu développé; son clair du thorax, respiration vésiculaire dans tout le poumon, absence de toux (D. 30 sangs. région précordiale cat.)

Le 15. Mêmes phénomènes. bruit de souffle isochrone aux battemens du cœur. (30 sangs. thorax, cat.)

Le 18. Dyspnée et anxiété moindres; son mat à la région précordiale; absence de bruit de cuir neuf; le pouls conserve sa fréquence et sa petitesse; l'articulation scapulo-humérale droite devient douloureuse. (D. cat. thorax 1 gros, teint. digit. en frictions.)

Le 20. A peu près même état. (20 sangs. thorax, cat.)

Le 22. Voussure manifeste de la région précordiale; son mat de cette portion du thorax dans une grande étendue; décubitus sur le dos, la dyspnée augmente quand il veut se coucher sur l'un des deux côtes; léger bruit de souffle, les mouvemens du cœur semblent éloignés; pouls concentré, moins fréquent, respiration vésiculaire dans tout le poumon; l'articulation scapulo-humérale droite est encore

---

— De la prostitution dans la ville de Paris considérée sous le rapport de l'hygiène publique, de la morale et de l'administration; ouvrage appuyé de documens statistiques puisés dans les archives de la préfecture de police, avec cartes et tableaux, par A.-J.-B. Parent-Duchatelet, membre du conseil de salubrité de la ville de Paris, médecin de l'hôpital de la Pitié, etc., précédé d'une notice historique sur la vie et les ouvrages de l'auteur; par F. Leuret. — Deux volumes in-8°. Prix : 16 fr.

Paris, chez J.-B. Baillière, libraire de l'Académie royale de médecine, rue de l'École-de-Médecine, 13 bis.

Londres, même maison, 219, regent street.

— Hygiène publique ou mémoires sur les questions les plus importantes de l'hygiène, appliquée aux professions et aux travaux d'utilité publique, accompagnée de dix-huit planches; par A.-J.-B. Parent-Duchatelet, membre du conseil de salubrité, etc., précédée d'une notice historique sur la vie et les ouvrages de l'auteur, par F. Leuret. — Deux volumes in-8°. Prix : 16 fr.

Paris, chez J.-B. Baillière, libraire de l'Académie royale de médecine, rue de l'École-de-Médecine, 13 bis.

Londres, même maison, 219, Regent street.

— *Leçons de clinique médicale* faites à l'Hôtel-Dieu de Paris par le professeur Chomel, recueillies et publiées par A.-P. Requin, agrégé de la Faculté de Paris, médecin du bureau central des hôpitaux, etc., etc. Tome 2. (Rhumatisme et goutte.) Paris, 1827. 1 vol. in-8°. Prix 7 fr.

Chez Germer-Baillière, libraire-éditeur, rue de l'École-de-Médecine, 13 bis.

— *Traité théorique et pratique de médecine légale*, par Alph. Devergie, agrégé de la Faculté de médecine de Paris, professeur de médecine légale et de chimie médicale, médecin du bureau central d'admission aux hôpitaux de Paris, avec le texte et l'interprétation des lois relatives à la médecine légale, revu et annoté par J.-B.-F. Dehaussy de Robecourt, conseiller à la cour de cassation, etc. tome second, deuxième partie. Paris, 1836, in-8°. Ensemble l'ouvrage complet, 3 vol. in-8°. Prix 18 fr.

Chez Germer-Baillière, libraire-éditeur, rue de l'École-de-Médecine, 13 bis.

— *Manuel de médecine opératoire, fondée sur l'anatomie normale et l'anatomie pathologique*, par J.-F. Malgaigne, agrégé de la Faculté de médecine de Paris, chirurgien du bureau central des hôpitaux, etc., deuxième édition, revue, corrigée et considérablement augmentée, 1 vol. grand in-18° de 780 pages. Prix 6 fr.

Chez Germer-Baillière, libraire-éditeur, rue de l'École-de-Médecine, 13 bis.

douloureuse. (20 sangs. rég. précord. cat., frictions avec une oure teinture de digitale, potion avec 20 gouttes teinture de scille et de digitale.

Le 24. Le malade se plaint d'uriner difficilement, du reste à peu près même état. (Idem.)

Le 26. Urines abondantes, le pouls conserve toujours un peu de fréquence ; il est plus développé que les jours précédens. le cœur semble aussi se rapprocher des parois thoraciques, l'articulation scapulo-humérale n'est plus douloureuse. (Verm , soupe, frict., teinture de digitale) ; le malade s'est promené dans la salle et le soir les jambes sont un peu infiltrées.

Le 28. Le pouls conserve toujours un peu de fréquence. le cœur est très-appréciable à la main, il parait volumineux.

Le 8 mars. Pouls à l'état normal; le cœur s'entend dans une grande étendue, absence de bruit de cuir neuf, mais léger bruit de souffle, essoufflement facile, le malade dit éprouver encore une douleur sourde dans la région du cœur. Le soir, légère infiltration des extrémités inférieures. (Demie d'alimens.)

Le 16. Mieux, la région précordiale fournit un son mat, mais dans une moins grande étendue que les jours précédens; elle est encore un peu voussée, léger bruit de souffle.

Le 30. La région du cœur est complétement indolente, elle fournit un son mat; bruit de souffle assez marqué. Ce militaire est sorti réformé vers la mi-avril, il est assez bien rétabli, il conserve toujours une disposition à l'essoufflement.

Dans les premières attaques de rhumatisme, le cœur a été irrité probablement dans sa membrane interne; de là ampliation de cet organe, altération des valvules : et par suite, essoufflement du malade au moindre mouvement. L'anxiété, les palpitations, le bruit de cuir neuf, la matité très-étendue et la voussure de la région précordiale, l'infiltration des extrémités; plus tard la diminution de la matité, le rapprochement du cœur des parois thoraciques, nous ont suffisamment indiqué l'existence d'une péricardite avec épanchement; celui-ci a été peu à peu résorbé.

Mais l'endocarde n'était-il pas enflammé? le bruit de souffle pourrait le faire penser; cependant je ne le crois pas. La facilité avec laquelle le péricarde s'est laissé distendre par l'épanchement, nous indique assez que les deux séreuses de cet organe n'avaient contracté aucune adhérence, et que dans les premières attaques de rhumatisme il a existé surtout une endocardite. Le bruit de soufle perçu pendant le cours de la maladie pourrait bien être le résultat et de l'altération chronique des valvules et de la compression du cœur par l'épanchement péricarditique.

La voussure et la matité du thorax dépendaient de l'ampliation du cœur et de l'épanchement dans le péricarde. Les modifications présentées par l'artère radiale ont pu nous indiquer les progrès de l'exhalation et de la résorption du liquide épanché.

C'est après quelques jours de durée du rhumatisme que l'inflammation du cœur s'est montrée; devons-nous voir dans ce fait une simple métastase? cela peut être; je ne le pense pas néanmoins. La péricardite a persisté pendant que la douleur de l'épaule a reparu. Je crois de plus que si nous avions examiné le cœur dès l'entrée du malade à l'hôpital, nous l'aurions trouvé irrité; car le mouvement fébrile n'était pas en rapport avec l'intensité de la phlegmasie articulaire. Il n'est pas toujours très-facile de décider s'il y a métastase ou complication.

La diminution des urines dépendait-elle de l'emploi de la digitale, qui d'abord ralentirait, puis augmenterait la sécrétion urinaire?

RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU; PÉRICARDITE; GUÉRISON.

OBS. II. — Audibert, âgé de 22 ans, d'une forte constitution, soldat au 8e léger, ayant déjà eu trois attaques de rhumatisme (la dernière il y a environ un an), fut pris, après s'être exposé au froid, le 10 février 1833, de douleurs dans les membres et de gonflement de l'articulation fémoro-tibiale droite. Entré à l'hôpital de Lille le 14, il fut couché au nº 28 de la salle 16, service de M. Dupuis. A notre première visite il nous présenta les symptômes suivans : articulation du genou droit chaude, douloureuse, tuméfiée; au côté interne de la rotule on sent une fluctuation obscure; insomnie; peau chaude et halitueuse; pouls développé, fréquent; langue muqueuse, canal intestinal sain. (Saignée de 15 onces; diète.) Le sang est couenneux.

Le 17, l'articulation est moins douloureuse et moins tuméfiée; le pouls conserve une très-grande fréquence. (Diète, catapl., lav.)

Le 19, douleur articulaire très-faible; anxiété; crainte de la mort; dyspnée très grande; le cœur soulève violemment les parois thoraciques; le pouls est un peu irrégulier, fréquent (110, 112); respiration vésiculaire dans tout le poumon; insomnie. (Saignée de 15 onces; vingt sangsues sur les parois thoraciques; diète.)

Le 21, à peu près même état. (30 sangsues sur la région précordiale; diète.)

Le 25, amélioration; les battemens du cœur sont peu sensibles à la main; le pouls est fréquent, peu développé; les deux articulations radio-carpiennes sont devenues le siége d'une douleur vive et d'un gonflement.

Le 28. A peu près même état du côté des articulations; le thorax fournit partout un son clair, excepté à la région précordiale, où il est manifestement mat; pouls fréquent, peu développé. (Bouillon, cataplasme.)

Le 6 mars, la douleur et la tuméfaction des poignets ont presque entièrement disparu, même état du côté du cœur, le pouls est moins fréquent. (Vermicelle.)

Le 10, convalescence. Sortie de l'hôpital le 25. A cette époque les battemens du cœur étaient très-forts; le pouls était développé.

Cette observation manque de détails, et surtout des détails relatifs à l'auscultation du cœur. A cette époque je m'étais peu occupé des bruits anormaux de cet organe. Cependant il est impossible de ne pas voir dans ce cas un rhumatisme articulaire avec phlegmasie du cœur. La matité très-étendue de la région précordiale me fait penser que c'était plutôt une péricardite avec épanchement, qu'une endocardite. Dans ce cas; était-ce une métastase ou une complication? sous ce rapport, les réflexions qui accompagnent l'observation précédente sont applicables à celle-ci.

Je signalerai la persistance du mouvement fébrile après la disparition du gonflement articulaire. Il y a peu de temps encore, on invoquait des faits de ce genre pour prouver l'existence d'une fièvre essentielle rhumatismale.

HYPERTROPHIE DU COEUR, PÉRICARDITE, RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU; SUPPURATION DANS L'ARTICULATION AFFECTÉE; ÉROSION DES MEMBRANES INTERNES DE L'ESTOMAC.

OBS. III. — F***, chirurgien militaire, âgé de 25 ans, d'une très-forte constitution, affecté d'une hypertrophie du cœur, se blessa à l'indicateur de la main gauche le 4 juin 1833, à l'amphithéâtre de l'hôpital de Lille en pratiquant l'amputation partielle du pied par le procédé de M. Lisfranc, sur un sujet mort des suites d'une phlébite.

La petite plaie fut immédiatement lavée et cautérisée. Le soir, le doigt étant un peu douloureux, le malade me témoigna de l'inquiétude sur l'accident qui venait de lui arriver; je cherchai à le rassurer et appliquai un cataplasme.

Le 5. Le doigt est légèrement tuméfié et rouge.

Le 6. La rougeur s'étend un peu à la main.

Le 7. Quinze sangsues posées sur la main font bientôt disparaître la rougeur et la tuméfaction, et le 8, F*** sort pour vaquer à ses occupations. Le soir, il est pris d'un frisson léger.

Le 9. Toux rare et sèche, pouls concentré, fréquent; cette fréquence n'est pas en rapport avec les points de phlegmasie apparens pour nous; petit abcès sur la face dorsale de l'indicateur à l'endroit où la blessure avait été faite; une incision donne issue à une très-petite quantité de pus bien lié; le malade témoigne toujours de l'inquiétude sur son accident, il a eu une syncope.

Le 10. Pouls concentré, fréquent; douleur sourde à la région précordiale, le cœur se débat dans le thorax, toux peu fréquente, décubitus sur le dos de manière à ce que le tronc est fortement incliné en avant; toute autre position est insupportable. (Saignée 12 onces.) Nuit assez calme.

Le 11. A peu près même état. douleur vive au niveau de la septième vertèbre cervicale : cette douleur est attribuée par nous à la position fortement fléchie du malade. (D. gomme.)

Le 13. La douleur du cou a presque disparu, mais l'articulation huméro-cubitale droite est très-douloureuse : le malade peut à peine la remuer : le pouls est toujours fréquent, l'oreille posée à la région précordiale entend un bruit particulier et que je ne sais à quoi comparer (1), le cœur soulève avec force les parois du thorax; toux fatigante et sèche. La plaie du doigt indicateur est cicatrisée. (D. gomme.)

Le 14. A peu près même état; le pouls est toujours fréquent; anorexie. (15 sangs. fossette sus-sternale.)

Le 15. Apparition de plusieurs furoncles sur les membres inférieurs : constipation; le malade est toujours inquiet sur son état et le regarde comme mortel. (D. gomme.)

Le 16. Pouls très-fréquent, l'articulation huméro-cubitale est très-douloureuse, un peu tuméfiée, mais sans changement de couleur à la peau. (D. lav. laxatif.) Le soir mieux.

Le 18. L'articulation huméro-cubitale est toujours très-douloureuse, arrondie et tuméfiée; elle a au moins un quart de plus du volume de l'articulation du membre opposé. Le pouls est très-fréquent et concentré. (D. gomme cat. art.) Vers cinq heures, crainte de la mort; le malade veut se lever pour écrire son testament; à cette excitation succède un sommeil profond.

Le 19. Sueur abondante et générale; les traits sont tirés pouls; très-fréquent et un peu plus développé; apparition de boutons d'une couleur violacée au visage, au cou et à la poitrine. (Diète, gomme.) Le soir, érysipèle à la joue droite et aux paupières; dyspnée très-grande, météorisme. (D. 30 sangs. région précordiale et hypochondre gauche, foment. émoll.) Délire pendant la nuit.

Le 20. Altération profonde de la face : pouls très-fréquent et toujours concentré; dyspnée très-grande; déglutition difficile, vomissement de matière verdâtre; réponses justes; sensibilité très-grande de toute la peau. Le soir tous les symptômes vont croissant d'intensité, soubresauts des tendons, pouls filiforme, confus, intermittent; dyspnée; l'érysipèle s'étend au front. (2 vésicatoires aux jambes, sinapismes aux pieds.) Mort vers neuf heures et demie du soir.)

Autopsie cadavérique 20 heures après la mort. *Appareil circulatoire.* Les deux feuillets séreux du péricarde recouverts d'une fausse membrane molle, blanchâtre, aréolée; deux onces environ de liquide séro-purulent dans la cavité du péricarde. Le cœur est très-volumineux, le ventricule gauche très-épaissi. Rien d'anormal dans les valvules, concrétions fibrineuses assez bien organisées dans les ventricules; rien d'anormal dans les artères ni les veines.

Hépatisation rouge de la base du poumon gauche dans une très-petite étendue.

Erosion de la muqueuse et de la musculeuse de l'estomac dans une assez grande étendue. Une très-grande quantité de pus bien lié dans l'articulation huméro-cubitale droite; les autres articulations sont saines.

Cette observation est intéressante sous plusieurs rapports. L'état fâcheux dans lequel se trouvait le moral de F*** par suite de sa blessure à l'amphithéâtre, l'a prédisposé à la double phlegmasie dont il a été

(1) C'était sans doute un bruit de cuir neuf ou de frottement.

atteint et dont le froid a été la cause occasionnelle. S'il est survenu plutôt une péricardite qu'une autre maladie, c'est que le cœur était hypertrophié; il jouissait d'une activité supernormale.

La péricardite a été presque complétement méconnue; la fréquence du pouls, qui était sans harmonie avec les autres symptômes, aurait dû cependant engager le médecin à examiner avec soin l'organe central de la circulation. Cette phlegmasie aurait été sans doute diagnostiquée, et partant le traitement plus actif.

La scène morbide a commencé par la péricardite, et le rhumatisme n'est venu que secondairement; ce n'était donc pas une métastase, mais bien une coïncidence.

La douleur éprouvée par le malade à la partie inférieure du cou était de nature rhumatismale; elle a disparu en même temps que l'articulation du coude est devenue douloureuse; de plus, cette douleur coexistait avec une péricardite.

Le pus trouvé dans l'articulation démontre que l'arthrite rhumatismale est une phlegmasie du tissu séro-fibreux articulaire. En effet, les systèmes veineux et artériels sont sains; la saignée a été faite au bras gauche et le rhumatisme est à droite: l'articulation huméro-cubitale est seule affectée, et les signes de l'amas d'un liquide dans cette partie ont été précédés, pendant quelques jours, d'une douleur très-vive dans cette articulation; il n'existe aucun abcès métastatique dans les viscères; ce n'était donc pas une infection purulente. Toutefois je dirai que cette inflammation articulaire a duré à peine huit jours; la quantité de pus dans l'articulation était très-considérable pour un temps aussi court.

Le ramollissement et presque la perforation des membranes de l'estomac est un fait fort remarquable, et qu'il était impossible de prévoir vu le bon état de la nutrition. N'est-ce pas à cette altération qu'on doit rapporter l'anorexie, le vomissement, la douleur épigastrique éprouvés par le malade? on sait que ces symptômes ne sont pas rares dans les faits de ce genre.

L'apparition et l'aspect violacé des furoncles ne dénotaient-ils pas une altération profonde du sang, et dans ce cas d'où provenait cette altération? était-elle le résultat de l'introduction dans le sang de quelques molécules hétérogènes déposées dans la plaie par le couteau à amputation? Cela n'est pas probable. Dépendait-elle de l'état fâcheux dans lequel se trouvait le système nerveux? je ne le crois pas. Était-elle (cette altération) le résultat d'une résorption purulente, et dans ce cas, le péricarde rempli de pus était-il un foyer d'infection? c'est possible. Au reste, n'insistons pas trop sur ces hypothèses plus ou moins admissibles.

Le traitement a été trop peu actif. Sans aucun doute, si on avait cru à l'existence d'une péricardite, les émissions sanguines auraient été beaucoup plus multipliées; au reste, ce fait prouve combien le diagnostic influe sur la thérapeutique. Il n'existait aucun rétrécissement dans les divers orifices du cœur, et le ventricule gauche était très-hypertrophié. Le système musculaire était généralement très-développé chez ce sujet.

RHUMATISME, ENDOPÉRICARDITE CHRONIQUE; RECRUDESCENCE.

OBS. IV. — Dugelay, 27 ans, d'une forte constitution, ayant toujours joui d'une bonne santé, fut pris, il y a dix ans, à la suite d'un refroidissement, d'un rhumatisme qui a parcouru plusieurs articulations et dont la durée a été d'un mois et demi. Des sangsues posées *loco dolenti*, plus tard des vésicatoires ont constitué tout le traitement. Ce rhumatisme s'est renouvelé plusieurs fois, et ce malade dit n'avoir pu travailler comme à son ordinaire pendant trois ans. Il ajoute que pendant la première attaque de rhumatisme il a été pris d'étouffement; que depuis cette époque, il a éprouvé des palpitations; ces palpitations ont augmenté et sont devenues plus fortes à mesure que les attaques se sont répétées. Il dit aussi avoir les jambes infiltrées quand il marche plus qu'à l'ordinaire. Entré le 6 mars 1836 au Val-de-Grâce, salle 11, service de M. Broussais père, il accuse six jours de maladie et ne sait à quoi attribuer cette recrudescence.

Le 7, il nous a présenté les symptômes suivans: voussure et matité de la région précordiale dans l'étendue environ de trois pouces et demi carrés; frémissement cataire très-prononcé; la pointe du cœur n'est pas nettement sentie, quoique cet organe semble très-superficiellement placé; on aperçoit le double mouvement des oreillettes et des ventricules; on entend un bruit de soufflet prolongé isochrone à la dilatation ventriculaire et qui masque presque entièrement les autres bruits du cœur, pouls médiocrement développé, fréquent (108, 110), douleur et léger gonflement de l'articulation radio-carpienne droite; le canal intestinal est sain; absence de toux, absence de bruit anormal dans le poumon. (Saignée 15 onces, ventouses scarifiées à la région précordiale; pot. digitale 20 gouttes, cataplasmes sur l'articulation.)

Le 8. Mieux sensible. (10 sangs. région précordiale, potion digitale 30 gouttes.)

Le 11. Amélioration très-grande, le pouls est à 60 p.; frémissement cataire moindre, la matité semble aussi avoir un peu moins d'étendue, le bruit de soufflet, beaucoup moins prononcé, s'entend encore entre la 5e et la 6e côtes gauches, et à un demi pouce environ en-dedans du mamelon correspondant; il masque en partie le bruit valvulaire, cependant en auscultant sur le sternum et à un pouce et demi de son extrémité inférieure, il me semble entendre le bruit de soupape du cœur; le gonflement de l'articulation radio-carpienne a disparu. (Soupe, verm.)

Quelques jours après, ce malade est tout aussi bien qu'il peut l'être; il présente encore tous les signes d'une grave maladie des séreuses du cœur. Sorti de l'hôpital le 24.

Dans la première attaque de rhumatisme, les deux séreuses du cœur ont été enflammées, et c'est par suite des lésions qui ont succédé à ces phlegmasies, que le malade est resté essoufflé, palpitant, disposé à l'infiltration. Le point où le bruit de soufflet est perçu, me fait penser que la valvule mitrale est le siége principal de l'affection. En effet, c'est pendant la dilatation ventriculaire, un peu en dedans du mamelon gauche et entre les cinquième et sixième côtes, qu'on l'entend. Ce bruit est dû évidemment au frottement, au retrait du sang par suite de l'insuffisance valvulaire. C'est par suite de cette lésion que le cœur a augmenté de volume.

Dans ce cas encore les phlegmasies du cœur et de l'articulation ont débuté simultanément, il y avait coïncidence; la phlegmasie articulaire ne rendait pas compte de l'intensité du mouvement fébrile.

Ce malade nous a présenté une particularité que je suis bien aise de signaler: les battemens du cœur étaient superficiels; on pouvait apprécier les mouvemens des oreillettes et des venticules; la pointe du cœur n'était pas nettement sentie à la main; le pouls, quoique fréquent, était mou.

De quoi dépendaient ces phénomènes? Je pense qu'ils annonçaient des adhérences intimes entre les deux feuillets du péricarde et du feuillet fibreux avec les parois thoraciques. J'ai eu occasion d'observer plusieurs faits analogues, et l'autopsie a malheureusement confirmé le diagnostic porté.

Dans les cas de ce genre, on entend presque toujours un bruit de souffle dû à une insuffisance valvulaire, lors même que ces soupapes sont parfaitement saines. L'on conçoit en effet que le cœur, par suite de ces adhérences, ne refoule pas fortement la colonne sanguine; les valvules, dans les mouvemens de systole, ne peuvent pas obturer parfaitement les orifices du cœur; de là reflux du sang dans les ventricules; de là le bruit de souffle. Les adhérences du péricarde, surtout, quand le feuillet fibreux adhère au thorax, sont, je crois, une cause puissante de dilatation du cœur, une cause d'insuffisance valvulaire, et par suite d'infiltration générale. J'ai pardevant moi deux faits d'anasarque qui ne reconnaissaient pas d'autre cause. J'insiste à dessein sur l'importance du diagnostic de ces adhérences du péricarde, non que cette lésion soit curable, mais bien parce qu'elle peut indiquer au médecin la nature de la cause de quelques hydropisies générales. Dans le cas qui nous occupe, ce symptôme manquait; les extrémités inférieures étaient seulement infiltrées; la lésion du cœur n'était pas, sans doute, très-avancée.

Je n'ai pas observé une espèce d'ondulation à la partie supérieure du ventre, signalée par Sander comme symptôme des adhérences des deux feuillets séreux du péricade.

RHUMATISME; PÉRICADITE CHRONIQUE; GASTRO-ENTÉRITE AIGUE; MORT; AUTOPSIE.

OBS. V. Schitz, âgé de 38 ans, sujet à des attaques de rhumatisme articulaire, entra à l'hôpital de Lille le 30 décembre 1832, pour un eczema au coude. Cette maladi disparut bientôt; et, dans le but d'améliorer les douleurs rhumatismales, on prescrivit le sirop sudorifique, la tisane de salsepareille et la teinture de colchique. Cette médication a été continuée depuis le 21 janvier jusqu'au 3 avril. Le malade était aux trois quarts d'alimens.

Vers la fin de février, il survint à la partie interne et supérieure de la cuisse droite une inflammation aiguë du tissu cellulaire sous-cutané; des sangsues, des cataplasmes furent posés *loco dolenti*; le pus s'amassa en foyer; on ne voulait pas l'ouvrir, pensant que c'était un abcès par congestion.

Le 3 avril, il survint une irritation aiguë du canal intestinal; l'alimentation fut un peu diminuée; du reste, mêmes prescriptions pharmaceutiques.

Les 6 et 7, pour remédier à des vomissemens opiniâtres, on donna de l'opium, de la teinture de colchique. Enfin, le 9, transféré dans un service de fiévreux, il nous présenta tous les signes d'une gastro-entérite aiguë intense, avec délire. Le pouls était très fréquent, peu développé, facile à déprimer; *les mouvemens du cœur étaient superficiels.* (L'abcès fut ouvert, des sangsues furent posées à l'épigastre et sur le trajet des jugulaires.) Le malade mourut le 12.

A l'autopsie, on trouva les traces d'une vive inflammation de la muqueuse intestinale; l'estomac et le duodénum étaient surtout altérés. Les deux feuillets séreux du péricarde adhéraient entre eux dans toute leur étendue; les cavités du cœur agrandies sans aucune altération du tissu musculaire ni de l'endocarde.

Ce militaire avait eu plusieurs attaques de rhumatisme et nous trouvons à l'auptosie les traces d'une ancienne péricardite. Encore dans ce cas mouvemens du cœur superficiels, pouls mou, facile à déprimer et gêne de la systole du cœur par suite des adhérences du péricarde. L'ampliation du cœur était due à ces adhérences. Les excitans tels que le colchique, la salsepareille, etc., sont-ils étrangers à la gastro-entérite qui a enlevé le malade? je ne le pense pas.

OBS. VI. — Il y a quinze jours environ, un militaire passant au Mans pour se rendre dans sa famille avec un congé de réforme, vint solliciter auprès de moi les moyens de trasport, disant qu'il ne pouvait marcher, ses jambes étant in-

filtrées. Je dus examiner le cœur; je trouvai un beau frémissement cataire et un bruit de râpe isochrones à la systole ventriculaire.

Questionné s'il est sujet à des rhumatismes articulaires, il me dit qu'il en avait eu trois attaques; que depuis cette époque il avait éprouvé des palpitations, des étouffemens, et que, depuis cette époque aussi, les jambes s'infiltraient quand il restait long-temps debout. Je voulais l'envoyer à l'hôpital, désirant l'examiner avec plus de soin; il avait hâte de rentrer dans ses foyers, venant de perdre son père.

Je ne résumerai pas les principales circonstances des observations ci-dessus, les réflexions qui accompagnent chacune d'elles peuvent m'en dispenser; de plus je n'ai voulu que rapporter des faits: cependant je dirai que dans nos deux premières observations la phlegmasie du cœur a été constatée quelques jours après le début du rhumatisme; que cette phlegmasie a persisté pendant que les articulations sont redevennes douloureuses. Je pense que si nous avions examiné le cœur nous aurions constaté plutôt l'existance de la phlegmasie de cet organe. Dans la troisième observation la scène morbide a commencé par le cœur, le rhumatisme articulaire est venu plus tard. Dans notre quatrième observation les deux phlegmasies du cœur et des articulations ont débuté simultanément. L'endocardite et la péricardite ne sont donc pas une métastase dans le sens accordé à ce mot, mais bien une coïncidence. Je ne sais si dans la moitié des rhumastismes articulaires aigus il existe une phlegmasie du cœur; mais ce qu'il y a de certain c'est que depuis que M. le professeur Bouillaud a éveillé l'attention sur ce point de pathologie un grand nombre de médecins ont constaté cette coïncidence.

Le bruit de souffle est le symptôme qui manque le plus rarement dans l'endocardite. Ce bruit ne dépend pas du mouvement fébrile; car il n'existe pas dans tous les rhumatismes très-aigus; il n'existe pas dans les phlegmasies avec réaction fébrile intense lorsque le cœur ne participe pas lui-même à l'inflammation: du moins tel est le résultat des nombreuses observations comparatives que j'ai faites.

J'ai dit dès le commencement de ce travail que la découverte de cette coïncidence était d'une haute importance en médecine pratique. En effet, le plus grand nombre des cas de rhumatismes articulaires mortels le sont devenus par la phlegmasie du cœur. Si on avait traité activement cette phlegmasie on aurait pu sans doute conserver les jours de quelques malades; d'autant que les inflammations, dites rhumatismales, cèdent plus facilement que les autres à un traitement approprié. Cette coïncidence devra aussi être prise en considération dans le pronostic de l'arthrite aiguë.

Cette coïncidence étant bien constatée (elle l'est, je crois, suffisamment aujourd'hui), il est impossible de ne pas admettre la nature phlegmasique du rhumatisme contestée par quelques auteurs.

L'endocardite et la péricardite expliquent naturellement, dans certains cas, la persistance du mouvement fébrile après la disparition de la phlegmasie articulaire et aussi le peu de rapport qui existe quelquefois entre ce mouvement fébrile et le gonflement des articulations.

La connaissance de cette complication doit engager les médecins à traiter plus activement qu'on ne le faisait les phlegmasies articulaires. L'endo-péricardite sera d'autant moins fréquente et surtout d'autant moins grave que le traitement du rhumatisme sera plus énergique. Je n'ignore pas que des phlegmasies du cœur sont survenues pendant le cours de rhumatismes articulaires aigus contre lesquels on avait déployé un traitement antiphlogistique très-actif. Ces faits ne me semblent pas infirmer ce que je dis; je pourrais aussi citer plusieurs observations de péricardite rhumatismale guéries très-rapidement sous l'influence des émissions sanguines répétées.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

DIABÈTES SUCRÉ, BOULIMIE, MARASME, CARIE SUCCESSIVE DE TOUTES LES DENTS, SURDITÉ, CÉCITÉ. MORT AU BOUT DE QUATRE ANS. — Autopsie. Gastro-entérite chronique; congestion sanguine du foie, des reins et de la rate; collection stéatomo-pileuse dans l'ovaire gauche; fonte tuberculeuse des poumons; ramollissement de la substance blanche du cerveau; épaississement des méninges; observation communiquée par le docteur Alphonse MÉNARD, médecin à Lunel (Hérault).

Chaque jour de nouvelles bizarreries pathologiques se présentent à notre observation: tantôt ce sont des accidens mortels (tétanos) résultats d'une meurtrissure légère en apparence; un brin de charpie enfermé sous une cicatrice à la jambe, suffit pour donner lieu à des phénomènes redoutables (GAZETTE MÉDICALE DE PARIS, 1835, p. 215); tandis que les ligatures enfouies dans les plaies ne s'opposent nullement à la marche normale de la cicatrisation. Nous avons vu un grain de plomb du n° 8, retenu derrière un repli de la conjonctive oculaire, à la suite d'un coup de feu, n'occasioner qu'une ophthalmie très-légère, tandis que le plus menu corps étranger, fer, paille, bois, a suffi dans quelques cas pour déterminer la perte d'un œil.

Dans les cas ordinaires nous nous rendons assez bien raison de tous ces phénomènes: car nous connaissons la force de résistance organique générale ou spéciale, appliquée aux efforts pathogéniques; on a des données satisfaisantes relativement à la théorie des effets d'une commotion violente et subite, d'un raptus imprévu sur l'innervation, la circulation, etc. Nous savons que le principe vital se défend avec plus ou moins d'énergie selon la promptitude et l'intensité d'aggression de l'agent morbide; l'histoire des collections, séreuses ou autres; celle des névralgies, nous montrent comment les tissus savent résister à l'extrême tension des fibres, jusqu'à quel point la faculté de supporter la douleur peut être menée lorsque les actes morbides ont été gradués, successifs, proportionnés à la force de résistance organique. Ainsi des individus ont pu vivre long-temps, malgré une dégénérescence du cerveau, des poumons, des intestins; mais chez eux un seul organe était gravement envahi. Dans le fait que nous allons citer, presque tous les tissus sont désorganisés, toute la machine est en souffrance; et cependant la vie se maintient durant quatre ans, et les principales fonctions s'exécutent avec assez d'ensemble et quelque facilité.

Il faut admettre ici une surabondance extrême d'énergie vitale, puisque l'altération a acquis son *summum* d'intensité dans presque tous les organes de l'économie. Des faits pareils sont rares et méritent de fixer l'attention de celui qui est jaloux d'approfondir les secrets de notre organisation intime; le médecin peut y puiser des renseignemens féconds; il y voit entre autres choses, combien est puissant le concours de la nature dans le traitement des maladies en apparence les plus désespérées.

Voici le fait qui sert de texte à mes réflexions; je le transcris tel qu'il est consigné dans mes notes.

OBS. — La femme J., née S. de L. V., âgée de 36 ans, fit, étant grosse de 5 mois, en 1827, une chute sur l'un des genoux. Une plaie légère en fut le résultat. Cette plaie demeura long-temps à se cicatriser. C'est à cette époque que la femme J. commença à éprouver une forte altération et une augmentation notable dans son appétit. Un flux d'urines très-abondant se manifesta aussi. Ces anomalies, qui d'ailleurs n'avaient rien de bien fatigant, furent mises sur le compte de la grossesse. La femme J. s'en inquiéta peu d'abord; mais bientôt son état devint si incommode, qu'elle fut contrainte d'y chercher remède. On la mit au régime laiteux, au petit-lait et à l'usage d'autres moyens tout aussi insignifians. Le temps des couches arriva: J. accoucha heureusement d'un enfant à terme, bien conformé, mais mort depuis peu.

Cependant le diabète augmentait, ainsi que la boulimie; la soif était devenue inextinguible. A cette époque, un nouveau médecin conseilla les sucs de viande de boucherie, le sang cuit; etc. Ces moyens produisirent une certaine amélioration; elle n'eut pourtant pas de durée, parce que, lasse de s'astreindre à un régime suivi, la malade voulut se livrer à ses goûts et contenter ses penchans. Ce qu'elle avalait en un jour, en un repas même, est vraiment prodigieux. Tout ce qui se trouvait à sa portée était employé à satisfaire sa voracité. Lorsque les alimens lui manquaient, elle se gorgeait de charbon, de terre, de plâtre, de morceaux de bois. Un soir on avait laissé par mégarde, dans l'endroit où elle se trouvait, un panier contenant environ vingt livres de raisins frais et un énorme gâteau de froment à demi cuit. En un instant elle eut tout dévoré. La chose la plus étonnante chez la femme J., c'est l'énergie de ses organes digestifs; jamais elle n'a paru fatiguée, même après les plus lourds repas.

Je ne passerai point en revue les traitemens divers auxquels la malade fut soumise; depuis les antiphlogistiques indiqués par la surexcitation abdominale jusqu'aux anthelmintiques les plus puissans. L'irritation intestinale chemina toujours, et le tœnia, que l'on voulait expulser, ne montra jamais dans les selles le plus mince de ses anneaux.

Vers le commencement de la troisième année, la femme J. avait perdu presque toutes ses dents par la carie, sans y éprouver de douleur; elle était à peu près sourde, et sa vue faiblissait de jour en jour. Dès la quatrième année, ces désordres étaient arrivés à leur apogée. Un mois avant sa mort, un jeune chirurgien lui proposa l'opération de la cataracte: elle ne réussit pas; mais le régime sévère auquel la malade fut astreinte à cette occasion, diminua ses forces et hâta probablement sa fin, qui eut lieu le 11 novembre, environ quatre ans après la chute dont nous avons fait mention plus haut. Je n'ai point soigné la malade, par conséquent les détails que je viens de donner ne peuvent être complets; j'ai appris de ses parens qu'elle n'avait jamais ou presque pas toussé, et qu'elle ne s'était jamais plaint de la poitrine, de la tête ou du ventre.

AUTOPSIE.

La maigreur est arrivée au dernier point; la figure est ridée et décrépite comme celle d'une femme de 75 ans; les deux yeux offrent une cicatrice transversale récente; le gauche a la pupille déformée; dans le droit, elle a l'aspect naturel; les parois du ventre sont affaissées; les circonvolutions intestinales saillantes.

Intérieur. Le foie est très-volumineux, friable et gorgé de sang noir; la vésicule est de la grosseur d'un petit citron et remplie d'une bile brunâtre; les intestins sur lesquels elle appuie sont comme brûlés par plaques à l'extérieur (cet accident peut bien être cadavérique); l'épiploon est émacié, réduit à un tissu mince, divisé en compartimens inégaux par des veines rosées gorgées de sang. Le réseau mésentérique est atrophié, ses glandes sont durcies et un peu plus volumineuses qu'à l'état normal. La rate est friable et gorgée de sang: il en est de même des reins, qui sont en outre fort volumineux. L'estomac et tout le tube digestif sous-gastrique ont leur muqueuse froncée et enduite d'une forte couche de mucosités, en quelques lieux très-colorées en jaune, en brun, etc. Sur divers points sont des plaques brunes, arrondies, provenant de la désorganisation du tissu muqueux. Vers le gros intestin ces plaques sont plus larges et plus abondantes; çà et là, notamment dans le colon et le cœcum, la membrane muqueuse est érodée ou ramollie. Les mucosités ont dans le gros intestin l'aspect d'une bouillie grisâtre; elles sont extrêmement abondantes, d'une odeur fade et nauséeuse.

Dans l'intestin grêle nous avons trouvé deux vers lombrics vivans.

La vessie est fort distendue, grande, mais pâle; son tissu est aminci et sans arborisations. La matrice est aplatie, racornie, triangulaire; elle est liée à gauche, au moyen d'un pédicule de deux à trois pouces de long, blanc, solide, non canaliculé, à un corps ovoïde lisse, blanchâtre et rénitent, du volume d'un œuf d'autruche, que nous reconnaissons bientôt pour un des ovaires démesurément développé; nous le trouvons rempli d'une matière graisseuse pétrie avec des cheveux fins et soyeux, de couleur blonde, absolument pareils à ceux de la femme, d'une longueur variable de 2 à 6 pouces. Au centre de la tumeur était un paquet de ces cheveux plus fortement enchevêtrés que les autres, et du volume d'un œuf de poule.

Poumons. Le gauche paraît sain au premier aspect; cependant, après l'avoir soulevé, nous trouvons à la partie postérieure une surface inégale, brune et fort résistante, au-dessous de laquelle se trouvent logés quelques tubercules agglomérés et suppurans.

Le poumon droit est farci de tubercules; à sa partie postérieure, ils sont en pleine suppuration; au sommet est une forte caverne capable de loger un œuf de poule.

Le cœur est d'un volume naturel, mais vide de sang et pâle.

Encéphale. Les membranes sont intimement unies l'une à l'autre, et forment un tout inextricable et fort résistant: je ne peux mieux le comparer qu'au parchemin. La substance du cerveau est mollasse, et nous avons de la peine, malgré sa bonne apparence de conservation, à extraire intact ce viscère de sa boîte osseuse. La substance blanche surtout est tellement ramollie, qu'elle ressemble, en raclant légèrement sur sa surface, à de la crème de lait. Les ventricules contiennent un peu de sérosité. Il n'y a de traces de sang qu'à la base du crâne. L'origine des nerfs, leur entrecroisement, la moelle allongée et le commencement de la moelle épinière, n'ont rien de remarquable que le ramollissement extrême de la pulpe et la résistance des membranes. L'heure avancée ne nous permit pas de pousser nos recherches aussi loin que nous l'aurions désiré.

Il y a dans ce concours de désordres dix fois matière à une mort prompte et inévitable. Gastro-entérite avec désorganisation de l'organe, hypérhémie du parenchyme du foie, de la rate et des reins; tubercules pulmonaires ayant envahi et désorganisé toute la substance de l'un des poumons; ramollissement de la pulpe cérébrale; épaississement et soudure des méninges, reste infaillible d'une encéphalo-méningite. Le flux continuel d'urines sucrées n'aurait-il pas pu affaiblir au dernier point et en peu de jours l'être débile en apparence qui l'a supporté pendant tant de temps? et si l'on admet que l'infortunée J. trouvait dans l'immense quantité d'alimens qu'elle consommait chaque jour, de quoi s'indemniser de tant de pertes, conçoit-on la faculté digestive laissée à des intestins labourés par une phlegmasie de tous leurs tissus? Que l'on réfléchisse un instant à la difficulté des digestions que nous offrent tous les individus atteints de gastro-entérite chronique, et l'on trouvera dans ce fait une singulière matière à réflexions sur la puissance infinie de la résistance vitale dans les organes.

Examinons succinctement les traces profondément marquées de l'affection pathologique de l'encéphale; rappelons les effets de ces lésions sur les fonctions de l'organe cérébral.

La masse encéphalique est exsangue, excepté dans une petite portion de sa base; elle est ramollie au point que la substance blanche ressemble à de la bouillie, pour peu qu'on y touche. Les méninges sont soudées l'une à l'autre par un tissu tellement fin et serré, qu'on ne peut parvenir à les décoller; leur ensemble a bien plus de volume qu'à l'état sain; il est tellement consistant qu'on ne peut le déchirer qu'avec de grands efforts, et pourtant cette désorganisation n'a point atteint l'intelligence, la progression même est normale, les mouvemens des extrémités thoraciques sont parfaitement naturels, mais les dents se sont cariées dans leurs alvéoles, l'appareil de l'audition a perdu la faculté de percevoir les sons, la rétine a été frappée de paralysie. Deux sens sont restés intacts; le goût est dépravé, exagéré, perverti, mais l'odorat est tellement actif et éveillé qu'à son aide, la femme J. se procurait avec la plus grande facilité les mets que l'on avait cachés et cru hors de sa portée; le toucher était resté complétement naturel.

Quant à l'ovaire bourré de cheveux et de graisse, ceci n'est point tellement curieux ni rare, qu'on ne puisse citer des exemples analogues: Morgagni et Meckel en fournissent plusieurs; observons toutefois, que ces cheveux étaient très-fins et absolument du même aspect que ceux de la femme J.; en outre ils n'étaient point un à un implantés dans des bulbes graisseux, ils étaient, à la lettre, pétris dans la matière stéatomateuse excepté au centre où on les voyait agglomérés en pelote, absolument comme un corps étranger arrivé là pièce à pièce, et par une voie quelconque à nous inconnue. Impossible de penser qu'ils avaient pu se produire dans l'organe qui les contenait, comme des auteurs l'ont soutenu, les cheveux n'appartenaient pas non plus à un fœtus qui se serait développé dans l'ovaire, et les y aurait laissés comme un indice de son séjour: jamais enfant, même à terme, n'en a porté d'aussi longs, ils ne sont mêlés d'ailleurs à aucun autre débris d'un être organisé.

Je pourrais ajouter ici d'autres réflexions tirées de la singulière coïncidence du ramollissement cérébral et de la phlegmasie abdominale, avec l'absence totale de douleurs: mais comme cette observation devra, à plus d'un titre, exercer la sagacité des médecins, je termine là ce que j'avais à faire remarquer de plus saillant, laissant à chacun le plaisir de puiser aux détails dans lesquels je suis entré, de la matière à ses réflexions particulières.

Le 19 mai 1835.

A. MÉNARD.

FRACTURE DU PARIÉTAL GAUCHE; ARACHNITIS GÉNÉRALE; RAMOLLISSEMENT D'UNE PORTION DE L'HÉMISPHÈRE GAUCHE; HÉMIPLÉGIE DIRECTE DU CÔTÉ GAUCHE. Opération du trépan; mort et autopsie. Observation recueillie dans le service de M. SANSON et communiquée par M. Jules LAFARGUE, interne des hôpitaux.

OBS. — Lunel, Louis, âgé de 30 ans, cheveux noirs, peau brune, muscles bien développés, poitrine large, exerçant la profession de maçon, est entré à l'hôpital, salle St-Gabriel, n° 30, le 8 avril 1836, dans la soirée. Il venait de recevoir un coup de pied de cheval au niveau de la partie moyenne du pariétal gauche. L'examen de la partie blessée fit reconnaître une plaie contuse des tégumens de la largeur d'un pouce et de la longueur de trois, au fond de laquelle on sentait évidemment le pariétal enfoncé et fracturé en plusieurs esquilles mobiles, mais très-adhérentes. Un peu de sang s'écoulait encore par la plaie, et des renseignemens exacts en apparence nous apprenaient qu'il s'en était écoulé près de deux palettes avant l'entrée du malade à l'hôpital. A partir des lèvres de la plaie les tégumens étaient décollés dans l'étendue d'un pouce dans tous les sens. Le blessé n'avait pas perdu connaissance au moment de l'accident, et lorsqu'il est venu dans la salle, il en mentionnait toutes les circonstances sans que son intelligence parût affaiblie ou désordonnée. La myotilité scrupuleusement observée a paru intacte et parfaitement égale des deux côtés du corps, tant à la face qu'aux membres: les deux iris jouissaient de leur contractilité normale; la vue n'était point troublée non plus que les autres sens. Mais je dois avouer ici que je n'ai point cherché à reconnaître s'il y avait dans les membres ce léger degré de contracture qu'on rencontre, dès le principe, dans un grand nombre de contusions du cerveau. S'il existait, ce qui est possible, il ne m'a point frappé. J'ai la certitude que le malade n'avait point vomi depuis l'accident. Sur-le-champ j'ai pansé la plaie simplement, et j'ai pratiqué une large saignée de quatre palettes.

Le lendemain, 9 avril, M. Lisfranc, chargé par intérim du service de la salle, a reconnu les mêmes désordres, et bien qu'aucun accident ne fût survenu, il a prescrit, comme moyen préventif, une saignée de trois palettes et des cataplasmes autour des malléoles et des pieds. (Gomme sucrée, diète, rasion des cheveux, cataplasme sur la plaie.)

Jusqu'au 12 avril, quatrième jour de la blessure, le pouls était resté dans son état naturel. Le 12, au soir, il était plein, dur, et battait 80 fois par minute. Cet état du pouls s'accompagnait d'une injection plus considérable de la face. La plaie était le siége d'une suppuration louable, mais peu abondante.

Le 14, céphalalgie intense, face vultueuse, même état du pouls. Dans la nuit du 14 au 15, sommeil troublé par des rêvasseries. Le 15, nous observons la plus parfaite intégrité de l'intelligence, des sens et de la myotilité. Cependant il y a dans l'ensemble des traits, dans l'expression du regard, quelque chose d'insolite que l'œil saisit, que la langue ne saurait traduire. (Saignée, trois palettes, huile de ricin, 1 once.)

Du 15 au 20, le pouls est monté à 100 pulsations; la face est plus animée. Affaissement physique et moral, somnolence: le malade paraît inquiet, irritable et semble percevoir lentement, bien que les organes des sens soient intacts.

La suppuration est abondante, un peu sanieuse; et paraît séjourner un peu sous la peau décollée. (20 sangsues aux apophyses mastoïdes.)

Le 22, quatorzième jour depuis l'accident, le délire tranquille, la stupeur, un appareil fébrile assez considérable sont survenus; et le soir, l'hémiplégie incomplète du côté gauche, c'est-à-dire du même côté que la fracture. Quand on pince les membres paralysés, le malade manifeste par quelques plaintes et par les mouvemens du côté droit qu'il en a la conscience; d'où il résulte que la sensibilité est conservée. Il arrive même que si l'on pince très fort on aperçoit des mouvemens très-peu étendus, mais manifestes du côté paralysé: donc la paralysie est incomplète. Enfin si on demande au malade de donner la main gauche, il l'apporte avec la droite ou donne celle-ci: donc l'intelligence n'est pas abolie. Du reste, si après avoir soulevé la jambe et le bras gauche on les abandonne, ils retombent à peu près comme des corps inertes. Les pupilles sont égales, la commissure des lèvres est déviée à droite.

On ne remarque aucune espèce de contracture ou même de raideur dans les membres, qui ne présentent pas non plus de secousses convulsives. (20 sangsues aux mastoïdes, sinapismes, lavement purgatif, diète.)

Le 24, ces symptômes d'hémiplégie sont un peu plus marqués; mais la respiration n'est nullement stertoreuse.

Le 25, dix-septième jour depuis l'accident, M. Sanson voyait le malade pour la deuxième fois; et, comme les mêmes symptômes n'étaient pas diminués, il se décida à l'opération du trépan, sans se dissimuler le peu de chance qu'elle donnait au malade. En effet, des symptômes d'inflammation avaient précédé ceux de la compression, qui paraissaient n'être que la conséquence des premiers. Dès lors n'était-il pas probable que la cause matérielle de l'hémiplégie était diffuse sur une grande étendue du cerveau? mais il pouvait y avoir aussi un abcès circonscrit suite de l'inflammation de cet organe, et son ouverture pouvait sauver le malade: celui-ci était d'ailleurs voué à une mort certaine si on restait inactif. Le chirurgien devait donc agir: mais sur quel point du crâne? Nouvelle question. L'hémiplégie gauche donnait quelque raison de penser que la lésion était du côté droit du cerveau; mais dans cette hypothèse rien n'indiquait sur quelle portion de cet hémisphère le chirurgien devait se diriger, puis qu'il n'y avait sur le côté du crâne correspondant ni plaie, ni fracture, ni douleur fixe et limitée. D'ailleurs M. Sanson se souvenait d'avoir vu quelquefois les causes traumatiques des maladies cérébrales produire des effets directs: or, il pouvait en être de même ici. Appuyé sur ces considérations judicieuses, M. Sanson a résolu de porter le trépan sur le lieu même de la fracture. Il a donné à la plaie qui existait déjà une forme cruciale; en a disséqué et fait relever les lambeaux, puis, avec la rugine, il a dénudé l'os à quelque distance au-delà de l'enfoncement. Sur les limites de celui-ci, le chirurgien a porté une couronne de trépan avec laquelle il a enlevé une portion saine du crâne. Par l'ouverture ainsi pratiquée, il a introduit un élévateur, relevé et détaché successivement onze esquilles de différent volume. Dès lors on a pu reconnaître la dure-mère soulevée par les mouvemens du cerveau isochrones à ceux du pouls. On ne sentait au-dessous d'elle aucune rénitence, aucune fluctuation qui annonçât la présence d'un liquide: et comme le sang coulait encore, M. Sanson a remis au lendemain l'incision de la dure-mère. (Tamponnement léger; diète; lavement purgatif.)

Le lendemain, 26 avril, aux symptômes déjà mentionnés s'était joint l'assoupissement profond, la respiration stertoreuse qui n'avait point paru jusqu'alors, et un léger degré de contracture dans le bras droit. La tête était penchée de ce côté. L'incision de la dure-mère n'a donné issue à aucun liquide, mais a permis de voir de fausses membranes très-adhérentes à la surface de l'hémisphère.

Le 27, respiration stertoreuse; pouls faible et fréquent; persistance de l'hémiplégie; immobilité de l'iris et dilatation de la pupille gauche; extrême faiblesse des membres non paralysés. Le malade est mort la nuit suivante.

AUTOPSIE 30 HEURES APRÈS LA MORT.

Le cuir chevelu étant enlevé, on met à découvert l'ouverture faite par l'opération. Autour d'elles les vaisseaux diploïques sont gorgés de sang; à son niveau la dure-mère présente quelques points d'un rouge-brunâtre. Le crâne étant scié circulairement et la dure-mère incisée de chaque côté du sinus longitudinal supérieur, on a constaté:

1° Les traces d'une arachnoïdite générale prouvée par la présence de fausses membranes blanchâtres, adhérentes à la surface des circonvolutions; elle occupe les hémisphères tant à la voûte qu'à la base du crâne; elle occupe le cervelet;

2° Dans le point correspondant à la fracture du côté gauche, on trouve la pulpe cérébrale ramollie, réduite en détritus, de couleur brunâtre ou grisâtre. Un filet d'eau entraîne la substance en détritus et creuse une caverne. Le cerveau a dû être enlevé en totalité pour être examiné avec plus de soin; alors on a vu une petite quantité de sérosité épanchée à la base du crâne. En coupant par tranches l'hémisphère gauche, on voyait dans toute son épaisseur jusqu'au delà du centre ovale une coloration bleuâtre, d'autant plus prononcée qu'on l'examinait plus près du ramollissement déjà décrit. Cette coloration peut être comparée avec quelque justesse à l'ecchymose qui accompagne au loin les contusions fortes d'une portion limitée des tégumens. Elle disparaissait par une décroissance insensible à mesure qu'on s'éloignait de la contusion. L'altération que je mentionne ici, se retrouvait encore dans la substance blanche du corps strié du même côté. Les ventricules ne paraissaient pas avoir été distendus et ne contenaient pas de sérosité. L'hémisphère du côté droit coupé par tranches et examiné avec le plus grand soin ne présentait rien de remarquable; il était sain, et la *blancheur normale* de ses coupes contrastait avec la coloration bleuâtre des coupes du côté opposé. Le cervelet et la moelle épinière examinés avec la même attention, ont été trouvés parfaitement sains, ainsi que la protubérance annulaire. Les organes thoraciques et abdominaux étaient dans leur état normal.

En résumé, nous voyons dans l'observation précédente, une fracture comminutive d'un des côtés du crâne ne s'accompagner d'aucun accident jusqu'au quatrième jour. Alors le pouls acquiert un peu de fréquence, de plénitude; et le sixième jour, ce mouvement fébrile est suivi d'une céphalalgie violente; jusqu'au douzième jour, on observe un sommeil troublé par des rêvasseries, et pendant la veille un engourdissement de l'intelligence, un changement notable dans le caractère du malade qui devient difficile et irascible. En même temps la suppuration devient sanieuse de louable qu'elle était. Enfin le quatorzième jour, délire tranquille, stupeur, appareil fébrile plus considérable, et dans la soirée, hémiplégie du même côté que la fracture. Ces symptômes persistent jusqu'au dix-septième jour, sans que la contracture vienne se joindre à la paralysie. On pratique l'opération du trépan qui ne produit aucun changement favorable. Le lendemain, respiration stertoreuse. Le bras droit (non paralysé) présente un peu de raideur, et dans la nuit du dix-neuvième au vingtième jour le malade meurt.

La marche de la maladie nous a offert deux époques bien distinctes. Dans la première, les symptômes de l'encéphalite se sont tellement confondus avec ceux de l'arachnitis qu'il a été impossible de les distinguer, et ce n'est que lorsque l'inflammation du cerveau, suite de la contusion, s'est terminée par la suppuration, que les signes propres à cette dernière ont pu être appréciés. Alors est survenue l'hémiplégie, hémiplégie sans raideur, ni contracture, ni convulsions, et, ce qu'il y a de plus étonnant, hémiplégie directe. C'est en vain que l'on a scrupuleusement examiné la moitié droite du cerveau, le cervelet, la protubérance et la moëlle épinière, on n'a rien trouvé qui pût expliquer l'hémiplégie gauche, si ce n'est le ramollissement du même côté. Il n'y avait pas de sérosité dans les ventricules, et celle qu'on a trouvée à la base du crâne était limpide et peu abondante, comme on la trouve souvent sur la généralité des cadavres. A la vérité, il existait des traces d'arachnitis sous la forme de fausses membranes minces disséminées à la périphérie du cerveau et du cervelet: mais peut on attribuer l'hémiplégie à cette altération que l'on voit si souvent exister sans elle? Non sans doute; si, d'ailleurs on admettait que les fausses membranes adhérentes à l'hémisphère droit ont pu produire la paralysie du côté gauche, je ferai observer que l'arachnitis était commune aux deux hémisphères, et je demanderai pourquoi le côté droit n'a pas été semblablement paralysé?

De tout ce qui précède, je conclus que le ramollissement du côté gauche est ici la seule lésion appréciable en rapport avec l'hémiplégie gauche. Ce ramollissement est-il primitif, est-il consécutif à la méningite? Les symptômes observés ne peuvent pas résoudre la question, mais l'autopsie la décide complétement. En effet, elle ne nous a point montré un ramollissement sans autres lésions, tel qu'aurait pu le produire l'influence de l'arachnitis; mais un ramollissement accompagné au loin d'une ecchymose étendue de la pulpe cérébrale, circonstance qui suppose la contusion primitive de la portion ramollie, telle qu'a dû la produire une violence externe. On ne peut donc point considérer, dans ce cas, l'encéphalite comme un résultat de l'arachnitis, et l'on est forcé d'admettre que ces deux altérations, développées par la même cause, ont marché de front, sous une forme commune, jusqu'à ce que la suppuration du cerveau ait donné lieu à des phénomènes spéciaux.

La double inflammation du cerveau et de ses membranes a influé sur la marche de la plaie des tégumens de la manière ordinaire, c'est-à-dire qu'à mesure qu'elle se développait, la suppuration extérieure perdait son caractère louable et devenait sanieuse.

LAFARGUE.

LETTRE SUR LES CAUSES DU MOUVEMENT DU SANG VEINEUX, par M. CHASSAIGNAC.

Monsieur,

J'avais envoyé au bureau de la GAZETTE MÉDICALE deux exemplaires de mon travail sur la circulation veineuse. D'après cette démarche, je pouvais me croire autorisé à attendre une analyse impartiale de mon ouvrage, ainsi que cela se pratique habituellement dans votre honorable journal, où l'on a bien voulu déjà s'occuper de moi, à l'occasion de quelques autres travaux.

Mais, j'ai vu avec peine que l'article inséré dans le numéro du 30 juillet, tout en se trouvant à la place ordinairement réservée aux analyses et en se produisant sous ce titre, n'est autre chose qu'une réclamation de M. Poiseuille, qui sur un travail de 160 pages, s'est contenté de faire la critique de quatre ou cinq pages tout au plus.

Je laisse de côté une question personnelle pour arriver directement à la discussion du point de physiologie à l'égard duquel j'ai professé des opinions différentes de celles qu'on avait admises trop légèrement sur l'autorité de M. Poiseuille.

Ce physiologiste prétend que le sang contenu dans les veines est soumis à un mouvement saccadé; que les saccades sont dues : 1° les unes à la contraction du ventricule gauche, qui à travers les artères et les capillaires ferait sentir, d'une manière appréciable, l'effet de chacune de ses contractions sur le sang contenu dans les veines; 2° les autres à l'action du mouvement d'expiration qui déterminerait aussi, lui, dans le sang veineux des mouvemens distincts de ceux produits par le ventricule gauche.

En sorte que chez un animal soumis à des expériences dans lesquelles la respiration et les battemens du cœur sont tellement accélérés qu'il se fait par minute plus de cent mouvemens d'expiration et cent dix à cent vingt contractions ventriculaires, M. Poiseuille aurait pu reconnaître autant de saccades qu'il se fait de mouvemens d'expiration et de contraction du ventricule, qu'il aurait pu, chose plus surprenante encore, distinguer les saccades dues à l'une de ces causes de celles qui sont produites par l'autre, et cela, quand il existe dans les veines, indépendamment du mouvement saccadé admis par M. Poiseuille, un mouvement d'écoulement continu.

Je suis obligé de le dire, M. Poiseuille est tombé à cet égard dans la méprise la plus complète. S'il s'était seulement donné la peine de compter chez les animaux soumis à ses expériences le nombre des pulsations et des mouvemens d'expiration dans un temps donné, il aurait senti lui-même combien il était impossible de constater les résultats dont il parle, du moins en se bornant à l'emploi des moyens qu'il a indiqués.

Je pourrais me borner à cette simple démonstration déduite de l'impossibilité d'obtenir les résultats dont j'ai contesté l'exactitude. Mais il faut ajouter de nouvelles preuves, qui ne laisseront, je l'espère, aucun doute, même dans les esprits les plus prévenus.

Avant d'établir les faits qui me paraissent démontrer les erreurs de M. Poiseuille, je vais d'abord exposer comment le doute m'est venu sur l'exactitude de ses expériences : 1° en cherchant à recueillir du sang veineux (chez un mouton), à travers un tube non gradué, je n'aperçus aucune saccade, je remarquai au contraire l'extrême régularité du mouvement ascensionnel du liquide; 2° en examinant le nombre des pulsations artérielles et des mouvemens respiratoires (chez un chien), je reconnus l'impossibilité de distinguer nettement l'influence de ces deux ordres de mouvemens sur le sang veineux; 3° enfin je m'assurai que les efforts d'expiration les plus énergiques ne déterminent dans le mouvement du sang veineux, aucune accélération appréciable.

Était-il possible en présence de ces faits, d'admettre aveuglement les résultats signalés par M. Poiseuille. Pour moi, je l'avoue, hésitant à reconnaître l'exactitude des expériences qu'il avait invoquées, j'ai voulu les soumettre à un examen plus sévère. Or, j'ai vu que mes premières impressions se trouvaient pleinement confirmées. J'ai vu en outre que M. Poiseuille n'avait pas constaté un fait extrêmement curieux, je veux parler de la production *de mouvemens saccadés dans le sang veineux sous l'influence des contractions musculaires générales*. Cette circonstance qui a complétement échappé à M. Poiseuille, m'a même paru pouvoir rendre compte des erreurs que je lui reproche, et m'a prouvé dans tous les cas, où qu'il avait omis de rapporter des particularités aussi curieuses qu'importantes de ses expériences, ou bien, que ces particularités s'étaient passées à son insu.

Amené maintenant à formuler avec toute la précision que je pourrai atteindre, la démonstration des faits qui contredisent les résultats de M. Poiseuille, je vais le faire dans les propositions suivantes, qui seront toutes accompagnées de leurs preuves.

1° *C'est une erreur de croire que le sang contenu dans les veines est soumis à des mouvemens d'accélération produits par le phénomène de l'expiration.*

Puisqu'il est aujourd'hui démontré que même en supposant l'existence de mouvemens saccadés dans le sang veineux, il est impossible de distinguer par les moyens dont s'est servi M. Poiseuille, si ces mouvemens répondent aux contractions ventriculaires ou à des mouvemens respiratoires, il fallait bien recourir à de nouveaux moyens pour résoudre cette difficulté.

Je me demandai alors, si la meilleure manière de constater l'influence des mouvemens d'expiration n'était pas de développer ces mouvemens à leur maximum d'énergie et d'observer les modifications que subirait coïncidemment la marche du sang veineux. Voici comment j'arrivai à ce résultat :

Sur l'animal qui servait à l'expérience (voyez circulation veineuse, pag. 17), la trachée ayant été divisée transversalement, je commençai par fermer ce canal et ensuite j'enlevai l'obstacle au passage de l'air. A peine l'animal eut-il recouvré la faculté de respirer, qu'il se livra à des mouvemens d'inspirations et d'expiration d'une énergie extraordinaire. Eh bien, les mouvemens d'expiration qui étaient assez puissans pour éteindre la flamme d'une bougie placée à une assez grande distance de la trachée, n'exerçaient aucune influence sur la marche uniformément progressive et continue du sang veineux. Cette expérience, répétée plusieurs fois, a donné un résultat exactement semblable et qui s'est reproduit avec une telle évidence que je ne saurais conserver aucun doute à cet égard.

Je regarde donc le phénomène de l'expiration comme ne déterminant aucun mouvement appréciable dans la marche du sang veineux.

2° *C'est une erreur de croire qu'il y ait dans le sang veineux des saccades correspondant aux contractions du ventricule gauche.* En effet, le raisonnement suffit pour faire comprendre, que le sang éprouve à partir du ventricule gauche une suite de résistances qui diminuent progressivement l'effet de l'impulsion ventriculaire. Ainsi, par exemple, sous l'influence : 1° des angles et des courbures indéfiniment multipliés que présentent les vaisseaux capillaires; 2° de la contraction propre de ces vaisseaux; 3° de l'élasticité du système de conduits parcourus; 4° de la subdivision indéfinie de la colonne sanguine qui va en se disséminant dans un réseau si complexe; 5° du frottement du liquide contre les parois etc., le sang projeté subit une telle déperdition dans le mouvement primitivement imprimé par le ventricule gauche, qu'il répugne d'admettre que les saccades communiquées au sang artériel puissent se faire sentir dans les veines.

Serait-ce donc maintenant, se montrer trop difficile que d'exiger, avant de renoncer à ce que suggère le raisonnement, une série d'expériences, à la fois les plus concluantes et les plus authentiques. Mais nous sommes bien loin de posséder rien de semblable. Les seuls faits devant lesquels il faudrait abjurer ici les prévisions les mieux fondées, sont les expériences de M. Poiseuille.

Or, ces observateurs n'ayant tenu aucun compte du nombre des pulsations dans un temps donné, n'ayant pas pu distinguer ce qui dans les saccades qu'il a cru voir, tenait aux mouvemens d'expiration ou aux contractions ventriculaires, ayant en outre complétement méconnu l'influence des contractions musculaires générales sur le mouvement du sang veineux, il nous est impossible de ne pas regarder ses expériences comme tout-à-fait impuissantes à résoudre la question.

Les considérations qui précèdent suffiront sans doute pour rendre nécessaires aux yeux de ceux qui n'ont pu vérifier par eux-mêmes les expériences de M. Poiseuille, de nouvelles expériences ayant pour objet de déterminer le rapport des prétendues saccades veineuses avec les contractions du ventricule gauche. Pour nous, cette question est jugée, nous avons acquis la certitude que le mouvement du sang veineux est exempt de toute saccade tenant à cette cause. Lorsque dans les expériences qui ont été rapportées (voyez circulation veineuse, pag. 18, 19), nous avons examiné itérativement, avec une attention toute spéciale et dans l'intention expresse de constater l'existence des saccades, le mouvement d'une colonne de liquide, et lorsque chaque fois nous avons reconnu l'absence complète de ces saccades, il nous est ce semble permis d'attribuer aux causes d'erreurs signalées plus haut, des résultats contre lesquels s'élèvent à la fois et le raisonnement et l'expérience.

3° *Les contractions musculaires générales ont pour effet de déterminer dans le mouvement du sang veineux, des secousses brusques et saccadées, qui peuvent faire croire à l'existence de saccades provenant de quelque autre cause.* Il ne s'agit point ici de *l'effort* ainsi que l'a très-mal compris M. Poiseuille, il s'agit de contractions musculaires générales. L'effort est un phénomène à la fois musculaire et respiratoire. Les contractions dont j'ai parlé sont purement musculaires. Voici en quoi consiste la différence : Dans l'effort, la poitrine étant remplie d'air par une forte inspiration, et la glotte faisant obstacle à la sortie de ce fluide, la cavité thoracique ainsi distendue, devient une masse résistante, dont la charpente reste immobile et sur laquelle les muscles des membres prennent un point d'appui; mais pour que les choses se passent ainsi il faut que la glotte s'oppose à la sortie de l'air. Or, si M. Poiseuille se fût parfaitement rendu compte des expériences qu'il a critiquées, il aurait vu que la trachée ayant été ouverte transversalement dans ces expériences, la glotte ne pouvait jouer ici aucun rôle, et que l'animal tout en se livrant à des contractions musculaires très-énergiques, à des *efforts* musculaires très-puissans ne pouvait pas produire le phénomène que les physiologistes désignent sous le nom *d'effort*. C'est dans la durée de ces contractions provoquées à dessein en piquant ou en tourmentant l'animal que l'on voit se produire des saccades véritablement intermittentes et bien manifestes, qui se reconnaissent parfaitement même en l'absence du tube gradué et du fil à plomb. Nous engageons M. Poiseuille à répéter cette curieuse expérience et nous sommes surpris que le phénomène remarquable dont il s'agit, lui ait jusqu'ici complétement échappé. Car, enfin, quel que fût le degré de mansuétude des animaux sur lesquels il a expérimenté, nous avons peine à croire qu'ils aient pu supporter la douleur que cause l'introduction d'un tube dans les veines, le malaise et l'effroi que détermine la perte du sang, sans éprouver de temps à autre quelques velléités de contractions musculaires pendant lesquelles se seront produites des saccades capables d'en imposer à l'observateur.

Voilà, sous le rapport purement scientifique, la réponse que j'avais à faire à M. Poiseuille. Je regrette que cet estimable physiologiste se soit laissé aller dans sa critique à de petites attaques plus propres à révéler les susceptibilités d'un amour-propre blessé par la contradiction, qu'à servir utilement la cause de la vérité. Quand il serait démontré que je suis loin de posséder en hydrodynamique des connaissances aussi étendues que celles de M. Poiseuille, en quoi cela prouverait-il que des faits d'intuition pure et simple comme ceux que j'ai indiqués et des raisonnemens qui pour n'être pas surchargés de signes algébriques, ne sont pas pour cela dénués d'une certaine évidence, n'aient pas ne sont renversé tout un échafaudage d'expériences inexactes et faussement interprétées? Que de fois n'a-t-on pas vu dans l'histoire de

la science, des hommes d'une haute portée d'esprit et d'une science profonde, qui séduits par de fausses applications des sciences physiques et mathématiques, ont avancé des erreurs dont le bon sens du plus modeste praticien a depuis long-temps fait justice.

La lecture de l'article de M. Poiseuille pouvant faire naître au sujet de mon travail des impressions défavorables et selon moi mal fondées, je crois vous demander une chose équitable, M. le rédacteur, en vous priant d'insérer cette lettre dans le plus prochain numéro de la GAZETTE MÉDICALE.

Agréez, etc.

E. CHASSAIGNAC.

NOTE DE M. POISEUILLE.

Monsieur,

La réclamation de M. Chassaignac ne contenant point de nouveaux faits, mais seulement une répétition de l'expérience consignée dans son ouvrage *De la circulation veineuse* 1835, expérience que j'avais faite moi-même cinq fois en 1828 et 1829, et que je n'ai point transcrite dans mes *Recherches sur les causes du mouvement du sang dans les veines*, publiées en 1833, par les raisons que j'ai données dans votre estimable journal, le 30 juillet dernier, raisons que M. Chassaignac a laissées sans réponse, je crois devoir, pour éviter des redites, y renvoyer tout simplement le lecteur. D'ailleurs, M. le docteur Nonat, dans son cours public de physiologie, répète chaque année mes expériences sur les circulations artérielle et veineuse, M. Chassaignac pourra s'y convaincre qu'un raisonnement *à priori* peut quelquefois n'être d'aucune valeur devant des faits.

Quant au *fait extrêmement curieux* que je n'aurais point constaté dans mes expériences, au dire de M. Chassaignac, au sujet de l'influence des contractions musculaires générales sur la circulation veineuse, je répondrai que ce fait est à la vérité très-curieux; mais il est connu depuis long-temps des physiologistes et des praticiens, et il ne m'a point *échappé*, puisque je dis, page 30 (1) : « Des puissances accessoires qui aident au cours du sang veineux, en première ligne se place l'influence de la respiration, comme nous l'avons vu dans la première partie; en seconde ligne sont les battemens des artères entre les veines, *les mouvemens musculaires*, etc., dont nous n'avons pas dû parler, puisque nous ne nous sommes occupés que de la cause principale du mouvement du sang veineux. »

M. Chassaignac me fait un reproche de n'avoir fait la critique que de quatre ou cinq pages de son ouvrage, qui en a 160. J'ai cru ne devoir prendre de son travail que ce qu'il croyait donner pour des faits nouveaux; j'ai pensé qu'il était inutile de rapporter ses opinions sur Harvey, Haller, Spallanzani, Magendie, Gerdy, Schultz, Dollinger, Kaltenbrunner, Wedemeyer, etc., etc., émises dans un ouvrage aussi rapidement composé.

Agréez, etc.

POISEUILLE.

22 septembre 1836.

TRAVAUX ACADEMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 12 SEPTEMBRE.

TUMEUR CONTENANT DES FRAGMENS D'OS D'UN FOETUS, TROUVÉE DANS L'ABDOMEN D'UNE FEMME.

Nous avons donné, dans le compte rendu de l'une des séances précédentes, l'analyse d'un mémoire de M. Boux de Brignolles sur ce fait; M. le docteur Vencenty, qui avait fait l'autopsie de la dame D..., écrit qu'il ne partage point l'opinion de M. Roux, qui voit là un cas d'énéadelphie; pour lui, ce n'est qu'un simple cas de grossesse extra-utérine.

MOYEN D'ÉVITER LES ACCIDENS RÉSULTANT DE L'ENTRÉE DE L'AIR DANS LES VEINES.

On sait que l'introduction d'une quantité même assez petite d'air dans les grosses veines voisines du cœur, est suivie immédiatement d'accidens graves et souvent de la mort. Cette introduction a eu lieu quelquefois dans des cas de saignée à la jugulaire, et pendant l'extirpation de certaines tumeurs situées au cou, à la partie supérieure et postérieure des épaules, et à la région mammaire. Pour parer à ces inconvéniens, M. Bouchon propose d'exécuter sous l'eau les opérations dont il s'agit; l'introduction de l'eau dans les veines, même en quantité assez considérable, ne produisant aucun effet nuisible.

LITHOTRITIE.

M. Bouchon adresse la description d'un nouvel instrument destiné à broyer la pierre dans la vessie.

MODIFICATION AUX PROCÉDÉS EXISTANS POUR LA SECTION DU TENDON D'ACHILLE DANS LE TRAITEMENT DES PIEDS-BOTS.

Cette opération a été pratiquée pour la première fois en 1784, sous les yeux de Thilenius, médecin d'une petite ville des environs de Francfort; elle a été faite depuis par Sartorius, Michaelis, Delpech, et dans ces derniers temps par M. Stromeyer.

Le tendon n'a pas été coupé de la même manière dans les douze cas publiés par ces différens auteurs. Le procédé de Delpech et de M. Stromeyer, quoique plus parfait que celui de leurs devanciers, laissait, suivant M. Bouvier, quelque chose à désirer, et ce chirurgien s'est attaché à le simplifier encore.

Le nouveau procédé consiste à introduire sous la peau qui recouvre le tendon, une sorte d'aiguille tranchante sur un de ses côtés, au moyen de laquelle on le divise en totalité, soit du dedans au dehors, soit du dehors au dedans. La piqûre extérieure, à peine apparente, qui succède à cette opération est, dit M. Bouvier, fermée du jour au lendemain. Le pied est dans peu de jours ramené à sa position naturelle; la réunion du tendon s'opère en quelques semaines, sans qu'il se soit manifesté la moindre inflammation.

DISSÉMINER LA VACCINE SUR TOUT LE CORPS.

Tel est le titre d'un mémoire lu par M. Bernard.

L'auteur annonce avoir observé que dans une épidémie de variole et de varioloïde, plusieurs personnes qui n'avaient été vaccinées que d'un seul bras, quoiqu'elles eussent été d'ailleurs bien vaccinées, n'avaient pas été à l'abri de la maladie. Il ajoute qu'ayant revacciné, par mesure de précaution, plusieurs personnes chez lesquelles la première vaccination n'avait eu lieu qu'à un bras, à la seconde opération faite sur les deux bras, un seul présentait le développement normal de la pustule vaccine. C'était celui où elle avait manqué l'autre fois.

De nouveaux faits lui ont montré que l'efficacité de la vaccine sur un seul bras, tantôt s'étend à tout le corps (c'est quand elle est nouvelle), et tantôt s'arrête aux deux bras, les membres inférieurs étant aptes à recevoir une nouvelle vaccine; que d'autres fois elle ne se conserve que dans le bras vacciné; enfin que dans certaines circonstances la vaccine s'éteint même sur le bras vacciné, et tout le corps admet une nouvelle vaccine.

Le résultat total de ses revaccinations sur des sujets vaccinés d'un seul bras, a été la réussite sur les 5/7, proportion beaucoup plus grande que celle qu'on trouve en agissant sur des sujets vaccinés des deux bras. La seconde opération présentait d'autant plus de chances de succès qu'on la pratiquait à un plus grand intervalle de temps de la première, et sur un point plus éloigné du corps.

Pour bien constater la légitimité de la vaccine qu'il a obtenue de la revaccination, l'auteur l'a employée pour vacciner de nouveaux sujets, s'en servant seulement pour un bras et employant pour l'autre du virus frais, de manière à pouvoir suivre comparativement le développement des pustules.

Des différens faits exposés dans son mémoire, l'auteur conclut que la vaccine, pour offrir un préservatif assuré contre la petite-vérole, doit non-seulement être pratiquée sur les deux bras, mais disséminée sur différens points du corps, de manière à obtenir 8 à 10 pustules.

TRANSFORMATION DES FIBRES TENDINEUSES EN FIBRES MUSCULAIRES, ET RÉCIPROQUEMENT.

M. Thompson continue à présenter un résumé de ses recherches sur l'*anatomie du bas-ventre*. Le principal résultat qu'il expose aujourd'hui est relatif à la nature de la fibre musculaire, laquelle, suivant lui, ne diffère de la fibre tendineuse que par une addition de fibrine et de matière colorante du sang. Suivant lui encore, selon les besoins physiologiques ou pathologiques, la partie qui a été purement fibreuse peut devenir musculeuse par suite de cette infiltration, et réciproquement. L'infiltration est toujours accompagnée ou précédée d'une augmentation de volume des nerfs qui se perdent dans les tissus fibreux; nerfs dont l'existence long-temps méconnue a été rendue bien évidente par les recherches de M. Cruveilhier.

M. Thompson a cherché à s'expliquer pourquoi la transformation du tissu fibreux proprement dit, en tissu musculaire, ne s'observait jamais dans les tendons arrondis qui terminent un grand nombre de muscles, il a reconnu que dans ces tendons la masse des fibres est tordue autour de l'axe commun, et suivant lui c'est cette torsion qui oppose un obstacle mécanique à l'infiltration au moyen de laquelle s'opère la transformation du tissu musculaire. Cette même torsion a aussi pour effet de rendre plus lent le développement de l'inflammation et de la suppuration dans ces parties.

M. Thompson présente plusieurs pièces destinées à mettre en évidence cette torsion. D'autres pièces sont relatives aux propositions qu'il avait énoncées dans sa précédente lecture.

SÉANCE DU 19 SEPTEMBRE.

Le président annonce la mort de M. de Jussieu. Le vénérable vieillard avait encore assisté à l'avant-dernière séance. Il faisait partie de l'Académie des Sciences depuis 1773.

Antoine-Laurent de Jussieu était né à Lyon, le 12 avril 1748; il est mort à Paris, le 15 septembre 1836.

ANIMAUX EXISTANT DANS CERTAINES SÉCRÉTIONS PURULENTES.

M. Donné a trouvé chez l'homme, dans le pus provenant de balanites ou d'ulcérations des parties voisines, des animalcules vivans; mais ce pus est le seul qui

(1) Recherches sur les causes du mouvement du sang dans les veines.

lui en ait présenté. Les animalcules ne sont autres que le *vibrio lineola* de Müller, qui se produit dans beaucoup d'infusions. Du pus pris d'un ulcère qui contenait des vibrions ayant été inoculé sur une autre partie du corps, produisit une pustule; cette pustule fut ouverte, et le liquide, examiné au microscope, présenta une grande quantité des mêmes vibrions.

Dans les vaginites, le pus contient, outre le vibrion dont nous venons de parler, un animalcule particulier, d'une grosseur notable, et dont le volume est plus que double de celui d'un globule de sang. Il est muni à sa partie antérieure d'un long appendice flagelliforme, d'une espèce de trompe excessivement ténue, qu'il agite en tous sens avec une grande rapidité. Il porte en outre sur l'un des côtés, au-dessous de cette trompe, plusieurs cils également très-fins et doués d'une sorte de mouvement de rotation; la partie postérieure du corps se termine par quelque appendice d'une forme indéterminée. Ces animalcules paraissent marcher à la manière des sangsues, et se fixer comme elles par le moyen d'une ventouse; mais ils se déplacent rarement, et souvent ils sont réunis par groupes, en se tenant ensemble par leur partie postérieure. « J'ai soumis, dit M. Donné, ces animalcules à l'examen de M. Dujardin : suivant ce savant observateur, aucun infusoire semblable n'a encore été observé ni décrit; il se rapproche des *monas* et des *trichodes* par ses cils, mais il diffère des uns et des autres par ses organes. »

M. Jules Guérin adresse la lettre suivante.

SUR L'EMPLOI DU PLATRE COULÉ DANS LE TRAITEMENT DES PIEDS-BOTS.

Dans un mémoire sur la section du tendon d'achille, lu à l'avant-dernière séance de l'Académie, il a été dit que l'emploi du plâtre coulé dans le traitement des pieds-bots chez les enfans, n'était propre qu'à causer de la douleur. Cette assertion est entièrement contraire aux résultats de l'expérience. Si l'auteur avait eu connaissance de cette méthode, il aurait pu se convaincre qu'elle présente pour avantage d'épargner aux jeunes sujets la douleur occasionnée par la pression des appareils mécaniques. Le plâtre coulé, en effet, a sur l'ancienne méthode, deux grands et incontestables avantages, savoir : qu'il agit incessamment, puisque l'appareil ne se relâche jamais; de plus, en répartissant la compression sur tous les points du membre, il prévient la douleur et les autres accidens qui naissent de la compression locale déterminée par les appareils mécaniques. Ces avantages en amènent naturellement un autre non moins important, la guérison prompte des sujets. En preuve de cette assertion, j'ajouterai aux faits que j'ai déjà communiqués à l'Académie, un fait récent bien propre à faire juger de la valeur de ma méthode.

Un jeune garçon de 12 ans, avait un pied varus équin très-prononcé, depuis l'âge de 2 ans. Cette difformité survenue à la suite de convulsions et d'une paralysie occupant tout le côté droit du corps, était telle que le sujet marchait sur une partie du tarse, la face plantaire tournée en dedans et un peu en arrière, et le talon élevé d'un pouce et quelques lignes; on avait déjà tenté plusieurs espèces de traitemens sans résultats, et la difformité faisait toujours des progrès. Le sujet me fut présenté au mois de mars dernier; après un mois de traitement préparatoire, je le soumis à l'emploi du plâtre coulé. Cinq applications renouvelées à 8 jours de distance, suffirent pour ramener et maintenir le pied dans sa direction normale. Voici plus de trois mois que le pied est redressé, et il ne conserve plus aucune tendance à la difformité guérie; bien plus, la flexion du pied sur la jambe ayant été un peu trop prolongée pendant le traitement, le sujet a plutôt une propension à marcher sur le talon que sur la partie antérieure du pied. Il est sorti de mon établissement et n'est plus soumis à aucune espèce d'appareil contentif.

J'ai choisi ce fait parmi plusieurs autres de ma pratique, parce qu'il est un des plus remarquables sous le rapport de la durée du traitement et de l'âge avancé du sujet. Jusqu'ici je n'avais ose espérer de succès du plâtre coulé que chez les enfans très-jeunes; le fait que je viens de rapporter prouve encore la possibilité de son emploi chez des sujets plus avancés en âge.

ENCRE ET PAPIERS DE SURETÉ.

Deux personnes écrivent à l'Académie, l'une affirmant que l'on ne peut trouver de sûreté contre les faux en écriture que dans l'usage d'un papier pour lequel elle a obtenu un brevet d'invention; l'autre soutenant de son côté qu'on peut enlever la totalité ou une partie de l'écriture tracée sur ce papier, sans en altérer la couleur. L'une et l'autre demandent que l'Académie se prononce promptement sur cette question, et indique au public, ainsi qu'à l'administration, ce qu'on doit croire des garanties annoncées, ce qu'on doit faire pour se mettre à l'abri des faux.

M. Dulong, à cette occasion, prend la parole pour rappeler les résultats obtenus par la commission que l'Académie avait chargée, d'après l'invitation du garde des-sceaux, de l'examen des encres et des papiers dits encres et papiers de sûreté. La commission, après des recherches qui durèrent plusieurs années, reconnut qu'aucun des divers moyens qui lui avaient été soumis ne remplissait parfaitement le but, plusieurs étant tout-à-fait infidèles, d'autres assez sûrs, il est vrai, mais d'un usage incommode. Certains papiers, par exemple, étaient les uns d'une fabrication difficile, coûteux et d'un aspect désagréable, d'autres contenaient dans la pâte des fils qui accrochaient le bec de la plume, etc., etc.

La commission ne se contenta pas de constater l'insuffisance des procédés qu'elle avait à juger, elle en chercha et en trouva un à la fois très-simple et très-sûr. Ce procédé consiste à employer, au lieu d'encre ordinaire, de l'encre de Chine délayée avec de l'eau aiguisée par un peu d'acide muriatique ou même du vinaigre. Les caractères tracés avec cette encre sur n'importe quel papier, sont ineffaçables; le charbon, qui fait la base de l'encre de Chine, pénètre dans le type du papier, et on ne peut les faire disparaître sans enlever la moitié de l'épaisseur du papier.

ACIDE MUCIQUE.

M. Malaguti présente une note additionnelle à un précédent mémoire.

Pour préparer le mucate de methylène, l'auteur a suivi le même procédé que pour préparer l'éther mucique, en substituant l'esprit de bois à l'alcool.

Ce nouveau sel de méthylène est solide, cristallisé, incolore, non volatil, insipide. On peut l'obtenir cristallisé dans l'alcool et dans l'eau, est sa cristallisation n'est pas si prononcée que celle de l'éther mucique. Les cristaux précipités d'une dissolution alcoolique présentent au microscope la forme de lamelles et de prismes rectangulaires qui paraissent biselés. Les cristaux précipités d'une dissolution aqueuse ont la forme de prismes à six pans, qui paraissent dériver d'un prisme à base rhomboïdale. Le mucate de méthylène, exposé à une température élevée, ne se comporte pas comme l'éther mucique; d'abord il se décompose avant de fondre; la décomposition commence à + 163° cent., et se manifeste par un dégagement de matière noire huileuse. A + 174° la masse se change en un liquide noir qui se boursoufle et dégage des gaz carburés. Il y a encore une différence entre l'éther mucique et le mucate de méthylène sous le rapport de la solubilité; le sel de méthylène est très-peu soluble dans l'alcool bouillant. Une partie de la substance exige pour se dissoudre 200 parties d'alcool bouillant; par le refroidissement, elle précipite presque entièrement sous forme d'une poussière cristalline. Elle est, au contraire, très-soluble dans l'eau bouillante, d'où elle précipite en partie par le refroidissement. La densité des cristaux obtenus dans l'alcool est de 1,48 à la température de + 20°: celle des cristaux obtenus dans l'eau est de 1,53.

En adoptant les moyennes de deux analyses, on trouve que le mucate de méthylène est composé de :

Carbone,	40,7
Hydrogène,	5,9
Oxigène,	53,4

D'où la formule empirique $C16\ H14\ O8$.

« La composition du mucate de méthylène, dit en terminant l'auteur, confirme ce que j'avais déjà voulu prouver par l'analyse de l'éther mucique, savoir : que la formule ordinaire de l'acide mucique ($C12\ H10\ O8$) représente l'acide mucique hydraté.

» En effet, la formule empirique $C16\ H14\ O8$, correspond à un atome d'acide mucique anhydre et à un atome de monohydrate de méthylène ($C12\ H8\ O7 + C4\ H4 + H2\ O$). S'il en était autrement la composition du mucate de méthylène serait $C16\ H16\ O9$, c'est-à-dire $C12\ H10\ O8 + C4\ H4 + H2\ O$, ce qui est contraire à l'expérience. »

M. Malaguti ayant été conduit à reconnaître que l'ancienne formule de l'acide mucique doit être modifiée par la soustraction d'un atome d'eau, a voulu s'assurer si les formules assignées aux autres acides végétaux, et déduites de leurs combinaisons avec les acides métalliques, devraient être également modifiées. Les analyses faites antérieurement pour les acides non volatils, ayant été faites sur des sels à base d'oxide de plomb ou d'oxide d'argent, on ne pouvait avoir la certitude que ces sels ne fussent pas hydratés, car l'eau contenue aurait pu ne pas se dégager avant le commencement de la décomposition.

Il n'y avait pas la même cause d'erreur de craindre en étudiant les éthers de ces mêmes acides, que l'on s'accorde à regarder comme des sels anhydres d'hydrogène carboné (ou bicarbone). M. Malaguti a fait en conséquence avec beaucoup de soin l'analyse de l'éther citrique dont il a eu occasion de reconnaître plusieurs propriétés nouvelles, et la formule à laquelle il a été conduit s'est trouvée parfaitement conforme à celle qui était anciennement adoptée.

THÉORIE RATIONNELLE DES COMPOSÉS EN URES ET RÉFUTATION DE LA THÉORIE ACTUELLE; par M. E. ROBIN.

L'auteur, dans ce mémoire, se propose principalement de prouver que les composés en ure qui ne sont pas insolubles dans l'eau, décomposent ce liquide, et deviennent des hydrosels.

CARACTÈRES EXTÉRIEURS PROPRES A FAIRE RECONNAITRE LES SERPENS VENIMEUX; par M. Emmanuel Rousseau, chef des travaux anatomiques du Muséum d'histoire naturelle.

Dans son anatomie comparée du système dentaire, M. Rousseau avait fait remarquer que les reptiles qui ont la tête couverte de larges plaques ne sont pas malfaisans par leur morsure, surtout en France, tandis que ceux dont le dessus de la tête est couvert de petites plaques en forme d'écailles et marquées de taches brunes ou noirâtres, sont très-dangereux. Aujourd'hui il fait connaître un nouveau signe pour distinguer les reptiles venimeux de nos pays (les vipères) de ceux qui ne le sont pas.

L'œil de la vipère, dit-il, a l'iris d'un rouge plus ou moins doré, contractile à une lumière plus ou moins intense et qui agit comme une paire de rideaux qu'on tire. Si l'on présente cet animal aux rayons du soleil, on aperçoit sa pupille, qui est noire et ronde dans l'obscurité, devenir linéaire et verticale comme celle des chats, etc., tandis que l'iris des serpens non venimeux est beaucoup moins contractile et offre une prunelle arrondie.

COMPOSITION DES BITUMES.

M. Boussingault lit un mémoire sur ce sujet.

. . . . L'attention de l'auteur a d'abord été dirigée sur le bitume visqueux du département du Bas-Rhin. Après avoir décrit les procédés en usage aux mines de Bechelbronn pour le traitement du sable bitumineux, M. Boussingault donne un aperçu rapide sur les gisemens des bitumes; il fait voir que les masses immenses de goudron minéral qui s'observent sur les bords de la rivière de la Magdalena, à Payta, sur la côte du Pérou, se rencontrent dans des conditions géologiques absolument semblables à celles dans lesquelles on trouve en Europe des sables imprégnés de bitume, dans des terrains qu'il faut rapporter au groupe supercrétacé. Il signale le seul fait contradictoire qui soit parvenu à sa connaissance, c'est celui recueilli par M. de Humboldt, qui a vu à la Punta de Araya, dans le golfe de Cariaco, le pétrole sortir d'un mica schiste primitif.

Le bitume de Bechelbronn est visqueux, d'un brun très-foncé. Chauffé à 100°, ce bitume ne donne aucun produit. En élevant la température à 230°, on voit passer un liquide huileux. Ce principe volatil conserve sa fluidité à 12° : sa couleur est d'un jaune pâle; sa saveur peu marquée; son odeur, quoique très-faible, rappelle celle du bitume; sa densité est de 0,891.

Il bout à 280°; il contient carbone, 0,880; hydrogène, 0,120.

Le principe volatil du bitume est isomérique avec les huiles de citron, de thébérentine et de copahu. Comme ce carbure d'hydrogène parait constituer le principe liquide des bitumes, qu'il domine dans le pétrole, M. Boussingault le nomme pétrolène. En partant du poids de la vapeur, on trouve que le pétrolène est composé de carbone, 80 atomes; hydrogène, 64 atomes.

Il existe dans le bitume, indépendamment du pétrolène, une substance solide insoluble dans l'alcool. Le principe solide est très-noir, brillant, sa cassure est conchoïde; il pèse plus que l'eau, vers 300° il devient mou et élastique. Il entre en décomposition avant de se fondre.

Ce corps possède tous les caractères, toutes les propriétés de l'asphalte, et comme il forme la partie essentielle de ce minéral, M. Boussingault le désigne par le nom d'*asphaltène*.

L'asphaltène contient : carbone, 0,753; hydrogène, 0,099; oxigène, 0,148

ou C80, H64 O6,

ce qui semble indiquer que l'asphaltène est le résultat de l'oxidation du principe liquide du bitume.

Le bitume de Bechelbronn, purifié par l'éther, ne paraît renfermer que de l'asphaltine et du petrolène.

Il a donné à l'analyse : carbone. 0,870
Hydrogène. 0,112
Oxigène. 0,018

En résumé, on voit que les bitumes sont des mélanges probablement en toutes proportions, de deux substances qu'il est possible d'isoler et qui ont chacune une composition définie.

On conçoit dès-lors pourquoi la consistance des bitumes varie pour ainsi dire d'une manière indéfinie; il suffit que tel ou tel principe domine dans le mélange pour lui donner tel ou tel degré de fluidité. L'asphalte de Coxitambo au Pérou contient :

Carbone. 0,750
Hydrogène. 0,095
Oxigène. 0,155

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 20 SEPTEMBRE.

Présidence de M. Louyer-Willermay.

Correspondance officielle :

1° Tableau des vaccinations de l'Ain.

2° Tableau des vaccinations opérées dans l'hospice de la Charité de Lyon.

3° Supplément aux vaccinations du Bas-Rhin

4° Lettre de M le ministre du commerce, avec envoi d'un rapport de M. le docteur Bourlier sur une épidémie de fièvres typhoïdes qui a régné dans la commune de Parpeville.

5° Lettre du même au même, avec envoi d'une nouvelle note de M. Détay, pharmacien à Pau, sur la préparation des pastilles composées avec les principes extraits des eaux bonnes.

Correspondance manuscrite :

1° Mémoire sur la transformation des positions occipito-antérieures de l'une en l'autre, par le docteur Villeneuve, professeur d'accouchement à l'hospice de la Maternité de Marseille.

2° Étranglement interne, suite de couches, pris pour une péritonite puerpérale; par M. le docteur Mondat, professeur d'accouchement au Mans.

3° Lettre de M. le docteur Colombot à M. le préfet de la Haute-Marne, sur les obstacles aux progrès de la vaccine dans le département.

4° Lettre de M Tavernier : annonce la présentation d'une difformité du rachis qui lui paraît propre à répandre quelques lumières sur plusieurs questions naguère agitées au sein de l'Académie.

5° Lettre de M. Bayle : prie l'Académie d'inscrire son nom parmi les candidats à la place vacante dans le sein de l'Académie, et donne les titres dont il appuie sa candidature.

— M le président proposé la nomination d'une commission chargée de prononcer sur la convenance de placer le buste de Laennec dans la salle des séances de l'Académie. Cette commission sera composée de MM. Récamier, Chomel, Louis, Andral et Husson.

— D'après l'ordonnance du 18 octobre 1829, il faut trois extinctions pour donner lieu à une nomination. Lorsque les membres décédés appartiennent à des sections différentes, on forme une commission composée d'autant de membres qu'il y a de sections, pour savoir quelle est celle des sections dont il convient de réparer la perte. La commission nommée dans l'avant-dernière séance propose aujourd hui, par l'organe de M. Husson, d'effectuer dans la section de pathologie interne le remplacement amené par la mort de MM. Jacquemin, Évrat et Bourdois de Lamotte. L'Académie adopte.

—M. le président annonce que la commission désignée dans l'avant-dernière séance pour préparer l'élection de quelques correspondans nationaux, s'est réunie le 17 de ce mois. En relisant la partie du règlement relative aux élections, elle a vu que nul ne pouvait obtenir un titre quelconque dans l'Académie, s'il n'en a fait la demande expresse. En conséquence, elle invite ceux des membres de la compagnie qui connaissent des savans qui prétendent au titre de correspondant, de vouloir bien les prévenir d'une formalité qu'ils ignorent peut-être, et sur laquelle la commission ne saurait passer. Pour donner aux demandes le temps d'arriver, la commission s'est ajournée au 15 du mois prochain.

ANATOMIE DU BAS-VENTRE. Lecture du docteur Thomson.

M. le docteur Thomson reprend la lecture dont nous avons donné l'extrait dans le précédent numéro. En attendant le rapport dont ce travail sera l'objet, nous nous bornerons à donner textuellement les principales propositions de l'auteur.

Le soi-disant muscle droit ne mérite pas le nom de muscle distinct, sauf pour des considérations d'anatomie topographique, puisque ses fibres sont des continuations des fibres des muscles plats du ventre, et du muscle grand pectoral.

Les intersections tendineuses des muscles droits résultent de l'entrelacement tendineux des fibres aponévrotiques des muscles plats de l'abdomen, dans les endroits où ces fibres se détournent pour redevenir charnues, et constituer la masse dite muscle droit de l'abdomen.

Les muscles de l'abdomen, les muscles grand oblique, petit-oblique, transverse et muscle droit, et les aponévroses intermusculaires, et le fascia transversalis en grande partie ne font qu'un seul muscle à plusieurs ventres charnus et aponévrotiques.

Les muscles de l'abdomen, dans leurs parties aponévrotiques, constituent une véritable toile ourdie, dans laquelle les fibres ne sont pas arrangées si méthodiquement que dans la toile que nous fabriquons, mais produisent une force de résistance entièrement semblable.

L'arrangement de ces muscles est admirablement propre à s'opposer à des éventrations et à des hernies dans tous les endroits.

Les fibres aponévrotiques sont le véritable squelette de la fibre musculaire.

La partie charnue d'une fibre musculaire est une infiltration locale de la fibre tendineuse, selon les besoins physiologiques de l'animal; infiltration de fibrine et de la matière colorante du sang.

L'infiltration de fibrine dans une ou plusieurs parties de la fibre tendineuse, dépend du plus ou moins de pression ou de tension de la fibre, selon le besoin physiologique ou pathologique de l'espèce, ou selon les besoins physiologiques de la race.

La pression ou la tension qui empêche l'infiltration de la fibre tendineuse par la fibrine et la partie colorante du sang, provienuent. soit de la torsion de la masse des fibres autour d'un axe commun, soit d'un tiraillement pathologique, soit d'un entrelacement souvent répété des fibres les unes avec les autres

L'infiltration pathologique ou physiologique de la fibrine qui tend à convertir une fibre tendineuse en fibre charnue, est toujours accompagnée, sinon précédée, d'une augmentation de volume des nerfs qui se perdent dans les fibres aponévrotiques.

MÉTRORRHÉE SÉREUSE, OU PERTE DES FAUSSES EAUX; par M. CHASSINAT. — Rapport de M. Moreau.

1° La métrorrhée séreuse survenant à une époque variable de la grossesse, est une maladie sur l'existence de laquelle on ne peut élever de doutes.

2° Dans l'immense majorité des cas, le liquide qui constitue l'écoulement est sécrété entre la surface interne de l'utérus et les enveloppes du fœtus, après décollement de ces mêmes enveloppes. Cela a toujours lieu quand le flux est abondant et répété plusieurs fois.

3° Les causes qui semblent favoriser cette sécrétion morbide, sont la pléthore générale ou une irritation de l'utérus survenue assez souvent après une violence extérieure.

4° Le signe pathognomonique de la maladie est la sortie par la vulve d'un liquide ordinairement limpide et ténu, de couleur citrine, accompagné ou non de contractions douloureuses de l'utérus.

5° Il n'existe aucune lésion anatomique qui soit propre à cette maladie.

6° En général le flux séreux utérin n'est dangereux ni pour la mère, ni pour l'enfant. La grossesse arrive à son terme normal; la poche des eaux se forme, et le liquide amniotique est abondant comme à l'ordinaire.

7° Quant au traitement, le plus souvent il n'y a rien à faire; seulement, quand la pléthore est trop considérable, on peut la diminuer en tirant du sang et en empêchant d'en faire. Dans tous les cas, la marche de la grossesse doit être abandonnée à elle-même, et l'accouchement livré aux seuls efforts de la nature, à moins de complication grave.

Le travail de parturition n'est ni plus long, ni plus laborieux.

MODIFICATION DANS LE PROCÉDÉ DE RÉDUCTION DE LA LUXATION DE LA MACHOIRE INFÉRIEURE. Lecture de M. E. BERNARD.

Un homme d'environ 55 ans se luxe la mâchoire en baillant. Aussitôt un médecin est appelé, et tente en vain de remettre les os déplacés. Le lendemain, cet homme entre à l'hôpital : nouvelle tentative, nouvel insuccès. On essaie de dompter la résistance musculaire par des saignées, et l'on appelle M Bernard, qui d'abord n'est pas plus heureux que ses confrères. Puis, pendant d'autres manœuvres, il conçoit l'idée d'un nouveau procédé : le malade étant assis à terre, sa tête entre les jambes d'un aide, le chirurgien place en face met le genou gauche sous le menton du blessé, pendant que son pied repose sur un tabouret. Puis, procédant à la réduction, il se sert de ses deux pouces pour presser en bas et pour séparer les condyles de la partie antérieure de l'apophyse transverse du temporal, empêchant par son genou la partie antérieure de la mâchoire d'obéir à la force d'abaissement imprimée par les mains à la partie postérieure.

A la sensation d'une résistance vaincue, à la mobilité de la mâchoire, M. Bernard jugeant qu'il était temps de pousser l'os dans sa cavité, porte en arrière et horizontalement les condyles, en même temps qu'un mouvement d'élévation du genou au moyen de l'extension du pied, repousse le menton en haut.

C'est ainsi qu'il a réduit une luxation qui avait résisté aux procédés connus.

— Un concours s'ouvrira le 17 octobre prochain à Paris, Metz, Strasbourg, Lille et Lyon, pour 50 places de chirurgien-élève dans les hôpitaux d'instruction de Metz, Strasbourg et Lille.

Les candidats doivent se faire inscrire à l'intendance militaire de chacune des cinq villes; ils s'y rendront à leurs frais, le 15 octobre au plus tard. Le registre d'inscription est ouvert dès à présent, et sera clos définitivement le 10 octobre.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

La syphilis, affection assez commune et assez grave à la fois pour former une branche à part de la pathologie chirurgicale, a de tout temps soulevé de fortes discussions touchant son origine, sa nature et le traitement qui lui convient. A partir cependant du milieu du dernier siècle, la puissante autorité de J.-L. Petit avait entraîné la grande majorité des chirurgiens dans cette idée, que le traitement mercuriel était indispensable; et les recherches d'Astruc liant la théorie à la pratique, avaient fait voir dans la syphilis une affection nouvelle, contagieuse, entretenue par un virus, et réclamant une thérapeutique spécifique dont le mercure formait la base. Depuis 20 à 25 ans, une réaction tend à s'opérer contre une doctrine aussi absolue. Après avoir essayé de remplacer le mercure par d'autres spécifiques moins dangereux, quelques réformateurs en sont venus à ne voir dans la syphilis qu'une irritation comme une autre, sauf sa faculté contagieuse, et à rejeter le mercure avec autant d'opiniâtreté que leurs adversaires en mettaient à l'administrer. La lutte entre ces deux partis extrêmes a occupé les dernières années de la doctrine physiologique; mais l'esprit de système est peu favorable à l'observation impartiale; et l'ardeur de la discussion fait souvent dépasser le but. Une nouvelle ère a commencé depuis pour la syphilis : ceux qui professaient naguère les opinions les plus opposées, comprennent aujourd'hui que la vérité ne saurait être tout entière d'un côté, l'erreur de l'autre, quand des deux parts on s'appuie sur des faits. Nous avons signalé il y a quelque temps, en rendant compte du congrès médical de Nantes et des débats institués à cet e occasion dans un grand nombre de sociétés savantes, cette tendance des esprits vers une doctrine et une thérapeutique nouvelles; les travaux que nous avons à analyser aujourd'hui, montrent parmi les écrivains modernes les mêmes dissidences, mais moins graves et bien moins inconciliables qu'auparavant.

I. MANUEL DES MALADIES VÉNÉRIENNES, par C.-M. GIBERT, professeur agrégé de la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital de l'Oursine (1).

M. Gibert, auteur d'un excellent manuel des maladies de la peau, vient de publier, sous le même format, un manuel de la syphilis qui n'aura pas moins de succès que le premier. Après une introduction où il examine la question de l'origine de la syphilis, il traite successivement des symptômes primitifs de la vérole, puis des symptômes consécutifs étudiés chez l'homme, chez la femme, chez l'enfant et la nourrice. Le livre troisième est consacré à la description générale; le quatrième à la théorie; le cinquième au traitement; et enfin l'auteur a rassemblé dans un formulaire les médications les plus en usage. C'est un résumé très-bien fait des opinions actuelles sur la syphilis, le plus souvent rapportées avec les expressions de leurs auteurs; et après les avoir ainsi mises en regard, M. Gibert les discute et nous donne la sienne, qu'il appuie au besoin d'observations particulières. Malgré son format modeste, ce manuel peut tenir lieu des plus volumineux traités, et il se fait lire constamment avec intérêt.

M. Gibert se porte d'ailleurs le représentant et le champion des doctrines anciennes; et bien que la question toute pratique de l'utilité et de la nécessité du mercure ne soit nullement liée aux questions théoriques de sa spécificité, de l'existence d'un virus, et enfin de l'origine moderne de la vérole, il est bien remarquable que toutes ces opinions se tiennent enchaînées l'une à l'autre dans l'esprit des partisans du mercure; on dirait que leur édifice menacerait ruine s'ils en retranchaient une de ces précieuses colonnes; et M. Gibert les a aussi soigneusement conservées toutes. Son introduction, où il expose les preuves de la nouveauté et de l'origine exotique de la syphilis, avait déjà été publiée dans la *Revue médicale*, et nous en avons rendu compte; nous regrettons, comme nous le faisons encore, qu'il se fût contenté de l'argumentation d'Astruc; et nous restons fermement convaincus, d'après l'étude des ouvrages originaux de cette époque, que l'épidémie de 1494 96 était tout autre chose que la maladie vénérienne que nous observons aujourd'hui.

Pour M. Gibert, la vérole est une affection contagieuse, ce que personne ne nie; il va même jusqu'à admettre la possibilité de l'infection d'un individu sain par le commerce conjugal avec un autre individu jadis atteint de syphilis, et qui n'en a pas actuellement de symptôme caractéristique. La cause essentielle de la maladie est un virus qui peut rester à l'état latent dans l'économie tout comme celui de la rage, et qui peut se communiquer même dans cet état par la voie de la génération. Le mercure en est le remède par excellence, s'il ne guérit pas toutes les maladies vénériennes, il est certain que c'est le moyen le plus actif et souvent le seul qui puisse en enrayer la marche, et qu'il peut être dit le *spécifique* de la vérole, au même titre que le quinquina est dit le spécifique de la fièvre intermittente. Il arrive quelquefois que les symptômes primitifs disparaissent sans retour par l'emploi seul des antiphlogistiques; mais il y a fréquemment des récidives; tandis que M. Gibert n'a jamais trouvé la méthode mercurielle « ni infidèle, ni dangereuse, toutes les fois qu'il a pu l'appliquer d'une manière convenable et chez des sujets qui n'étaient point placés dans des circonstances trop défavorables. » On voit que ces dernières lignes atténuent beaucoup le mot *jamais*, si absolument prononcé dans les premières, et qu'il y a deux cas où le mercure fait défaut. Mais que veulent dire ces expressions assez vagues : toutes les fois qu'il a pu l'appliquer d'une manière convenable? M. Gibert veut-il dire seulement : quand il a pu diriger le traitement à sa guise et sans être contrarié par le malade? Trop évidemment on ne saurait accuser une méthode des insuccès produits parce que le malade n'a pas voulu s'y soumettre. Il ne resterait donc qu'un cas unique qui résisterait au mercure, des circonstances défavorables. Quelles sont ces circonstances? et si le mercure n'y convient pas, quel traitement prescrire? Nous aurions voulu voir ceci traité à fond; car alors aurait été résolue la question capitale : le mercure est-il indispensable à la guérison de la vérole? Du reste, un peu plus loin, l'auteur recommande, ce qui est très sage, de ne pas s'opiniâtrer à administrer la même préparation mercurielle lorsqu'elle paraît impuissante. En pareil cas, ajoute-t-il, un changement de méthode réussit presque toujours. Au judicieux précepte donné par M. Gibert, il faut en ajouter un autre, c'est de ne pas trop multiplier ces traitemens mercuriels. Quand une constitution s'est montrée réfractaire une fois, deux fois, trois fois aux préparations mercurielles, en insistant davantage, on ne fait que la détériorer sans avoir à espérer aucun bon résultat.

Enfin M. Gibert, qui rejette surtout la méthode antiphlogistique parce qu'elle ne prévient pas les récidives, admet peut-être trop complaisamment que le traitement mercuriel en garantit d'une manière plus certaine. Nous ne croyons pas qu'en aucun cas, après quelque traitement que ce soit, un médecin puisse et ose garantir à son malade une cure radicale et sans rechute possible. Les circonstances qui amènent les récidives tantôt en peu de jours, tantôt après dix et vingt ans, nous sont encore, il faut l'avouer, complètement inconnues; et elles paraissent tenir autant à la constitution du sujet même, qu'à l'espèce du traitement qu'il a subi.

En résumé, l'auteur va un peu loin, à notre avis, dans l'efficacité absolue, spécifique, exclusive qu'il attribue au mercure. Il faut bien lui rendre cet éloge, qu'il reconnaît tout le prix des antiphlogistiques au moins comme préparation; et il y a un pas immense qui sépare l'ancienne et aveugle méthode mercurielle et la réserve prudente et raisonnée avec laquelle M. Gibert procède à son administration.

Du reste, ainsi que nous l'avons déjà dit, l'ouvrage de M. Gibert sera lu avec fruit par tous les praticiens qui veulent beaucoup de choses en peu de mots.

II. RECHERCHES PRATIQUES SUR LA THÉRAPEUTIQUE DE LA SYPHILIS, ouvrage fondé sur des observations recueillies dans le service et sous les yeux de M. Cullerier, par le docteur LUCAS-CHAMPIONNIÈRE (1).

Voici un ouvrage tout pratique qui, par le nom et la position de son principal auteur, M. Cullerier, est destiné à faire une grande impression, et qui vient à propos pour corriger ce que nous avons signalé de trop absolu dans la doctrine de M. Gibert. Nous nommons M. Cullerier comme auteur; et en effet, bien que le mérite de la rédaction ne soit pas le seul dont ce livre soit redevable à M. Lucas-Championnière, cet honorable confrère s'efface modestement lui-même, et déclare n'avoir voulu que reproduire les principes et la pratique du chirurgien des Vénériens. M. Cullerier, d'ailleurs, dans une lettre qui sert comme de préface reconnaît et admet pour siennes toutes les idées contenues dans ce livre.

Mais ce qui n'est pas inutile à dire, c'est que M. Lucas-Championnière avait été nourri dans les principes de l'ancienne école; on n'ignore pas d'ailleurs que M. Cullerier lui-même les avait reçus comme un illustre héritage et les a long-temps professés. Les conclusions auxquelles ils sont arrivés auront donc d'autant plus de poids qu'elles sont appuyées sur la double expérience des deux méthodes qu'ils ont eu à comparer.

Et d'abord, occupés seulement de la question pratique, ils laissent de côté la discussion sur l'origine ancienne ou récente de la syphilis, qui en effet, de quelque façon qu'on la résolve, ne peut jeter aucun jour sur la nature même de la maladie.

(1) Un vol. grand in-18, 1836. Chez Deville Cavelin.

(1) In-8°, 1836, à la librairie de Trinquart.

La syphilis se transmet par contagion; mais non pas à tous les degrés ni sous toutes les formes. À part la blennorrhagie et l'ulcère primitif qui jouissent pleinement de cette propriété, les autres symptômes qui surviennent ensuite sont de moins en moins contagieux à mesure qu'on s'éloigne de l'époque de l'infection première. Des hommes atteints de pustules muqueuses, de végétations, de syphilides, d'ulcères à la gorge, ont pu souvent cohabiter avec leurs femmes sans leur rien communiquer, bien que l'on ne puisse nier dans d'autres cas la faculté contagieuse de ces symptômes.

La maladie n'est pas non plus toujours aussi terrible et implacable qu'on s'est plu à le répéter. Ainsi on a vu fréquemment la syphilis abandonnée à elle-même finir par se guérir, les ulcères se cicatriser, les pustules s'effacer, les bubons se résoudre ou s'affaisser après avoir suppuré. Toutefois, généralement parlant, on rencontre alors dans la durée et la persistance des symptômes quelque chose qui indique plus qu'une simple irritation. Ainsi les chancres du gland et du prépuce ont une malignité que n'offrent assurément pas les simples écorchures de cette région; et celli-ci donnent rarement naissance à des symptômes consécutifs, comme les bubons par exemple. Il y a donc en outre de l'érosion des tissus un principe spécifique qui constitue la syphilis, sur la nature duquel il règne bien de l'obscurité sans doute, mais qu'on ne peut nier sans substituer à la simple observation des faits le vague et l'incertitude des hypothèses.

Mais si les faits obligent à admettre cette spécificité, faut-il reconnaître comme conséquence rigoureuse une spécificité thérapeutique? c'est l'opinion commune, que M. Cullerier rejette; il n'y a pas plus de spécifique pour la syphilis qu'il n'y en a pour la variole. Le mercure est loin de posséder cette propriété merveilleuse; la pratique usuelle vient sans cesse déposer contre. L'expérience la plus positive a prouvé à l'hôpital des Vénériens que le mercure, loin de hâter la cicatrisation de certains ulcères syphilitiques, la retarde au contraire. Le mercure dépouillé de sa spécificité n'en a pas moins une action puissante; non pas qu'il attaque le principe de la maladie, comme le prétend l'ancienne doctrine; car bien qu'on ait matérialisé ce principe sous le nom de virus, nul ne l'a vu; on n'en parle que par hypothèse; et qu'est-ce qu'un raisonnement ainsi basé en thérapeutique? D'ailleurs est-ce que le virus variolique a besoin d'être spécifiquement attaqué? Mais le mercure favorise la disparition des symptômes: « et c'est, dit M. Cullerier, tout ce que nous devons chercher à obtenir, ainsi que dans toute maladie. La thérapeutique de la syphilis ne sera rationnelle, elle ne sera sûre et satisfaisante, que lorsqu'on aura abandonné l'idée d'action sur la cause... » Et un peu plus loin : « La considération des symptômes est le véritable fondement du traitement de la syphilis; c'est la base de ma pratique. »

Mais à ces mots beaucoup de médecins vont s'écrier : Et les récidives! les récidives dont tant d'imaginations s'effraient, sont des cas exceptionnels; le plus ordinairement la disparition des symptômes constitue une guérison définitive. Ainsi, parmi les habitués, si l'on peut ainsi dire, de l'hôpital des Vénériens, il s'en trouve qui ont eu huit, dix affections syphilitiques et même davantage, sans que leur constitution présente aucune trace d'infection générale; et ces malades n'ont souvent pris aucune préparation mercurielle. Pour ceux auxquels autrefois on avait prescrit le mercure, beaucoup n'en prenaient pas du tout, presque tous les autres laissaient le traitement incomplet; ils n'en guérissaient pas moins; on peut s'en assurer en interrogeant encore aujourd'hui des ouvriers qui ont été atteints de syphilis il y a 15 ou 20 ans, et qui depuis ont continué à se bien porter. Bien plus, et cette considération nous paraît de la plus haute importance, à cette époque, il est vrai que la syphilis secondaire était excessivement fréquente; les accidens par lesquels elle se manifestait extrêmement graves; *mais les malades interrogés avec soin se trouvaient presque tous parmi ceux qui avaient déjà subi un ou plusieurs traitemens mercuriels.* Ce sont là les faits qui ont engagé M. Cullerier dans une voie nouvelle, qui l'ont conduit à ne plus administrer le mercure comme complément indispensable de tout traitement syphilitique, et l'expérience de chaque jour n'a fait que le confirmer dans cette manière d'agir.

Or, depuis que cette ligne de conduite est suivie aux Vénériens, y a-t-il eu plus de récidives? Non, dit M. Cullerier, elles sont devenues de plus en plus rares. Ne sont-elles pas en revanche plus graves? Non, loin de là; il y a vingt ans, on ne voyait qu'exostoses, nécroses, destructions du voile du palais, tubercules de la peau; aujourd'hui quand il se présente quelques-uns de ces cas graves il faut se hâter de les observer, car ils ne se montrent qu'à des intervalles très-éloignés. Et enfin interrogez les malades affectés de ces graves récidives; presque tous ont été soumis non pas à un, mais à plusieurs traitemens mercuriels.

Ces révélations, nous le disons, nous paraissent propres à faire une grande impression. Quand on rapportait des résultats semblables obtenus dans les hôpitaux de Suède, malgré les insertions officielles dans des actes publiés par le gouvernement, les partisans de l'ancienne doctrine ne daignaient pas y répondre; ils venaient de trop loin. Si l'on citait les résultats du Val-de-Grâce, c'étaient des militaires astreints à une consigne sévère; et puis le Val-de-Grâce était suspect à cause de ses doctrines; et puis le départ des régimens empêchait de constater les récidives. L'hôpital des Vénériens, resté muet dans ce débat, en imposait par son silence. Le voici qui le rompt à la fin. On savait bien déjà que ses principaux chirurgiens, M. Cullerier, M. Ricord, étaient extrêmement sobres de mercure; mais c'étaient des doctrines personnelles, et tout homme est sujet à erreur. Voici les faits qui tendent à prouver qu'aux Vénériens, comme au Val-de Grâce, comme en Suède, les récidives sont moins nombreuses et moins graves depuis qu'on a réduit l'emploi du mercure dans le traitement de la vérole primitive.

Est-ce à dire que le nouveau traitement en met sûrement à l'abri? Non; nous l'avons dit tout à l'heure, et nous retrouvons la même idée dans ce livre, presque sous la même forme. « Il n'est personne qui, ayant eu des symptômes primitifs de syphilis, puisse affirmer être pour toujours à l'abri d'une infection générale. »

M. Lucas-Championnière a ainsi classé les diverses sortes de rechutes.

1° *Rechutes après l'emploi du traitement rationel régulièrement administré.* Extrêmement rares; quand on les observe, c'est ordinairement à une époque très-rapprochée de l'infection primitive.

2° *Rechutes après des symptômes primitifs non traités, abandonnés à eux-mêmes, et dont la guérison a été activée par la cautérisation.* Peu graves en général, mais assez communes; elles surviennent tantôt peu après l'infection première, tantôt à des époques éloignées.

3° *Rechutes après des traitemens mercuriels incomplets.* Très-communes, et formant assurément la majorité. Nous avouons que nous comprenons assez mal l'idée de l'auteur; car si les symptômes ont été guéris, le traitement a été suffisant. Cette catégorie est une concession faite à l'ancienne doctrine, qui mettait les insuccès sur le compte de l'indocilité des malades. Mais la dernière catégorie lui ôte même cet échappatoire.

4° *Rechutes chez des individus qui, à chaque apparition de symptômes primitifs, ont subi de la manière la plus complète un traitement mercuriel sous la direction d'un médecin.* Nous ne croyons pas nous éloigner beaucoup de la vérité, dit M. Lucas-Championnière, en disant que ces rechutes comptent pour un quart dans le nombre total de celles que nous avons observées, proportion énorme, si l'on fait attention au petit nombre des malades qui peuvent être rangés dans cette catégorie. Ces rechutes sont en général excessivement graves; beaucoup même sont incurables, etc. »

L'auteur examine ensuite les inconvéniens du traitement mercuriel, après quoi il passe en revue toutes les indications particulières du traitement de la syphilis, modificateurs généraux, modificateurs locaux; et il trace successivement l'histoire de tous les symptômes, principalement sous le point de vue thérapeutique. Nous ne le suivrons point dans ces détails; l'opinion n'est peut-être pas assez avancée encore pour qu'une analyse portant sur ces données secondaires puisse être bien profitable. C'est le principe qu'il faut établir; plus tard l'occasion viendra de l'examiner dans toutes ses conséquences. Disons seulement que la thérapeutique adoptée par M. Cullerier n'a rien d'exclusif; elle est, suivant les cas, antiphlogistique, tonique ou stimulante; elle se compose de tous les moyens contenus dans la matière médicale, et dont l'observation a démontré l'efficacité; soit que leur manière d'agir soit connue, soit qu'on en ait seulement constaté les effets. Parmi ces derniers, le mercure est certainement un des plus puissans et des plus précieux, et il est surtout utile quand l'irritation est passée et que les symptômes syphilitiques ont besoin de quelque excitation pour arriver plus rapidement à guérison. L'usage en est bon; l'abus en est détestable, et plus pernicieux que d'aucun autre médicament antisyphilitique. D'ailleurs il est loin d'être seul en possession de cette puissance médicatrice; et la meilleure preuve en est dans les deux ouvrages dont nous avons à rendre compte.

Nous ne finirons pas toutefois sans donner au travail de M. Lucas-Championnière des éloges mérités. Sa rédaction est ferme et précise; ses observations bien choisies, pleines de sagacité, allant droit au but qu'il veut toucher; et c'est un livre qui doit prendre place dans la bibliothèque de tous les médecins praticiens.

III. DE L'OR, DE SON EMPLOI DANS LE TRAITEMENT DE LA SYPHILIS RÉCENTE ET INVÉTÉRÉE, ET DANS CELUI DES DARTRES SYPHILITIQUES, etc.; par A. LEGRAND; deuxième édition (1).

On sait que M. Chrestien de Montpellier a le premier imaginé d'a-

(1) Un vol. in-8°, librairie de Baillière.

pliquer l'or au traitement de la syphilis; aussi cet ouvrage lui est-il religieusement dédié. Voici quelle est la méthode suivie par l'auteur: il commence par les inévitables questions de l'origine de la syphilis, qu'il regarde avec M. Jourdan comme ayant été connue de l'antiquité; puis de sa nature, de ses symptômes et de son traitement. Mais les autres moyens thérapeutiques tiennent peu de place; le mercure même n'est rappelé que pour en montrer l'insuffisance, l'inefficacité, les dangers. C'est l'or qui doit le remplacer, et deux chapitres sont consacrés à exposer ses propriétés chimiques, pharmaceutiques et médicales. Suivent ensuite diverses séries d'observations au nombre total de quatre cent trente neuf, destinées à prouver que l'or n'offre aucun danger, qu'il est le seul anti-syphilitique efficace, que ses cures sont les seules solides, bien plus, qu'il guérit également la phthisie pulmonaire et laryngée. Nous ne discuterons pas toutes ces assertions; c'est le propre d'ailleurs de tous les partisans d'un remède nouveau de l'élever jusqu'aux nues; à la critique le soin de corriger ces exagérations.

M. Chrestien a employé quatre préparations d'or: 1° le perchlorure d'or et de sodium; 2° l'oxide d'or par la potasse; 3° l'oxide d'or par l'étain; 4° l'or divisé. L'or divisé s'administre par doses croissantes d'un quart de grain à quatre grains par jour en frictions sur la langue; cette friction doit durer de 4 à 5 minutes. M. Legrand le donne aussi à l'intérieur ainsi que toutes les autres préparations d'or, le matin à jeun dans une cuillerée de confitures non acides; une demi-heure après le malade boit un grand verre de petit lait. Les oxides s'emploient de même à la dose d'un dixième de grain à un grain et même deux grains par jour. Le perchlorure s'administre en frictions sur la langue durant une minute, à la dose d'un trentième à un tiers de grain par jour. On le mêle à trois parties de poudre très-fine d'iris de Florence. Toutes ces préparations paraissent agir d'une manière excitante; quelquefois du moins elles provoquent des sueurs, des urines copieuses, des évacuations alvines, quelquefois une salivation légère qui n'a pas les inconvéniens de la salivation mercurielle.

Quelle est maintenant la valeur réelle de l'or dans le traitement de la syphilis? Il est bien constaté qu'il a produit des guérisons tout comme le mercure; comme le mercure aussi il est sujet à échouer; comme il est bien moins généralement usité, on ne connaît pas aussi bien ses inconvéniens. Quant à la solidité des cures radicales qu'il procure, elle n'est ni plus ni moins réelle que celle des cures de toutes les autres méthodes. Il fait disparaître les symptômes, mais c'est là aussi tout ce qu'on peut en exiger. A part les exagérations de toute nouvelle méthode, le livre de M. Legrand se recommande par tous les mérites que lui ont reconnus l'Académie des sciences et plusieurs autres sociétés savantes qui en ont fait l'objet de différens rapports.

IV. MÉMOIRE SUR L'EMPLOI DES PRÉPARATIONS D'ARGENT DANS LE TRAITEMENT DES MALADIES VÉNÉRIENNES, par M. SERRES, professeur à Montpellier (2).

M. Jourdan, en rendant compte des essais tentés avec les préparations d'or et de platine, émettait l'idée que les préparations d'argent seraient probablement aussi efficaces; M. Serres a voulu soumettre cette conjecture au contrôle de l'expérience. Il a donc essayé successivement le chlorure d'argent, le chlorure d'argent et d'ammoniaque, l'oxide d'argent, l'argent divisé, le cyanure d'argent et enfin l'iodure. Le chlorure d'argent et d'ammoniaque a été prescrit dès le début du traitement à la dose d'un douzième de grain; le chlorure, le cyanure et l'iodure à un dixième et même un huitième de grain; l'oxide et l'argent divisé à la dose d'un quart de grain, en augmentant ces doses à mesure que le traitement avançait. Les procédés d'administration sont les mêmes que pour les préparations d'or.

Et maintenant l'argent a-t-il bien réussi? Tout aussi bien que l'or, tout aussi bien que le mercure. Vingt-deux observations sont là pour attester ses succès; chez un vingt-troisième individu, il a fallu recourir au perchlorure de mercure pour compléter la guérison; sur un vingt-quatrième, au perchlorure de mercure et aux sudorifiques; un vingt-cinquième a éprouvé au bout de six mois une récidive constatée par M. Serres lui-même. Mais comme si les meilleurs esprits ne pouvaient échapper à cette sorte d'infatuation pour le remède qui leur est propre, cet excellent observateur cherche à démontrer que si le mal a reparu, la faute n'en est pas au remède, mais à la manière dont il a été administré. Comme c'est lui-même qui l'a administré, on voit qu'il est difficile de sacrifier plus héroïquement l'apôtre au profit de l'idole.

Non, nous ne pensons pas que ce soit la faute ni du remède, ni du chirurgien; la cause de la récidive tient à la maladie elle-même et surtout à la constitution de l'individu. Quand cette vérité si simple aura frappé l'esprit de tous les médecins, on aura réellement fait faire un grand pas à la thérapeutique de la syphilis.

Comment l'argent guérit-il? Cette fois l'explication nous échappe; M. Serres n'a observé aucun phénomène qui coïncide avec la disparition des symptômes syphilitiques. Il est probable qu'il a aussi quelque propriété spécifique; toutefois pour en juger, nous aurions désiré que les observations rapportées par l'auteur fussent plus exactes; et nous lui ferons un reproche très-sérieux des lacunes qu'il a laissées soit dans la description des affections de ses malades, soit dans le régime qu'il a fait suivre, soit dans les progrès de l'influence du remède et de la guérison.

V. RÉPONSE DE M. LE DOCTEUR LESAUVAGE A UNE LETTRE DE M. LE PRESTRE; LETTRE EN RÉPONSE A L'ÉCRIT DE M. LESAUVAGE (1).

Il y a dans ces brochures une question de personnes que nous laisserons de côté; il y a une question de pratique que nous pouvons aborder.

M. Lesauvage, chirurgien à l'hôpital de Caen, partisan exclusif de la méthode antiphlogistique pour le traitement de la syphilis, en fait depuis plus de cinq ans l'application à son hôpital avec un succès tel, que suivant lui, sur 3,000 et quelques cents malades, pas un seul fait n'est venu infirmer ses avantages. Il affirme que ses guérisons ont été définitives; et pendant la même période il a reçu dans son service 40 à 50 militaires affectés de récidives; tous avaient subi un ou plusieurs traitemens mercuriels.

M. Leprestre, partisan du mercure, a examiné les faits annoncés par M. Lesauvage, et il a publié dans les journaux du département une lettre dans laquelle il certifie que les récidives ont été assez fréquentes pour faire naître des plaintes de la part des chefs des corps. M. Lesauvage réclame dans sa brochure, et produit des certificats de divers chirurgiens de corps, attestant que dans leurs régimens ils n'ont point vu de récidives chez les soldats traités par sa méthode. M. Leprestre répond, et d'abord il réduit, d'après le relevé des cahiers, le nombre des vénériens traités par M. Lesauvage à 2,500 environ; puis, entrant dans le cœur de la question, il cite sept faits qui tendent à rabaisser un peu l'efficacité des purs antiphlogistiques. Quatre ont rapport à des affections consécutives traitées durant trois ou quatre ans par M. Lesauvage sans succès, et qui guérirent en trois ou quatre mois à Rouen, par le mercure et les sudorifiques. Dans un cinquième cas, le mercure fut administré avec succès par M. Lesauvage lui-même; dans les deux autres, la guérison fut suivie, au bout de quelques mois, de symptômes consécutifs. Pour les plaintes portées par des chefs de corps, M. Leprestre n'en donne pas de preuves bien positives; mais il ajoute un document qui n'est pas sans portée. Le chirurgien-major du 7e régiment certifie que, sur une centaine de malades traités à l'hôpital de Caen, neuf ont réclamé de nouveau ses soins pour récidive ou symptômes consécutifs. Sur ces 9 sujets, 4 ayant eu une uréthrite aiguë, ont eu à se faire traiter d'une uréthrite chronique; deux, après une uréthrite, ont eu des orchites; un, après une uréthrite, a eu des ulcères à la gorge; un, après des pustules a eu des rhagades à l'anus; le dernier, après des chancres, a eu également des ulcérations à l'anus.

Que résulte-t-il de tout cela? Certes, et avant toutes choses, que les antiphlogistiques ne réussissent pas aussi constamment que M. Lesauvage l'affirme, surtout dans les affections chroniques, et ne mettent pas non plus à l'abri des récidives; mais aussi que ces récidives ne sont pas nombreuses, puisque M. Leprestre a pu en recueillir si peu d'exemples, et qu'en définitive il ne rapporte que cinq cas où il y ait eu réellement des symptômes consécutifs. Donc l'un et l'autre de nos honorables confrères exagèrent un peu, l'un en vantant son traitement, l'autre en le dépréciant. Et croit-on que ces illusions de l'amour propre soient si rares? Nous trouvons dans la brochure de M. Leprestre une lettre du docteur Blanche de Rouen, dans laquelle cet habile praticien affirme qu'il a vu *constamment* réussir le mercure bien administré. Constamment! comment ce mot peut-il se rencontrer dans la bouche d'un médecin, surtout à propos de maladies syphilitiques?

Toute cette longue revue se résume à peu près en ces quelques mots, qui constituent pour nous la méthode thérapeutique rationnelle, non-seulement de la syphilis, mais de toutes les maladies. Ni constamment le mercure, ni constamment les antiphlogistiques, ni constamment aucun remède quel qu'il soit; mais à chaque indication sa médication, en puisant les indications non dans de pures spéculations théoriques, mais dans l'étude des circonstances individuelles, et dans les modifications si nombreuses que présentent les mêmes maladies considérées avec tous les élémens de variations dont elles sont susceptibles.

(2) Brochure in-8° de 90 pages. Chez Germer-Baillière.

(1) Brochures in-4° et in-8°; Caen, 1836.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

PARIS. — IMPRIMERIE ÉVERAT ET COMPAGNIE, RUE DU CADRAN, N° 16.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La Gazette médicale de Paris (*Gazette de santé* et *Clinique des hôpitaux* réunies) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et équivant à 6 feuilles in-8°. Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Departemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois. Pour l'Étranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — Ons'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Poissonnière*, n° 5, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

THÉRAPEUTIQUE.

MÉMOIRE SUR LE TRAITEMENT DU CATARRHE CHRONIQUE DE LA VESSIE PAR LES INJECTIONS; par M. Devergie aîné, D.-M. P.

De toutes les infirmités qui viennent accabler la vieillesse, il n'en est pas de plus douloureuse que le catarrhe chronique de la vessie. Cette maladie fait souvent le désespoir des malades et des médecins. Aussi ces derniers ont-ils recherché de tout temps les meilleurs moyens à lui opposer. De nombreux écrits publiés témoignent de leur constante sollicitude que la réussite n'a pas toujours récompensée.

Le catarrhe de la vessie est assez fréquent chez les hommes de moyen âge, surtout parmi ceux qui sont atteints de rétrécissemens anciens de l'urètre. Mais les hommes de cabinet sont les plus prédisposés à cette maladie grave, parce qu'au milieu de leurs préoccupations ils oublient souvent de satisfaire le besoin d'uriner; que la vessie, longtemps distendue par le séjour prolongé de l'urine, se fatigue, s'irrite et s'enflamme; l'inflammation est alors d'autant plus difficile à guérir, que cet état de réplétion a été plus souvent répété.

Aussi le catarrhe de vessie, malgré les soins les mieux combinés et le talent d'un médecin instruit, passe-t-il fréquemment à l'état chronique. Sans doute il est beaucoup d'autres causes qui peuvent y donner naissance; mais, sans perdre de temps à les enumerer, il suffit de dire que, quelle que soit la cause, l'effet n'en est malheureusement pas moins le même; et la maladie une fois développée, on n'est pas toujours maître d'en arrêter les progrès et de prévenir une terminaison, sinon toujours funeste, du moins lente, passant facilement à l'état chronique, et de difficile guérison.

Cet état chronique, si désagréable et si incommode pour les malades, est souvent la suite d'une cystite aiguë (inflammation franche de la vessie), qui ne s'est pas terminée peu à peu par la suppression du mucus plus ou moins abondant sécrété par la membrane muqueuse vésicale, et rendu avec les urines. Mais si le catarrhe chronique est souvent la conséquence d'un catarrhe aigu, il n'est pas rare de le voir se développer sans avoir été précédé de symptômes inflammatoires bien manifestes, et revêtir, dès son debut, le caractère de chronicité.

Dans ce cas la douleur est d'abord à peine sensible : c'est plutôt un véritable sentiment de gêne qui se renouvelle souvent et augmente peu à peu en forçant les malades a vider leur vessie plus fréquemment;

Feuilleton.

De la prostitution dans la ville de Paris, considérée sous le rapport de l'hygiène publique, de la morale et de l'administration; par M. Parent-Duchatelet.

(Voir la Gazette Médicale du 24 septembre.)

Nous n'ajouterons rien à nos premières reflexions sur ce livre, nous nous bornerons à dire que la vogue toujours croissante de cet ouvrage intitulé *prostitution*, prouve que nos observations ne sont que trop fondées, et nous fait regretter de nouveau que l'anteur n'ait pas suivi l'ancienne coutume d'écrire en latin plusieurs chapitres dont la lecture ne convient pas à tout le monde.

Nous emprunterons maintenant à ce travail quelques détails qui intéressent directement la science médicale et la pratique de l'art; ils se trouvent principalement dans les chapitres III et IV du premier volume, consacrés à la physiologie et à l'hygiène des prostituées, et dans les chapitres XVI et XVII du deuxième qui traitent des hôpitaux consacres au traitement de la syphilis et des soins sanitaires donnes aux prostituées de Paris.

Beaucoup de prostituées offrent un embonpoint remarquable; cet état florissant de santé a frappe les observateurs les moins attentifs, et on le remarque d autant plus que toutes les analogies devraient faire attribuer à leur genre de vie un resultat tout opposé. Mais le fait est constant, quoiqu'il ne soit pas aussi general qu'on l'a cru. On a voulu l'expliquer par l'usage du mercure auquel le public et même plusieurs médecins attribuent une influence sur la nutrition. Mais d'abord il est certain que bon nombre des femmes ainsi constituees n'ont jamais eu la syphilis, ou en ont été gueries depuis plusieurs années, et on a lieu de croire en outre, que c'est au mercure qu'on peut raisonnablement rapporter les phtysies et enterites si communes parmi les prostituées; le dernier effet serait ainsi contradictoire au premier. Il est plus probable que les causes de cet embonpoint souvent extraordinaire des prostituees, tiennent à leur vie oisive, à l'usage des bains, et à la nourriture abondante et succulente que la plupart peuvent se procurer.

Un autre fait physiologique plus generalement remarqué encore, est l'altéra-

les urines commencent à charier des mucosités plus abondantes, mais qui augmentent de quantité progressivement. Des douleurs réelles ne tardent pas à se faire sentir soit dans l'émission des urines, soit dans les efforts pour aller à la garderobe. Les mucosités prennent le caractère de celles propres au catarrhe chronique suite de l'inflammation aiguë, ou bien ce sont des flocons glaireux, blanchâtres, allongés, qui s'échappent du canal après l'émission des urines; d'autres fois encore ce sont des mucosités épaisses, verdâtres, filantes, adhérant facilement aux parois des vases, et dont la couleur et surtout la quantité marquent le degré de cette maladie douloureuse, attestant les ravages qu'elle a pu faire dans la vessie, principalement quand elles ont pris un caractère purulent.

Assez ordinairement encore le mucus rendu avec les urines devenues troubles et bourbeuses, se dépose au fond du vase sous l'aspect de matière blanche, caillebotée et abondante. Chez les hommes de cabinet et chez les vieillards, la maladie débute souvent de cette manière, suivant leur degré d'irritabilité. L'issue des mucosités en est le premier symptôme.

Quel que soit le mode de développement du catarrhe chronique de la vessie, il est des malades qui en sont peu incommodés, qui continuent, sans éprouver de gêne, à s'occuper de leurs affaires, et conservent long-temps leurs forces et l'apparence d'une belle santé. Aussi rien n'est-il certain pour la durée de cette maladie, que quelques malades gardent long-temps sans en éprouver de graves incommodités.

Mais s'il existe des malades dont les fonctions et la santé paraissent peu troublées par le progrès de cette maladie, il en est d'autres chez lesquels elle prend un développement plus rapide et plus grave; en peu d'années on les voit perdre leurs forces et leur embonpoint, la douleur dans la région du bas ventre devient plus vive, des accès fébriles leur surviennent de temps à autre, puis la fièvre prend un caractère régulier, se montre surtout le soir; les mucosités augmentent de quantité, et changent de nature et de couleur; les urines deviennent ammoniacales, fétides, troubles, épaisses; toutes les fonctions se dérangent; le dépérissement général fait de rapides progrès, le moral s'affaiblit à mesure qu'augmentent les souffrances physiques. Bientôt une fièvre de consomption et de résorption se déclare, et les malades tombés dans le marasme succombent, minés par des douleurs vives, lancinantes et continuelles.

Pour éviter une terminaison si funeste et prématurée, la médecine, quand elle n'a pu parvenir à empêcher la mutation de l'état aigu à l'état chronique, a du moins cherché les moyens les plus avantageux pour enrayer les progrès de cette grave affection. Lorsqu'on ne reconnaît aucune cause matérielle (telle que tumeurs polypeuses de la vessie ou retrécissement du canal, etc.), il faut recourir à tous les moyens que l'hygiène, le régime et le changement d'habitudes et d'habitation peuvent offrir.

Sous ce rapport les conseils n'ont jamais manqué. S'ils ont été fréquemment d'une utilité remarquable, s'ils ont aidé à produire des cures certaines, ils ont aussi malheureusement échoué, soit que les malades indociles ne les aient pas mis en pratique, soit que des circonstances impérieuses les aient forcés de les négliger, soit enfin que ces conseils aient été insuffisans.

Force a été alors de recourir aux agens pharmaceutiques, et leur multiplicité atteste que souvent ils ont été infructueux. En effet, beaucoup de moyens ont été préconisés sans un succès plus marqué en faveur des uns que des autres. Ainsi les eaux thermales, les baumes, les délayans, les bains simples et composés, les rubéfians, les astringeos, les amers, etc., sont ils rangés également au nombre des moyens curatifs.

Parmi tous ces moyens, on remarque en première ligne la série des médicamens balsamiques. Depuis longues années l'observation avait appris l'action stimulante des térébenthacées sur l'économie, et plus particulièrement sur les membranes muqueuses. Les baumes et les préparations dans lesquelles entraient les térébenthines jouèrent pendant long temps un grand rôle dans les maladies de poitrine et des organes génito-urinaires. La principale indication qu'on leur attribuait était de guérir les ulcères intérieurs. Aussi les appelait-on le *baume des viscères*, l'*âme des reins et des organes génitaux*. De là l'emploi fréquent et immodéré de ces substances contre la phthisie, contre les catarrhes chroniques pulmonaires, vésicaux et urétraux.

Les progrès successifs de la médecine ont amené, il est vrai, une heureuse réforme dans cette thérapeutique, poussée sans doute trop loin, et ont fait justice d'une infinité de préparations actuellement abandonnées.

Néanmoins cette grande réforme n'a pas fait perdre de vue l'utilité des baumes et des térébenthines.

Le baume de copahu et la térébenthine de Venise ou de Strasbourg sont au premier rang. Ces substances ont une action spéciale sur les membranes muqueuses, où elles produisent une surexcitation assez vive. Introduites dans l'estomac et dans les intestins, elles y déterminent, suivant la force, le tempérament et l'idiosyncrasie des malades, des nausées, des coliques, des purgations; elles excitent aussi la muqueuse bronchique et celle des voies urinaires.

Si l'emploi modéré de ces médicamens à l'intérieur offre chez un certain nombre de sujets des avantages réels et incontestables, il n'est malheureusement que trop vrai que chez beaucoup d'autres il détermine des accidens. Parmi les inconvéniens de les administrer, on a remarqué celui d'être pris avec une grande répugnance, ou d'être souvent difficilement supportés par l'estomac, et d'exciter une exacerbation dans les symptômes, qui force fréquemment d'en suspendre l'usage. La térébenthine cuite n'ayant pas, comme le copahu, une odeur qui provoque souvent des nausées et des vomissemens, est restée plus en vogue contre les affections de la vessie; mais à cet état elle jouit de moins de propriétés que la térébenthine pure, et l'effet en devient souvent nul.

Pour ne pas se priver des avantages attachés à l'emploi de ces deux espèces de médicamens contre les maladies de la vessie et de l'urètre, on les a prescrits en injections dans le rectum, quand l'estomac ne les pouvait supporter, ou bien on a cherché à leur enlever ce qu'ils ont de répugnant à l'odorat et au goût. Mais leur efficacité n'étant pas aussi marquée à l'égard des maladies de vessie, que contre celles de l'urètre, on a dû tenter une autre série de moyens pour la cure des premières: je veux parler de l'action directe des médicamens introduits dans la vessie même.

Encore, bien qu'à diverses époques quelques médecins aient songé à l'utilité qu'on pourrait tirer de ce mode de traitement, l'essai paraît en avoir été fait rarement, du moins à en juger par le peu de preuves

---

tion de la voix, véritablement spécifique, d'un certain nombre de prostituées, surtout de la classe inférieure. Cette raucité de la voix ne se développe guère que vers l'âge de 25 ans. Ici, comme sur l'embonpoint, les opinions ont varié: on a cru pouvoir établir une certaine liaison entre ces lésions de l'organe vocal et l'état d'excitation supposé des organes de la génération, en se fondant sur les sympathies réelles qui existent entre ces deux appareils dans l'évolution normale de la vie, sympathies frappantes surtout à l'époque de la puberté dans les deux sexes, et prouvées aussi par les effets de la castration. Cette opinion ne saurait être admise, suivant M. Parent-Duchâtelet, si l'on considère que ce n'est ni sur les plus jeunes, ni sur les plus dévergondées que se rencontre cette altération, et qu'elle est infiniment plus fréquente chez celles qui ont été poussées dans leur métier par la misère, et qui n'y croupissent que pour ne pas mourir de faim. Il y a donc d'autres causes à ce phénomène. M. Parent l'attribue spécialement à l'usage des liqueurs alcooliques, à l'habitude de l'ivrognerie et aux refroidissemens si fréquens dans ce genre de vie et dans ce métier. Et il a d'autant plus de confiance à cette explication, que cette altération de la voix est bien moins commune depuis que l'administration a prescrit aux filles publiques un costume plus décent, et qu'il leur est défendu de stationner dans les rues. Malgré l'autorité de l'auteur en ces matières, nous penchons toujours à croire que la cause physiologique indiquée plus haut n'est pas étrangère à cette altération de la voix.

L'état des parties sexuelles des prostituées a fourni à M. Parent un sujet de remarques fort importantes et d'un grand intérêt médical. On croit généralement et en vertu d'un de ces *à priori* qui gouvernent l'opinion, que la prostitution habituelle et long-temps continuée ne doit pas être sans influence sur les organes génitaux des femmes qui s'y livrent. Il n'en est rien pourtant, et, d'après tous les renseignemens et les observations les plus exactes, *il n'existe sous ce rapport aucune différence entre ces femmes et les femmes mariées les plus honnêtes.* Les particularités qu'on est disposé à admettre chez les prostituées sont l'ampliation vaginale et le développement clitoridien. Or, sur le premier point il a été prouvé par l'emploi, aujourd'hui si fréquent, du spéculum, que les dimensions de cette partie étaient un état naturel et congénial qui ne dépasse jamais certaines limites. Ainsi de jeunes débutantes de quinze ans offrent des dilatations comparables à celles d'une femme mariée après cinq ou six accouchemens, et d'autres qui ont vieilli dans le métier ne diffèrent en rien d'une jeune fille à peine pubère. Quant au second point, sur lequel les imaginations et le libertinage ont fait beaucoup de contes, il suffit de dire qu'à l'époque où M. Parent fit ses recherches à ce sujet, on ne connaissait à Paris que trois filles publiques dont l'appendice caverneux présentât un développement notable. Si le métier avait une influence quelconque sur le développement de cette partie, il est évident qu'elle devrait se manifester sur un plus grand nombre d'individus. Sous ce rapport donc, les prostituées ne diffèrent en rien des autres femmes.

M. Jacquemin, médecin du dispensaire a été conduit, par l'examen des parties génitales des prostituées, à la découverte d'un nouveau signe de la grossesse, qui, s'il est réel, comme il le paraît, serait d'un secours précieux en médecine légale. Ce signe consiste dans une coloration violacée et quelquefois lie de vin de la membrane muqueuse vaginale. Ce signe serait tellement évident et si constant, que

qu'on trouve de sa mise en pratique. Chopart semble être le premier qui l'ait conseillé. Il commença par des injections d'eau d'orge coupée, ensuite avec l'eau de Baréges. Il alla plus loin, puisque chez un vieillard de 75 ans épuisé par une sécrétion trop abondante de mucus, il pratiqua des injections d'eau blanche (végéto-minérale). La quantité de mucus diminua considérablement, et le malade vit son existence prolongée au-delà de deux années.

L'exemple de Chopart semble avoir été oublié pendant long-temps; ce n'est que depuis peu de temps que les médecins praticiens ont tenté de nouveau quelques essais de médicamens plus actifs que l'eau de Baréges et l'eau végéto-minérale. Sous le rapport de l'espèce d'injections dont il s'agit, M. J. Cloquet, en donnant à la chirurgie sa sonde à double courant, a rendu un service important qui n'est pas assez apprécié; car cette sonde doit, dans beaucoup de circonstances, aider à laver la vessie, la débarrasser de mucosités épaisses qui ont peine à s'écouler par l'urètre, et dont la présence entretient l'inflammation et souvent l'aggrave.

M. Bretonneau a injecté avec succès jusqu'à 45 grains de calomel en suspension dans une eau gommée. Il s'est aussi servi de nitrate d'argent (1 grain) dissous dans 4 onces d'eau distillée, ainsi que du deutochlorure de mercure dans les mêmes proportions.

M. Lallemand de Montpellier a également employé ce moyen dans le catarrhe de vessie, ainsi que la cautérisation du col de la vessie. Il relate des avantages réels; mais les accidens que cette méthode a causés dans les mains d'autres confrères, chez des sujets sans doute trop irritables, a refroidi le penchant pour ces moyens bons en eux-mêmes, mais dont la juste application n'est pas commune. Ils demandent une main aussi hardie qu'habituée aux traitemens variés et difficiles des maladies des voies urinaires.

Nous devons à M. le docteur Souchier de Romans d'avoir tenté dans un cas assez difficile l'usage du baume de copahu en injections, et d'avoir ouvert une source féconde d'avantages pour le traitement du catarrhe de vessie. Le premier emploi qu'il en fit fut chez un vieillard de 74 ans, d'une bonne constitution, laboureur, qui, par excès de fatigues, avait déjà eu en quatre ans trois hématuries (pissemens de sang), que le repos et le régime pendant quelques jours avaient fait cesser. Une quatrième hématurie suivie d'une rétention prolongée d'urine, traitée par les émissions sanguines locales, le cathétérisme et les moyens adoucissans, fut suivie d'un catarrhe vésical tellement intense, que l'urine ammoniacale et les mucosités qui s'échappaient du canal avaient l'aspect purulent, et corrodaient promptement les sondes mises à demeure. Le baume de copahu fut donné à l'intérieur en potion et sans aucun résultat; car après dix-neuf jours de son emploi, il n'y avait encore aucune amélioration notable, et il fallut s'arrêter, l'estomac s'en accommodant difficilement. M. Souchier conçut alors l'heureuse idée d'en faire l'application immédiate dans l'organe malade, et à son grand étonnement il vit à la première injection les accidens graves cesser, et l'écoulement mucoso-purulent disparaître entièrement. Il fit encore quatre autres injections pour assurer la guérison de son malade.

Convaincu des avantages que cette médication immédiate pouvait procurer dans des affections aussi fréquent et si difficiles à guérir, il l'employa de suite avec le même succès sur huit autres sujets, et s'empressa, en médecin philantbrope, de faire connaître, par la voie des journaux de médecine, cette nouvelle médication qu'il qualifie de traitement spécifique.

Tout en félicitant notre honorable confrère de sa découverte et de son louable empressement à nous la faire connaître, nous regrettons que sa trop facile croyance à la spécificité du traitement qu'il avait inventé, à une époque où la science médicale n'admet plus de spécifiques, l'ait porté à fixer une dose comme règle générale. L'expérience m'a prouvé que cette dose est loin de convenir à tous les malades; elle demande à varier suivant l'irritabilité des sujets. Mais le médicament n'en est pas moins très-bon en principe; c'est à l'habileté du médecin à le modifier pour son malade.

Je ne sache pas que d'autres médecins aient publié des observations sur l'emploi du baume de copahu en injection dans la vessie, et je crois être le premier à Paris qui ait su apprécier à sa juste valeur l'importance de ce nouveau traitement.

M'occupant depuis longues années du traitement des maladies des voies urinaires, ayant fréquemment en ville ou à mon hôpital occasion de traiter des catarrhes de la vessie, soit chez de jeunes sujets ou chez des gens âgés, j'ai saisi avec empressement l'occasion d'expérimenter ce nouveau mode de médication, et je viens ici consigner le fruit de mes observations et des modifications que j'ai été obligé d'apporter pour parvenir à des guérisons que je n'aurais certainement pas obtenues en suivant à la lettre les prescriptions de notre honorable confrère.

M. Souchier, en praticien judicieux, prélude par le traitement rationnel et antiphlogistique, et combat les accidens inflammatoires de la cystite, avant que d'employer les injections stimulantes. Quand les symptômes graves d'inflammation sont dissipés, et que l'écoulement muqueux et abondant de nature diverse persiste, il a recours aux moyens suivans: 1° injection de décoction d'orge miellée (4 à 6 onces) pour laver la vessie et entraîner les mucosités qu'elle contient; 2° nouvelle injection du même liquide, pour s'assurer qu'il n'en existe plus; 3° injection de deux onces de copahu mêlé à une égale quantité d'eau d'orge, qu'on laisse dans la vessie un temps plus ou moins long, qu'il n'indique pas. Ces injections sont répétées plusieurs jours de suite.

M. le docteur Fabre, attaché à mon service à l'hôpital du Gros-Caillou, ayant suivi mes malades et pratiqué lui-même les injections sur un certain nombre d'entre eux, a consigné plusieurs de ces observations dans sa thèse inaugurale sur le catarrhe de la vessie, en août 1835. Je les lui emprunte donc, et j'y joindrai d'autres observations recueillies depuis en ville et à l'hôpital.

URÉTRITE SIMPLE PUIS CYSTITE AIGUE; CATARRHE VÉSICAL; DEUX INJECTIONS; GUÉRISON.

Obs. I. — En mai 1835, un militaire âgé de 27 ans, est subitement pris d'un catarrhe aigu de la vessie pendant un traitement par le baume de copahu, pour une uretrite simple. Cette nouvelle maladie, attaquée vivement par les saignées locales, les bains et autres moyens adoucissans, cède en dix jours. Mais un écoulement muqueux abondant a lieu à la suite des urines et dépose au fond du vase. Combattu par la térébenthine cuite, l'eau de goudron, il persistait sans douleur depuis un mois, quand je fis injecter par M. Fabre deux onces de copahu étendu dans quatre onces d'eau d'orge; l'injection est gardée vingt-cinq minutes, puis expulsée par un besoin pressant de la vessie, sans laisser de douleur. Le lendemain, diminution notable des mucosités; nouvelle injection et suppression complete du de-

---

ce médecin ne s'y trompe jamais. C'est sur un nombre de 4.500 femmes que cette observation a été faite et constatée. Cette indication mérite toute l'attention des praticiens.

L'examen de l'état et de l'orifice anal n'a pas présenté des résultats plus évidens que celui du vagin: et ici pourtant il semblerait que les deflorations contre nature devraient laisser des traces plus visibles. Bien qu'un observateur très-compétent par sa position eût la pretention de reconnaître infailliblement l'habitude de ces infâmes pratiques à la forme particulière de l'ouverture du rectum, qu'il comparait à celle d'un entonnoir, M. Parent croit qu'à moins de désordres locaux produits par un effort violent ou par la syphilis, aucun indice certain ne peut révéler les communications de cette nature. Son opinion est corroborée de celle de MM Jacquemin et Collineau, médecins du dispensaire, qui ont occasion tous les ans d'examiner plusieurs milliers d'individus, dont un très-grand nombre sont certainement sujets à ce vice. Ce résultat n'est pas moins important que les précédens dans les questions de médecine légale.

L'état de la menstruation chez les prostituées offre quelques particularités pleines d'intérêt pour les physiologistes et les médecins. Sous ce rapport il paraît que le métier et les habitudes ont une influence un peu plus appréciable; il semble démontré par tous les renseignemens que l'auteur a pu se procurer, que la menstruation est chez ces femmes moins régulière que chez les autres, ce qu'il faut attribuer d'abord, comme cause générale, à leurs excès de tout genre et à l'oubli de toutes les précautions hygiéniques, et, comme causes spéciales, aux moyens artificiels qu'un grand nombre emploient pour supprimer ou du moins diminuer une fonction que leur métier leur rend particulièrement incommode et préjudiciable.

La stérilité des prostituées est regardée généralement comme un fait démontré; cependant elle n'est pas aussi générale qu'on le prétend. Au reste, la difficulté d'avoir à cet égard des renseignemens authentiques ne permet d'arriver qu'à des résultats approximatifs. Les documens recueillis au *bureau des mœurs*, où sont marquées les exemptions de taxe obtenues par les prostituées pour cause d'accouchement, donnent une moyenne de 51 à 52 accouchemens par an. Mais ces documens ne parlent que des accouchemens qui ont eu lieu dans les hôpitaux spéciaux; mais il y en a beaucoup d'autres qui se font soit dans les hôpitaux où les femmes sont entrées enceintes pour cause de maladie, soit dans les prisons, ce qui en augmente le nombre; d'autres accouchent chez des sages femmes. En somme, cette proportion des accouchemens à terme est très-faible comparée à celle qu'offrirait un égal nombre de femmes mariées. Il est donc certain que la fécondité des prostituées est relativement très inférieure à celle des femmes de mœurs régulières.

Mais ce n'est là qu'un côté de la question. Il ne faudrait pas conclure de cette rareté d'accouchemens qu'elles sont inhabiles à l'imprégnation et à la conception. Il est prouvé au contraire que si elles sont rarement mères, ce n'est pas par suite de stérilité, mais parce qu'elles avortent dans le plus grand nombre des cas. La fréquence des avortemens a été constatée dans les prisons et dans les hôpitaux. M. Parent fait l'observation très-juste que l'irrégularité et les

pôt muqueux. Après huit jours, ce malade quitta mon service sans avoir éprouvé de nouveaux accidens.

CATARRHE VÉSICAL DATANT DE TROIS MOIS; MUCOSITÉS ABONDANTES; ÉMISSIONS FRÉQUENTES DES URINES; DOULEURS CONSTANTES; DÉRANGEMENT DES FONCTIONS; AMAIGRISSEMENT; CINQ INJECTIONS A DEUX ONCES; GUÉRISON.

Obs. II. — M. D., vieillard de 70 ans, vigneron aux Ryeées (Bourgogne), rendait depuis trois mois des mucosités abondantes avec et après les urines, urinait fréquemment, souffrait constamment la nuit et le jour, et voyait peu à peu ses fonctions se déranger, l'amaigrissement survenir, et la tristesse, suite inévitable de cette position pénible, avait remplacé son énergie et sa gaîté habituelles. Cette maladie avait débuté insensiblement et datait de six mois environ. Tous les moyens employés avaient été infructueux, et cet homme, désespéré et exaspéré par la souffrance continuelle, devenu morose, ne rêvait qu'une fin prochaine. Consulté en août 1834, pour remédier à ce fâcheux état, j'engageai son médecin à pratiquer des injections balsamiques; à la cinquième pratiquée à intervalle d'un jour, les mucosités cessèrent; une sixième et dernière injection termina le traitement, et depuis ce temps sa santé n'a souffert aucune atteinte; M. D. a repris sa gaîté ordinaire.

RÉTRÉCISSEMENT; CATARRHE VÉSICAL; CAUTÉRISATION ET DILATATION RÉUNIES INJECTION; HÉMATURIE, CYSTITE AIGUE; INJECTIONS NOUVELLES, GUÉRISON.

Obs. III. — Un soldat, âgé de 35 ans, portant depuis longtemps un rétrécissement de l'urètre et un catarrhe vésical, vivait depuis trois mois à l'hôpital. La cautérisation et la dilatation réunies avaient guéri les obstacles du canal, mais le catarrhe subsistait et ne tarissait pas. Une injection à deux onces de copahu excite une vive douleur à la vessie, ne peut être gardée plus de dix minutes, et son excrétion est le début d'une inflammation vive avec hématurie (pissement de sang) qu'il faut combattre activement par les moyens ordinaires, plus une sonde à demeure pendant trois jours. Après huit jours, la guérison du catarrhe chronique fut obtenue par l'inflammation aiguë, mais le malade acheta cette guérison par des douleurs vives, une inflammation très-intense, un pissement de sang, une fièvre ardente et des accidens qui compromettaient gravement son existence.

Cette observation me confirma dans l'opinion où j'étais que la quantité de baume de copahu devait varier dans les injections suivant l'idiosyncrasie des malades, qu'il serait utile de les rendre moins excitantes par l'addition de préparations narcotiques; et je me tins par la suite en réserve dans mes nouveaux traitemens, en débutant par des doses modérées et en leur associant les préparations d'opium, de belladone et de jusquiame, suivant les circonstances.

INJECTIONS BALSAMIQUES VARIANT DE DEUX GROS A DEUX ONCES.

Obs. IV. — G..., artilleur, entré dans mon service le 26 août 1835, y fut traité successivement avec succès d'une urétrite aiguë, puis d'une orchite très-intense. Il allait quitter l'hôpital, quand, le 10 octobre, des symptômes de catarrhe aigu de la vessie se montrent tout à coup, et s'élèvent assez pour déterminer une émission fréquente et douloureuse d'urines rouges et sanguinolentes. Un traitement actif dissipe promptement ces symptômes graves; mais les urines charrient avec douleur des mucosités abondantes qui persistent malgré les moyens employés. Le 24 octobre et jours suivans, injections de deux gros de baume de copahu dans la vessie; soulagement marqué; émission moins sensible des urines; dépôt de mucosités notablement diminué. Le copahu est porté à une once, et injecté chaque deux jours jusqu'au 4 novembre. Le malade sort vers le milieu de ce mois entièrement guéri.

CATARRHE LENTEMENT DÉVELOPPÉ SANS DOULEUR; INJECTIONS DE DEUX GROS A DEMI-ONCE DE COPAHU; GUÉRISON.

Obs. V. — S. M..., sergent, est entré à l'hôpital le 24 juillet 1835, pour une urétrite aiguë accompagnée de vives douleurs qui disparaissent par un traitement simple et antiphlogistique. Au 18 août, marche lente vers la guérison. Retour d'accidens inflammatoires au périnée avec gonflement, induration, de nouveau combattus par trois émissions sanguines locales et autres moyens adoucissans. Vers le 15 septembre, le malade fait remarquer que ses urines laissent déposer une grande quantité de mucosités. Ce dépôt existait depuis le 18 août. Régime léger, pilules de Beloste; les urines reprennent leur limpidité ordinaire. Potion de Chopart pendant plusieurs jours de suite, pour achever de dissiper l'écoulement urétral; mais elle est digérée avec peine. Suspension, puis continuation de l'écoulement.

Le 14 octobre, retour des mucosités vésicales et suppression de celles de l'urètre.

Le 17 et 18, injections dans la vessie de deux gros de copahu. Après la deuxième injection, accès de fièvre de 24 heures qui force à suspendre pendant cinq jours ce nouveau traitement. Reprise des injections du 23 au 29 à la dose d'une demi-once; cessation sans retour des accidens et sortie du malade après un mois de guérison.

CYSTITE AIGUE SUITE D'URÉTRITE; DEUX RÉTRÉCISSEMENS; CAUTÉRISATION; DILATATION; MUCOSITÉS; INJECTIONS; ACCIDENS, PUIS GUÉRISON.

Obs. VI. — Lambert, sergent, d'une constitution irritable, avait séjourné à l'hôpital près de deux mois pour des accidens divers survenus pendant le traitement d'une urétrite aiguë, entre autres par une constipation opiniâtre, combattue avec succès par le petit-lait, l'huile de ricin et les lavemens. Sous l'influence d'une dose de potion de Chopart que l'estomac répugna à digérer, un trouble général survient avec fièvre et se termine par une cystite aiguë et la cohorte de tous les symptômes douloureux. Il reste après le traitement, au col de la vessie, une sensation de chaleur, et les derniers jets de l'urine sont suivis d'une matière visqueuse et verdâtre.

En cherchant à explorer la vessie, on reconnaît un rétrécissement à cinq pouces et demi, qui de suite est traité par la cautérisation appliquée tous les quatre jours. Au quinzième jour le rétrécissement est franchi avec facilité; on en constate un deuxième à six pouces et demi. Le onzième jour la sonde entre avec facilité, les urines coulent plus librement; un dépôt abondant de mucosités existe toujours. Première injection à quatre gros dans quatre onces d'eau d'orge; elle est gardée un quart d'heure et ne détermine rien de remarquable. La deuxième cause une vive irritation avec émission plus difficile et plus fréquente d'urines; sensibilité au périnée; diminution de la quantité de mucosités sécrétées par la vessie; érection douloureuse pendant la nuit.

Suspension des injections balsamiques et retour aux émolliens narcotiques. Après quatre jours on reprend les injections plus étendues et on les continue pendant huit jours, sans augmenter la dose du copahu. Les mucosités diminuent graduellement et disparaissent enfin complètement après dix injections à doses modérées, dont la plus forte ne dépasse pas une once.

URÉTRITE; CYSTITE CHRONIQUE DATANT DE DEUX ANNÉES; DEUX RÉTRÉCISSEMENS; CAUTÉRISATION ET DILATATION; INJECTIONS AVEC LE COPAHU, PETITE CAPACITÉ DE LA VESSIE; ACCIDENS; INJECTIONS NARCOTIQUES ET BALSAMIQUES: GUÉRISON.

Obs. VII. — M. L..., sergent au 64ᵉ de ligne, âgé de 28 ans, d'une forte constitution, entra en juillet 1831 à l'hôpital de Rouen pour une urétrite très-aiguë, et y fut soumis à un régime antiphlogistique très-sévère. Après trois mois de séjour et pendant l'usage du copahu il est atteint des symptômes d'une cystite aiguë, tels que douleurs vives dans la région de la vessie; envies fréquentes d'uriner, accompagnées de douleurs aiguës lorsqu'il satisfait à ce besoin; urines brûlantes, rougeâtres, déposant au fond du vase. Quelques gouttes de sang pur suivent souvent la sortie des urines. Le malade quitte l'hôpital en janvier 1832 (six mois de séjour), conservant encore des symptômes de sa maladie de vessie, malgré un traitement sévère et des saignées locales très-réitérées. Il reprend son service et fait la campagne de Belgique, nonobstant la mauvaise saison qui aggrave l'inflammation de vessie et détermine très-fréquemment l'issue du sang avec les urines. De retour à Paris, il reste six semaines au Val-de-Grâce où il n'éprouve aucun soulagement d'un traitement approprié à sa position, et ayant consisté en plusieurs applications de sangsues, bains fréquens et prolongés, lavemens uni-

suppressions des menstrues chez les prostituées pouvaient bien avoir pour causes de véritables grossesses; opinion déjà émise par plusieurs médecins et physiologistes et que confirment pleinement les réflexions suivantes de M. Serres, qui sont extrêmement importantes : « Les pertes abondantes, dit-il, sont rares » chez ces femmes, mais les jeunes ont souvent des retards dans leurs règles, qui » se terminent par l'expulsion de ce qu'elles appellent un *bondon*. Pendant deux » années, je ne fis pas attention à cette expression; mais ayant dirigé mes re» cherches sur l'embryologie, j'examinai avec soin ces productions et il me fut » facile d'y reconnaître tous les caractères de l'œuf humain; j'ai pu dans *un* » *court espace de temps* en recueillir *un grand nombre*, qui tous étaient sortis » à une époque qui indiquait une conception de quatre à cinq semaines. C'est » toujours sur des filles de 18 à 24 ans que j'ai pu faire ces observations. »

Ces fausses couches paraissent donc être très fréquentes, et par malheur les causes n'en sont pas toujours naturelles. M. Velpeau possède dans son immense collection cinq embryons provenant de prostituées, dont trois portent les traces de l'instrument perforant qui provoqua leur expulsion. D'autres faits sur lesquels l'auteur croit devoir supprimer tout détail, lui ont prouvé que ces manœuvres criminelles sont pratiquées quelquefois par des hommes de l'art, plus coupables que les plus vils assassins. Cependant on doit présumer que ces causes artificielles d'avortement sont les plus rares; quant aux causes naturelles on peut les rapporter aux excès de toute espèce auxquels ces femmes se livrent, et à l'absence des soins et des précautions qu'exigerait leur état, et que leur interdit le besoin incessant de continuer leur métier jusqu'au dernier moment.

Un fait lié aux précédens et non moins remarquable, c'est la mortalité effrayante des enfans des prostituées qui accouchent à terme. Sur 8 enfans qui naissent à la prison, 4 succombent dans les quinze premiers jours, et les 4 autres dans la première année, c'est-à-dire qu'ils meurent tous. Sur 10 enfans nés à l'hôpital, 5 sont morts presque en naissant, et les autres dans un ou deux mois. Cependant il faut dire que la mortalité n'est pas toujours aussi grande. On voit quelquefois des filles qui conservent leurs enfans, et surtout parmi les prostituées de la classe la plus élevée qui ont quelques moyens d'existence et un certain ordre dans leur conduite. Mais dans les classes inférieures, les enfans privés de soins, de vêtemens, portés dans les bras de leurs mères jusqu'à minuit et deux heures du matin dans les rues en plein hiver, meurent tous ou presque tous avant la première année. Cet exemple montre de nouveau d'une manière évidente ce qui avait déjà été établi par les économistes, que la population des états ne dépend ni du nombre des mariages, ni de la fécondité des femmes, ni en général de la quantité des naissances, mais plutôt des moyens de conservation et de protection de la vie des enfans.

Nous terminerons ici les extraits relatifs à la physiologie. Dans un dernier article nous nous occuperons de la pathologie et de la thérapeutique.

leux et opiacés, alimentation lactée et fort légère. Trois jours après il entre à l'hôpital du Gros-Caillou avec des symptômes de gastro-entérite compliquant les accidens des organes génito-urinaires.

Symptômes existant à son entrée. Envie fréquente d'uriner d'heure en heure, que le malade ne peut satisfaire qu'avec effort, et en rendant l'urine goutte à goutte accompagnée de stries sanguines ou de sang pur. Souffrances excessives pendant l'émission des urines, siégeant en grande partie à l'extrémité du gland, puis au col de la vessie. La nuit les douleurs sont plus vives et les urines expulsées toutes les demi-heures; accès de fièvre chaque soir; sommeil interrompu et fatigant; urines claires à leur issue et déposant en se refroidissant un nuage très-épais. Après un mois de traitement consistant en applications réitérées de sangsues au périnée, à l'anus, des bains émolliens; emploi des émulsions et des narcotiques à l'intérieur et au régime léger. Le malade éprouve une amélioration marquée : la douleur en urinant est diminuée; l'urine dépose toujours et les besoins d'uriner sont toujours fréquens. Le malade est sondé et on constate la présence de deux rétrécissemens, l'un à quatre pouces, l'autre à cinq pouces et demi. En deux mois les rétrécissemens sont guéris par la cautérisation et la dilatation réunies. Alors cessent les douleurs vives en urinant, mais l'émission des urines est toujours fréquente et accompagnée d'un dépôt muqueux assez épais, et plus abondant qu'au début.

Août. Première injection de copahu, un gros, dans deux onces d'eau d'orge, en deux fois pour cause du peu de capacité de la vessie; elle ne peut contenir qu'une once environ du liquide qui est expulsé après quelques minutes de séjour. On réitère de suite l'injection.

Les premières injections étant bien supportées, on porte graduellement le baume de copahu à une once dans quatre onces de liquide. Treize injections avaient amené une amélioration notable, lorsque des accès de fièvre en firent suspendre l'emploi. Les douleurs au col de la vessie et en urinant augmentèrent. Après quelques jours les mucosités étaient en aussi grande abondance qu'avant l'emploi des injections.

Pendant six semaines je quitte mon service, et en mon absence, on traite ce malade par la térébenthine, les vésicatoires à la partie interne des cuisses, les frictions stibiées, l'eau de goudron, etc. Aucune amélioration.

15 octobre. Retour aux injections portées graduellement à une once de copahu. A la dixième, les mucosités ont disparu. La douleur est presque nulle en urinant, et les envies d'uriner sont moins fréquentes.

2 novembre. Imprudence du malade suivie d'un accès violent de fièvre avec frisson; chaleur et sueur abondante. Régime sévère jusqu'au 10 novembre, époque de la cessation de ces mouvemens, accidens, pendant lesquels les urines ont repris leur limpidité normale et sans que les douleurs de la vessie se soient reproduites; mais au fur et à mesure que la santé se rétablit, les mucosités reparaissent.

Au 25 novembre. Reprise des injections de deux en deux jours, en y associant l'extrait de belladone à la dose d'un demi-gros; le copahu est augmenté peu à peu jusqu'à une demi-once par injection. En un mois disparition complète et par gradation des douleurs au col de la vessie; en urinant, beaucoup moins de fréquence dans l'émission des urines, qui sont revenues à leur état naturel. La capacité de la vessie depuis l'emploi de la belladone s'est augmentée au point de contenir deux onces et demie. Le malade n'urine plus que sept à huit fois dans les vingt-quatre heures. Il quitte l'hôpital le 6 janvier pour aller en congé dans sa famille, après huit mois de séjour à l'hôpital.

Je pourrais ici consigner plusieurs observations dans lesquelles j'ai, dès le début, associé les narcotiques avec les balsamiques; mais pour abréger, je me contenterai de dire que cette réunion de médicamens est celle qui convient le mieux aux sujets irritables chez lesquels les douleurs existent depuis longtemps, et supposés, avec raison, d'une susceptibilité nerveuse poussée à un haut degré.

Les injections composées alors avec laudanum un gros, baume de copahu deux gros, et décoction d'orge deux onces, sont faites à doses entières et souvent à demi-doses, laissées dans la vessie de dix à quinze minutes au plus. Si les malades les supportent facilement et sans qu'elles produisent une sur-excitation trop vive, on les augmente graduellement en quantité, et on les laisse séjourner plus longtemps dans l'organe malade. J'ai obtenu, de cette manière, quelques cures dont j'avais presque désespéré, chez des hommes âgés et qui, depuis longtemps, rendaient avec beaucoup de douleurs des mucosités abondantes.

Mais il est des vessies devenues tellement irritables, douloureuses, que la présence d'un liquide légèrement excitant ne peut être supporté sans causer un surcroît de souffrances insupportables, et des accidens généraux qu'il faut éviter avec soin. Aussi est-il prudent, au début d'un traitement, de reconnaître la susceptibilité des organes urinaires, en commençant par des injections émollientes d'abord, rendues ensuite narcotiques, et de ne passer à l'emploi des balsamiques qu'après avoir diminué ou éteint, par des moyens locaux et généraux, cet état d'exaspération des maladies génito-urinaires, si contraire à l'emploi des médicamens curatifs.

Cette exaspération de symptômes dépend le plus souvent d'une inflammation chronique de la vessie et de ses annexes, et plus rarement d'une névrose de ces organes. Les observations suivantes m'ont conduit à établir ce précepte.

CATARRHE CHRONIQUE ANCIEN; PETITE CAPACITÉ DE LA VESSIE; URINES FÉTIDES; ÉMISSIONS FRÉQUENTES ET DOULOUREUSES DES URINES; INJECTIONS ÉMOLLIENTES, NARCOTIQUES, PUIS BALSAMIQUES; GUÉRISON.

OBS. VIII. — Un homme, âgé de 62 ans, d'une constitution primitivement robuste, mais considérablement affaiblie par trois années de souffrances, occasionées par un catarrhe chronique de la vessie, vint me consulter en janvier 1836. État de santé à cette époque : envies fréquentes d'uriner; douleurs vives en urinant, dans l'hypogastre et le bout de la verge et à la prostate; urines fétides, troubles et souvent bourbeuses; mucosités abondantes et filantes, laissant un dépôt considérable et adhérent dans le vase. Les nuits sont horribles par la fréquence d'envies d'uriner, chaque demi-heure environ, suivies d'une petite quantité d'urine rendue avec de vives douleurs. Exacerbation chaque soir; perte des forces, de l'appétit; maigreur.

Plusieurs traitemens infructueux avaient été faits depuis l'origine de la maladie, et tous les moyens connus avaient inutilement été employés. Une sonde passée fit reconnaître le canal de l'urètre intact et la vessie libre de tous corps étrangers, mais la présence de la sonde causa une vive douleur au col de la vessie.

Traitement pendant la première quinzaine. Bains généraux et locaux; régime lacté; boissons adoucissantes peu abondantes; six saignées locales à l'anus et au périnée par douze sangsues chaque fois; frictions oléo-narcotiques à l'extérieur; la thridace à l'intérieur; trois injections par jour avec eau de guimauve.

Le malade les pratique lui-même avec facilité, d'abord avec la sonde à double courant de M. Cloquet, puis avec la sonde Mayor, n. 4, et emploie à chaque injection une pinte de liquide en cinq à six injections; il préfère ce mode de lavage comme nétoyant mieux la vessie. Soulagement marqué dû à ce traitement préparatoire.

Pendant la seconde quinzaine, les injections sont rendues légèrement narcotiques par l'addition de l'extrait de belladone, dix grains par pinte, et sont supportées sans accidens. Continuation du même régime et des bains; cessation des saignées locales. La vessie contenait à peine au début deux onces d'injections. A la fin du mois elle gardait sans douleur quatre onces de liquide et pendant un quart d'heure. Les mucosités sont aussi abondantes, mais moins visqueuses et moins épaisses.

J'ajoute alors quatre grains d'opium par pinte d'eau émolliente, et je continue la belladone à dix grains pendant huit jours. Ensuite un gros de baume de copahu une fois le jour dans quatre onces de cette injection. Huit jours s'écoulent pendant lesquels les douleurs et les mucosités diminuent sensiblement.

Alors deux gros de copahu sont employés dans chaque injection encore pendant une semaine. Je passe à une demi-once associée aux émolliens et aux narcotiques. Cette dose est gardée pendant trente minutes sans produire d'accidens. Enfin j'arrive à une once en augmentant graduellement de deux en deux gros, et le malade reprenait également peu à peu un régime plus nutritif, du sommeil, de l'espoir, des forces; il perdait ses souffrances habituelles, ses fréquences d'uriner, les urines revenaient à leur état normal. Après deux mois et demi de ce traitement la guérison fut achevée. Le malade conserve depuis le besoin de vider la vessie d'heure et demie en heure et demie environ; mais les nuits ne sont interrompues que trois fois, lorsqu'il a la précaution de boire modérément dans la soirée. On peut juger par ce symptôme du peu de capacité de la vessie, sans doute déterminée par l'épaississement de ses parois pendant le cours de cette longue maladie.

CYSTITE AIGUE PASSÉE A L'ÉTAT CHRONIQUE, DEPUIS SIX MOIS; MUCOSITÉS PURULENTES; ÉMISSION FRÉQUENTE ET DOULOUREUSE DES URINES; INJECTIONS NARCOTIQUES; GUÉRISON LENTE.

OBS. IX. — Madame ....., âgée de 73 ans, d'une constitution irritable, quoique encore assez forte, fut atteinte, en décembre 1835, d'une inflammation vive de la vessie avec hématurie légère et de peu de durée. Un traitement simple et rationel, trois applications de sangsues et les moyens d'usage firent en deux mois cesser les accidens les plus graves; mais l'inflammation passa à l'état chronique, sans qu'un autre traitement fût employé pour y remédier.

Consulté en mai dernier, j'explorai la vessie que je trouvai vide de corps étrangers, mais douloureuse quand la sonde touchait ses parois; les urines étaient fréquentes et rendues en petite quantité avec de vives douleurs; un sédiment muqueux, d'aspect purulent, déposait au fond du vase. Malgré les nuits mauvaises et les souffrances habituelles, les fonctions digestives étaient en assez bon état. Injections émollientes pendant six jours, répétées trois fois le jour; frictions alcoo-narcotiques sur la région hypogastrique; bains de siége et entiers; régime léger et maigre; amélioration peu marquée; vingt gouttes de teinture de belladone sont ajoutées à chaque injection, et augmentées successivement jusqu'à quarante gouttes; influence marquée de cette médication sur les douleurs et la fréquence des urines, mais non sur la nature des urines, qui déposent, comme de coutume, un sédiment mucoso-purulent. La capacité de la vessie ne contient qu'une once et demie avec peine. Injection de deux gros de baume de copahu, d'un demi-gros de teinture de belladone suivie de douleurs vives qui durent plus de deux heures, retentissent dans toute l'économie, et déterminent un accès violent de fièvre avec frisson; chaleur et puis irritation dans les organes extérieurs de la génération; retour aux injections belladonées faites deux fois le jour avec l'extrait étendu dans l'eau émolliente; diminution notable du sédiment purulent, devenu moins épais. Au douzième jour, suppression totale des douleurs; les injections sont gardées de 15 à 20 minutes; le mucus clair et peu abondant; la belladone est augmentée de cinq à quinze grains successivement dans deux onces de liquide, et gardée facilement par la vessie devenue moins irritable; enfin cette malade, âgée et d'une irritabilité extrême, fut guérie après trois mois et demi d'un traitement local adoucissant et narcotique dont la belladone fit presque seule les frais.

Au moment où je publie ce mémoire, la malade, par suite d'imprudence dans le régime, est en proie à une inflammation lente du tube digestif qui compromet son existence, la vessie participe de cet état phlegmasique, mais à un degré modéré, et les mucosités sont en très-petite quantité.

En résumant les observations ci-dessus, il est facile de concevoir les avantages que l'on peut retirer des injections émollientes, narcotiques et balsamiques, dans le traitement du catarrhe vésical, soit récent, soit passant ou passé à l'état chronique, et non compliqué de la présence de corps étrangers ou de tumeurs développées dans l'intérieur de la vessie. Mais on en peut déduire certainement de prime-abord que l'emploi des injections balsamiques ne peut être prescrit chez tous les malades, com-

me sembleraient l'indiquer les observations publiées par M. Souchier. On peut cependant se rendre raison du succès constant obtenu par ce confrère, si on calcule qu'exerçant la médecine à la campagne et loin des grandes villes, il a dû rencontrer des constitutions moins irritables, des organes moins susceptibles, qui supportent plus facilement l'action excitante de certains médicamens. J'ai éprouvé le même succès chez mes deux premiers malades, sujets peu nerveux et peu irritables.

Après avoir tâtonné la combinaison de ces injections sur une trentaine de malades atteints de catarrhes de la vessie à diverses périodes, soit récens, soit passant ou passés à l'état chronique, l'expérience m'a porté à tracer les règles suivantes :

1° Débuter toujours par des injections émollientes avec une seringue graduée, pour s'assurer de la capacité de la vessie et de son irritabilité.

2° Ne jamais pousser l'injection au-delà de la capacité de la vessie, car on y provoquerait une contraction douloureuse, et le rejet du liquide introduit.

3° Ne pas négliger les autres moyens adoucissans propres à calmer l'inflammation et la douleur locale, l'éréthisme général, etc., etc.

4° Associer graduellement les narcotiques aux émolliens et les augmenter peu à peu de quantité suivant les effets obtenus.

5° Ne pas craindre d'en augmenter proportionnellement les quantités. Je n'ai pas encore observé de narcotisme par leur absorption.

6° Renouveler trois, quatre ou cinq fois les injections par jour.

7° Si le canal de l'urètre n'est point douloureux, se servir de préférence de cathéters Mayor; leur poids facilite leur introduction et les malades apprennent promptement à s'en servir.

8° S'il existe un rétrécissement, le traiter d'abord et commencer immédiatement les injections émollientes, puis narcotiques ou détersives; le cathétérisme Mayor modifié suivant les circonstances, est le meilleur et le plus efficace moyen pour arriver plus vite à ce résultat.

9° Attendre pour employer les injections balsamiques que l'état d'éréthisme de la vessie et de ses annexes soit calmé par l'usage des injections émollientes et narcotiques.

10° Ne les laisser séjourner dans la vessie que de dix à vingt minutes progressivement.

11° Augmenter graduellement et avec précaution la dose de baume de copahu, afin d'éviter la surexcitation trop prompte de la vessie et les accidens qui en résulteraient.

12° Faire les injections balsamiques une fois le jour au plus, chaque deux jours le moins.

13° Ne les cesser qu'après l'entière disparition de la sécrétion muco-purulente.

14° Les suspendre momentanément si des symptômes d'inflammation des muqueuses digestives se manifestaient.

Sur six faits nouvellement recueillis en ville, je choisis le suivant pour prouver que les règles ci-dessus tracées doivent être observées dans l'emploi des injections balsamiques.

Obs. X. — M. C., correcteur d'une grande imprimerie, âgé de 45 ans, d'une santé assez délicate, d'une constitution grêle, venait de subir un traitement actif par les saignées générales et locales et les rubéfians pour un rhumatisme général compliqué de cardite, en janvier et février dernier, lorsqu'en avril, au retour de la campagne où il avait été passer un mois de convalescence, il se plaignit de gêne dans l'émission des urines avec douleur dans le canal, datant depuis longtemps, ayant cessé pendant sa maladie et reparaissant depuis sa guérison. Le meat urinaire est enflammé; il y a un suintement blanc, verdâtre. Une bougie exploratrice de petit calibre pénètre avec douleur et constate un rétrécissement à quatre pouces et demi. Une sonde d'etain, demi-numéro de Mayor, est introduite avec peine et souffrance dans la vessie. En huit jours, 20 sangsues au perinée, des bains de siége et généraux, et les autres moyens antiphlogistiques enlèvent les douleurs du canal et de l'hypogastre. J'apprends alors que depuis plus d'un an, les urines constamment fréquentes et bourbeuses déposent un sédiment muqueux abondant. Injections émollientes trois fois le jour, avec un cathéter Mayor n° 4 pendant huit jours. Succèdent les injections narcotiques avec le cathéter Mayor n° 2 pendant dix jours. Toutes les douleurs de la vessie sont dissipées et le dépôt muqueux est moins abondant et moins épais.

Les injections balsamiques unies aux narcotiques avec deux gros de baume de copahu, sont mises en usage chaque jour. A la deuxième, diminution notable du sédiment sans réveiller des douleurs vésicales. A la quatrième, cessation presque complète du dépôt muqueux; j'introduisis alors sans peine le n° 3 pour rendre au canal sa première dimension. Une cinquième injection est pratiquée avec une once de copahu; cette dose réveille des douleurs dans la vessie et le testicule gauche. Le malade, depuis quelques jours, à la suite d'un refroidissement, était sous l'influence d'une irritation gastro-bronchique; la fièvre survient et une orchite se développe; les urines fortement odorantes, déposent de nouveau un mucus peu abondant. En quinze jours tous ces accidens se dissipent par un traitement approprié, les injections narcotico-balsamiques à deux gros, sont reprises chaque deux jours, et à la quatrième, il ne restait plus de sédiment dans les urines.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX FRANÇAIS.

I. ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE.

Les cahiers de juillet et août contiennent huit articles originaux, savoir : 1° *Recherches pour servir à l'histoire pathologique du pancréas*, par M. Mondière, 2e article; 2° *observations sur les accouchemens*, par M. Guillemot. Premier mémoire : *des avortemens périodiques et des pertes utérines cachées*; 3° *mémoire sur l'hypertrophie du cœur considérée comme cause de l'apoplexie, et sur le système de Gall*, par M. Rochoux, 2e article; 4° *recherches statistiques pour servir à l'histoire de l'épilepsie et de l'hystérie*, par M. Beau, interne; 5° *remarques et observations sur la fracture et la luxation des vertèbres*, mémoire inédit, lu en 1774 à l'ancienne Académie de chirurgie, par Louis, secrétaire perpétuel de cette société. Ce mémoire est sans doute intéressant comme tout ce qui est sorti de la plume de son célèbre auteur; mais malgré l'exactitude des idées qu'il renferme, il n'est plus au niveau de nos; 6° *observations sur quelques cas remarquables de suicide*, par M. Ollivier, d'Angers; 7° *mémoire sur les caractères distinctifs du pus, et les moyens de reconnaître la présence de ce liquide dans les différens fluides auxquels il se trouve mélangé, particulièrement dans le sang*; suivi d'expériences nouvelles relatives à l'action du pus sur le sang, par M. A. Donné; 8° *mémoire sur le diagnostic du rétrécissement de l'orifice auriculoventriculaire gauche*, par M. Briquet.

OBSERVATIONS SUR LES ACCOUCHEMENS, par M. GUILLEMOT; PREMIER MÉMOIRE, DES AVORTEMENS PÉRIODIQUES ET DES PERTES UTÉRINES CACHÉES.

Le sujet traité dans ce travail est d'autant plus important que l'accident auquel il se rapporte est assez fréquent dans les grandes villes surtout. M. Guillemot rappelle qu'Hippocrate avait proscrit à tort la saignée comme moyen préventi des avortemens périodiques. Ses successeurs cependant tout en s'écartant de ce précepte n'avaient jusqu'à ces derniers temps employé d'autres remèdes pour s'opposer au retour de l'accident que les évacuations sanguines et le repos. Mais outre que ces précautions n'atteignent pas toujours le but, tous les sujets menacés de cet événement ne sont pas en état de profiter du bienfait de la saignée; une femme peu réglée et épuisée par les longues pertes des avortemens qu'elle a supportés successivement, ne peut pas en atteodre un grand bien, lorsque dans des conditions meilleures ce moyen tenté plusieurs fois ne lui a pas réussi. Dans une pareille occurrence, dit M. Guillemot, il faut chercher avec soin, et sans prévention, quelles sont les incommodités de la grossesse les plus constantes; quelles sont celles qui se font le plus ressentir aux époques des avortemens precédens. Il pense que la constipation qui accompagne ordinairement la grossesse est la cause la plus fréquente de la fosse couche. L'irritation des matières retenues long-temps dans le gros intestin et les efforts incessans que leur évacuation exige prédisposent et déterminent, suivant l'auteur, la matrice et l'œuf à l'expulsion prématurée ou avortive de l'enfant. Aussi les lavemens simples lui paraissent-ils occuper le premier rang parmi les remèdes anti-avortifs. Ils servent non-seulement à favoriser les gardes-robes, mais encore à prévenir les épreintes, qui, d'après Levret, sont les causes uniques de nombre de fausses couches, et à calmer les irritations que la grossesse développe sur les organes contenus dans le ba sin. L'auteur appuie sur plusieurs faits, dont nous allons donner la substance, l'opinion qu'il vient d'émettre.

Un second moyen qu'on a dans ces derniers temps employé contre les avortemens, c'est l'opium intérieurement, dont Burns s'est déclaré le plus chaud partisan. L'opium pourtant n'avait été donné le plus souvent dans ces cas, en Angleterre, qu'associé à d'autres médicamens, à la saignée par exemple, de sorte qu'il n'était pas facile de bien apprécier son efficacité. Aujourd'hui néanmoins que l'expérience a bien prononcé chez nous en faveur de ce remède, on peut considérer l'opium comme un des agens les plus propres à prévenir un certain nombre d'avortemens. M. Guillemot pense donc qu'il conviendrait de donner de temps en temps à la femme, suivant les époques des avortemens précédens, des gouttes de laudanum dans les lavemens dont elle fait habituellement usage. Il suffirait, ajoute-t-il, d'élever la dose de ce médicament, dans le cas où la fausse couche deviendrait imminente. Voici les faits sur lesquels repose cette première partie du travail de M. Guillemot.

TROIS AVORTEMENS SUCCESSIFS; QUATRIÈME GROSSESSE; FAUSSE COUCHE IMMINENTE; GUÉRISON A L'AIDE DES LAVEMENS OPIACÉS.

OBS. I. — Une dame, âgée de 39 ans, constitution délicate, assez mal réglée, éprouvait à chaque époque des menstrues des accès nerveux et un météorisme assez incommodes. Mariée à 34 ans, elle devint de suite enceinte et avorta à deux mois à la suite d'une frayeur. Une perte abondante qu'elle essuya à cette occasion exigea deux mois de repos et des soins.

Quelques mois après elle redevient enceinte. Nouvelle fausse couche au cinquième mois de la grosse, à l'occasion d'une course forcée. L'enfant était mort.

Une troisième grossesse a lieu peu de temps après. On pratique une saignée à quatre mois et demi. Céphalalgie violente; sangsues derrière les oreilles. Avortement presque sans douleurs, le cinquième mois. Longue convalescence.

Vers la fin de juin 1834 la femme est enceinte pour la quatrième fois. Dans le mois d'août, M. Guillemot est consulté. Il ordonne l'usage de lavemens adoucissans tous les deux jours (décoction de racine de guimauve et de pavot), et le repos, ou du moins un exercice très-modéré. Vers la fin de décembre pourtant, tous les symptômes d'un accouchement prématuré se déclarent; la femme est en travail d'enfantement. M. Guillemot fait administrer un lavement de décoction de racine de guimauve et d'une tête de pavot, avec addition de huit gouttes de laudanum de Sydenham; il ordonne en outre une potion contenant du sirop diacode et quelques gouttes d'éther sulphurique. Une demi-heure après le travail avait cessé. Les mêmes moyens ont été continués pendant quelques jours encore, puis, on est revenu aux lavemens simples. La grossesse a été portée à terme et l'accouchement a été heureux.

Dans la s conde observation, il s'agit d'une femme âgé de 37 ans, déjà mère d'un enfant de huit à dix ans qu'elle n'avait pu porter jusqu'à la fin de la grossesse. Depuis ce premier accouchement elle avait eu cinq avortemens à diverses époques de la gestation. Elle n'avait jamais dépassé le cinquième mois de la grossesse depuis qu'elle habitait Paris. Devenue enceinte pour la septième fois, cette dame a consulté M. Guillemot. L'usage habituel des lavemens adoucissans et quelquefois laudanisés, une nourriture de facile digestion, et l'emploi des préparations opiacées en cas de douleurs dans le bas-ventre et les reins, ont cette fois permis à cette dame de porter sa grossesse à terme et d'accoucher heureusement d'un enfant bien portant. Comme cependant le laudanum en lavement augmentait la constipation, cette femme a eu elle-même l'idée d'employer cette substance en frictions à la partie intérieure et supérieure des cuisses, ce qui lui a parfaitement réussi.

Le troisième fait est tiré de la pratique de M. P. Dubois, il est trop intéressant pour la thérapeutique obstetricale, pour que nous omettions de le reproduire en entier.

AVORTEMENT IMMINENT; OPIACÉS; GUÉRISON. Observation de M. P. Dubois.

OBS. II. — Madame C..., âgée de 25 ans, d'une constitution délicate, d'un tempérament éminemment nerveux, régulièrement menstruée et sujette à des accès hystériques, est accouchée successivement de deux enfans au terme de huit mois, sans cause appréciable pour expliquer sa naissance prematurée. Ces enfans étaient vivans et ont continué à vivre. Elle redevint enceinte au mois de juillet 1834. Cette grossesse suivit sa marche ordinaire, et ne fut troublée par aucun accident. Madame C..., vers la fin de novembre, cessa de sentir les mouvemens de l'enfant. Elle accoucha dans le mois de décembre, à cinq mois révolus, d'un enfant mort depuis trois semaines environ. Devenue enceinte pour la quatrième fois, en septembre 1835, elle eut une grossesse assez pénible: des douleurs de reins, un sentiment de pesanteur vers le bassin, et de légères douleurs abdominales, la forcèrent de garder le repos sur une chaise longue.

Dans le mois de février dernier à la suite de mouvemens tumultueux de l'enfant, il se manifesta vers le milieu de la nuit des douleurs abdominales et lombaires plus vives que celles qu'elle avait éprouvées jusqu'à ce jour.

M. P. Dubois fut prévenu à cinq heures du matin, et à son arrivée les douleurs se succédaient à de courts intervalles et avec tous les caractères des contractions utérines. Elles étaient accompagnées, comme dans les accouchemens précédens, des monvemens hystériques. D'ailleurs le ventre était dur pendant les douleurs, et se ramollis ait pendant leur intermittence. L'orifice utérin n'offrait aucune apparence de dilatation, la face était rouge et le pouls développé. Une petite saignée de deux palettes fut pratiquée, mais elle ne procura aucun soulagement. Une heure après, quinze gouttes de laudanum contenues dans deux onces d'eau tiède furent administrées en lavement; la même dose fut répétée deux fois en un quart d'heure d'intervalle, avec la même quantité de véhicule; une heure après l'emploi de ce moyen, les douleurs et les mouvemens convulsifs qui les accompagnaient diminuèrent.

Madame C... se plaignit de pesanteur à la tête et d'un léger assoupissement. Bientôt elle eut un véritable sommeil qui fut interrompu à neuf heures du soir, par les douleurs qui se réveillèrent, mais avec moins d'intensité et de fréquence que dans la matinée. La même quantité de laudanum fut administrée de la même manière et avec les mêmes précautions.

Madame C... passa une nuit fort calme. Deux jours après les mêmes douleurs reparurent, mais toujours plus faibles et plus rares. Vingt gouttes de laudanum furent prises en lavement; les accidens disparurent pour ne plus revenir. La grossesse parcourut ses périodes jusqu'aux derniers jours de mai 1836, époque où madame C... accoucha d'un enfant delicat, mais plein de vie. Le temps des couches se passa heureusement.

La suite de ce travail contient l'extrait de quelques observations d'un mémoire allemand que le docteur Streit vient de publier dans le journal de Siebold, sur les moyens de prévenir ou de combattre les avortemens. La méthode que M. Streit propose, et dont une expérience de dix-huit ans lui a démontré constamment l'efficacité, consiste dans l'emploi des lavemens simples avec addition d'une ou deux cuillerées d'huile de lin ou d'olive, pris régulièrement tous les deux jours, deux semaines avant l'époque où l'avortement a eu lien la dernière fois, et pendant les deux autres semaines qui suivent.

Quant à la seconde partie du mémoire de M. Guillemot, et qui a trait aux pertes utéiines cachées, nous attendrons qu'elle soit entièrement publiée pour en rendre compte.

RECHERCHES STATISTIQUES POUR SERVIR A L'HISTOIRE DE L'ÉPILEPSIE ET DE L'HISTÉRIE, par M. BEAU.

Ces recherches reposent sur 273 cas recueillis par l'auteur à la Salpêtrière, et sont distribuées sous divers titres, mais sans ordre et saos enchaînement nécessaire. Parmi les tableaux nombreux dont se compose ce travail, il en est peu dont l'utlité soit évidente et la plupart des résultats numériques obtenus sont dans le même cas; aussi nous allons nous borner à signaler seulement ceux qui diffèrent un peu des idées généralement admises.

A l'article *prodrome des attaques*, l'auteur distingue d'abord en prodromes prochains et prodromes éloignés; les premiers surviennent immédiatement avant l'attaque, et les seconds la devancent de quelques heures ou de plusieurs jours. Il a remarqué que dans la moitié des cas les attaques épileptiques étaient annoncées par des prodromes prochains, tandis que George t avait évalué environ au vingtième le nombre des cas qui offraient ces prodromes.

D'après un autre tableau nous voyons que les attaques épileptiques surviennent le jour et la nuit en proportion à peu près égale. Il n'en est pas de même des attaques hystériques qui n'apparaissent guère que le jour ou au moins que l'on n'observe jamais pendant le sommeil. Dans le tableau des causes de l'épilepsie et de l'histérie, la frayeur joue un rôle important. Cent cinq épileptiques attribuaient leur maladie à la peur sur deux cent trente-deux; et dix hystériques sur dix-neuf. L'époque de la menstruation est celle où les deux maladies ont apparu en plus grand proportion. L'auteur termine par l'exameo de l'influence des variations atmosphériques sur la production des attaques et arrive à un résultat tout-à-fait négatif.

OBSERVATION SUR QUELQUES CAS REMARQUABLES DE SUICIDE, par le docteur OLLIVIER (d'Angers).

Les deux premiers cas rapportés dans cette communication sont deux exemples *d'empoisonnement par la teinture vineuse des bulbes de colchique*. Le premier de ces cas a été rapporté déjà dans la GAZETTE MÉDICALE (année 1835, p. 794); le second a eu pour sujet la sœur même de la victime du premier, qui, placée à peu près dans les mêmes circonstances que sa sœur, employa le même moyen pour se détruire et offrit absolument les mêmes phénomènes morbides, savoir: refroidissement général; dilatation des pupilles; vomissemens continuels; crampes à la plante des pieds; absence de garde-robes; conservation complète de l'intelligence jusqu'au dernier instant; absence de symptômes tétaniques et enfin de toute lésion qu'on pût rapporter à l'action du poison.

L'auteur cite ensuite cinq faits de suicide dont deux par suspension et trois par submersion, et qui ne sont remarquables que par l'âge des sujets, qui tous avaient moins de quinze ans, et par la circonstance qu'ils se sont suicidés dans le court espace du même mois.

MÉMOIRE SUR LES CARCTÈRES DISTINCTIFS DU PUS, ET LES MOYENS DE RECONNAITRE LA PRÉSENCE DE CE LIQUIDE DANS LES DIFFÉRENS FLUIDES AUXQUELS IL SE TROUVE MÉLANGÉ, PARTICULIÈREMENT DANS LE SANG, suivi d'expériences nouvelles relatives à l'action du pus sur le sang, par le docteur Al. DONNÉ.

L'altération du sang par le pus à la suite de certaines affections est un fait généralement admis et sur l'existence duquel il ne reste plus de doute, mais il n'en est plus de même quand il s'agit de la démonstration matérielle des phénomènes auxquels on prétend le rattacher et des effets qu'on lui attribue. M. Donné, après avoir cité les recherches de Dance, de MM. Ribes, Velpeau et Gendrin, arrive à celles de M. Piorry, dont il ne partage pas l'opinion sur la nature des points gris que l'on observe quelquefois dans l'intérieur de la couenne formée au-dessus du sang tiré par la saignée et que M. Piorry regarde comme caractéristiques de la présence du pus dans ce fluide.

Ces granulations, soumises par M. Donné à l'examen microscopique, ne lui ont point offert dans leur intérieur de matière fluide comme le

pense M. Piorry; mais il a trouvé qu'elles sont formées de très-petits caillots qui sont comme emprisonnés dans la couenne, et qui laissent, lorsqu'ils ont été extraits une petite cavité proportionnée à leur grosseur. Cependant l'auteur se hâte de dire qu'il a fait cet examen à une époque où il était loin d'avoir l'expérience qu'il possède aujourd'hui.

Nous arrivons au moyen qui est propre à M. Donné. Mais avant de l'exposer il fait connaître le motif qui l'a déterminé à s'écarter de l'opinion de M. Gendrin sur l'identité, dans tous les cas, du pus dont les variétés les plus tranchées ne portent point sur les caractères essentiels et ne changent pas plus sa nature que les variétés offertes par le sang constituent des espèces réelles de ce fluide. Cette opinion qui n'est pas partagée par tous les pathologistes de l'époque, serait démontrée s'il était prouvé, comme l'admettent MM. Gendrin et Donné, que la source du pus est dans le sang, que les globules du pus ne sont autre chose que les globules du sang ayant subi une sorte de transformation.

Voici les caractères que possède le pus, à quelque variété qu'il appartienne :

1° Traité par l'ammoniaque concentré, il se transforme en une gelée transparente d'une grande ténacité; il suffit d'une petite portion de pus dans de l'eau pour produire cet effet avec l'ammoniaque.

2° Examiné au microscope, le pus se montre sous la forme d'un liquide dans lequel nagent une multitude de globules dont le diamètre offre presque le double de ceux du sang. Ils ne sont point lenticulaires comme ceux du sang, mais sphériques et comme ridés. Traités par l'ammoniaque concentré, les *globules du pus ne se dissolvent pas* et on les retrouve intactes sous le microscope. Ce caractère paraît essentiel, c'est sur lui que l'auteur fonde en partie l'analyse des liquides purulens. Ainsi le sérum du sang, le mucus de la salive, la bile, l'urine, l'albumine dissoute dans l'eau, mis en contact avec l'ammoniaque, ne produisent rien de semblable à ce qui se passe lorsqu'on fait agir le même réactif sur un liquide purulent.

Voici le moyen que M. Donné indique encore comme le plus facile pour distinguer les mucus du pus dans les cas douteux et où cette distinction peut être de quelque intérêt. On met les crachats dans un tube de verre fermé à l'une de ses extrémités, avec une quantité d'eau indéterminée; on agite fortement le tube à diverses reprises, et on verse une quantité du liquide dans un verre de montre, on y ajoute ensuite de l'ammoniaque concentré; pour peu qu'il y ait du pus, la matière se prend en gelée, et ne forme plus qu'une masse que l'on ne peut diviser en la transvasant. Si, au contraire, les crachats ne contiennent que du mucus, la liqueur reste filante. Le sperme pourrait être confondu avec le pus en ne considérant que le caractère dont il est question ici; et l'inspection microscopique peut être nécessaire pour distinguer ces deux liquides; mais la forme des animalcules spermatiques suffira toujours pour constater la présence du sperme. Le sang, aussi, lorsqu'il est coagulé, forme une exception. L'ammoniaque agit sur lui à peu près comme sur le pus, ou du moins il devient alors impossible de distinguer par ce moyen le sang contenant du pus, du sang pur et sans mélange; et cependant c'est là surtout ce que l'on devrait le plus désirer d'obtenir.

M. Donné propose un moyen d'arriver à cette distinction; ce moyen est fondé sur l'action dissolvante qu'exerce l'ammoniaque sur les globules sanguins, en laissant intacts les globules de pus. Cette action ne peut être sensible qu'à l'aide du microscope. Voici comment l'auteur emploie le procédé propre à l'obtenir. « Si après avoir examiné le sang au microscope il reste du doute sur la nature de quelques globules, on met une goutte de sang sur la lame du verre, puis une petite quantité d'ammoniaque concentrée est mêlée au sang et aussitôt les globules de pus, s'il en existe, se montreront intacts et parfaitement distincts, soit que le sang ait été complétement dissous, soit qu'un certain nombre de ses globules ait échappé à l'action de l'ammoniaque; dans ce dernier cas, ils seront tellement pâles, que ceux du pus trancheront d'une manière remarquable. » L'emploi de ce moyen présente tant de difficultés qu'il ne peut devenir d'une application générale.

M. Donné termine son mémoire par un fait très-curieux, bien digne de fixer l'attention des physiologistes, c'est l'influence qu'exerce le pus sur le sang sorti de la veine. Lorsqu'on mêle un peu de pus louable à du sang au moment où il sort de la veine, le caillot se forme comme si le sang était pur; mais au bout de huit, douze ou vingt heures, le caillot devient diffluent et finit par se dissoudre entièrement, tandis que le sang pur présente encore ses élémens solides et parfaitement distincts; si la proportion du pus est considérable, la liquéfaction du caillot peut commencer en moins de deux ou trois heures. En examinant ce sang à différens intervalles, voici ce que l'on observe : l'enveloppe colorée des globules sanguins commence par se rider, se plisser; en même temps le noyau central devient opaque comme s'il s'infiltrait; bientôt le globule perd sa forme ovalaire et régulière; plus tard son enveloppe se déchire et se dissout, et le noyau central apparaît dans le liquide tout-à fait analogue à un globule purulent. Dans cet état, il est impossible de distinguer les véritables globules de pus des globules sanguins modifiés. Bien plus encore, le sang liquéfié par le pus produit à son tour le même effet sur le sang avec lequel on le met en contact. Si le pus est mélangé avec le sang lorsque celui-ci est refroidi il n'exerce plus aucune action sur le fluide sanguin.

Quelle est la cause de cette transformation? est-elle purement chimique ou se rattache-t-elle à une propriété vitale du sang. Se passerait-il quelque chose d'analogue dans l'économie chez les sujets chez lesquels on voit se former avec une rapidité étonnante des collections considérables de pus? De nouvelles expériences pourront seules répondre à ces questions. Nous espérons que M. Donné continuera ces recherches pleines d'intérêt.

MÉMOIRE SUR LE DIAGNOSTIC DU RÉTRÉCISSEMENT DE L'ORIFICE AURICULO-VENTRICULAIRE GAUCHE; par M. BRIQUET, médecin à l'hôpital Cochin.

L'auteur commence par démontrer que le diagnostic du rétrécissement des orifices du ventricule gauche, est encore à établir, et exprime l'espoir que ses recherches avanceront les connaissances sur ce point. Il expose ensuite avec une rare bonne-foi comment il fut amené à les entreprendre. Ayant trouvé dans son service quelques malades chez lesquels un bruit de soufflet très-prononcé ne se faisait entendre qu'à la partie inférieure de la région précordiale, il apprit qu'on croyait avoir remarqué à la Charité que ce bruit ainsi limité correspondait à un rétrécissement d'un orifice auriculo-ventriculaire, et que M. Rayer avait entrevu cette coïncidence, et fixa son attention sur ce point. Bientôt il eut occasion d'observer le bruit de frottement à la région inférieure du cœur chez un malade qui, à l'autopsie, offrit un rétrécissement de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche. Depuis il a consulté ses notes, et y a trouvé deux observations de semblable rétrécissement; mais dans l'une d'elles la limite du bruit n'était pas donnée d'une manière assez explicite pour être rapportée. Il se borne donc à reproduire les deux autres faits : nous allons en extraire ici ce qui a rapport à l'objet du mémoire. Le premier sujet présentait un bruit de soufflet qui a tous les jours été écouté avec soin, et qui ne s'est jamais entendu que vis-à-vis des ventricules, et qui avait son maximum d'intensité vis-à-vis du ventricule gauche. A l'autopsie, on trouva l'orifice auriculo-ventriculaire de ce côté réduit à une longue fente transversale de dix lignes, à bords épais, arrondis, formant un bourrelet ridé et rugueux, et représentant une espèce de glotte.

Chez le second sujet, le premier bruit du cœur était sourd et prolongé; il se terminait par un bruit de soufflet très-prononcé vers la partie supérieure des ventricules, moins prononcé vers leur partie inférieure, mais néanmoins plus fort à gauche qu'à droite. On ne retrouve plus ce bruit de soufflet au-dessus de la troisième côte, et les deux bruits du cœur s'y entendent avec leur timbre et leur impulsion normaux. A l'autopsie, l'orifice auriculo-venticulaire gauche offrait un rétrécissement tel, qu'à peine on pouvait introduire le bout du petit doigt.

Voilà deux faits bien positifs de bruit de soufflet au premier temps, coïncidant avec un rétrécissement de l'orifice auriculo-ventriculaire; mais en est-il toujours de même? et une fois cette première question établie, peut-on déterminer exactement la partie de la région précordiale qui correspond aux différentes parties du cœur? Quoi qu'il en soit, les faits publiés ici par M. Briquet, et les importantes considérations dont il les accompagne, ont une valeur réelle; ils peuvent mettre sur la voie d'un diagnostic plus précis qu'il ne l'a été jusqu'à présent.

II. REVUE MÉDICALE FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE.

Les cahiers de juillet et août contiennent sept articles ou mémoires originaux : 1° *de l'imagination considérée sous le rapport médical*, par M. J.-B. Boucher de la Villejoissy; 2° *mémoire sur la rupture du vagin et de la matrice pendant la grossesse et l'accouchement*, par M. Mondière, premier article; 3° *mémoire sur l'efficacité de l'acétate de morphine dans le choléra-morbus*, par M. François Gérard; 4° *nouvelles observations de psycologie sur les effets d'une association intime, à l'occasion des jumeaux siamois*, par J.-J. Virey; 5° *mémoire sur les rapports des sexes dans les naissances de l'espèce humaine*, par Ch. Giron de Buzareingues; 6° *mémoire sur les positions occipito-postérieures, réfutant l'opinion de M. Capuron à ce sujet*, par M. Villeneuve; 7° *histoire du choléra épidémique qui a*

régné à Beaucaire pendant les mois de juillet, août, septembre octobre et novembre 1835, par M. Bland, 2e article.

MÉMOIRE SUR LA RUPTURE DU VAGIN ET DE LA MATRICE PENDANT LA GROSSESSE ET L'ACCOUCHEMENT; par M. MONDIÈRE.

C'est pour répondre à la question que la société médicale d'émulation de Paris avait mise au concours pour l'année dernière, que M. Mondière a composé ce mémoire. Son travail a été couronné. L'auteur commence par exposer l'historique générale des ruptures de la matrice et du vagin; il croit, d'après l'autorité de Sue et de Portal, que c'est en Italie que les premières observations de ces lésions ont été faites par Benivieni de Florence, qui vivait à la fin du quinzième siècle. Benivieni, en effet, est le premier auteur connu qui se soit occupé d'anatomie pathologique; son ouvrage est intitulé: *De abditis nonnullis ac mirandis morborum et sanationum causis, in-4°*, Florent. 1507. Ce livre dont nous avons lu un extrait, s'occupe principalement de l'anatomie pathologique, du squirrhe de l'estomac, de l'altération de l'épiploon, des calculs biliaires et des concrétions sanguines qu'on trouve dans les gros vaisseaux après la mort; mais il ne paraît pas pourtant rapporter aucune observation concernant les ruptures de la matrice et du vagin; de sorte qu'il pourrait bien se faire, à la rigueur, que les autorités citées par M. Mondière à cet égard l'aient induit en erreur.

M. Mondière entre ensuite en matière en abordant l'étude des ruptures du vagin; il examine la question de savoir si le vagin peut se rompre pendant la grossesse, et il la résout négativement; il croit, en effet, que cet accident ne peut arriver que par le passage du fœtus et les efforts de la parturition. L'auteur, cependant, n'a pas réfléchi que la rupture en question pouvait arriver dans toutes les époques de la vie, par l'action de corps vulnérans extérieurs. Un fait de cette espèce s'est présenté, il y a deux ans, à Montpellier, sur une demoiselle qui, en tombant de très-haut, s'est empalée par le vagin sur une sorte d'échalas qui est entré par ce canal jusque dans le ventre; la malade guérit.

Nous arrivons aux ruptures du vagin pendant l'accouchement. Ici les faits sont en assez grand nombre, bien que d'ailleurs cette lésion soit moins fréquente que celle de la rupture de la matrice. Six observations tirées d'ouvrages déjà connus, soit anciens, soit modernes, servent de base à cette partie du travail de M. Mondière. Il résulte de ces faits que la rupture vaginale se déclare subitement pendant les efforts de l'accouchement, par une une sorte de douleur très-aiguë, accompagnée d'un sentiment de déchirement intérieur, comme la rupture de tous les autres organes creux en général, tels que le pharynx, l'estomac, la vessie, etc. La rupture du vagin n'a lieu ordinairement qu'à sa paroi postérieure et vers son attache au col utérin; très-souvent le col de la matrice est lui-même déchiré en même temps. L'enfant et le placenta se précipitent dans le bas-ventre pour l'ordinaire, les intestins peuvent même quelquefois s'échapper par la déchirure, et occasionner des symptômes d'étranglement; du sang s'épanche dans l'abdomen et la malade meurt le plus souvent, tantôt d'hémorrhagie, tantôt de péritonite. Dans quelques cas cependant, la guérison peut avoir lieu, c'est lorsque la déchirure n'est pas très-étendue, qu'il n'y a pas hémorrhagie grave, que l'extraction de l'enfant et du délivre a pu être faite à temps, et que la réaction n'ait pas été très-forte.

Bien que les faits sur lesquels ce travail est basé ne soient pas neufs, la manière dont ils sont rapprochés, la critique judicieuse et les commentaires pleins de justesse qui les accompagnent, donnent à cette partie du mémoire de M. Guillemot une importance réelle. Nous attendrons que le reste soit entièrement publié, pour rendre compte de la partie qui a trait aux ruptures de la matrice.

MÉMOIRE SUR L'EFFICACITÉ DE L'ACÉTATE DE MORPHINE DANS LE CHOLÉRA-MORBUS; par M. François GÉRARD, D.-M.

De toutes les médications que M. Gérard a employées ou vu employer dans le traitement du choléra-morbus, c'est l'acétate de morphine qui lui a offert le plus d'avantages, à tel point même que sur 99 malades il dit avoir obtenu 81 guérisons. L'auteur dit n'avoir point observé d'effets fâcheux de ces congestions viscérales que quelques praticiens redoutaient de provoquer en administrant les opiacés à haute dose, comme étant d'une bien faible importance. Quant à la congestion cérébrale et pulmonaire que l'on a si souvent observée, il l'attribue plutôt à l'action de la maladie qu'aux effets de ce médicament.

Il cite, parmi les effets de cette médication, d'abord la cessation facile des vomissemens, surtout lorsqu'elle était employée de bonne heure, ensuite la réaction consécutive ne tardait pas à se manifester sans trouble, et la plupart des autres symptômes s'arrêtaient successivement. Lorsque les secours de l'art avaient été, au contraire, longtemps différés, alors les effets de ce médicament étaient moins sensibles, les vomissemens et les autres symptômes se prolongeaient davantage, la réaction consécutive était beaucoup plus difficile et se confondait assez souvent avec un état de collapsus qui aurait, à la moindre imprudence, occasioné une terminaison fatale.

M. Gérard ne donne pas cependant l'acétate de morphine comme le spécifique du choléra-morbus. Voici la manière dont il l'employait. Il l'administrait d'abord à la dose d'un quart de grain toutes les demi-heures, jusqu'à ce que les symptômes alarmans fussent dissipés, et il le supprimait aussitôt que les crampes, la diarrhée et les vomissemens étaient modérés, ou que la réaction consécutive s'était prononcée.

L'auteur dit que d'autres praticiens d'Avignon ont employé le même moyen avec moins de succès, ce qu'il attribue à la faiblesse des doses qu'ils administraient (un huitième de grain à des intervalles très-éloignés et sans persévérance), et aussi à la diversité des moyens qu'ils joignaient à l'acétate de morphine, tels que la saignée, les sangsues, les ventouses, l'ammoniaque, le sulfate de quinine, etc.

Neuf observations sont rapportées à l'appui des assertions de l'auteur; elles offrent toutes les symptômes les plus graves: le refroidissement général, les crampes, l'extinction de la voix, la suppression des urines. Chez un seul de ces malades, la quantité d'acétate de morphine nécessaire pour amener la réaction et dissiper les accidens les plus graves, a été de deux grains; chez tous les autres elle a varié d'un grain à un grain trois quarts.

Nous avons exposé les résultats que M. Gérard dit avoir obtenus de la médication par l'acétate de morphine; cependant nous ne pouvons terminer cette analyse sans exprimer le regret que l'auteur ait négligé de nous faire connaître à quelle époque, depuis l'invasion de la maladie, à Avignon il a commencé à faire usage de l'acétate de morphine; car, ainsi que le savent tous les praticiens, il y a une grande différence dans les maladies épidémiques sous le rapport du pronostic, entre les cas qui se montrent au début de la maladie, et ceux que l'on observe à la fin. L'oubli que nous signalons ici, nous le retrouvons aussi dans la plupart des recherches thérapeutiques du même genre.

MÉMOIRE SUR LES POSITIONS OCCIPITO-POSTÉRIEURES, réfutant l'opinion de M. Capuron à ce sujet; par M. VILLENEUVE, chirurgien en chef et professeur d'accouchement de l'hospice de la Maternité de Marseille.

Dans la séance du 2 novembre 1833 de l'Académie de médecine, M. Capuron a lu un mémoire sur l'impossibilité de l'accouchement naturel et la nécessité du forceps dans les positions occipito-postérieures. M. Villeneuve répond aujourd'hui au mémoire de M. Capuron, en soutenant la thèse contraire. Il rapporte laconiquement seize observations tirées en grande partie de sa pratique à la Maternité de Marseille, pour prouver que dans la troisième et quatrième positions occipito-postérieures, l'accouchement peut se faire naturellement et sans aide de forceps, si le bassin et l'enfant sont normalement conformés. A l'aide du raisonnement et de l'observation directe, M. Villeneuve arrive enfin aux conclusions suivantes:

1° Que l'accouchement peut avoir lieu par les seules forces de la nature, toutes les fois que le bassin de la mère et la tête de l'enfant auront des diamètres normaux;

2° Qu'il s'opère encore plus facilement, le bassin étant dans l'état normal et la tête présentant des diamètres plus petits;

3° Qu'il s'opère encore plus facilement à travers un bassin plus grand que d'ordinaire en rapport avec un gros enfant;

4° Qu'il est impossible toutes les fois que le diamètre sacro-pubien (détroit-inférieur) n'aura que trois pouces et demi;

5° Qu'il faut au moins trois pouces et trois quarts de diamètre sacro-pubien, en supposant que l'enfant n'ait qu'un diamètre mento-bregmatique de deux pouces trois quarts;

6° Qu'il faut enfin que la partie sterno-dorsale supérieure de l'enfant puisse occuper l'espace d'un pouce.

Il est bien entendu que M. Villeneuve n'établit ces conclusions qu'à l'exception de l'influence relative 1° à une première grossesse; 2° à la mauvaise conformation des parties molles et à leurs maladies, comme le squirrhe; etc; 3° à la rigidité de l'orifice, du vagin et de la vulve, et 4° à une inclinaison quelconque des positions occipito-postérieures, etc.

III. JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE.

Les cahiers des mois de juillet et août contiennent les mémoires et articles originaux suivans: 1° *mémoire sur les anus contre-nature dé-*

pourvus d'éperon, par M. Velpeau. Nous rendrons compte de cet intéressant travail dans la revue des numéros où la publication en a été complétée; 2° *colique et paralysie saturnines produites par l'acétate de plomb administré à haute dose à l'intérieur*, par M. L. Tanquerel des Planches; 3° *de quelques faits intéressans observés dans le service de M. Rostan pendant l'année* 1835, par M. Duplay; 4° *observation sur un fœtus présentant une éventration congénitale*, par M. Lacroix; 5° *résumé trimestriel de la clinique médicale de M. Forget, professeur à la Faculté de Strasbourg*; 6° *de l'onexie*, par M. Jardon, de Boulogne-sur-Mer.

COLIQUE ET PARALYSIE SATURNINE, produites par l'acétate de plombp administré à haute dose à l'intérieur pour combattre une hypertrophie du cœur; mort; par le docteur TANQUEREL DES PLANCHES.

La science possédait déjà d'assez nombreux exemples de paralysie et de colique saturnine produites par le plomb et ses composés administrés à doses médicamenteuses par les voies digestives; mais jusqu'à ce moment on n'avait point encore enregistré dans les annales de la science un cas de mort survenu à la suite de la colique et de la paralysie de plomb produites par les médicamens saturnins. L'observation suivante nous semble donc mériter d'être reproduite ici.

OBS. — Thuilier, peintre en bâtimens, âgé de 21 ans, d'une assez faible constitution, entre à la Charité le 16 juin 1834, pour se faire traiter d'une hypertrophie du cœur; il avait commencé à pratiquer son état à l'âge de 12 ans, et l'avait abandonné au bout de trois ans, à la suite d'une colique de plomb avec tremblement des membres qui avait duré trois mois; à 19 ans, il avait repris son état; il eut encore, au bout de peu de temps, une colique de plomb assez légère, puis les chagrins, la tristesse, et enfin des palpitations continues dont l'intensité allait en croissant, le forcèrent à entrer à l'hôpital, où il offrit quelques-uns des symptômes de l'hypertrophie du cœur. Une saignée modéra ces symptômes et surtout les palpitations; mais plusieurs applications de sangsues et la digitale furent sans effet; alors on ordonna trois grains d'acétate de plomb en pilules, et qui furent élevés successivement à 24 grains jusqu'au 18 août, et continués pendant quatre jours. La constipation, puis des vomissemens, des coliques, des douleurs dans les membres inférieurs, firent suspendre ce traitement.

Ces symptômes furent en augmentant, et la colique de plomb parfaitement caractérisée. Six jours du traitement de la Charité suffirent pour les faire disparaître complètement; mais les palpitations ayant reparu peu de temps après, on voulut revenir à l'acétate de plomb, qui fut élevé graduellement jusqu'à trente grains par jour, et presque sans aucun effet physiologique et thérapeutique. Après que cette dose eut été continuée pendant quelques jours, le malade fut pris presque subitement de douleurs dans la région abdominale d'une telle intensité, qu'il s'agitait comme en fureur et poussait des cris aigus. L'haleine avait une fétidité extraordinaire *sui generis, comme métallique*; le pouls donnait 50 à 52, la peau offrait sa chaleur naturelle. L'huile de croton tiglium fut prescrite aux doses de 2, 4, 6, 8, et enfin 10 gouttes, et à cette dernière dose seulement il y eut quatre selles dans les 24 heures.

Sous l'influence de cette médication continuée, la colique diminua sensiblement; mais en même temps apparurent les symptômes de la paralysie, qui eut bientôt envahi la totalité des membres supérieurs, mais avec exaltation de la sensibilité; les douleur atroce persistèrent jusqu'au dernier moment avec l'intégrité de l'intelligence.

Autopsie. Le cerveau n'offre rien d'anormal; la cavité arachnoïdienne de la moelle renferme à peu près deux cuillerées de sérosite transparente, tout le reste paraît à l'état sain.

La plupart des nerfs importans, tous les plexus, le pneumogastrique et le grand sympathique, sont disséqués avec le plus grand soin, et n'offrent la trace d'aucune lésion appréciable.

L'estomac et les intestins n'offrent ni injection ni rétrécissement. Le cœur surpasse le volume du poing du sujet; la cavité du ventricule gauche est évidemment dilatée; le ventricule droit et les deux oreillettes ne semblent pas hypertrophiés.

Cette observation est d'une haute importance sous le rapport pratique; elle nous fournit un exemple remarquable, ainsi que le fait remarquer M. Tanquerel avec beaucoup de justesse, de l'action funeste qu'exercent dans quelques cas les substances qui jouissent de la propriété de ne produire des effets que quand elles ont été introduites en grande quantité dans l'économie, bien que successivement ou graduellement. Et certes le plomb est l'une des substances chez lesquelles cette propriété est le plus prononcée, ainsi que l'étude de la colique de plomb ne le démontre que trop. C'est un écueil contre lequel les praticiens ne se tiennent pas toujours en garde, et que cette observation est propre à rappeler à la mémoire.

Nous n'avons pas besoin de faire remarquer que chez ce sujet on n'a trouvé aucune altération qui eût rapport aux phénomènes morbides appartenant à la colique. Quant à l'hypertrophie du cœur que l'on avait soupçonnée avant la mort, elle a été si peu prononcée sur le cadavre, qu'on doit plutôt attribuer à une névrose les symptômes si intenses qu'avait offerts le malade, et surtout les palpitations. Nous terminerons en citant le passage suivant, sur les affections saturnines, de M. Tanquerel, qui a publié de bons travaux sur ces maladies.

« Sur 148 individus affectés de coliques de plomb, dont nous avons suivi la maladie à l'hôpital de la Charité, pendant les années 1833 et 1834, nous n'en avons rencontré que 25 chez lesquels il n'existait aucune douleur saturnine, tant dans les membres supérieurs que dans les inférieurs; 88 de ces malades ne ressentirent de douleurs que dans les membres abdominaux; 22 eurent les extrémités supérieures et inférieures affectées de douleurs; toutefois l'exaltation de sensibilité de ces derniers était beaucoup plus vive; dans cinq cas, les douleurs furent aussi fortes dans les membres thoraciques que dans les abdominaux; enfin 8 malades éprouvèrent des douleurs plus aigues dans les extrémités supérieures que dans les inférieures.

DE L'ONEXIE OU ONYXIS, par M. JARDON, de Boulogne-sur-Mer.

Sous cette dénomination l'auteur de cet article entend désigner, ainsi que cela avait déjà été fait par M. Blandin, la maladie de l'ongle communément appelée ongle incarné, ongle entré dans les chairs. Bien que ce travail ne renferme rien qui ne soit déjà connu, néanmoins, comme l'étiologie et la pathogénésie de l'ongle incarné y sont développées d'une manière plus exacte et plus complète qu'on ne l'avait fait jusqu'à ce jour, nous allons en extraire la substance.

Il y a, comme on sait, deux espèces d'onyxis, l'une dépendant de causes externes toutes locales et mécaniques, et qui pourrait être appelée traumatique, l'autre dépendant au contraire de quelque vice constitutionnel ou dyscrasique. La première présente deux variétés principales par rapport au siége, savoir celle qui émane des sillons latéraux qui reçoivent les bords de l'ongle du gros orteil, et celle qui a pour siége la racine ou plutôt la matrice de l'ongle. La seconde offre à la rigueur autant de variétés qu'il y a de causes capables de la produire, mais quant au siége, elle occupe ordinairement tout le sillon sécréteur de l'ongle.

Parmi les causes de la première espèce, M. Jardon place avec raison en première ligne la direction, ou mieux la forme vicieuse de l'ongle du gros orteil, produite par l'habitude de chaussures trop étroites qui, le comprimant incessamment d'un côté à l'autre, finissent par augmenter sa courbure transversale à ce point que les extrémités de cette courbure, c'est-à-dire les bords latéraux, deviennent presque perpendiculaires au sol, et conséquemment aussi aux chairs sous-jacentes. On conçoit même que ces pressions latérales doivent, un peu plus tôt, un peu plus tard, mais toujours sûrement, déformer l'organe générateur aussi bien que son produit. Vainement alors arrachera-t-on l'ongle dont la direction sera devenue vicieuse, la cause secondaire mais puissante de cette direction se trouvant dans la forme acquise de la matrice, sur laquelle il doit forcément se mouler; il repoussera vicieux au même degré.

Des chaussures trop courtes et en même temps fort étroites déterminent bien plus rapidement encore l'incarnation de l'ongle, que celles dont l'étroitesse constitue le seul défaut. Dans ce cas, en effet, il n'y a pas seulement pression latérale, il y a encore pression très-forte de haut en bas à la surface de l'ongle, et refoulement en arrière et en haut de la pulpe de l'orteil; de là blessure et ulcération suppurative de la gouttière de l'ongle.

Dupuytren a cent fois fait voir à sa clinique, et M. Jardon dit l'avoir aussi vérifié lui-même tant sur les cadavres que sur lui-même, que l'ongle entrée dans les chairs, même à un faible degré, présente le bord correspondant au côté malade beaucoup plus incurvé que dans l'état normal et tend à devenir perpendiculaire au sol.

La variété la plus fréquente de l'onyxis est, d'après M. Jardon, celle qui attaque le bord latéral interne de l'ongle du gros orteil. Nous pouvons assurer cependant avoir observé le contraire; l'onyxis du côté externe de cet ongle nous a paru plus fréquent que l'autre. Voici néanmoins les raisons qui paraissent militer en faveur de la première opinion. La pression de la chaussure s'exerce sur le gros orteil principalement de dedans en dehors. La pression que des chaussures étroites font subir dans ce sens à l'orteil principal est telle, qu'elle peut aller jusqu'à le luxer incomplètement sur son métatarsien ou sur sa première phalange. Cela a lieu surtout si le soulier dont on fait habituellement usage est pointu. Dans l'état naturel en effet le gros orteil s'écarte à peine de la direction de son métatarsien; le soulier pointu, dont la pointe répond vers l'axe longitudinal du pied, oblige nécessairement le gros orteil à se tourner en dehors et à faire un angle saillant avec son métatarsien; de là une protubérance au sommet de cet angle formé par l'articulation métatarso-phalangienne qui devient le siége de callosités douloureuses; de là la déformation de l'avant-pied et l'onyxis dont il s'agit. Ce mécanisme cependant nous paraît pouvoir s'appliquer tout aussi bien à l'onyxis latéral interne qu'à l'externe. M. Jardon lui-même est obligé d'en convenir, car il ajoute un peu plus loin, que la dévia-

tion en dehors de l'orteil principal, sa luxation incomplète dans ce sens s'accompagne presque toujours d'une sorte de torsion de la deuxième phalange ou des deux à la fois, torsion qui porte le bord externe de l'ongle en bas, à une petite distance du sol, et élève d'une quantité relative son bord interne. L'appui sur le sol se fait dès lors d'une manière vicieuse et s'effectue principalement sur la partie externe de la pulpe du doigt, qui fortement refoulée en dehors et en haut, et comprimée dans ce sens par le bord tranchant de l'ongle, dirigé verticalement par l'effet de la torsion, s'irrite et se laisse bientôt couper par lui; de là un onyxis des plus graves. C'est à cette cause qu'il faut rapporter une grande partie, sinon la totalité des ongles incarnés qui ont leur siége au côté externe du gros orteil.

Quant à l'onyxis de la matrice onguéale, qu'on pourrait appeller radical ou matriculaire, pour le distinguer des latéraux dont nous venons de parler, M. Jardon prétend que c'est ordinairement à la suite du passage ou de la chute d'un corps grave sur le gros orteil que cette affection se développe. Sans nier cette dernière cause, nous croyons au contraire que l'ulcération de la matrice de l'ongle a le plus souvent lieu par l'action des souliers trop courts et étroits.

La seconde espèce d'onyxis enfin paraît, d'après plusieurs auteurs, reconnaître pour principe la syphilis ou la scrophule. C'est peut-être là un point de pathologie qui mérite encore d'être éclairci par de nouvelles recherches; car il pourrait bien se faire qu'on ait pris la présence de ces vices constitutionnels comme la cause déterminante de la maladie, alors qu'il n'y avait que simple coïncidence avec une cause mécanique méconnue.

Dans la prochaine revue nous rendrons compte du reste du travail de M. Jardon qui va être publié.

PULSATIONS VEINEUSES REMARQUABLES DE TOUTES LES VEINES SUPERFICIELLES DES MEMBRES SUPÉRIEURS ET DU COU; CALCULS BILIAIRES; ABCÈS DU FOIE; GASTRO-ENTÉRITE; MÉNINGITE ET ENDOCARDITE PSEUDO-MEMBRANEUSE, avec insuffisance des valvules sygmoïdes aortiques; par M. CHARCELAY, interne.

OBS. — Le nommé Langlois, âgé de 26 ans, d'une constitution peu robuste, est admis, le 30 juillet 1835, à la Charité, offrant des symptômes d'une affection organique du cœur avec ascite, diarrhée; état fébrile prononcé; trois saignées de quatre palettes chacune sont pratiquées, et dix sangsues sont appliquées derrière chaque oreille.

Le 15 août, peau brûlante, sèche; tête moins pesante; intelligence intacte; battemens du cœur moins énergiques; légers bruits de souffle au premier et au dernier bruit; pulsation générale de toutes les veines superficielles des deux membres supérieurs, ainsi que des jugulaires externes surtout du côté droit. Ce battement veineux est bien plus sensible sur les veines dorsales de la main que sur celles de l'avant-bras, et du bras surtout, très-apparent sur la veine jugulaire externe droite, où il se fait évidemment de bas en haut. On ne peut distinguer son mode de production sur les membres supérieurs; si on étudie les rapports de la pulsation artérielle avec les pulsations veineuses, on voit qu'à distance égale du cœur et à quelque distance que ce soit, la seconde suit immédiatement la première. La pulsation veineuse est sensible au toucher, mais on ne la trouve ni dans les veines du tronc, ni dans celles des membres inférieurs.

A l'autopsie on trouve la valvule tricuspide insuffisante, et offrant sur une de ses languettes un dépôt de fibrine pseudo-membraneuse, assez ferme en certains points, plus molle dans d'autres. Sur sa face ventriculaire, près de l'ouverture de l'artère pulmonaire, couche pseudo-membraneuse, peu consistante, blanche, jaunâtre, comme formée de pus concret.

La valvule mistrale est épaissie, dure, blanche, opaque, à bords irréguliers, parsemés de petits noyaux durs, suffisans; elle offre aussi quelque traces de rougeur avec épaississement, ramollissement et friabilité; aorte saine; valvules sygmoïdes aortiques singulièrement altérées, grises, brunâtres, fort épaisses, opaques, friables, obstruant complètement la lumière de l'aorte; l'une d'elles conserve néanmoins à peu près sa forme normale; la seconde est contournée en cornet d'oubli et percée à sa partie inférieure; la troisième enfin, plus déformée que les autres, offre la forme d'un coquillage allongé et tourné en spirale. Ces valvules semblent transformées en matière fibreuse déjà elle-même altérée, grisâtre et membraneuse superficiellement, et au centre, rouge, granulée, moins avancée en organisation.

La rate présente quelques noyaux d'induration et des points assez mous, rouges, gorgés de sang, friables, et le foie de nombreux abcès de nature et de volume différens, dont les plus petits ne sont que des dilatations vasculaires des conduits hépatiques, ne contenant que de la bile jaune, plus ou moins concrète et dure, et même quelques petites concrétions calculeuses. D'autres abcès plus gros, à parois plus épaisses, contiennent de la bile et du pus mêlés ensemble ou du pus seul.

A la suite de cette observation, dont nous n'avons reproduit que les principaux traits, l'auteur cite sept cas où des pulsations ont été observées, et empruntés à différens auteurs ou recueils périodiques, et rappelle que deux théories ont été avancées pour l'explication de ce phénomène, auquel on a quelquefois attaché beaucoup plus d'importance qu'il n'en méritait. L'une, d'après laquelle ces battemens se passent des radicules au tronc veineux, et conséquemment les attribue à l'influence du ventricule gauche, qui les produirait à travers les capillaires; ce ne seraient donc que des pulsations artérielles prolongées; l'autre, la plus généralement adoptée, reconnaît pour unique cause de ces battemens veineux l'action du ventricule droit par suite de la lésion de la valvule auriculo-ventriculaire de ce côté. La plupart des cas où le pouls veineux était très-prononcé, rentrent dans cette dernière catégorie. Cependant il en est quelques-uns où l'on n'a trouvé aucune altération, ou seulement quelque altération de l'aorte ou des gros vaisseaux voisins.

NÉVRALGIE ASCENDANTE AVEC ACCÈS ÉPILEPTIQUE(NÉVRITE; HYPERNÉVROTROPHIE SUR LE LIEU D'OÙ PARTAIT LA DOULEUR; HÉMO-DERMITE VARIOLEUSE; ENTÉRITE TYPHOÉMIQUE. MORT.

Ce titre nous retrace en abrégé l'histoire d'une maladie pleine d'intérêt sous divers points de vue. Nous ne nous arrêterons cependant qu'à ce qui concerne les accès épileptiques et la névrite. Bien que la science possède déjà un certain nombre de faits semblables, nous n'hésitons pas cependant à retracer les détails les plus importans de celui-ci. Le sujet, âgé de 17 ans, éprouvait depuis 10 ans des attaques d'épilepsie dont l'origine était obscure et à des intervalles irréguliers.

Chaque attaque commençait par une douleur qui se faisait sentir à la partie antérieure et inférieure de l'avant-bras droit, entre les tendons des muscles fléchisseurs très-près du poignet. Elle consistait en un engourdissement qui durait une minute et demie, sans que le malade fût atteint du moindre accident cérébral. C'était seulement après ce temps que la maladie remontait vers le bras et semblait arriver jusqu'à la tête; alors les yeux se convulsaient, le malade perdait connaissance, écumait, se mordait la langue et éprouvait, pendant quelques minutes, des convulsions épileptiformes. Entre les accès, l'intelligence restait singulièrement affaissée.

Le malade croyait sentir une tumeur entre les tendons des muscles fléchisseurs de l'avant bras, et il pouvait arrêter lui-même ou à l'aide des assistans, les accès au moment de leur invasion en exerçant une compression très-forte sur l'avant-bras et au-dessus du lieu où la douleur prenait son point de départ.

Le malade ayant été enlevé par la petite vérole ainsi que l'indique le titre de l'observation, on examina avec soin le nerf du côté droit; et on le trouva beaucoup plus gros au niveau du poignet que celui du côté opposé. Son hypertrophie allait en augmentant à mesure qu'on le considérait plus près de sa division dans la main. Là il présentait plusieurs rameaux vasculaires très-développés, formant trois troncs volumineux, et donnant naissance à des ramuscules très-déliés et très-nombreux, et offrant en totalité et sur une étendue d'environ sept à huit lignes, une couleur rouge très-prononcée, mais sans ramollissement ni induration. Le nerf du côté gauche ne paraissait pas rouge. Ces deux portions de nerf pesées ont offert: celle du côté droit un poids de huit décigrammes, deux centigrammes; celle du côté gauche, de six décigrammes, neuf centigrammes. Le bras droit n'était pas plus gros que le gauche.

IV. BULLETIN DE THÉRAPEUTIQUE.

DE L'EMPLOI DE L'INDIGO DANS LE TRAITEMENT DE L'ÉPILEPSIE.

C'est M. Idler, médecin des aliénés et des épileptiques à l'hôpital de la Charité de Berlin qui, le premier, proposa l'emploi de l'indigo dans le traitement de l'épilepsie. Voici la formule sous laquelle il l'administre :

Prenez : Indigo en poudre,	1 once.
Poudre aromatique,	1 gros.
Sirop simple,	quantité suffisante.

Pour en faire un électuaire. Il faut prendre d'abord cette dose en deux jours, ensuite en un seul; on peut même, dit-il, élever la dose de l'indigo à 6 et 8 gros par jour. Le résultat de ce traitement fut brillant; sur 26 épileptiques qui y furent soumis, 6 ont été radicalement guéris et sans récidive; 3 ont éprouvé une récidive après un intervalle de huit mois à un an; 11, après avoir éprouvé une notable amélioration, sont sortis avant leur entière guérison; chez 6 seulement des malades, l'indigo n'eut aucun succès.

M. Noble, médecin de l'hospice royal de Versailles, a employé l'indigo chez 3 malades affectés d'épilepsie, et a obtenu chez eux la suspension des attaques, mais l'avenir seul apprendra s'ils ont été entièrement guéris.

M. le professeur Roche a employé cette médication neuf fois depuis 1835, avec les résultats suivans: chez 3 malades le traitement n'a point été continué; sur les six autres, trois étaient atteints à la fois d'épilepsie et d'aliénation mentale; ils se trouvaient conséquemment dans les cir-

constances les plus défavorables. La quantité d'indigo consommée par chacun de ces six malades n'a pas été moindre de onze onces et demie ; et malgré l'attention la plus scrupuleuse, il a été impossible de saisir aucune différence entre l'état des malades avant, pendant et après l'usage de ce moyen. Chez ces malades, après quinze jours de traitement, les urines et les selles prirent une coloration bleuâtre qui devint de plus en plus intense; chez les femmes, quelques coliques, de la diarrhée; chez l'une d'elles, quelques vomissemens accompagnèrent cette coloration.

De nouvelles expériences sont faites en ce moment sur cette médication, et sur une assez grande échelle, à l'hospice des Incurables (hommes). Depuis le 5 mars dernier, dix enfans épileptiques ont été soumis par M. le docteur Blanche à l'indigo porté à des doses aussi élevées qu'on l'avait fait jusqu'ici. L'un de ces malades n'a pas eu d'attaque depuis cinq mois; quatre ont éprouvé une amélioration non douteuse; les cinq autres n'en ont éprouvé aucun effet ni avantageux ni fâcheux; chez un ou deux malades seulement il a déterminé au début quelques vomissemens, et on a été obligé de le suspendre pendant quelque temps.

MOYEN DE RECONNAITRE L'EMPOISONNEMENT PAR L'ACIDE HYDROCYANIQUE; par MM. PAYEN et DRANTZ.

Les auteurs qui ont écrit sur la toxicologie regardent comme très-difficile de reconnaître l'empoisonnement par l'acide hydro-cyanique. Voici la méthode employée par les auteurs de cette communication. Un chien, ouvert vingt quatre heures après qu'on l'avait tué par l'acide hydro-cyanique, n'a présenté aucune lésion organique. Le tube alimentaire, ainsi que les matières contenues dans l'estomac, exhalaient une odeur particulière qui cependant n'était pas celle des amandes amères. Ces matières, ainsi que les substances onctueuses qui se trouvaient dans le tube digestif, ont été mises en contact avec de l'eau distillée. Le liquide filtré a présenté un instant après une couleur jaunâtre; le papier de Tournesol a constaté ses propriétés acides; le nitrate d'argent dissous a été précipité en blanc qui aussitôt a passé au violet, effet dû aux matière animales. Quelques gouttes d'ammoniaque ont été mises dans une partie du liquide, puis un soluté de sulfate de cuivre pur. Il s'est aussi formé un précipité, l'acide hydrochlorique a dissout l'oxide de cuivre et a laissé le cyanure en flocons blancs.

Les sels de fer ont indiqué d'une manière peu certaine la présence de l'acide hydrocyanique.

Pour être assuré que c'était à cet acide qu'étaient dus les précipités obtenus, une autre portion du liquide non filtré fut soumise à la distillation; le produit a précipité en blanc le soluté du nitrate d'argent, et par la manière dont il s'est comporté avec les réactifs, u'a pas permis de douter de la présence de ce poison.

VI. JOURNAL DE CHIMIE MÉDICALE.

FALSIFICATIONS QU'ON FAIT SUBIR AU VINAIGRE DE VIN; MOYEN DE LES RECONNAITRE; par M. CHEVALIER.

Le travail de M. Chevalier est trop important pour l'économie domestique pour que nous ne fassions pas connaître, au moins sommairement, les résultats auxquels il est arrivé.

Ayant été chargé, en 1833, de l'examen d'échantillons de vinaigre, prélevés dans les cantines de plusieurs casernes de Paris, il crut devoir faire aussi quelques recherches sur la pureté du vinaigre vendu à Paris, et sur les moyens employés pour le falsifier; il chargea une pauvre femme de lui acheter, chez les épiciers qu'il lui désignait, une certaine quantité de vinaigre. C'est sur ces échantillons, au nombre de 120, qu'il a fait ses expériences.

Sur ces 120 échantillons il y en avait :

97 de vinaigre pur.
17 de vinaigre altéré par l'acide sulfurique.
3 de vinaigre contenant des substances acres.
2 de vinaigre contenant du cuivre.
1 de vinaigre contenant du plomb.

Nos recherches, dit M. Chevalier, nous firent reconnaître : 1° que beaucoup de falsificateurs ne croient pas commettre un délit en mêlant à leurs vinaigres des substances étrangères; 2° que d'autres ont acheté des recettes pour rendre le vinaigre plus fort, croyant, en en faisant usage, perfectionner leurs marchandises; 3° qu'il en est d'autres qui allongent leur vinaigre avec l'acide sulfurique, sachant ce qu'ils font et dans le but seul d'augmenter leur bénéfice.

De tous les moyens employés pour constater la falsification du vinaigre par l'acide sulfurique, le meilleur est basé sur l'emploi de la solution d'hydrochlorate de baryte; il consiste à verser dans le vinaigre étendu d'eau, de cette solution qui déterminera un précipité floconneux jaunâtre, peu abondant, si le vinaigre ne contient pas d'acide sulfurique, et un précipité grenat blanc très-abondant, si le vinaigre contient de cet acide.

Le précipité fourni par l'acide sulfurique est pesant, il se dépose promptement; il est insoluble dans l'eau, dans l'acide nitrique; il est converti en sulfure de barium par le charbon à l'aide de la chaleur; ce précipité recueilli sur un filtre et lavé à l'eau bouillante, indique par son poids celui de l'acide sulfurique qui a donné lieu à sa production, puisque l'on sait que 100 parties de sulfate de baryte contiennent 35,6 d'acide sulfurique et 66,1 de protoxide de baryum; après l'acide sulfurique, les substances âcres sont le moyen de falsifier le plus fréquemment employé. Ces substances sont ordinairement le poivre de Guinée, la pyrèthre, les graines de paradis, la graine de moutarde, etc., dans le but de lui donner plus de piquant.

Le moyen de reconnaître la présence de ces substances, consiste à faire évaporer à une douce chaleur, ce vinaigre, jusqu'en consistance d'extrait, pour en examiner le résidu qui a une saveur âcre, piquante, et presque caustique, lorsque le vinaigre a été additionné avec ces substances.

Le vinaigre ainsi additionné, goûté avec soin, se fait facilement reconnaître; en effet, il laisse au palais et à la gorge une sensation âcre, un peu brûlante.

M. Chevalier donne encore les moyens de reconnaître la falsification du vinaigre par l'acide hydrochlorique, l'acide oxalique ou tartrique, l'acide nitrique et par la présence de cuivre et de plomb; mais ces falsifications sont moins fréquentes ainsi que nous le voyons par le tableau ci-dessus.

TRAVAUX ACADEMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 26 SEPTEMBRE.

PAPIERS ET ENCRE DE SURETÉ.

M. Sellier adresse quelques réflexions sur les conclusions du rapport fait à ce sujet par la commission de l'Academie. La commission, dit-il, avait proposé deux encres, l'une tres-compliquee, l'autre dont voici la formule : acide hydrochlorique reduit à 1,04 de pesanteur specifique, dans lequel on delaie de l'encre de Chine.

L'encre ainsi préparée pénètre tellement le papier, qu'il est impossible d'écrire sur le *verso*; mais pour peu qu'on dépasse les proportions voulues d'acide, le papier sera alteré, et l'écrit detruit à la longue. Or, de pareilles erreurs seraient très-fréquemment commises par des personnes non accoutumees aux manipulations chimiques.

« Ces considérations, dit en terminant M. Sellier, confirment la nécessite d'employer pour les passeports et les papiers timbrés le papier filigranne proposé. »

— M. Gannal adresse quelques réflexions relatives à l'insuffisance des moyens jusqu'à présent connus pour prévenir l'alteration des écritures ou la fabrication de faux documens « La question, dit-il, est plus compliquée qu'on ne le pense géneralement pour ce qui regarde le papier timbre seulement. Non-seulement on peut, comme chacun le sait aujourd'hui, laver une feuille ecrite pour la faire servir une seconde fois; mais on peut transporter le timbre sur une feuille nouvelle. On en verra trois transportés de la sorte sur une lettre qui m'avait éte adressée des bureaux du secrétariat de l'Institut. C'est en 1835 que j'ai signale cette fraude au garde-des-sceaux.» M. Gannal termine en exprimant le desir que la commission qui a ete chargee de la question des papiers de sûreté de s'occuper fasse promptement son rapport.

—M. Girard rappelle la proposition qu'il avait faite à la précédente séance, que l'Académie, pour donner plus de publicité au rapport sur les encres de sûrete, en ordonne l'impression dans ses memoires.

— M. Poinsot fait remarquer que l'insertion au *Moniteur* remplirait beaucoup plus complètement le but de publicité, que l'impression dans un recueil qui n'est consulte que par des hommes occupés de sciences, et dont pas on seul peut-être n'ignore les résultats auxquels est arrivée la commission.

— M. Girard ne s'oppose point au mode de publication proposé par M. Poinsot, mais il regarde l'impression dans les mémoires comme nécessaire pour montrer quelle importance l'Académie attache à ce travail.

— M. Gay-Lussac prend alors la parole. « Lorsque la commission, dit-il, a commencé son travail, elle n'avait à s'occuper que de diverses encres présentées comme encres de sûreté, et à se prononcer sur le degré de sécurité qu'elles pouvaient promettre. Si elle s'est occupée de papiers de sûreté, ce n'a été qu'accidentellement. Depuis, on a plutôt cherché les garanties contre les falsifications d'écritures dans les papiers que dans les encres. L'Académie a eu alors à s'occuper de cette question. Son travail, comme on l'a dit à la dernière seance, est à peu près terminé, et la maladie de M. Thenard, l'un des commissaires, a seule empêché qu'il ne fût déjà présenté. Je demande en conséquence qu'on ajourne l'im-

pression de la première partie du travail, jusqu'à ce qu'on ait entendu la seconde; on verra alors si on doit les donner en entier ou en présenter un résumé. »

La proposition de l'ajournement et celle de l'impression immédiate sont successivement mises aux voix ; la dernière réunit plus de suffrages.

M. le ministre des finances adresse la lettre suivante :

« La commission chargée, par l'ordonnance du roi du 29 mars 1836, d'examiner s'il y a lieu de rapporter ou de modifier les dispositions de l'art. 219 du Code forestier relatif au défrichement des bois des particuliers, s'est occupée, dans sa séance du 11 juin dernier, de divers points de statistique, de météorologie et d'administration, sur lesquels elle a pensé que des renseignemens pourraient être utilement demandés à divers ministères et administrations publiques, aux préfets et à l'Académie des sciences.

» Le procès-verbal de cette séance contient la proposition de demander à l'Académie des sciences la solution des questions météorologiques suivantes :

» 1° A-t-on fait en France des observations thermométriques d'où l'on puisse déduire si la température se maintient constante, ou si au contraire elle varie? La neige se conserve-t-elle sur le sommet des montagnes aussi long-temps que par le passé?

» 2° Depuis les temps historiques, l'époque de la moisson, l'époque de la maturation des fruits et celle de la vendange ont-elles changé, ne fût-ce que dans quelques localités particulières? Les pluies sont-elles devenues de moins en moins abondantes?

» 3° Tombe-t-il autant de neige que dans le siècle dernier? Y a-t-il eu dans les sources des diminutions qui puissent être attribuées au déboisement?

» 4° Des cantons jadis préservés de la grêle sont-ils aujourd'hui ravagés par ce météore?

» 5° A-t-on remarqué que la destruction des forêts ait rendu les orages plus fréquens?

» 6° Les crues des rivières sont-elles plus fortes et plus subites qu'elles ne l'étaient avant la révolution?

» 7° Les vents dominans ont-ils changé de direction depuis le déboisement du pays? Sont-ils devenus plus forts, plus désastreux, plus malfaisans?

» 8° Enfin le lit des rivières s'est-il notablement élevé? Dans le cas de l'affirmative, à combien évalue-t-on l'exhaussement annuel?

» Je vous prie, ajoute le ministre, de vouloir bien soumettre ces diverses questions à l'examen de l'Académie et de ses correspondans dans les départemens, et de me faire connaître ensuite le résultat de cet examen. »

La lettre du ministre est renvoyée à l'examen d'une commission composée de sept membres et formée par voie de scrutin.

— M. de Humboldt offre à l'Académie des sciences : 1° un cierge de Moldavie fait avec la cire fossile, substance minérale dont M. Magnus a fait l'analyse insérée dans les Annales de chimie et de physique; c'est l'ozakerite de M. Glocker; 2° six échantillons d'infusoires fossiles dans des dépôts siliceux de Santa-Fiora, de Tripoli, de Bohême, de Cassel, etc.; le tout enchâssé pour être placé sous le microscope. M. Ehrenberg a préparé ces objets. Il y a joint un mémoire imprimé relatif à la même découverte; 3° la description d'un ver marin, *amphicora sabella* de M. Ehrenberg, remarquable par la duplicité des organes. L'amphicora a quatre yeux, deux à la tête et deux à la nuque, organisation dont le type ne s'est point encore présenté.

M. de Humboldt joint à cet envoi un mémoire de M. Muller, professeur d'anatomie à Berlin, sur la structure des os et des cartilages dans les mammifères et les poissons chondroptérigiens, et les nouvelles recherches de M. le docteur Mitscherlich, frère du professeur de chimie, sur l'action de l'acétate de plomb.

CARACTÈRES SPÉCIFIQUES DES CÉTACÉS TIRÉS DE LA STRUCTURE OSSEUSE DE L'OREILLE.

M. Van Beneden adresse une lettre à ce sujet. On a cherché, dit il, par différens moyens, à distinguer nettement les espèces de ce groupe. Le caractère auquel on accorde aujourd'hui le plus de confiance pour ce qui concerne les baleines proprement dites, est tellement difficile à saisir, qu'on ne peut que bien rarement en faire l'application; ou bien il faut l'animal frais pour voir sa nageoire dorsale, ou bien il faut comparer le crâne.

On peut écarter une partie de ces difficultés en accordant aux os de l'oreille une valeur caractéristique qu'on ne leur avait point jusqu'à présent supposée. Ainsi le genre *rorqual* établi sur la présence d'une nageoire dorsale, se trouve confirmé par la disposition des os de l'oreille particulière à ce genre. Si la valeur de ce caractère se confirme, comme tout porte à le croire, elle permettra non-seulement d'acquérir des notions plus exactes sur le nombre des espèces de ces grands animaux, mais encore à fournir des données sur leur distribution géographique. Les voyageurs pourront simplement apporter les os de l'oreille, si faciles à obtenir, et arriver avec tout autant de certitude, quoiqu'avec beaucoup moins de peine, à la détermination scientifique. On aura par ce moyen, dans les collections, la représentation des genres et des espèces, comme on l'a pour les autres ordres de mammifères. L'an dernier, des os d'oreille de cétacées ont été rapportés d'Islande par MM. Quoy et Robert. Ces os ont été reconnus par M. Van Beneden pour appartenir au *rorqual*, dit de la Méditerranée, qu'on ne savait pas s'étendre aussi loin.

L'existence des trois espèces de *rorqual* bien connues aujourd'hui par les travaux de M. Cuvier, celui du Cap, de la Méditerranée et du Nord, est confirmée par l'inspection des os d'oreilles conservés au muséum d'histoire naturelle, que M. Van Beneden a pu étudier, grâce à la complaisance de M. de Blainville.

EFFETS DE QUELQUES MÉDICAMENS INTRODUITS SOUS L'ÉPIDERME.

M. Lafargue adresse une note sur ce sujet.

Si, après avoir trempé l'extrémité d'une lancette dans la morphine préalablement délayée dans un peu d'eau, on enfonce presque horizontalement sous l'épiderme, à une ligne environ de profondeur, la pointe de cet instrument, on voit se développer une petite papule entourée d'une auréole rosée. Au bout d'un quart d'heure, la papule a 4 à 5 lignes de diamètre, l'auréole un pouce et demi. Après une heure, la teinte rosée commence à pâlir; elle a disparu une heure ou deux plus tard. Pour la papule, elle persiste plus long-temps. Son développement est accompagné d'un prurit assez vif. Si on n'a pratiqué qu'une seule piqûre, l'effet est purement local; mais s'il y a plusieurs piqûres, on voit se développer des effets généraux.

M. Lafargue annonce que s'étant pratiqué treize piqûres à l'avant-bras, il éprouva au bout d'une heure et demie une pesanteur de tête, des bâillemens fréquens et de la somnolence. Le médicament introduit était de l'hydrochlorate de morphine, dont la dose ne dépassait pas un quart de grain. L'auteur pense que ce mode d'administration du médicament est préférable à celui qui consiste à appliquer la morphine sur la peau préalablement dépouillée d'épiderme au moyen d'un vésicatoire ou de la pommade ammoniacale, surtout quand on veut exercer une action sédative locale. Je me suis moi-même, dit M. Lafargue, guéri d'une névralgie de la branche externe du nerf dentaire qui sort du trou mentonnier, en pratiquant trois fois par jour dix piqûres au niveau de ce conduit.

L'inoculation de l'opium, du laudanum, de l'extrait thébaïque et de la narcotine produit les mêmes effets locaux que celle de la morphine.

L'inoculation de l'extrait de belladone ne donne lieu qu'à une papule très-petite, et dont l'auréole est beaucoup moins large; les effets sont moindres encore avec la strychnine. Quant aux phénomènes généraux, M. Lafargue n'en a pas observé; mais il pense qu'on obtiendrait en multipliant les piqûres plus qu'il ne l'a fait dans ces derniers essais.

STRUCTURE INTÉRIEURE DES DENTS.

M. Dujardin fait connaître les résultats de ses observations microscopiques sur la structure des dents, résultats qui contredisent en partie ceux qu'ont publiés récemment MM. Retzius et Purkinje (voyez notre compte-rendu de la séance du 7 septembre). Après avoir rappelé les travaux de ces deux physiologistes, il montre comment Malpighi en 1667, et Leenwenhoek en 1687, avaient déjà fait, sur ce sujet, des remarques analogues. Il expose ensuite en détail le procédé qu'il a suivi lui-même pour étudier cette structure. Il enlève avec un petit ciseau de graveur des lames d'une ténuité extrême, soit suivant les surfaces naturelles de cassure, soit perpendiculairement à ces mêmes cassures; puis il place ces lames développées sous l'eau entre des plaques minces de verre poli, et les observe au microscope en augmentant beaucoup, par des lentilles, l'intensité de la lumière. Quand tous les détails de structure ne se montrent pas d'abord, il augmente la transparence en faisant couler de l'acide très-affaibli entre les plaques sans les déranger.

M. Dujardin a reconnu que, dans toutes les dents de mammifères, une lame enlevée parallèlement à l'émail, présente des trous ou pores larges de 1/450 à 1/600 de millimètre et espacés de 1/200, de sorte qu'il en tient 150 à 200 dans un millimètre. C'est à peu près le chiffre trouvé par Leenwenhoek, mais non celui de Purkinje, qui a trouvé les intervalles cinq ou six fois plus grands que les pores qu'il regarde comme des fibres. Ces pores sont quelquefois ronds ou ovales, mais souvent aussi ils sont irréguliers et paraissent même provenir de la réunion de plusieurs pores. Cette irrégularité suffirait déjà seule pour faire penser que ce ne sont pas là des orifices d'autant de tubes ou de vaisseaux; mais d'autre part, dans ces lames si minces, il est impossible d'apercevoir aucune trace d'enveloppe ou de paroi propre autour des pores.

Ces pores affectent quelquefois une disposition assez régulière en séries longitudinales, et comme ils répondent à autant de petits canaux partant de l'axe, il en résulte que la rupture de la dent a lieu bien plus facilement suivant ces séries. Une lamelle de substance osseuse enlevée à la surface des cassures montre les petits canaux correspondans à chaque pore dirigés presque parallèlement du centre vers la surface. Ces canaux, en raison de l'irrégularité de leur calibre et des communications qu'ils ont entre eux, paraissent être bien plutôt des lacunes que des tubes ou des vaisseaux. On conçoit en effet que des lacunes laissées dans la substance osseuse à mesure qu'elle est produite par la pulpe dentaire, ne peuvent avoir la régularité d'un tube préexistant. M. Dujardin termine en montrant que les dents de poisson beaucoup moins dures que les dents de mammifères ont une structure tout-à-fait différente, en ce que leur centre est occupé par un faisceau fibreux renfermant des lacunes cloisonnées, irrégulières, et revêtu d'une écorce composée de fibres plus minces infléchies en dehors, fibres qui ne ressemblent nullement à celles de l'émail.

FORCEPS CONSTRUIT SUR UN NOUVEAU PRINCIPE.

M. C. Bernard lit un mémoire sur un nouveau forceps qui diffère de l'ancien, en ce que les deux branches, au lieu d'être introduites séparément, puis articulées, sont unies au moyen d'une charnière à genou qui permet aux deux cuillers de s'appliquer l'une sur l'autre. A mesure qu'elles avancent, elles se développent autour de la tête en tournant sur elles-mêmes et finissent par prendre la position qu'elles auraient eue si on les avait introduites séparément, à la manière ordinaire. L'espèce de cône que décrivent ces deux branches peut être plus ou moins évasé, son diamètre est réglé d'avance au moyen d'une tige graduée qui unit les extrémités manuelles des branches.

Les avantages que présente, suivant l'auteur, cette nouvelle disposition, sont de ne pas exiger le secours d'un aide, comme dans l'ancienne manœuvre, et d'éviter par suite le risque de trouver la première branche hors de sa position, lorsqu'on est parvenu à introduire la seconde. Cet inconvénient, qui se présente fréquemment lorsqu'on va chercher la tête au-dessus du détroit supérieur, a souvent déterminé les praticiens à recourir à la version, opération qu'ils regardent cependant comme périlleuse dans ces sortes de cas.

Nota. Dans le compte-rendu de la dernière séance, nous avons attribué à M. Bouchon la proposition d'opérer sous l'eau tiède l'incision de la jugulaire. Cette proposition a été faite par M. Lafargue de St-Émilion.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 27 SEPTEMBRE.

Présidence de M. Louyer-Willermay.

Correspondance officielle :

1° Lettre de M. le ministre de l'instruction publique, annonçant qu'il vient d'ac-

corder 2000 fr. à M. le docteur Gannal pour ses travaux sur la conservation des cadavres.

2° Lettre de M. le ministre du commerce avec envoi d'un rapport de M. Lelong sur une épidémie qui a régné dans la commune de Buding.

3° Lettre du même avec envoi de la recette et de l'échantillon d'un remède anti-rachitique.

Correspondance manuscrite:

1° Lettres de MM. Trousseau, Vassal, Téallier et Dubois d'Amiens, se présentant comme candidats à la place présentement vacante dans la section de pathologie interne.

2° Lettres de MM. Chassinat, Monaret et Malle: se présentant comme candidats à la place de membre correspondant.

3° Lettre de M. Huard: croit avoir découvert une composition propre à faire pousser les cheveux, et demande qu'on veuille bien nommer une commission pour suivre les expériences qu'il se propose de faire.

4° Lettre de M. Lafargue de St-Emilion: contient quelques réflexions sur les effets de l'inoculation de la morphine par la lancette.

5° Recherches et observations sur le seigle ergoté et sur l'insecte dont la liqueur produit l'ergot, par M. Debourge.

6° Observation d'odontolithe développée dans l'écartement de deux racines externes de la première dent molaire supérieure, par M. le docteur Lefèvre.

7° Mémoire sur l'iritis ou inflammation de l'iris, par M. Streber.

8° Réflexions sur quelques points de l'organisation de la médecine en France, par le même.

OBSERVATION D'UN POLYPE DU LARYNX; COMMUNICATION de M. GERARDIN jeune.

OBS. — M. S., âgé de 63 ans, perdit tout-à-coup la voix, il y a environ deux ans. Pour la lui rendre, on essaya des sangsues, des vésicatoires, des gargarismes alumineés, etc., tout fut inutile. L'hiver suivant, il s'enrhuma; à ce rhume se joignit un étouffement considérable, et à la veille de se mettre en route pour aller respirer l'air de la Normandie, son état empira, et M. Gérardin fut appelé. Le malade était assis sur son lit, haletant, avec respiration sifflante, voix éteinte, toux rauque, visage enflammé, l'œil animé, en un mot, tous les symptômes de strangulation et de l'asthme suffocant. M. Gérardin pratiqua de suite une saignée du bras qui amena une amélioration sensible, mais elle ne fut pas de longue durée; le retour des mêmes symptômes fit revenir au même moyen et ainsi de suite jusqu'à quatre fois, après quoi le malade mourut.

Le larynx examiné, on découvrit que la glotte était obstruée par le développement d'une tumeur; l'air n'avait passage qu'à travers un pertuis sinueux du diamètre d'une plume de poulet. En faisant une incision à la partie postérieure du larynx et de la trachée-artère, et en écartant les bords de la division, on voyait surgir une tumeur grosse comme une aveline, blanche, couverte d'aspérités de une à deux lignes; cette végétation avait un court pédicule qui occupait tout le sinus droit du larynx.

M. Gérardin rapproche cette observation d'une observation analogue citée par M. Ferrus, et croit pouvoir en tirer les conclusions suivantes:

1° Il est permis de croire à l'existence d'une tumeur dans le larynx en ayant égard à la date de l'aphonie.

2° Au sifflement produit pendant l'inspiration et pendant l'expiration.

3° Au calme apporté par les premières saignées, bientôt suivi du retour des accès.

4° A la similitude des symptômes avec ceux d'un asthme convulsif.

FISTULES VÉSICO-VAGINALES TRANSVERSES; par MM. SPEZEL et COGLIOSO. — Rapport de MM. Thyllaie et Maingault.

Avant de nous faire part de leur méthode, MM Spezel et Coglioso examinent les méthodes de leurs prédécesseurs; elles sont au nombre de quatre: 1° *affrontement des bords de la fistule*, procédé de Desault; 2° *cautérisation*; 3° *appareils unissans*, sonde érigne de M. Lallemand; 4° *suture*.

La nouvelle méthode comprend deux temps, l'avivement des bords, et leur réunion par la suture enchevillée.

1° Deux instrumens sont employés à remplir la première indication. Le premier ressemble à des pinces incisives droites, mais il n agit pas de la même manière; il coupe très-nettement et à la manière des ciseaux. En effet, les tranchans sont obliquement dirigés en sens inverse, de façon qu'ils se touchent par le rapprochement des anneaux.

Le second instrument, destiné à rafraîchir la lèvre antérieure, ne diffère du précédent qu'en ce qu'il présente à partir du clou une courbure à angle obtus. Du reste, la forme et la disposition de ses tranchans sont en tous points les mêmes. Dans les deux instrumens les tranchans ont environ 5 lignes d'étendue.

2° Le second temps se compose, avons-nous dit, de la suture enchevillée, trop connue pour être décrite ici. Deux points de suture sont ordinairement suffisans.

En dernier résultat, on voit que la méthode que proposent MM. Spezel et Coglioso pour réunir les fistules vésico-vaginales, revient à celle qu'on emploie chaque jour contre le bec-de-lièvre. L'essentiel, c'est de rafraîchir les bords de la plaie et de les mettre en état de se réunir. (Le travail de MM Spezel et Coglioso est renvoyé au comité de publication.)

NOTE SUR L'ORCHITE, par M. ROCHOUX.

Un fait communiqué par M. Ricord a fourni l'occasion de cette note: c'est le sixième, à la connaissance de M. Rochoux, où l'autopsie est venue confirmer l'exactitude d'une opinion émise par lui dans un journal en 1833. Et quelle est cette opinion? c'est que l'*orchite blennorrhagique* ou *testicule vénérien* est formé non par le gonflement du testicule, comme on le croit, mais par un épanchement dans la tunique vaginale, lequel n'est lui-même qu'une suite de l'inflammation de cette membrane.

M. ROCHOUX croit avoir émis le premier cette théorie, à laquelle se sont rangés la plupart des médecins, et notamment MM. Velpeau, Bérard, Forget, etc.

M. VELPEAU. M. Rochoux me fait partager son opinion, j en diffère pourtant. L'orchite est assez connue, et depuis quelques années surtout j'en ai vu un assez grand nombre pour m'éclairer. Il est bien vrai que le testicule est moins gonflé dans cette maladie qu'on ne l'a dit; il est bien vrai qu'il se fait un épanchement dans l'intérieur de la tunique vaginale; mais cet épanchement est léger, et ce n'est pas lui qui constitue la maladie. J'ai cherché à vérifier la théorie de M. Rochoux sur sa nature, et je puis assurer que sur 40 ou 50 faits qui sont récemment passés sous mes yeux, dans la moitié au moins l'epanchement de la sérosité n'était pas pour le quart dans le volume de la tumeur; au contraire, le testicule y était pour la moitié. Voici comment je me suis assuré du fait: Le gonflement, comme on sait, se fait très-rapidement, c'est une affaire de quatre à cinq jours. Si l'on soulève alors le testicule, on sent que le poids est plus considérable qu'il ne devrait l'être si la tumeur n'était qu'un amas de sérosité. En second lieu, l'œil ne découvre aucune transparence; et si l'on examine l'épididyme en arrière, le toucher reconnaît que cet organe prend une grande part au volume de la tumeur.

M. ROCHOUX. La meilleure manière de combattre l'opinion qu'on vous oppose est de prouver que la vôtre est très-solidement établie. En conséquence je vais répéter de vive voix ce que j'ai dit par écrit dans la note que vous venez d'entendre. Une principale preuve m'est fournie par l'ouverture des corps. J'ai constaté sur six cadavres que l'orchite est formée presque exclusivement par l'épanchement d'un liquide séro-purulent entre les deux feuillets de la tunique vaginale. A cela je pense qu'il n'y a rien à répliquer.

On dit qu'il n'y a pas de transparence; mais les membranes enflammées ne se laissent pas facilement traverser par les rayons lumineux.

Enfin pour peu qu'on ait d'habitude, on sent distinctement la fluctuation.

M. BLANDIN. J'ai vu aussi un grand nombre d'orchites et je ne partage pas pour cela, ou à cause de cela, l'opinion de M. Rochoux, du moins dans tous les temps de la maladie. L'état des organes dépend du moment où on les examine. Au début, il est clair que l'inflammation descend de l'urètre par les canaux déférens, à l'épididyme et du testicule. Il existe en effet deux tumeurs, une supérieure formée par l'épididyme; une inférieure formée par le testicule. Ainsi, c'est d'abord l'épididyme et le testicule qui forment la plus grande partie de la tumeur; mais à mesure qu'on s'éloigne du début et que la résolution approche, il se peut que l'épanchement de la tunique vaginale soit le principal élément de la maladie.

— M. VOISIN lit un mémoire dont nous ne devons indiquer ici que l'objet. Il veut prouver que la nature, insouciante des individus, ne s'intéresse qu'aux espèces; d'où il déduit cette loi que l'homme, que tout animal, est appelé à se reproduire; c'est son instinct, c'est sa mission. Nous reviendrons à l'occasion du rapport sur un travail qui a captivé l'attention de la compagnie jusqu'au bout, et dans cette partie de la séance où l'on n'en donne plus guère qu'aux communications les plus intéressantes.

Enfin M. Bouvier présente le cervelet d'un jeune homme de 15 ans. L'hémisphère gauche renfermait un vaste foyer purulent; le pus coulait à travers les membranes par un point presque imperceptible, gagnait la portion supérieure du rocher légèrement cariée et conduisait au-dehors par l'oreille.

Durant la vie, ce jeune homme n'a rien présenté de particulier du côté des organes génitaux, ce qui contredit le système de Gall, et marchait avec le même aplomb que s'il n'eût pas été malade, ce qui ne saurait s'accorder avec les attributs que M. Flourens assigne au cervelet.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

SUR L'INFLAMMATION DES CRYPTES MUQUEUX SUPERFICIELS DE L'URÈTRE CHEZ L'HOMME; par M. LEGRAND, D.-M. P.

Monsieur le rédacteur,

J'ai lu avec un bien grand intérêt dans votre numéro du 6 août dernier, la note de M. le docteur Kleeberg de Kœnigsberg, sur l'*Inflammation des cryptes muqueux de l'urètre*. C'est qu'en effet j'ai eu occasion d'observer *une fois*, il y a environ un an et pour la première fois, cette maladie, qui m'a mis dans le plus grand embarras et quant au diagnostic et quant au traitement. Ce n'est pas sans motif que j'ai souligné une fois, car cette circonstance démontre la rareté de l'inflammation des cryptes muqueux de l'urètre; vu le grand nombre de blennorrhagies que j'ai eu occasion d'observer depuis près de dix ans, que je m'occupe du traitement des maladies vénériennes. Voici dans quelles circonstances j'ai pu observer l'affection si bien décrite par le praticien allemand.

Je fus appelé l'an dernier auprès d'un de mes amis que j'avais traité et guéri précédemment (en 1830), par les préparations d'or, d'une syphilis constitutionnelle assez grave (chancre de mauvaise nature sur le gland, blennorrhagie, ulcérations dans la gorge, éruption de papules syphilitiques sur toute la superficie du corps). Il avait déjà éprouvé à deux ou trois reprises de légers retours de la blennorrhagie; et, quoique la conduite de mon ami fût loin d'être régulière, je soupçonnai plutôt un rétrécissement du canal de l'urètre, que l'existence d'une nouvelle maladie.

J'insistai pour le sonder de suite, ce à quoi il s'était toujours opposé,

et mes présomptions devinrent une certitude, car je reconnus, à trois pouces et demi environ, un léger rétrécissement que je détruisis en le touchant à deux reprises avec l'alun (V. ma lettre à l'Académie des sciences sur ce sujet). Déjà à ce moment j'avais remarqué que le méat urinaire était entouré d'un petit bourrelet assez rouge, peu sensible, mais qui rendait l'entrée du canal moins aisée. Après la destruction du rétrécissement, ce bourrelet augmenta de volume, devint plus rouge, douloureux, offrit quelques petits points ulcérés qui avaient succédé à de petites vésicules. Celles-ci, en s'ouvrant, avaient laissé échapper un liquide séro-purulent qui continua d'être sécrété, et pour un moment me fit croire au retour de l'écoulement. Celui-ci avait disparu dès le surlendemain de la seconde cautérisation avec l'alun. Plus tard, je reconnus que cette sécrétion morbide qui m'avait induit en erreur avait son siége au pourtour de l'urètre.

Cette erreur sur le siége de l'écoulement fut cause que j'administrai un assez grand nombre de médicamens internes, dirigés contre la blennorrhagie, au retour de laquelle je croyais en définitive, et je me contentai d'applications émollientes sur le gland. Mais rien n'y faisant et le boursoufflement et la douleur augmentant, et l'émission des urines étant gênée et douloureuse, je fis cesser le traitement général et ne prescrivis que des délayans et des bains, et enfin une pommade où je fis entrer le calomélas porphyrisé et l'extrait d'opium. On frictionnait légèrement matin et soir l'extrémité de la verge avec gros comme un pois de cette pommade. Ce moyen diminua la douleur, l'écoulement, le gonflement, et rendit ainsi plus libre le méat urinaire; mais, en définitive, le temps seul dissipa tout-à-fait cette affection, qui dura plus de trois mois et que je n'ai point eu occasion de revoir depuis.

Agréez, etc.

A. Legrand, méd.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

COMPTE-RENDU SUR LE SERVICE DES ALIÉNÉS TRAITÉS DANS LES HOSPICES DE BICÊTRE ET DE LA SALPÊTRIÈRE DE 1825 A 1833, par M. Desportes, membre de la commission administrative chargée des hospices.

M. Desportes vient de donner une suite importante aux travaux analogues publiés par lui sur ce sujet, depuis longues années jusqu'en 1825.

Cet ouvrage, que son titre seul recommande aux administrateurs comme aux médecins des hospices d'aliénés, se divise en deux portions, l'une de faits, l'autre de corollaires ou d'applications. Il est orné de quatre planches lithographiées représentant l'état ancien et l'état actuel des divisions d'aliénés de Bicêtre et de la Salpêtrière.

Sa première partie, ou partie de documens, consiste en 18 tableaux qui ont trait à la fois et comparativement aux femmes et aux hommes, et où, quand cela est nécessaire, les faits relatifs aux idiots, aux épileptiques et aux fous proprement dits, sont énumérés à part. Voici les titres de ces tableaux : 1° mouvement général des aliénés; 2° mouvement particulier des épileptiques; 3° aliénés entrés, sortis et décédés pendant les années 1825 à 1833, classés par mois d'admission; 4° classement des aliénés restant les 31 décembre 1827, 1830 et 1833; 5° aliénés entrés pendant les neuf années, classés par âge, avec la comparaison entre les admissions et les guérisons; 6° mouvemens généraux par subdivisions; 7° professions qu'exerçaient les aliénés; 8° aliénés entrés pendant les neuf années, classés suivant leur état civil; 9° aliénés admis par rechute; 10° aliénés sortis et décédés, classés suivant la durée de leur séjour dans les établissemens; 11° causes présumées de l'aliénation des malades admis pendant la période de neuf ans; 12° nosographie des causes de décès; 13° mouvement des aliénés payant pension; 14° tableau indicatif des départemens autres que celui de la Seine, où habitaient les aliénés payant pension, restant les 31 décembre 1827, 1830 et 1833; 15° tableau nominatif de MM. les médecins chargés du service des divisions d'aliénés des hospices de la vieillesse; 16° mouvement particulier des employés et serviteurs, attachés aux divisions d'aliénés des hospices de la vieillesse (hommes et femmes); 17° tableau du métrage cubique des locaux affectés aux logemens des aliénés (hommes); 18° tableau du métrage cubique des locaux affectés aux logemens des aliénés (femmes).

La seconde partie du travail de M. Desportes est un exposé des résultats contenus dans les tableaux statistiques précédens. Nous devrons nous borner à en signaler les principaux, en renvoyant à l'ouvrage lui-même les hommes que leur position ou la spécialité de leurs travaux rendra désireux de les apprécier.

Malgré quelque élévation dans le chiffre des admissions dans ces dernières années, M. Desportes croit, et nous pensons avec lui, que le nombre des aliénés ne tend réellement pas à s'accroître, et il se fonde à cet égard sur ce qu'il y a un rapport presque égal entre les admissions des trois séries aux 31 décembre 1824, 1827 et 1830, tableau n° 1, embrassant un intervalle de neuf années; et bien que la dernière ait dû embrasser des causes extraordinaires de perturbation et de désordre dans l'intelligence humaine.

Un résultat vrai encore et de toute évidence est celui de l'abaissement successif du chiffre des furieux, résultat dû à la suppression de la plus grande partie des loges dites de force. Nous ajouterons que cette suppression, provoquée et commencée par Pinel, a été poursuivie avec une infatigable persévérance par M. Desportes, jusqu'aux limites raisonnables qu'elle ne doit pas franchir.

Le nombre des femmes aliénées est toujours plus considérable que celui des hommes, et il résulte du tableau n. 1, que les admissions des hommes, comparativement à celles des femmes, sont dans la proportion d'environ un quart en moins.

En général, pour les hommes comme pour les femmes, la période qui offre le plus de prise à la production de la folie est celle de 30 à 40 ans.

Les aliénés, dit M. Desportes, reçus en plus grand nombre dans les hospices, sortent des classes les moins aisées de la société, comme aussi appartiennent aux professions où l'emploi des facultés intellectuelles est le moins nécessaire. Cela tient, comme on le sent bien, à ce que ces classes ou ces professions sont les plus vastes ou les plus répandues.

La dernière partie de l'ouvrage de M. Desportes se termine par un exposé rapide des améliorations faites dans les services d'aliénés pendant une période de neuf années. Parmi ces améliorations nous ferons remarquer l'augmentation du personnel des employés de toute sorte, et celle de leurs salaires qui donne les moyens de faire de meilleurs choix; la substitution des dortoirs aux cellules dont nous avons déjà parlé; enfin et surtout la création ou le développement de travaux manuels pour les aliénés convalescens, ce qui a conduit à faire exploiter par cette classe de malades un établissement agricole, la ferme Sainte-Anne, située à quelque distance de Bicêtre et aux portes de Paris.

Cet établissement, devenu déjà si utile par suite de sa destination, M. Desportes le regarde comme pouvant le devenir bien davantage encore, au moins par l'emplacement qu'il occupe. Cet administrateur voudrait, en effet, que sur ce local fût élevé un édifice modèle, exclusivement destiné au traitement de la folie dans les deux sexes, les deux autres hospices actuellement en exercice ne devant plus recueillir alors que les aliénés regardés comme incurables.

C'est par ce vœu ou plutôt par ce projet sur lequel il appelle l'attention du conseil général des hospices, que M. Desportes termine son compte-rendu. La réalisation de ce projet nous sera peut-être annoncée dans le prochain rapport de cet auteur, et elle nous semblerait devoir couronner dignement les améliorations de toute sorte que doivent les établissemens charitables au Nestor de leurs administrateurs.

COURS COMPLET D'ACCOUCHEMENT ET DE MALADIES DES FEMMES ET DES ENFANS, avec 24 planches dont une coloriée et 8 tableaux synoptiques; par J. Hatin, professeur agrégé, etc. Deuxième édition, revue, corrigée et augmentée.

Le succès de la première édition de ce livre, permet d'en présager un semblable à la seconde. Les praticiens qui ont peu de temps à donner à l'étude, aiment ces ouvrages substantiels qui, sous une forme compacte, leur donnent un résumé bien complet de toute une partie de la science; et celui de M. Hatin est certainement de ce genre. Il est divisé un trois parties; la première a trait aux accouchemens proprement dits; la deuxième comprend les maladies des femmes pendant la grossesse, au moment du travail et durant les suites de couches. La troisième traite des maladies qui peuvent affecter l'enfant dans le sein de sa mère, au moment de son expulsion et dans les quelques jours qui suivent la naissance. L'auteur nous a paru au courant des travaux principaux les plus récens sur la matière à l'enseignement de laquelle il se livre spécialement, comme on sait, avec un grand succès.

LA CHIRURGIE D'HIPPOCRATE EXTRAITE DE SES APHORISMES, EXAMINÉS SOUS LEUR POINT DE VUE CHIRURGICAL, AVEC DES COMMENTAIRES; par M. GUERBOIS, chirurgien de la Charité, etc.

En lisant les premiers mots de ce titre, nous avions pensé que M. Geurbois allait nous enrichir d'un livre sur l'état de la chirurgie au temps d'Hippocrate; les doctrines enseignées dans les diverses écoles, et celle que ce grand observateur fit définitivement triompher. Il y a là en vérité un beau travail, qui n'a guère été qu'ébauché par les historiens de la médecine et par les commentaires; Galien est trop diffus et s'occupe plus des mots que des choses; Vidus Vidius n'était pas assez chirurgien; Massimino a fait un assez bon travail sur les livres *des fractures*, mais il s'est arrêté là; les autres se sont beaucoup plus occupés de la médecine que de la chirurgie d'Hippocrate, dont le génie ne brille pas moins cependant dans l'une que dans l'autre.

Mais au lieu de s'occuper réellement de la chirurgie d'Hippocrate, M. Guerbois s'est borné à commenter ses aphorismes sous le point de vue chirurgical. On pouvait tout aussi bien trouver ainsi de la chirurgie dans Stoll et dans Sydenham; car, comme il n'y a pas de limites précises entre les affections internes et externes, comme souvent les lésions chirurgicales les plus locales dans l'angine se compliquent d'une réaction générale, la plupart des principes de la médecine pure peuvent y trouver leur application, sans devenir pour cela des principes de chirurgie. Dans le siècle dernier, à côté du chirurgien qui pansait la lésion locale, on appelait le médecin pour traiter la réaction générale; et si de nos jours cette coutume est généralement abolie, c'est à la condition que le chirurgien doit être aussi médecin.

On ne trouvera donc pas dans ce livre la chirurgie d'Hippocrate, mais la chirurgie de M. Guerbois, autant que le sens des aphorismes aura fourni à ses idées l'occasion de se produire. On y voit toujours un praticien prudent et expérimenté; rarement une étude bien approfondie des choses nouvelles ou même des choses anciennes. Il cite les aphorismes en grec avec la traduction française au-dessous; mais il emprunte la traduction et le texte à l'édition de M. de Mercy. Nous pensons toutefois que les élèves pourront lire ce livre avec fruit et qu'il ne sera pas sans quelque intérêt pour les praticiens mêmes; en sorte qu'il pourrait porter pour épigraphe :

Indocti di cant et ament meminisse periti.

PROCEDURA MEDICA, O NORMA GENERALE PEL REGOLARE ESERCIZIO DE' DIVERSI RAMI DELL'ARTE SALUTARE, di Achille VIRGARI, dottore e professore di medicina. Seconda edizione notabilmente accresciuta e migliorata dal medesimo autore. In Napoli, 1835.

DES RÈGLES GÉNÉRALES AUXQUELLES DOIT ÊTRE SOUMIS L'EXERCICE RÉGULIER DE TOUTES LES BRANCHES DE LA MÉDECINE; par le professeur VERGARI. — 2e édition. Naples, 1835. 150 pages in-8°.

Pour faire sentir l'importance du travail du professeur Vergari, il nous suffira de dire qu'il comprend, parmi ceux qui se livrent à l'exercice *dell' arte salutare*, non-seulement les médecins et les chirurgiens qui, par leur instruction, les études antérieures qu'ils ont été obligés de faire, et beaucoup d'autres circonstances qu'il est inutile d'indiquer ici, présentent déjà tant de garanties à la société, mais encore tous ceux dont les occupations d'un rang inférieur ont quelques rapports avec le soulagement des malades, et auxquels la société demande beaucoup moins de garanties qu'aux médecins; ou même dont elle n'en exige aucune, ainsi les dentistes, les sages-femmes, les infirmiers, etc. Nous applaudissons au zèle qu'a montré l'auteur de ce travail, dont la manière de voir nous a paru être constamment d'accord avec ce que demande l'honneur du corps médical et l'intérêt de l'humanité souffrante; et nous recommandons son travail à tous ceux qui, en France, en Angleterre, nous dirions presque dans tous les pays, s'occupent de la réorganisation des diverses branches de la médecine.

VARIÉTÉS.

— Plusieurs journaux ont anoncé que M. le baron Larrey venait d'être dépossédé des fonctions de chirurgien en chef de l'hôtel royal des Invalides, et remplacé par M. Pasquier fils, lequel n'aurait d'autre titre à cette position que celui de chirurgien ordinaire du roi et du prince royal. Il importe de rectifier les faits complétement altérés dans ce récit.

1° M. le baron Larrey n'est point dépossédé de la place qu'il occupait et qui est celle d'inspecteur du service de santé des armées; il conserve son titre, son traitement intégral et ses prérogatives; mais, aux termes de l'ordonnance qui a réglé récemment l'organisation générale du service de santé de l'armée : « *les inspecteurs ne pouvant, dans aucun cas, être employés comme officiers de santé en chef d'un établissement militaire quelconque*, » M. le baron Larrey, ainsi que ses collègues du conseil de santé, a dû cesser les fonctions actives et purement honorifiques qu'il remplissait, depuis 1832 seulement, à l'infirmerie des Invalides. MM. le baron Desgenettes, Broussais, Pasquier père et Fanché se sont trouvés dans le même cas que M. Larrey.

2° M. Pasquier fils n'a point été nommé chirurgien en chef des Invalides en remplacement de M. le baron Larrey. Les nouveaux chefs de service n'étant point encore désignés, le soin des malades a été naturellement confié aux officiers de santé en chef qui prenaient rang dans l'hôtel immédiatement après MM. Larrey, Desgenettes, Pasquier père et Fanché, c'est-à-dire, pour la médecine, à M. Ribes père, médecin ordinaire; pour la chirurgie, à M. Pasquier fils, chirurgien-major, et pour la pharmacie, à M. Périnet, pharmacien principal. M. Pasquier fils n'est donc chargé du service chirurgical des Invalides que par suite d'une mesure provisoire qui lui est appliquée comme à MM. Ribes et Perinet; et s'il était appelé aux fonctions de chirurgien principal, soit à l'Hôtel, soit ailleurs, il le devrait à vingt-quatre ans de service continu dans cet établissement et dans les armées, où il a pris successivement tous ses grades; il le devrait en outre à la proposition formelle qui en a été faite depuis un an par tous les membres du conseil de santé, au nombre desquels se trouve M. le baron Larrey.

ÉCOLE PRÉPARATOIRE DE MÉDECINE, fondée et dirigée par le docteur RATIER.

Au moment où les pères de famille pensent sérieusement à prendre une détermination pour leurs fils, nous croyons devoir signaler à l'attention et à la confiance des médecins, un établissement dont mieux que personne ils peuvent apprécier l'importance et l'utilité. L'école préparatoire de médecine a été fondée par un médecin, qui se souvenant des difficultés de toute espèce qu'on rencontre à l'entrée de la carrière, lorsqu'on y est jeté sans direction pour sa conduite et sans aide pour ses études, a entrepris d'offrir aux jeunes gens les secours dont ils ont tant besoin, et aux parens les garanties que leur laisse complétement désirer l'organisation actuelle des écoles supérieures.

Les pères de famille qui ont déjà confié leurs enfans à M. Ratier, et les personnes qui ayant visité la maison, ont pu juger du progrès des élèves, rendent hommage au zèle et au talent du directeur et des personnes qui le secondent dans sa délicate et laborieuse entreprise. Tous ont reconnu qu'il y avait en effet économie de temps et d'argent, et que deux années passées dans cet établissement devaient donner plus de résultats que trois ans d'études libres. Car, on joint à l'étude *des mots* l'étude des choses, et l'on s'assure qu'ils savent bien effectivement ce qu'ils sont censés savoir. De plus le caractère distinctif du mode d'enseignement adopté dans cette école est d'être toujours pratique, de procéder constamment de l'observation du fait à la découverte ou à la constatation des règles, et d'obliger les jeunes gens à faire un usage continuel de la méthode analytico-synthétique, espèce de gymnastique intellectuelle essentiellement propre à développer les forces de l'intelligence. Ce qu'il y a de remarquable dans ce système, c'est l'adresse avec laquelle le maître s'efface et renonce au plaisir de briller pour obliger l'élève à répondre et à se rendre compte de ce qu'il a appris.

On reçoit les élèves à l'âge de seize ans; et dans un séjour de deux années, les élèves seront mis en état : 1° de passer d'une manière satisfaisante l'examen de bachelier ès-lettres (on l'a vu cette année même); 2° de passer également bien l'examen pour l'externat des hôpitaux de Paris, ou pour entrer dans les hôpitaux militaires ou de la marine. Enfin, on peut avancer qu'un jeune homme qui aurait mis beaucoup d'activité, serait en mesure de soutenir l'examen d'officier de santé ou les deux premiers examens pour le doctorat.

Le prix de la pension qui est de 1500 fr., n'est que de 1200 fr. pour les fils de médecins, et qui ne sait combien les frais annuels d'une éducation médicale sont plus considérables.

S'adresser à M. le docteur Ratier, rue du Four-Saint-Germain, 38.

— *Traité complet d'anatomie descriptive et raisonnée*, par P.-P. Broc, docteur de la Faculté de médecine de Paris, professeur d'anatomie, de physiologie et de médecine opératoire; tome troisième; Des organes considérés jusque dans leurs derniers détails. A Paris, librairies des sciences médicales de Just Bouvier et E.-H. Bouvier, rue de l'École-de-Médecine, n. 8. 1836.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

PARIS. — IMPRIMERIE ÉVERAT ET COMPAGNIE, RUE DU CADRAN, n° 16.

N° 41. (TOME IV. — 1836.) SAMEDI 8 OCTOBRE 1836.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La Gazette médicale de Paris (*Gazette de santé* et *Clinique des hôpitaux* réunies) parait tous les samedis; chaque numero est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et équivaut à 6 feuilles in-8°. Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois. Pour l'Étranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Poissonnière*, n°.5, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

CHOLÉRA-MORBUS.

OBSERVATIONS SUR LA MORT DES COLÉRIQUES ET LES PHÉNOMÈNES VITAUX OBSERVÉS SUR LE CADAVRE DES CHOLÉRIQUES; par M. le docteur Auriac, médecin des épidémies à Pezenas.

Pendant l'épidémie de choléra asiatique qui a sévi dans le second arrondissement de Béziers, depuis les derniers jours de mai 1835, jusqu'à la fin de septembre, j'ai fait les observations suivantes :

1° On a vu de fortes contractions des muscles et même des mouvemens des membres chez les cholériques morts. Ces contractions musculaires sont d'autant plus remarquables, que le corps du cholérique, au moment de la mort, est dans un singulier état de relâchement; que la peau a perdu son élasticité, et que les muscles ressemblent à une pâte molle et sans résistance; en sorte qu'on ne peut pas supposer que la mort a saisi le malade dans un moment de contraction générale des muscles.

2° Le *facies* cholérique du cadavre se transforme en une face tranquille et naturelle.

3° La cyanose disparaît sur beaucoup de cadavres, quelques heures après la mort; phénomène très-commun.

4° Le cadavre se réchauffe vivement d'une chaleur un peu halitueuse, au point de faire douter à quelques personnes inexpérimentées, du retour à la vie qui sans doute pour elles, n'avait pas entièrement cessé.

5° Les cadavres cholériques résistent à la putréfaction plus longtemps qu'après d'autres maladies aiguës : *ceteris paribus.*

Les phénomènes que nous venons de citer, se manifestent assez communément peu d'instans après la mort, survenue à la période algide, ou même après un effort inutile de réaction imparfaite et de peu de durée, qui ne détruit pas les symptômes de la première période.

On n'observe pas ces faits, si le malade succombe dans la réaction.

On a expliqué le retour de la chaleur du cadavre cholérique, en disant que, tout de suite après la mort, le calorique concentré dans les organes internes, suit les mêmes lois dans le cadavre, que dans les corps inorganiques, c'est-à-dire, en se mettant en équilibre, et se distribuant de proche en proche, du centre à la périphérie; et l'accumulation intérieure du calorique a été supposée, d'après la sensation de chaleur dont le malade se plaint quelquefois à l'épigastre et peut-être aussi d'après le désir des boissons fraîches.

On ne saurait croire avec quelle facilité cette explication physique a été accueillie par les médecins. Mais d'abord fallait-il examiner au

Feuilleton.

DE LA PROSTITUTION DANS LA VILLE DE PARIS, considérée sous le rapport de l'hygiène publique, de la morale et de l'administration; par M. Parent-Duchatelet.

(Voir les n°s des 24 septembre et 1er octobre.)

Nous compléterons l'analyse de la partie exclusivement médicale du livre de M. Parent-Duchatelet par quelques détails non moins importans que les précédens, sur l'état sanitaire des prostituées, et sur les établissemens speciaux de médecine qui leur sont destinés.

L'étude des maladies des diverses classes de la société, et dont le développement, relativement plus fréquent, a pour causes évidente les conditions physiques et morales auxquelles ces classes sont soumises à raison de leur genre de vie et de la nature de leurs occupations, a, de tout temps, exercé la sagacité des observateurs. Ramazzini entra le premier, il y a près de deux siècles, dans cette recherche qu'on pourrait appeler la pathologie des professions. Son traite sur les maladies des ouvriers, ouvrit une nouvelle route à la médecine pratique, et provoqua une longue suite de travaux dont la médecine peut, à bon droit, s'énorgueillir, car leurs heureux résultats pour la conservation des hommes, ont été d'une évidence incontestable. La classe dont M. Parent-Duchatelet a fait l'objet spécial de ses études, méritait d'autant plus d'être étudiée sous ce point de vue, que par une triste exception, elle se trouve avec toutes les autres dans des rapports tels que la santé publique est intéressée à la sienne. Jusqu'ici on ne possédait, sur ce point, que des notions vagues, insuffisantes, sinon tout-à-fait nulles. L'ouvrage de M. Parent apporte plus de lumières à cet égard qu'on n'en pourrait recueillir de tout ce qui a pu être écrit jusqu'à ce jour sur ce sujet.

Les maladies le plus fréquemment observées chez les prostituées peuvent se diviser en deux classes : 1° celles qui leur sont particulières et qui tiennent directement au métier; 2° celles qui leur sont communes avec les autres femmes.

Parmi les premières on peut compter les pertes utérines, les tumeurs et abcès des grandes lèvres, les fistules recto-vaginales, les cancers de l'utérus, les affections convulsives et spasmodiques, l'aliénation mentale et le vice scrophuleux.

D'après les analogies si souvent trompeuses en médecine, on serait disposé à croire que les pertes utérines devraient être rares chez les prostituées, puisque les suppressions menstruelles constituent une de leurs affections les plus fréquentes. Il n'en est rien pourtant. On observe, au contraire, dans la prison qui renferme

moins si le corps ou l'on suppose cette *équilibration* du calorique, est de l'espèce qui la favorise; s'il est bon conducteur du calorique. Or, on sait bien qu'il n'est pas de matière plus mal disposée pour la libre transmission du calorique que le corps animal.

Il serait facile d'indiquer des expériences pour vérifier le concours de la tendance du calorique à l'équilibre, dans la productions du phénomène dont nous recherchons l'explication, mais il suffit d'observer ce qui se passe tous les jours sous nos yeux.

Combien de fois n'ouvre-t-on pas des cadavres bien conservés, froids à l'extérieur et chauds encore intérieurement assez long-temps après la mort?

Ce sentiment de chaleur interne accusé quelquefois par le malade, peut bien ne pas être le résultat d'une augmentation réelle de calorique.

En effet, j'ai vu couler du sang d'une chaleur inférieure au degré ordinaire, par une saignée faite dans la période algide, au commencement d'une réaction suivie de mort; et ce fait n'est pas rare.

La langue des cholériques est froide, ainsi que l'air qu'ils expirent.

D'ailleurs le malade devrait aussi ressentir du froid extérieurement, à cause du vif refroidissement de la peau; et l'on ne voit aucun malade se plaindre du froid dans la période algide.

En général, toutes les sensations du corps produites par des agens physiques externes, peuvent être reproduites dans le corps vivant, sans le concours de ces mêmes causes. Cette pensée, que je crois d'Arétée, s'applique aux sensations de froid et de chaud perçues indépendamment des causes ordinaires de la chaleur thermométrique.

On a vu renaître la chaleur chez des cadavres, provenant d'autres maladies que le choléra; et cependant on ne note point parmi les symptômes de ces maladies une sensation très-vive de chaleur interne avec refroidissement extérieur bien sensible. (Voyez Dehaën, Rœderer et Wrisberg, cités par Barthez. *Science de l'homme*, vol. 1, p. 216, notes.)

Enfin, si le réchauffement du cadavre cholérique dépendait des lois physiques, nous verrions presque toujours ce phénomène se manifester après la mort.

Nous sommes donc forcés de recourir à des causes d'une autre espèce, aux lois de la vie.

Mais si nous admettons les forces vitales pour causes des phénomènes observés sur le cadavre cholérique, il faut bien considérer ce cadavre comme jouissant encore d'un reste de vie, c'est-à-dire dans un état de mort apparente.

L'état de mort apparente ne peut être établi que par des phénomènes vitaux. Mais l'autopsie démontre aussi la possibilité de cet état, sans donner aucune preuve positive de son existence.

En effet, on ne connaît point le siège organique du choléra; et si la maladie est promptement mortelle, l'autopsie ne montre aucun désordre dans l'organisation.

Mais le corps vivant étant composé d'organes doués de facultés vitales qui en sont les propriétés inséparables, comme les affinités chimiques sont des attributs constans des molécules organiques; si, après la mort, on trouve l'organisation intacte, la cause de la mort doit résider dans l'altération des facultés vitales, c'est-à-dire que le choléra mortel n'a modifié les organes que dans leurs propriétés, et non dans leur structure physique.

Et si l'esprit se refuse à cette conséquence déduite des faits visibles, il faut supposer d'abord que les organes ont été altérés par le choléra d'une manière imperceptible à nos sens; et cette lésion organique ne peut être assez grave pour produire la mort; autrement on serait obligé de renoncer à toutes les déductions de l'anatomie pathologique. Mais il faut admettre en même temps qu'à raison de cette modification insensible des organes, leurs forces vitales ont été profondément altérées, au point de causer la mort, qui, en dernière analyse, sera toujours le résultat de la lésion unique des forces vitales. Cette conclusion est rigoureuse.

Il est impossible de déterminer le genre d'altération que les propriétés vitales éprouvent par le sujet du choléra; mais il importe de reconnaître, pour le fait qui nous occupe, que dans l'affaissement qui précède la mort des cholériques (1), les forces vitales ne sont point radicalement épuisées, qu'elles ne sont qu'opprimées; ce qui est prouvé 1° par la courte durée de la maladie; 2° par la conservation entière des organes; 3° par la réaction ordinaire avec des symptômes d'excitation; 4° enfin par la promptitude du changement de la période algide, opéré par la réaction.

Voilà l'état des forces vivantes du cholérique, auquel la mort va succéder prochainement.

Mais la mort n'est pas un acte simple et instantané; c'est la cessation irrévocable de la sensibilité et des mouvemens vitaux. (Barthez, *Science de l'homme.*) Et cette cessation peut se faire dans un temps plus ou moins court, selon la maladie qui amène la mort.

Elle s'accomplit très-promptement à la suite d'une maladie chronique, avec de grandes altérations d'organes qui ont préparé et commencé depuis long-temps la destruction vitale.

Cette cessation, au contraire, peut s'achever lentement après des maladies très-aiguës, les affections nerveuses graves (2), l'asphyxie, l'apoplexie. Dans ces cas, la succession des gradations de la mort est singulièrement prolongée.

Dès que la mort a commencé d'envahir le corps, les fonctions des organes ne peuvent plus être rétablies si l'organisation est détruite ou profondément dérangée.

Si au contraire, au moment de la mort, l'altération n'existe que dans les forces vitales, on conçoit possible la restauration des fonctions. Il ne faut pour cela que le retour d'action, la réaction des facultés vitales.

Or, ces facultés sont d'autant plus disposées à réagir, que leur suspension a été moins longue; et c'est précisément le cas du choléra algide et des maladies que nous avons signalées.

D'après ces réflexions trop longues sans doute et trop minutieusement déduites, nous pouvons considérer la mort prompte des cholériques comme imparfaite, le corps comme conservant encore des propriétés vitales moins énergiques, et les phénomènes cadavériques comme

(1) Je n'ai pas vu un seul cholérique mourir dans les convulsions.

(2) « Une femme cholérique expira au milieu des convulsions. Ces convulsions » persistèrent dans les oreilles, plus d'une heure après que la dernière étincelle » de vie paraissait s'être éteinte. » Rapport du chirurgien Hauptfleisch du 6 octobre 1831 sur le choléra à Hambourg. GAZETTE MÉDICALE, 1832, p. 194.

---

toujours de quatre à cinq cents femmes, un grand nombre de pertes abondantes sans lésion organique et véritablement essentielles: ce qui a été démontré par des autopsies. L'influence du métier paraît être ici la véritable cause, car on n'observe guère ces maladies que dans les maisons de détention des filles publiques, et souvent sur des filles de quatorze à quinze ans, ce qui est extrêmement rare dans toutes les autres classes.

Les tumeurs développées dans l'épaisseur des grandes lèvres sont plus fréquentes encore. Ces tumeurs abandonnées à elles-mêmes, prennent quelquefois un grand développement; elles sont indolentes, rarement fibreuses, et communément remplies d'un fluide albumineux d'une fétidité extrême, ou formées d'une substance méliçérique. Ces tumeurs, soumises à des excitations répétées, s'enflamment et se vident; mais elles se reproduisent bientôt, ou déterminent des fistules qu'on ne peut guérir qu'en enlevant les kystes ou en les faisant suppurer. Quant aux abcès ordinaires des grandes lèvres, ils affectent une marche aiguë et ne diffèrent en rien de ceux qui s'observent fréquemment chez les autres femmes.

Les abcès situés dans la cloison recto-vaginale, et qui ne sont pas rares, sont plus graves. Ils produisent souvent des fistules dont la guérison est difficile et qui persistent quelquefois jusqu'à la mort, et n'empêchent pas toujours les filles de continuer leur métier. On estime qu'il peut bien y avoir à Paris trente filles atteintes de cette infirmité. Quelquefois ces fistules se rétrécissent d'elles-mêmes et se guérissent naturellement malgré l'influence des causes qui devraient les aggraver chaque jour. Des chancres non traités peuvent aussi produire ces fistules, mais dans ces cas, la perforation a lieu très-près du sphincter de l'anus, et les suites en sont moins fâcheuses. La phthisie coïncide très-fréquemment avec ces fistules.

Quant au cancer utérin, l'étude des faits conduit encore à un résultat inattendu. Il paraît en effet assez rare, ainsi que les allongemens, les irritations et phlegmasies du col. On explique cette espèce d'anomalie par quelques considérations, au moins ingénieuses. La première est que les maladies de l'utérus n'arrivant ordinairement qu'à un âge assez avancé et très-rarement dans la jeunesse, les filles publiques ont déjà quitté le métier avant d'être arrivées à cette époque fâcheuse. Mais cela n'explique point pourquoi ces affections ne se développent pas plutôt chez elles que chez les autres femmes, malgré l'influence constante des principales causes qui sont censées les déterminer en général. On a dit en outre que l'allongement du col de l'utérus dans le bassin étant surtout déterminé par les accouchemens à terme, il était moins prononcé chez les prostituées, qui le plus souvent avortent, que chez les femmes mariées, et que par conséquent l'organe était moins exposé aux atteintes et irritations extérieures. Cette raison ne satisfait guère M. Parent-Duchâtelet, mais si le fait de l'allongement du col par suite des accouchemens était bien prouvé, elle nous paraîtrait assez satisfaisante.

Les affections spasmodiques ont été jadis très fréquentes; elles avaient pris pendant long-temps, à Bicêtre, une forme en quelque sorte épidémique, et étaient attribuées par les femmes à l'action du mercure. La durée du traitement y était fixée à six semaines. Ce temps expiré, on les renvoyait guéries ou non guéries. L'attente du jour fatal était pour la plupart une cause de terreur indicible; et vers la cinquième semaine, elles étaient toutes prises de convulsions et d'accidens épileptiformes, qui étaient considérés comme une suite naturelle et inévitable du traitement mercuriel. Cela durait depuis de longues années, lorsque Cullerier, devenu chirurgien de Bicêtre, crut pouvoir faire cesser ces accidens produits par l'imagination et l'imitation, par le moyen qui avait si bien réussi à Boerhaave à Harlem. Il menaça de plonger dans l'eau froide, de cautériser à blanc toute

de vrais symptômes qui se développent depuis le commencement de la mort jusqu'à sa terminaison.

Nous ne ferons donc aucune difficulté de les rattacher à un exercice imparfait des forces vitales, en les expliquant de la manière suivante.

La chaleur qui se développe sur la peau des cadavres cholériques, peu après la mort, provient de la même cause en général, que la chaleur ordinaire du corps vivant. Je ferai observer seulement que la respiration n'est pour rien dans la chaleur des cadavres cholériques. La cause en est toute vitale.

Je rangerai sous une même cause vitale, les contractions des muscles, qui rendent leur masse proéminente et dure dans le cadavre cholérique; les mouvemens des membres, leur tension ou raideur causée par la contraction simultanée des fléchisseurs et des extenseurs; les fortes rétractions des muscles après la section (1). Je ne détermine pas si leur force motrice agit d'abord dans les nerfs, ou immédiatement dans les fibres musculaires.

La disparition de la cyanose cadavérique ne peut être expliquée que par un effet vital. Cette couleur étant le résultat de l'apparence d'un sang noir en stagnation sous l'organe cutané; elle ne peut s'effacer si aucun mouvement ne s'excite dans l'organisme.

Je suppose que ce mouvement qui d'ailleurs paraît prouvé par les faits, s'exécute dans les extrémités contiguës des vaisseaux artériels et veineux, en vertu des lois de la circulation, ou plutôt par la *réaction* des forces toniques des petits vaisseaux.

Un autre effet de ces mêmes forces : c'est le changement prodigieux qui s'opère sur les traits du visage du cadavre cholérique, et transforme cette figure hideuse en un faciès ordinaire d'un homme livré au sommeil.

La face cholérique semble produite par la perte de cohésion des muscles et des autres parties molles de cette région : ce qui change la forme des traits; par le manque de tension de la peau qui conserve les rides qu'on y imprime, et souvent aussi par le prompt amaigrissement des chairs.

Ce sont les forces toniques qui raffirmissent le tissu mou des muscles, et leur donne cette résistance qu'on a éprouvée en les divisant avec le scalpel (2).

De même que l'on voit, après certaines maladies mortelles, le cadavre tomber très-promptement en putréfaction, de même par d'autres causes maladives, un effet tout contraire a lieu : c'est-à-dire, une plus grande résistance du corps à la décomposition putride. C'est ce qui arrive chez les cadavres cholériques qu'on a vu, cinq ou six jours après la mort, ne donner aucun signe de putréfection (3).

L'on pouvait préjuger ce fait, d'après ceux que nous avons déjà notés, qui démontrent : que le cadavre cholérique serait encore doué de quelques forces vitales.

La résistance du corps vivant à la fermentation putride, qui préserve le cadavre pendant quelque temps, démontre, comme les phénomènes précédens, que la mort n'est pas entièrement achevée dans le corps qui vient de succomber au choléra, et fait voir ainsi la lenteur des gradations de la mort amenée par la cause cholérique.

Jusqu'à présent nous avons considéré les phénomènes du cadavre cholérique, d'une manière isolée, en les rapportant à des causes vitales. Mais on peut les grouper comme un fait unique, et en étudier la nature, en recherchant : 1° quelle analogie existe entre ce fait composé et d'autres faits ou affections pathologiques; 2° quelle en est la cause générale, savoir : pourquoi les forces vitales affaiblies, opprimées, se raniment pour exercer de nouveau leur action dans le corps, par la production des phénomènes précités.

L'analogie indique d'abord le fait de la réaction imparfaite qui se manifeste vainement dans les derniers temps du choléra.

Quant à la cause de cette réaction, elle ne diffère pas de celle qui produit la réaction ordinaire dans tous les instans du choléra. Cette cause inconnue est seulement indiquée par les faits.

On s'étonnera sans doute d'une réaction qui aurait lieu, lorsque les signes de mort ont déjà apparu, et je ne chercherai point à soutenir, par des raisonnemens, la possibilité de la réaction dans ces momens extrêmes; mais je ferai observer que cet acte vital se déclare souvent dans un état d'agonie qui diffère bien peu de l'état de mort apparente.

En effet, la mort existe dès que la sensibilité manifeste a cessé avec les mouvemens du pouls et de la respiration et tous les autres mouvemens vitaux qui peuvent être aperçus par les sens. (*Barthez.*) Mais l'on a vu la réaction se faire jour, lors même que le malade ne présente au lieu des battemens du cœur, qu'un frémissement obscur, et que le pouls est perdu depuis quelques heures, les membres froids, la sensibilité épuisée. Cependant la respiration persiste encore; le mouvement musculaire est possible, et l'intelligence parfaite.

Mais de quelle utilité peut être la respiration pour l'entretien de la vie, lorsque la circulation est suspendue, et que même le sang en stagnation dans les organes n'a pas les caractères de l'oxigénation?

On sait d'ailleurs que les fonctions musculaires ne sont pas plus essentielles à la vie, que l'intégrité de l'intelligence, témoins les paralytiques et les idiots.

Dès lors quelle différence importante peut-on assigner entre cet état du corps que nous venons d'analyser, et celui qu'on qualifie de mort apparente?

La seule conclusion que je tirerai pour le moment de ces considérations, c'est l'obligation de ne pas cesser de donner aux cholériques des soins assidus, même lorsque la mort semble les rendre inutiles; et surtout de défendre le prompt ensevelissement des cadavres, ce qui n'est pas aisé à obtenir au milieu des troubles d'une épidémie cholérique.

(1) Choléra-morbus observé aux Invalides, par M. Ribes fils. (GAZETTE MÉDICALE, p. 280.)

(2) Choléra-morbus observé aux Invalides, *loco citato.*

(3) Lettre sur le choléra-morbus d'Autriche, par la commission médicale envoyée en Russie. (GAZETTE MÉDICALE, 1832, p. 98.)

PATHOLOGIE EXTERNE.

HISTOIRE D'UN CAS REMARQUABLE DE NÉCROSE DU FRONTAL, suivie de quelques considérations sur la mortification des os du crâne; par M. PETREQUIN, D.-M. P.

Tout le monde sait que la nécrose attaque principalement la substance compacte du tissu osseux, et que c'est dans le squelette des

---

femme qui aurait des convulsions. La vue des cuves pleines d'eau, de fers rouges et de fourneaux opéra à souhait. Les convulsions cessèrent. En 1793 elles se renouvelèrent à l'hospice vénérien établi au couvent des Capucins; mais l'emploi du même moyen les fit cesser, et depuis on n'en a plus entendu parler.

L'aliénation mentale est assez fréquente. D'après les registres de la Salpêtrière, la moyenne des prostituées admises a été pendant cinq ans, de 1811 à 1815, de 21 par année. Sur 105 aliénées, il y a 45 maniaques, 36 mélancoliques, 18 en démence. Les causes présumées les plus fréquentes sont les chagrins profonds, la misère, l'abus du vin. La plus jeune de ces 105 femmes avait 16 ans; la plus âgée, 62. Le plus grand nombre se trouvait entre 25 à 40 ans. Une observation curieuse, c'est l'extrême rareté du délire érotique chez ces aliénées. Leur délire, d'après M. Esquirol, est presque toujours relatif à des idées d'ambition, de richesse et d'honneurs. M. Parent ne croit pas que la fréquence de l'aliénation mentale doive être attribuée, comme on l'a cru, à l'action du mercure.

Avant de passer à la syphilis nous donnerons les résultats généraux du travail de M. Parent sur les maladies générales des prostituées. La moyenne des maladies graves est de 145 par année. Les deux tiers de ces maladies sont traitées dans les hôpitaux, l'autre tiers à domicile; un très-petit nombre dans des maisons de santé. Les affections les plus fréquentes sont les phthisies, catharres, pleurésies et angines et les fièvres diverses, les maladies de l'uterus. Sauf ces dernières maladies, les coups et blessures et les autres affections se distribuent chez les prostituées à peu près comme dans le reste de la population. De l'ensemble de ses observation l'auteur s'est cru fondé à conclure que, sauf les maladies syphilitiques, triste appanage de cette malheureuse classe, leur métier est beaucoup moins insalubre qu'on ne serait tenté de le croire, et qu'en somme ce genre de vie présente peut-être moins de résultats fâcheux sous le rapport de la santé, que celui des femmes occupées des travaux sédentaires du ménage. Mais il ne se dissimule point l'incertitude de ses calculs à cet égard; et nous ne pensons pas non plus qu'on puisse arriver dans ces sortes d'appréciations à des résultats tout-à-fait satisfaisans.

La syphilis et la gale sont les maladies les plus fréquentes et pour ainsi dire des compagnes nécessaires et inévitables de la prostitution, comme la colique métallique pour les ouvriers employés aux préparations saturnines; la syphilis surtout. Cette dernière affection est, dans l'opinion de l'auteur, plus grave et plus meurtrière que toutes les autres pestes et maladies contagieuses, qui, dit-il, ne paraissent plus effrayantes que parce qu'elles frappent leurs victimes d'un seul coup et par grandes masses réunies; tandis que la syphilis détruit en silence, et sans interruption, et sévit uniformément sur toutes les classes de la population d'une manière lente et presque inaperçue; aussi il s'étonne qu'on dépense tant de millions à l'institution des lazarets et des quarantaines pour la peste, le choléra, la fièvre jaune, etc., et qu'on n'ait rien fait pour détruire cette autre peste bien autrement funeste. Le meilleur moyen de l'extirper sera d'abord de surveiller la santé des individus qui se trouvent dans les conditions favorables à sa propagation, et qui sont comme le foyer de l'infection, c'est-à-dire les prostituées. Il s'élève avec beaucoup de chaleur contre ces prétendues raisons morales qu'on a quelquefois invoquées pour justifier cette négligence, sous prétexte que le danger des rapports avec les filles publiques était un frein au libertinage. L'expérience prouve que ce frein est bien faible, s'il existe, puis qu'il n'a empêché dans aucun pays, la propagation indéfinie et de l'immoralité et de la maladie. L'instinct qui établit ces rapports est trop puissant et trop aveugle pour être contenu par la

membres qu'on l'observe le plus fréquemment; aussi est-ce surtout dans le corps des os cylindriques qu'elle a été étudiée jusque dans ces derniers temps. La mortification des diverses pièces de la boîte du crâne a beaucoup moins fixé l'attention; je ne connais que Léveillé (*Mémoires de physiologie et de chirurgie pratique*, 1804) et F. Ribes (*Dict. des sciences méd.*, t. 35), qui en traitent en particulier avec quelque étendue (1). Le professeur Boyer n'en donne aucun exemple (*Traité des malad. chir.*, 1831, t. 3); M. L.-J. Sanson (*Diction.* en 15 vol., t. 11, 1834) n'en rapporte que deux recueillis par Dupuytren et M. Cullerier; et si j'ajoute quelques observations de Saviard et de Sabatier, et les deux cas de Percival Pott, cités par Samuel Cooper, etc., on aura à peu près un inventaire de ce que la science possède de plus important sur cette matière. L'état de nos connaissances m'a semblé donner un nouvel intérêt à l'observation suivante, que j'ai cru devoir en conséquence rapporter avec quelque détail, tant à cause de la rareté de cette affection, que des considérations intéressantes auxquelles elle peut prêter.

Le sujet est un homme d'une constitution robuste, rentré dans son pays (Isère) en 1815 à l'âge de 29 ans, après un service militaire de huit ans, et depuis lors livré aux travaux de la campagne.

A. En 1823, dans le mois d'août, après les fatigues de la moisson et du battage des blés, il commença à ressentir quelques douleurs de tête sourdes et rémittentes; la céphalalgie, circonscrite au coronal, empira et devint continue; et quelques jours après, le front tout entier fut le siége d'une tuméfaction diffuse, aplatie, sans rougeur à la peau, et très-douloureuse. Cet état de souffrance dura deux ans; à la fin, les douleurs, continues, devinrent intolérables; le malade, pour me servir de ses expressions, *était comme un enragé*; il souffrait horriblement, et ne pouvait s'empêcher de pousser des cris; il perdit le sommeil pendant six mois, et dépérissait. Les secours qu'il chercha dans la médecine le soulagèrent fort peu. Cependant, de la surface de l'engorgement, il s'éleva deux tumeurs qui se circonscrivirent au-dessus des yeux, et qui, dures d'abord, se ramollirent ensuite et s'ulcérèrent; le dégorgement s'opéra; un soulagement très-marqué s'ensuivit, puis la suppuration se tarit peu à peu, et les ouvertures se fermèrent au bout de quelque temps. Le malade eut alors quelque répit, reprit l'appétit, et put recommencer à travailler. Il en profita pour aller dans le Lyonnais exercer l'état de vigneron: il y resta 4 ans.

B. A cette époque la céphalalgie reparut; il prit mal aux yeux; les paupières supérieures se tuméfièrent; il y avait larmoiement. Il continua néanmoins à travailler; mais le soir, après les fatigues de la culture de la vigne qui exige un travail pénible et une position fort incommode, où le corps est courbé et le front penché, ce qui facilite l'abord et le séjour du sang dans le crâne, le soir la tête était pesante, et le siége d'un malaise indéfinissable. Il était accablé, comme étourdi, avait une tendance insolite à l'assoupissement, et dormait d'un sommeil lourd et prolongé. Je le vis par hasard en 1830; il faisait traiter ses yeux, ne se doutant pas de la maladie qu'il portait, et dont je ne sus les détails que plus tard. La tuméfaction frontale recommença à s'élever de nouveau, et forma deux saillies sur les yeux, une troisième sur l'épine nasale, et une quatrième au sommet du coronal. Toutes se ramollirent, et dans l'hiver de 1831 à 1832, un jour qu'il défrichait un bois, les quatre tumeurs crevèrent dans un violent effort qu'il fit; un grand dégorgement s'opéra par suite de l'écoulement de beaucoup de sérosité et de pus sanguinolent. Les ouvertures cette fois ne se refermèrent pas; et loin d'avoir aucune tendance à la cicatrisation, elles végétèrent et restèrent fistuleuses; une suppuration séreuse en dégouttait continuellement.

C. En avril 1832, il vint à Lyon consulter M. Gensoul, chez qui je l'examinai. Le frontal semblait soulevé; la percussion avec le stylet rendait un son mat, heurtait sur un corps rugueux, et donnait la sensation d'une mobilité insolite, mais encore obscure. Il est clair que l'os avait cessé de vivre, qu'il était dépouillé de son périoste, et déjà détaché en partie. La nécrose suivait une marche très-chronique; de là vient qu'elle provoquait peu d'irritation sympathique dans les viscères splanchniques; la digestion et la nutrition s'exécutaient assez bien. Le malade s'en retourna sans subir l'extraction. Le travail d'élimination fut long; la suppuration l'affaiblissait; il perdit l'appétit, et éprouva des coliques et de la constipation. Un liquide séreux, grisâtre, très-fétide, s'écoulait des fistules en telle abondance, qu'en mars 1833 il équivalait à environ un litre par jour. Le malade que je vis alors dans une excursion que je fis dans le Dauphiné, était si faible et si souffrant que je ne pus l'examiner; souvent, quand il se baissait ou faisait des efforts de défécation, il se manifestait, au lieu de pus, un écoulement de sang; il eut plus de trente hémorrhagies considérables dans l'espace de dix mois, pendant lesquels il ne quitta pas le lit ou la chambre; les douleurs de tête étaient presque continuelles, avec exacerbation le soir; il lui semblait qu'on lui brisait le crâne. Il n'avait plus de sommeil; les facultés intellectuelles ne furent pas troublées. Dans le mois de mai, il fut pris d'une paralysie de la sensibilité dans les membres abdominaux; il pouvait se tenir droit et même marcher, avec peine toutefois, mais il ne s'apercevait plus ni du froid ni du chaud, se pinçait sans en souffrir, et croyait ses jambes entièrement mortes. En somme, il était dans un tel état, que tout le monde, dans le village, le regardait comme voué à une mort prochaine. La tumeur frontale cependant se porta insensiblement à droite; le coronal ébranlé, et peu à peu détaché, tomba sur la paupière de ce côté; il la déforma même et l'abaissa au point que le malade commença à perdre la vue, qu'il ne recouvra plus; puis l'os perça la paupière, la coupa et priva ainsi l'œil de son voile, en ôtant même l'espoir de lui rendre la vue un jour. Au milieu de ces désordres, il n'y eut jamais ni indigestion, ni vomissement; l'appétit persista; la soif était intense; il buvait par jour plusieurs litres de lait et de petit-lait; des coliques, une constipation opiniâtre et douloureuse, une suppuration excessive et un dépérissement progressif, semblaient annoncer l'imminence d'une issue funeste, lorsque lui-même, en juillet 1833, s'arracha le frontal nécrosé tout d'une pièce, à travers la fistule du côté droit.

Il éprouva un soulagement instantané qui alla toujours en augmentant; les fistules se fermèrent, sauf une seule; la paralysie cessa; l'appétit et les forces revinrent, avec l'exercice normal de toutes les fonctions; l'amaigrissement se répara; et lorsque je le revis en novembre 1834, il se portait bien. Voici dans quel état je le trouvai. La haute fistule du front s'était desséchée et cicatrisée sur les bords, et il restait

(1) Troja, qui a fait de si belles expériences sur la nécrose artificielle et traumatique, n'a pas dirigé ses recherches sur ce point. Voy. *De novorum ossium regeneratione*, 1775.

---

peur d'un danger dont la plupart des hommes n'apprécient guère la gravité et qu'ils espèrent d'ailleurs éviter. Il observe en outre que ce n'est pas le libertinage seul qui est puni, mais que ses effets s'étendent partout, même dans les ménages les plus réguliers, et jusque sur les générations naissantes. Nous adoptons entièrement ces réflexions. La morale ne saurait jamais dans aucun cas se défendre avec une pareille arme. Une morale plus éclairée la repoussera toujours. Mais si M. Parent Duchatelet a raison de demander l'extirpation de ce fléau public comme un des devoirs les plus urgens et les plus dignes d'une société civilisée, nous ne pouvons comprendre pourquoi il s'élève avec indignation contre les essais proposés à diverses époques pour s'en préserver. Il veut bien qu'on guérisse la syphilis partout où elle se montre, et qu'on s'oppose à sa propagation par la séquestration des individus malades, considérant comme un crime de lèze-humanité cette fausse morale qui voudrait s'en faire un bouclier; mais il ne veut pas qu'on cherche ni qu'on autorise aucun moyen préservatif. En un mot, il admet le contre-poison, mais il n'admet pas l'antidote. L'usage du premier est, selon lui, moral et nécessaire; l'usage du second, immoral et funeste. C'est là, ce nous semble, une contradiction qu'il n'a pas réussi à justifier. D'un côté il assure que la peur du danger ne retient personne, d'où il conclut qu'il faut extirper le mal; et de l'autre, il assure que sans ce danger la prostitution ne connaîtrait plus de bornes, et que les deux sexes s'y précipiteraient à la fois, d'où il conclut qu'il ne faut pas se préserver de la maladie. Il croit et il espère qu'un jour on parviendra à détruire la syphilis, comme on a détruit la lèpre, et il veut qu'on ne néglige rien pour atteindre ce résultat admirable; mais il rejette en même temps tout moyen préservatif qui produirait ce résultat instantanément. Cette double opinion, nous le répétons, nous semble tout-à-fait contradictoire. Nous ajoutons que la véritable morale de notre profession (d'accord du reste en ceci avec la morale soit religieuse, soit philosophique, soit politique, car toutes les morales s'accordent quand elles sont bonnes), ne permet pas à un médecin de délibérer un instant sur cette question. Le devoir du médecin est, dans tous les cas possibles, de veiller à la santé et à la vie des hommes; et aucune considération extra-médicale ne peut ni ne doit influer sur sa conduite. Celui qui trouvera le vaccin de la syphilis ne méritera pas moins que Jenner la reconnaissance de l'humanité tout entière, et tout médecin qui cherche ce vaccin, quel qu'il puisse être, fait une œuvre méritoire et digne d'encouragement.

M. Parent Duchatelet prétend que le vaccin propagerait l'immoralité d'une manière effrayante, et semble croire que la prostitution ainsi dépouillée d'une partie de son horreur, s'établirait sur une échelle telle que les rapports réguliers et légitimes des deux sexes en seraient bouleversés. Sans revenir sur la palpable contradiction où il se met avec lui-même, on est fondé à nier ces prétendues conséquences. On ne voit pas, par exemple, que la prostitution ait fait des progrès depuis que les mesures sanitaires employées par l'autorité, ont apporté plus de sécurité dans les relations avec les filles publiques; dans le moyen âge et jusqu'à la fin du dernier siècle, où les précautions étaient nulles, et où le danger était presque certain, la prostitution était-elle moins répandue et les mœurs publiques meilleures? Dans l'antiquité, qui ne connaissait pas notre syphilis, la prostitution était établie sur des proportions telles que les récits des historiens nous étonnent; et de plus elle s'exerçait sur les deux sexes. Ce motif nous paraît donc tout-à-fait illusoire. L'état des mœurs et de la prostitution modernes tient à des causes bien plus générales et bien plus profondes, et l'existence de la syphilis ne peut être dans cette question que d'une importance très-secondaire.

au centre une ouverture avec déperdition de substance à la peau, de la largeur d'un pouce sur seize lignes de hauteur, où l'on voyait à nu une membrane épaisse, dure, collée à l'os, indolore à la pression, et offrant l'aspect fibreux et poli d'une aponévrose que je présumai être de la dépendance du péricrâne. Les deux ouvertures sourcillères s'étaient cicatrisées; la paupière supérieure droite, qui avait été taillée par le sequestre, ne présentait point de cils; la peau en était rouge, enflammée, boursoufflée, et coupée en V renversé dans cette forme Λ, ce qui laissait une ouverture triangulaire au globe oculaire, qui ne pouvait ainsi être recouvert. La cornée transparente était devenue opaque et comme tapissée d'une taie; il y avait encore une sensation obscure de lumière. A gauche, où la vue était conservée, la paupière supérieure était constituée par un gros bourrelet rougeâtre qui retombait sur l'œil; en l'examinant avec soin, je vis qu'elle était renversée en dehors, et distinguai des cils dans la profonde fente transversale qu'elle présentait. L'œil n'était recouvert qu'à peine, ce qui rendait l'impression de la lumière douloureuse. Depuis lors, la vue s'est complétement perdue des deux côtés. La seule ouverture qui fût restée béante, existait sur l'os nasal gauche; elle était ronde; j'y pus engager une plume à écrire; les bords en étaient recouverts par la peau qui s'y prolonge. Ainsi elle ne se refermera jamais naturellement.

Le frontal nécrosé n'était point divisé en ses deux portions primitives; il était sorti tout d'une pièce. Il était, au moment de son extraction, garni de bourgeons charnus, surtout vers sa face interne. Mais alors, le malade l'ayant fait macérer dans du vinaigre, il était aride, noirâtre, rugueux, inégal, offrant l'aspect terreux des os d'une momie; il avait du reste conservé sa forme; ses bords étaient peu corrodés; seulement les dents des engrenures avaient disparu. Il avait laissé, en tombant, un os identique.

Quelle a été la cause de cette nécrose? faut-il en accuser une ancienne syphilis qui fut mal traitée et dont les funestes effets auraient été favorisés par l'insolation et par les fatigues militaires? Il est à noter qu'il partit pour la campagne de Russie immédiatement après un séjour de trois ans en Italie; qu'à Smolensk il eut une balle dans le genou gauche; que depuis, dans la retraite, il reçut, près de Leipsick, un coup de sabre au bras et dix coups de lance, dont trois à la tête. Pendant sept heures il resta mort sur le champ de bataille, eut ensuite beaucoup à souffrir du froid, et mit plus de huit mois à se rétablir. La nature des douleurs qui s'exaspéraient la nuit, et la marche lente de la maladie qui fut dix ans à se terminer, sembleraient confirmer cette opinion, qui s'accorde avec cette observation du professeur Boyer, « que la nécrose chronique est le plus souvent due au virus vénérien. (*Maladies chroniques*, 1831, t. 3, p. 441). » Au reste, je dois dire que depuis lors il n'a eu aucun ressentiment de syphilis. Samuel Cooper a observé que les travaux pénibles y prédisposent. J'ai plusieurs fois entendu M. Janson faire la remarque que la nécrose est plus commune aux environs de Lyon qu'à Paris. Ainsi diverses circonstances ont pu favoriser son développement.

Weidmann a expliqué aussi l'espèce de prédilection de cette affection pour la substance compacte: on l'observe, dit-il, plus souvent dans cette substance où le principe de la vie est moins actif et s'éteint avec plus de facilité; elle attaque au contraire moins fréquemment la substance spongieuse, parce que celle-ci étant pourvue de vaisseaux plus nombreux et douée d'une plus grande vitalité, la suppuration s'y développe plus promptement; et encore, ajouterai-je avec le professeur Boyer (t. 3, p. 422), parce que les os y sont plus rapprochés de la manière d'être des parties molles, et plus susceptibles de supporter le travail inflammatoire. Il faut de plus, pour les os du crâne, noter que le cortex est plus extérieur et plus exposé aux injures des agens vulnérans. Au reste, ces motifs qui excluent la fréquence, n'excluent pas la possibilité de la mortification dans le tissu spongieux, et à ce propos il suffit de rappeler les cas observés dans l'astragale (Duverney), dans l'os innominé (Weidmann), dans l'omoplate (Chopart), dans les os sus-maxillaires (Ribes, *Dict. des sciences méd.*, t. 36), dans l'olécrâne (Blandin), dans les os du tarse (Sanson), dans les corps des vertèbres (Petrequin), etc.

Je crus d'abord que l'exfoliation avait compris toute l'épaisseur du frontal; et comme un os manifeste le remplace, c'eût été un cas des plus curieux, attendu que dans les os du crâne on n'a pas vu la régénération se faire. Ainsi Percival Pott, qui a observé la nécrose soit dans le coronal, soit dans le pariétal, ne l'a point constatée; le cas le plus remarquable, et celui où l'on eût pu le mieux suivre le travail de la reproduction, est sans contredit celui qu'a rapporté Saviard; il est relatif à une femme chez qui, à la suite d'une ancienne plaie de tête de deux ans, les deux pariétaux, le sommet du frontal et l'angle de l'occipital, s'exfolièrent dans toute leur épaisseur et se séparèrent en même temps, en laissant la dure-mère à nu. La cicatrice mit plus de huit mois à se former, resta toujours molle, et ne cessa jamais d'être agitée par les mouvemens du cerveau. Cependant il paraît que le professeur Dupuytren a observé une fois, que dans une nécrose du crâne survenue à la suite d'un coup sur la tête, le péricrâne, resté sain, s'ossifia; et M. Cullerier a récemment publié un autre cas où, à la suite d'une large exfoliation, la dure-mère s'ossifia aussi sur quelques points. (*Dict.* en 15 vol., 1834, t. 11). Mais il y a loin de là à une reproduction complète des os. La plupart des auteurs, Weidmann, Sabatier, Boyer, Léveillé, S. Cooper, etc., la nient pour les pièces du crâne. M. F. Ribes dit: « Jamais encore on n'y a vu de régénération, ce qui prouve, beaucoup mieux » qu'on ne le savait, que ces os sont réellement enveloppés par deux » membranes de nature entièrement différente. En effet, la désorganisation du péricrâne détermine la nécrose, et alors il ne peut plus rien » pour la reproduction de l'os. La dure-mère qui tapisse le crâne intérieurement y entretient la vie; mais elle ne paraît pas avoir les » qualités requises pour rassembler les matériaux propres à la régé- » nération. (*Dict. des sciences méd.*, 1819, t. 35.) » Ainsi elle ne peut pas servir à une ossification régulière (1). On a même remarqué depuis Tenon, qu'après l'application du trépan, bien que cette membrane reste saine, jamais l'ouverture artificielle ne se comble, malgré le gonflement du diploé et l'allongement des deux tables osseuses. (Tenon, Acad. des Sciences, 1758.

Un examen plus attentif m'a démontré qu'ici l'exfoliation n'avait compris que la table externe. L'os extrait est mince, rugueux, surtout vers sa face interne; il n'a guère que la moitié de l'épaisseur ordinaire

(1) Depuis lors j'ai eu deux fois, à l'Hôtel-Dieu de Lyon, occasion d'observer une nécrose circonscrite dans les pariétaux; le phénomène de la régénération osseuse n'a pas eu lieu.

Nous n'examinons point la question de savoir si l'autorité publique doit ou non encourager et autoriser directement les moyens préservatifs qu'on pourrait proposer. Sur ce point M. Parent-Duchatelent pourrait avoir raison, bien qu'il exagère étrangement les conséquences de cette intervention. Sans doute l'administration ne peut pas et ne doit pas offrir ou paraître offrir *une prime d'encouragement à l'immoralité et à la débauche*; et jusqu'à quel point elle pourrait, sans inconvénient, intervenir dans une affaire de cette nature, c'est une question qui la regarde et que nous ne voulons nullement agiter. Nous savons, et M. Parent-Duchatelet nous répète très au long, que des propositions sans nombre de préservatifs ont été faites, à toutes les époques, à l'autorité, qui les a constamment repoussées comme *réprouvées par la morale et susceptibles d'attirer sur l'administration l'indignation publique*; que tous les préfets de police *ont flétri de leur réprobation tous les moyens préservatifs*, et que l'un d'eux, M. de Belleymne, a mis *au rang des outrages faits aux mœurs* le débit *patent* d'un de ces remèdes. Cette réprobation peut très-bien, nous le sentons, être justifiée par divers motifs fort plausibles. Le honteux charlatanisme qui a de tout temps exploité cette source impure, n'a pas peu contribué, sans doute, à dégoûter l'autorité. Enfin des considérations morales ont pu justement offrir d'autres difficultés insurmontables d'exécution.

Mais en admettant toutes ces objections et en leur laissant toute leur valeur, nous n'admettons point que la recherche d'un préservatif soit interdite au médecin, ni que l'usage universel d'un moyen véritablement efficace, analogue par exemple à la vaccine, eût des conséquences dangereuses en morale. M. Parent-Duchâtelet rappelle la scandaleuse affaire de Gilbert de Préval, professeur de la Faculté de Paris, qui, en 1772, s'annonça comme inventeur d'un spécifique préservatif de la syphilis, qu'il alla proposer aux jeunes libertins de la cour. Il paraît que la moralité de ce personnage et les moyens qu'il employa, pour mettre en honneur sa prétendue découverte, n'étaient pas de nature à lui assurer l'approbation publique, car la Faculté ne tarda pas à sévir contre lui; il fut rayé de la liste de ses membres par une délibération du corps tout entier, réuni solennellement à cet effet, et condamné de nouveau par le Parlement, pour les injures et calomnies qu'il répandit contre tous ses confrères après son expulsion. Cette opinion de la Faculté paraît d'un très-grand poids à M. Parent-Duchatelet, et il n'a pas tort; elle eut certainement raison de flétrir la conduite de Préval, qui était scandaleuse, mais elle eut tort de décider, quoique en termes dubitatifs, *qu'un préservatif de cette maladie produirait un déréglement dont souffriraient la population et le bon ordre social, et la pureté des mœurs*. Nous ne sommes nullement de cet avis, et nous ne craignons pas de le dire, quoique M. Parent-Duchatelet menace de l'indignation publique tous ceux qui ne seront pas de son avis sur ce point. Nous dirons que l'homme qui, par un moyen certain, fera disparaître la syphilis du monde, aura les mêmes titres à l'estime et à l'admiration que celui qui a détruit la variole; que tous les amis de l'humanité doivent souhaiter cette découverte, et tous les médecins la chercher.

Cette digression nous empêche de terminer aujourd'hui l'analyse que nous avions commencée, nos lecteurs nous pardonneront peut-être la longueur de cette discussion sur un point de morale médicale, en considération de son importance.

du frontal, et n'offre pas les prolongemens qui forment l'échancrure ethmoïdale. En outre, la suture fronto-pariétale présente, chez le malade, dans toute son étendue, une dépression sensible, variant de une ligne à une ligne et demie, remarquable surtout à gauche, et dont la profondeur équivaut ainsi à l'épaisseur de la table nécrosée qui s'est détachée. Une analyse rapide des phénomènes de l'observation que j'ai rapportée, jettera de nouvelles lumières sur cette question.

A. *Première période.* Le frontal, menacé de mortification, ne fut pas d'emblée envahi dans toute son étendue; ce ne fut qu'à la longue qu'il se trouva complètement frappé de mort. Les symptômes d'ostéite durèrent deux ans, avant d'entraîner l'inflammation des parties molles environnantes; cette dernière, comme attaquant des tissus doués de plus de vitalité, parcourut rapidement ses périodes, et, bien avant que celle des os fût accomplie, elle se termina par suppuration; puis, comme il n'y avait plus de réaction possible dans l'os mortifié, l'inflammation s'y éteignit avec la vie, les fistules cutanées marchèrent à la cicatrisation, et tout sembla terminé. Le diagnostic, à cette époque, était difficile; on n'avait pour se guider que la forme incirconscrite de la tumeur, son adhérence à l'os, sa lenteur à se développer, la préexistence d'une syphilis, la plus grande fréquence de la mortification dans la table externe, etc.; cette période, dite de mortification, est manifestement tracée dans le paragraphe A.

B. *Deuxième période.* La table interne saine, en contact avec la gangrène, s'irrita, s'enflamma à la longue, acquit en volume ce qu'elle perdait en dureté, et passa à un autre degré d'organisation, dans lequel l'os se vascularise, se *carnifie* pour ainsi dire. Le séquestre, au contraire, ne recevant plus l'impression d'aucune force vitale, se trouva rongé sur ses bords par l'absorption qui détruisait les dents de ses engrenures; le nombre de ses adhérences diminua de toutes parts, et, agissant comme un corps étranger, il développa de nouveau une inflammation secondaire; quatre fistules s'établirent; Troja a observé que leur nombre est toujours en rapport avec l'étendue de la nécrose (*de novorum ossium regeneratione*, 1775). Je ferai remarquer qu'on ne retrouva point dans ce cas le pus noirâtre dont on a tant parlé, et que Samuel Cooper, après Weidmann, rapporte, ce semble avec raison, non point uniquement à l'affection de l'os, mais au mauvais état de la santé générale du malade et aux complications fâcheuses. On reconnaîtra facilement cette période, dite d'explication, dans l'alinéa B.

C. *Troisième période.* La grande surface de l'os nécrosé et la difficulté qu'il présentait à être expulsé, rendirent long le travail d'élimination. Les bourgeons charnus que depuis Celse on a appelés caroncules (*de médic.* l. VIII, c. 2), nés de la surface externe de la table profonde, avaient soulevé et détaché le séquestre; mais aucune ouverture suffisante n'existait pour lui livrer passage. C'est alors surtout qu'il eût été avantageux pour le malade de recourir aux hommes de l'art, au lieu de s'abandonner aux mains des charlatans. L'affection réagit profondément sur l'économie; les fonctions s'altérèrent; la santé s'affaiblissait et s'épuisait de jour en jour; c'est alors que les bourgeons charnus devinrent saignans pour la moindre cause, ce qui nous explique les nombreuses hémorrhagies qui ont eu lieu dans les dix derniers mois.

Je n'ajouterai rien sur l'histoire spéciale de la nécrose, renvoyant pour d'autres détails au traité de Scarpa *de penitiori ossium structurâ* (publié par Léveillé, 1804).

Je dois insister sur quelques phénomènes qui se sont passés du côté du cerveau. Dès la seconde période, nous avons vu des signes de compression cérébrale se déceler par le penchant à l'assoupissement. Cette compression était-elle due à la tuméfaction de la table interne, ou au plus grand afflux de fluides que l'irritation appelait dans cette région? peut-être peut-on répondre que ces deux causes réunies y ont contribué.

Les physiologistes qui admettent les effets croisés dans le sens antéro-postérieur, pour le cerveau, ne manqueront pas de remarquer que durant deux mois, il y eut ici paralysie de la sensibilité dans les membres inférieurs.

A la même époque il y eut aussi perte du goût; je voulais, en faisant respirer le malade par l'ouverture taillée dans les os du nez, expérimenter s'il y aurait quelque changement dans l'olfaction. J'appris, à mon grand étonnement, qu'il ne sentait rien par les narines, que ses deux frères avaient l'odorat aussi peu développé que lui, qu'il ne percevait la sensation des odeurs que par la bouche, et que, sur la fin, il avait aussi perdu le goût, qui ne revint qu'après l'extraction du coronal nécrosé. Je me rappelai à ce sujet l'opinion de M. Duméril, qui pense que ces deux sens peuvent se suppléer, qu'ainsi le goût remplace l'odorat chez les cétacés qui n'ont pas de nerfs olfactifs proprement dits, comme les nerfs olfactifs remplacent le goût dans les poissons. (Spurzheim, 1818).

La paralysie des extrémités pelviennes influa notablement sur leur nutrition; j'observai que l'amaigrissement qui suivit cette longue maladie, porta sur les membres abdominaux beaucoup plus que sur le tronc et sur les bras.

Il est presque superflu de remarquer combien l'extraction artificielle de l'os eût épargné de souffrances au malade, et abrégé la durée de cette troisième période, dite l'élimination. L'os extrait, qu'est-il arrivé? les bourgeons charnus se sont cicatrisés avec les parties molles, et il n'y a point eu de régénération osseuse; et comment aurait-il pu y en avoir? l'organe nécessaire dans ce cas spécial, le périoste était séparé de la table saine par le séquestre, et il avait même été détruit dans quatre points de son étendue d'une manière évidente. Il s'est peu à peu collé avec les caroncules qui ont été le moyen d'union de la cicatrice; l'os sain est insensiblement revenu sur lui-même; il a repris sa forme et sa dureté, ce qui fait que la configuration générale du front a été peu altérée, et que le malade ne serait point difforme, si ses paupières n'avaient été lésées d'une manière irrémédiable (1).

PETREQUIN, D.-M. P.

(1) Cet homme, aujourd'hui dans sa cinquantième année, jouit d'une assez bonne santé; il ne souffre plus; il a repris des forces et de l'embonpoint. J'ai dit qu'il était devenu aveugle; à cela près, il est dans un état très-satisfaisant. Il habite un village du Dauphiné qui offre beaucoup d'exemples de longévité; et peut-être l'heureuse issue de cette longue maladie devrait-elle être attribuée autant au bon air et à la salubrité du pays, qu'à la forte constitution du malade, et à ce que la mortification s'était bornée à la table externe du frontal.

THÉRAPEUTIQUE.

QUELLE EST LA MÉTHODE QUE L'ON DOIT PRÉFÉRER DANS LE TRAITEMENT DE LA PHTHISIE PULMONAIRE? par M. SALMADE, membre de l'Académie royale de médecine.

Toutes les phthisies pulmonaires, soit héréditaires, soit accidentelles, ont une grande ressemblance sous le rapport des altérations dont les poumons sont le siége. On ne rencontre pas aussi souvent qu'on pourrait se l'imaginer de phthisies accidentelles, et il est vrai de dire que la phthisie scrophuleuse attaque plus de sujets à elle seule, que toutes les autres espèces admises par des nosologistes qui ont en effet poussé trop loin leur division, et ont pensé que chaque cause déterminait une espèce particulière. Mais, quelle que soit la cause qui ait produit cette maladie, les ouvertures des corps démontrent qu'il y a toujours des tubercules dans les poumons des phthisiques. Il faut donc qu'il y ait eu une altération primitive des fluides lymphatiques, un état spécial propre à la production de ces lésions strumeuses.

Nous ne rapporterons pas ici tous les désordres que l'on rencontre dans ces autopsies cadavériques, toutes leurs variétés, quelque désir que nous ayons de faire connaître par cette description la cause qui leur a donné lieu, et de faire juger quels remèdes pourraient être regardés comme les plus efficaces. Ces détails sont bien connus; on les trouve exactement tracés dans les ouvrages des médecins anatomistes qui ont spécialement étudié les maladies du poumon, et à qui il était réservé de dissiper les ténèbres dont cette matière était enveloppée. Cependant, malgré les progrès qu'ils ont fait faire à la science médicale, on ne peut se dissimuler qu'ils n'aient laissé encore bien des doutes à éclaircir, et c'est d'après ces vues que je vais essayer d'exposer la méthode curative que je conçois être la plus susceptible de remédier à ces désordres.

On éprouve un juste étonnement en voyant consignées dans les divers ouvrages tant de guérisons de phthisie que l'on attribue à un si grand nombre de remèdes dont l'action est différente ou même diamétralement opposée. Les médicamens que l'on a tour à tour préconisés et délaissés dans le traitement de cette maladie, sont en général excitans ou calmans.

Les excitans impriment aux organes une énergie qui les aide à se débarrasser des fluides dont ils sont abreuvés; ils facilitent la circulation et déterminent la résolution des engorgemens. Les agens qui diminuent le spasme, l'irritation des parties et font cesser les obstacles qui gênent la nature dans le développement de ses efforts, sont les calmans. Si ces moyens pouvaient conduire au même résultat avec la même certitude et dans le même espace de temps, l'usage des uns ou des autres serait indifférent, mais tout prouve qu'il n'en est pas ainsi. Il est nécessaire de considérer dans la phthisie pulmonaire l'état antérieur et l'état présent

de l'organe affecté, de s'attacher à découvrir, dans le premier degré de la maladie, l'issue qu'on peut en espérer. Les indications générales à remplir, c'est de chercher à s'opposer à l'exaltation du système sanguin, à diminuer le spasme des vaisseaux capillaires qui existe dans les diverses périodes, à éloigner les causes d'excitation du système nerveux et les phénomènes d'irritation qui les accompagnent, à déterminer la résolution des indurations, des congestions lymphatiques, à enrayer la maladie et à obtenir la cicatrisation des excavations tuberculeuses et des ulcères. Dans le commencement, on a recours aux moyens adoucissans, aux émissions sanguines, à un régime approprié, pour diminuer l'irritation et la phlogose qui en est la suite, pour dissiper l'engorgement des ganglions qui vient compliquer cet état; et cependant le traitement doit être principalement dirigé d'après la cause préexistante matérielle. Or, c'est presque toujours le vice scrophuleux qui détermine cette affection, laquelle, dans ce cas, ne diffère réellement des autres altérations du système lymphatique que par son siége; aussi les remèdes propres à détruire les engorgemens stéatomateux provenant des maladies de la lymphe, les remèdes internes destinés à modifier l'économie et à relever l'action vitale, les toniques employés dans le but de changer l'organisation qui est elle-même toujours altérée, peuvent produire de bons effets. Pourquoi ne traiterait-on pas la phthisie pulmonaire comme on traite les tumeurs strumeuses? C'est pourtant la même maladie dépendant de la même cause; seulement elle a porté son action sur les poumons. Cette question mérite la plus sérieuse attention, elle est du plus haut intérêt pour la science. Depuis longtemps on a observé que les les adoucissans, la diète lactée, les farineux ne convenaient pas dans la phthisie scrophuleuse, et cependant on continue de les prescrire. C'est une contradiction manifeste, puisque l'expérience a démontré que les stimulans, les amers, les dépuratifs et les résolutifs sont les moyens propres à détruire le vice du système lymphatique, et agissent le plus favorablement sur la maladie générale, comme j'en ai la conviction, et ainsi que le confirment les nombreuses observations publiées par les praticiens les plus expérimentés.

La phthisie au premier degré peut trouver une solution favorable dans l'usage des adoucissans, des infusions des plantes mucilagineuses et dans le régime. Ce traitement doux peut faire disparaître la susceptibilité pulmonaire, l'irritation du système bronchique et le crachement de sang, ralentir la marche de la maladie, et en suspendre le développement; aussi sommes-nous convaincu que la méthode antiphlogistique est nécessaire et même avantageuse dans deux degrés de la phthisie, mais il n'en faut pas conclure qu'elle y soit suffisante pour opérer la guérison, toujours très-difficile et très-rare, et c'est ici que l'on rencontre les obstacles que présente le traitement de cette maladie.

Au commencement, lorsqu'il ne s'agit que de détruire une irritation des bronches, une phlegmasie du tissu pulmonaire, les calmans, les délayans, les adoucissans, les émissions sanguines, suffisent, sans doute, dans le plus grand nombre de cas, avec les dérivatifs qui portent l'excitation sur un autre système d'organes; mais il faut aussi parvenir à résoudre les engorgemens partiels de ce tissu et les dégénérations tuberculeuses. Si la méthode antiphlogistique remplit le premier point, les toniques seuls, employés de manière à ce qu'ils ne causent pas trop d'irritation, peuvent mener au second, lorsque la disposition inflammatoire n'existe pas, que la phthisie n'est pas encore déclarée, ou que la maladie passe au second degré, dont le diagnostic est souvent incertain, parce qu'il est difficile de déterminer avec précision ce qui n'est qu'une modification de l'état précédent.

Il en est de même dans le dernier degré de la phthisie: les antiphlogistiques combattront avec avantage l'irritation et l'inflammation des tubercules convertis en vomiques; mais les toniques seront également nécessaires pour aider l'évacuation de la matière purulente, et pour faciliter la résolution des surfaces intérieures des parois des kistes, qui se rapprochent, se détergent, et finissent plus ou moins par se cicatriser.

Lorsque les symptômes d'irritation et d'inflammation sont diminués ou combattus, et surtout s'il n'existe aucune contre-indication, on a recours aux agens médicamenteux qui offrent à la thérapeutique des ressources puissantes pour tâcher de ranimer les solides, et de favoriser la résolution que la nature peut amener dans les engorgemens des ganglions lymphatiques du poumon. En détruisant la cause, l'effet cesse; alors la maladie est susceptible de s'amender et de guérir.

Mais souvent l'inflammation se manifeste de nouveau. Dans ce cas, quels que soient les remèdes toniques qu'on ait employés, même en les combinant avec les substances qui en diminuent l'activité, on revient à la méthode des adoucissans pour réprimer les mouvemens irréguliers, ou l'excès des forces sensitives. On recommence ensuite l'usage des fortifians, car les calmans ne sont que palliatifs, ils ne guérissent pas la phthisie dans ses différens degrés, et l'inflammation se renouvelle toujours plus ou moins de temps après leur emploi. Enfin, lorsque les toniques échouent, que l'inflammation revient à chaque changement de méthode, on reste spectateur impuissant de la marche de la maladie, et l'on voit périr le malade après avoir inutilement tenté d'imprimer aux efforts de la nature une bonne direction.

Les toniques n'ont pas besoin d'être précédés par l'usage des antiphlogistiques dans le traitement préservatif de la phthisie, chez les enfans que leur constitution scrophuleuse menace d'une phthisie héréditaire.

Sur la fin du dernier degré de la phthisie, lorsque l'exacerbation des symptômes ne laisse plus d'espoir de guérison, les toniques doivent être abandonnés; ils ne pourraient qu'aggraver un mal déjà si facile à s'exaspérer sous l'influence de la plus légère irritation; on peut même dire qu'à cette époque ils contribuent encore à l'augmentation de la diarrhée, de la chaleur, à l'aggravation de l'état fébrile, et l'on doit se borner, dans ce cas désespéré, à modérer la violence des symptômes par l'emploi des calmans, des narcotiques, qui adoucissent les souffrances des malheureux phthisiques que dévore une fièvre presque continuelle. C'est alors qu'on voit les boissons adoucissantes procurer des avantages qu'on attendrait en vain de divers autres médicamens. Le lait d'ânesse, le lait de vache, coupé avec des décoctions mucilagineuses; les boissons d'eau de veau, d'eau de poulet, de bouillon de grenouilles, de limaçons, de tortues, la gelée de lichen d'Islande, produisent aussi des effets dont les résultats sont appréciés dans le plus grand nombre de cas. Tous les moyens perturbateurs, au contraire, doivent être alors sévèrement interdits; ils augmentent la sensibilité déjà exaltée des phthisiques. L'expérience, le raisonnement se réunissent pour prouver qu'ils sont dangereux dans le dernier degré de la maladie. D'un autre côté la diminution des forces et l'état d'épuisement ne permettent pas de recourir aux émission sanguines: quels effets avantageux pourrait-on en espérer? Il est important de soutenir les forces, autant qu'on le peut, mais il ne faut donner que des alimens que des alimens doux, incapables de développer beaucoup de chaleur pendant l'acte de la digestion.

On voit que le traitement doit être souvent opposé dans les diverses périodes; et si l'on n'a pas su le varier ni se défendre d'insister sur les adoucissans devenus insuffisans, cette dernière médication trop prolongée produit un état de faiblesse qui se communique à tout le système.

On doit chercher à fortifier l'organe pulmonaire pour le préserver des désordres dont il peut être menacé par la disposition générale. Dans ce dernier cas, les toniques, les apéritifs, les anti-scorbutiques, les mercuriaux, les ferrugineux, l'eau de goudron et les amers, ont une propriété marquée, ainsi que tous les remèdes qui, par leur action, peuvent exciter dans le système lymphatique quelque mouvement salutaire. Les eaux sulfureuses de Bonnes, de Cauterets, de Bagnères, de Barége, du Mont-d'Or, sont administrées avec le plus grand succès, spécialement dans les affections tuberculeuses commençantes du poumon. Ces eaux excitantes, réunies aux révulsifs permanens, aux ventouses sèches, aux vésicatoires, aux sétons, à l'application multipliée de cautères entre les intervalles des côtes, et surtout de moxas, produisent une amélioration sensible et des guérisons inattendues. C'est par cette médication variée et modifiée qu'on parvient à diminuer l'intensité des symptômes prédominans, à rappeler dans tous les systèmes l'énergie qui leur manque, à ralentir, à borner même le développement des tubercules, à en empêcher la fonte purulente, et à en faciliter la résorption.

Le régime alimentaire et les soins hygiéniques doivent aussi, dans le traitement de la phthisie, féconder l'action des remèdes. Ils concourent avec eux à produire des changemens notables dans l'organisme. La diète est très-nuisible aux phthisiques; elle ne diminue pas la fièvre ni l'excitation pulmonaire; elle augmente encore la faiblesse, l'amaigrissement et la débilité.

On sait qu'il est utile de faire journellement de l'exercice, soit à cheval, soit à âne, soit en voiture; de changer d'air; de respirer l'air pur de la campagne; de jouir d'une grande tranquillité d'esprit, en éloignant les idées tristes qui affectent l'imagination, et en se procurant des distractions agréables. On sait encore combien il est important d'aller passer les hivers sous les climats du Portugal, de l'Espagne, de l'Italie, de Nice, des îles d'Hières, et des départemens méridionaux de la France.

Les frictions sur l'habitude du corps, l'usage des vêtemens de laine sur la peau, sont, parmi les moyens employés, ceux qui tendent le mieux à relever les forces languissantes et à détruire les causes prédisposantes et locales qui contribuent au développement de la pulmonie. Les médecins préconisent avec raison les avantages qu'on retire de tous

ces agens hygiéniques, et l'on ne manque pas d'exemples de guérisons opérées par leur secours.

Mon intention a été, comme on l'a vu, de ne parcourir qu'un espace du vaste champ de l'histoire de la phthisie pulmonaire, et de développer, d'une manière plus spéciale, les préceptes que nous ont laissés sur ce point tant de médecins célèbres. Aujourd'hui que la médecine, qui ne doit être qu'une science de faits, est heureusement ramenée dans la route de l'observation, j'ai dû m'attacher à ne pas m'écarter de cette voie, persuadé qu'en la suivant, je ne pouvais que recueillir des idées plus précises sur la nature, sur la cause de la phthisie, et sur le traitement qui lui convient. Enfin, mes études anatomiques et cliniques m'ont prouvé que cette cause n'est autre que le vice scrophuleux qui se propage dans les familles par une disposition héréditaire de l'organisme, ainsi que je l'ai déjà démontré dans les considérations que j'ai publiées sur la transmission de la phthisie pulmonaire, des pères aux enfans. Fidèle à cette doctrine, et pénétré de l'idée qu'on n'est pas encore assez convaincu du degré d'altération que ce principe destructeur produit dans l'économie, et des diverses affections chroniques qu'il occasionne, j'ai exposé la méthode de traitement qui m'a donné les résultats les plus heureux, et qu'il conviendrait de mettre en usage comme la mieux éprouvée, soit pour prévenir le développement des tubercules chez les individus qui y sont disposés, soit pour en arrêter le cours, ou du moins les rendre stationnaires chez ceux qui en seraient déjà atteints; en un mot pour en combattre les phénomènes constitutifs de la maladie dans ses diverses périodes, et parvenir, s'il est possible, à obtenir la guérison. L'examen le plus scrupuleux des recherches les plus exactes qui me sont propres, et beaucoup d'autres faits authentiques rapportés par Salvadori, Sydenham, Reid, Raulin, Portal, Bayle, Laënnec, et puissamment justifiés par le raisonnement, m'ont attesté les bons effets de cette méthode contre cette maladie meurtrière qui moissonne une assez forte partie de l'espèce humaine, surtout à l'époque de la vie où la nature semble devoir lui résister davantage. Si toutes ces considérations, appuyées par une série d'observations que je rapporterai, pouvaient appeler l'attention des praticiens, et les exciter à de nouvelles investigations qui amèneraient à fixer l'opinion sur la médication qu'il faut préférer dans le traitement de la phthisie pulmonaire, la question finirait par être victorieusement résolue.

CLINIQUE CHIRURGICALE DE LA PITIÉ.

REVUE DES FAITS LES PLUS REMARQUABLES QUI SE SONT PRÉSENTÉS DANS LE SERVICE DE M. LISFRANC, DURANT LE DERNIER TRIMESTRE.

§ I. MALADIES DU SQUELETTE.

C'est une remarque assez constante à faire dans les cliniques chirurgicales, que les lésions du squelette sont beaucoup plus nombreuses que celles des autres systèmes de l'organisme. A quoi tient cette circonstance? D'un côté, le système osseux étant la base de notre corps, devient nécessairement l'aboutissant de la plupart des violences traumatiques; de l'autre, sa vie étant peu active les congestions ou plutôt les stases morbides s'établissent facilement dans son parenchyme et se dissipent avec beaucoup de peine, lorsqu'elles se sont enracinées. Ces courtes réflexions rendent peut-être raison de l'énoncé qui précède.

A. OSTÉOCÈLES, OU TUMEURS OSSEUSES.

EXOSTOSE DU RADIUS; MURIATE DE BARYTE; AMÉLIORATION.

OBS. I. — Un enfant âgé de 6 à 8 ans, de constitution scrophuleuse, a été admis à la clinique pour une exostose de l'extrémité inférieure du radius droit. La tumeur offrait le volume d'un œuf de poule aplati, paraissait parenchymateuse et était indolente au toucher. Des mesures ont été prises sur ses dimensions, et le petit malade a été mis à l'usage du muriate de baryte qu'on a porté par degrés jusqu'à la dose de huit grains par jour. Des cataplasmes émolliens ont été employés localement.

L'amélioration n'a pas tardé à se faire connaître. Quelques semaines après l'ostéocèle a pris une marche décroissante; et aujourd'hui, après deux mois environ de traitement, elle est réduite des deux tiers. Tout fait présumer que la continuation du muriate de baryte amènera la guérison complète.

HYPEROSTOSE DU FÉMUR; MERCURIAUX; ANTIPHLOGISTIQUES.

OBS. II. — Un second enfant, de l'âge et de la constitution du précédent, semblait atteint d'une dyscrasie syphilitique congénitale. On le traitait en ville par les mercuriaux lorsqu'une hyperostose du volume du poing s'est déclarée au tiers inférieur du fémur droit. M. Lisfranc a soumis ce petit malade à un traitement antiphlogistique général et à l'usage des cataplasmes émolliens localement, et tout va pour le mieux.

Deux circonstances ont principalement fixé notre attention sur ces deux effets: 1° le remède antiscrophuleux par excellence que le chirurgien a mis en usage comme fondant dans le premier cas. Il est si rare de voir des ostéocèles déjà formées obéir à l'action de nos remèdes résolutifs, que cette observation nous a paru digne de remarque. Nous ne sachons pas d'ailleurs que le muriate de baryte eût encore été employé, avant M. Lisfranc, contre les hypérostoses ou exostoses. 2° La coïncidence du développement de la tumeur fémorale avec le traitement mercuriel, et la modification heureuse de celle-ci sous l'influence de la médication antiphlogistique.

Ce fait paraît réellement propre à encourager les médecins mercurophobes.

B. ANKILOSES.

ULCÈRE CHRONIQUE SUR LE COUDE-PIED; GUÉRISON REMARQUABLE; ANKYLOSE.

OBS. III. — Un homme, âgé d'une quarantaine d'années, portait un ulcère ancien sur l'articulation du coude-pied de la largeur de deux paumes des mains. La lésion paraissait si étendue, la peau tellement détruite et la suppuration si abondante que l'amputation de la jambe avait d'abord été jugée indispensable. M. Lisfranc cependant a cru devoir temporiser avant d'effectuer l'ablation du membre. Nous demandions même à cet habile praticien s'il n'y avait pas moyen d'essayer une sorte d'autoplastie pour boucher cette énorme brèche, en empruntant la peau du mollet de l'autre jambe. Nous lui rappelions qu'au dire de Bartholin un ulcère très-étendu du flanc aurait été guéri chez un homme par le greffement heureux d'un morceau de peau d'une chèvre vivante.

On a donc pris le sage parti d'attendre; on tient le malade dans le repos le plus parfait, on traite sa constitution d'après les indications les plus saillantes, et l'on panse à sec. On n'a pas été peu étonné de voir sous l'influence de ce traitement, cet ulcère si énorme et si stationnaire, se rétrécir, s'affaisser, se dessécher, se couvrir de tissu inodulaire, se cicatriser enfin par l'intermédiaire d'une sorte de plastron fibreux de la largeur de la paume de la main sur l'articulation du coude-pied et amener ainsi une guérison inespérée. Le pied se trouve par là complètement enkylosé à angle droit sur la jambe. On fait encore garder le lit au malade afin de consolider davantage la cicatrice; il aura bientôt son *exeat*.

TUMEUR BLANCHE DU POIGNET; SUPPURATIONS ET FISTULES; GUÉRISON PAR ANKYLOSE.

OBS IV. — Un homme, jeune encore, était atteint d'une tumeur blanche, suppurée et fistuleuse à l'articulation du poignet gauche. Admis successivement dans plusieurs hôpitaux de la capitale, ce malade en était sorti par suite de son refus à l'amputation de l'avant-bras qu'on lui proposait.

M. Lisfranc l'a traité d'après sa méthode si rationnelle et si énergique que tout le monde connaît, et la résolution complète du mal a été obtenue. Le poignet cependant est resté ankylosé en ligne directe sur l'avant-bras, de sorte que la main offre pour ainsi dire les apparences d'une palette de bois; les doigts néanmoins commencent à se dégourdir et cet homme sera sans doute bientôt en état de se servir avantageusement de sa main.

Les deux observations qui précèdent nous paraissent dignes de l'attention des praticiens. N'y a-t-il pas plus de gloire à conserver, quoiqu'avec un peu de difformité, qu'à trancher vainement et sans appel les parties? Ce qu'il y avait d'essentiel à observer dans le parti de l'ankylose qu'on a choisi et obtenu, c'était de placer les parties dans une position convenable pour pouvoir servir consécutivement sans beaucoup de gêne, savoir: à angle droit pour le pied, en direction rectiligne pour le poignet; c'est ce qu'on n'a pas manqué de faire.

Il ne faut pas, en attendant, oublier, à l'occasion de l'ankylose du pied et de la main, la belle observation de M. A. Cooper concernant l'*anamorphose* admirable que la nature ne manque pas d'opérer à la longue dans ces régions, savoir le remplacement de l'articulation perdue par celles du voisinage (tarso-métatarsiennes et carpo-métacarpiennes), qui acquièrent une mobilité extraordinaire. Aussi faut-il favoriser la nature dans cette espèce de travail consécutif.

Nous pourrions rapprocher le dernier fait d'une foule d'autres cas de tumeurs blanches des différentes articulations des membres, qui se trouvent en ce moment guéries avec ou sans ankylose, si le lecteur n'avait déjà vu plusieurs fois les détails de faits analogues que nous avons tirés de la clinique de M. Lisfranc.

C. LUXATIONS.

Trois luxations ont été réduites, l'une du bras, la seconde de l'avant-bras, la troisième du genou. Les circonstances qui les ont accompagnées les rendent dignes d'être connues.

LUXATION ANCIENNE DU BRAS; RÉDUCTION; MORT APOPLECTIQUE.

OBS. V — Un homme, âgé de 40 ans, de constitution athlétique, portait depuis quatre mois une luxation de la tête humérale gauche en avant et en bas.

les caractères de la lésion étaient de la dernière évidence. On s'est donc mis à l'œuvre de la réduction, après avoir toutefois préparé le malade par une saignée de quatre palettes un moment avant les manœuvres. Les extensions et les contre-extensions ont été opérées en présence d'un très-grand nombre d'élèves par huit aides, quatre de chaque côté.

Le lacs extensif a été posé sur le poignet à l'ordinaire, le contre-extensif dans l'aisselle. On a exercé l'extension horizontale d'une manière graduée, continue et ménagée. Le chirurgien aidait de son côté la rentrée de la tête humérale en la dirigeant convenablement avec un lacs coaptateur ou ascendant. Ce troisième lacs formé avec une serviette ployée en cravate, était passé sous la partie supérieure du bras luxé, les chefs étant noués derrière la nuque de l'opérateur. Après la quatrième tentative faite dans la même séance, la réduction parfaite a été obtenue sans beaucoup de peine. Le malade ne paraissait pas avoir beaucoup souffert; il ne se plaignait de rien et il n'a même pas voulu qu'on le portât à son lit; il se rendit seul de l'amphithéâtre à la salle. Nous étions présens à l'opération.

Les choses allant si bien, M. Lisfranc ordonne une saignée pour le moment où quelque réaction se déclarerait.

Deux heures et demi après pourtant, lorsque tout le monde était déjà parti, le malade qui un instant avant avait été bien portant, appelle l'infirmier de la salle, disant qu'il se trouve mal, jette un cri et meurt subitement.

L'autopsie ayant été faite le lendemain en présence d'un grand nombre d'élèves et de docteurs en médecine, a fait constater : 1° que l'épaule avait été parfaitement réduite; 2° que toutes les parties molles environnantes, artères, nerfs, grosses veines, muscles, viscères thoraciques, moelle épinière, origine du plexus brachial et autres organes cervicaux étaient dans l'état le plus intègre, si l'on en excepte toutefois une large ecchymose autour de l'articulation, ainsi que cela a toujours lieu dans les réductions même les plus heureuses; 3° que l'encéphale était fortement injecté de sang tant dans son parenchyme que dans ses membranes, ce qui avait été sans aucun doute la cause de la mort. Aucune autre circonstance organique n'a pu expliquer une mort aussi inattendue.

Ce fait important ne sera pas perdu pour la science. Voilà donc une luxation humérale ancienne dont la réduction bien que très-heureuse par elle-même, est suivie d'une apoplexie foudroyante. Nous connaissons déjà les accidens fâcheux arrivés à plusieurs praticiens pendant et après la réduction de l'humérus, mais aucun de ces cas n'est à comparer avec celui du clinicien de la Pitié. Là, en effet, c'était tantôt la rupture des vaisseaux, des nerfs ou muscles brachiaux et pectoraux, tantôt la déchirure de la moelle cervicale ou de l'origine du plexus brachial, tantôt enfin la rupture de plusieurs côtes avec lésion des viscères thoraciques qui avaient occasionné la mort; ces accidens dépendaient, comme on le voit, des manœuvres trop violentes ou peu méthodiques qu'on avait exercées pour réduire. Mais rien de pareil n'existait chez le malade dont il s'agit. Nous sommes obligés de convenir pourtant que si ce malade est mort subitement par une congestion sanguine cérébrale, le raptus encéphalique a pu être occasionné par les efforts réductifs, quelque ménagés qu'ils aient été. Sa constitution athlétique l'a donc mis durant les manœuvres dans les mêmes conditions des individus qui meurent subitement après une colère très-violente, et sur le cadavre desquels on ne trouve qu'à peine des lésions capables d'expliquer la mort. (Boyer, leçons orales). On sait d'ailleurs qu'il suffit d'une simple congestion encéphalique, sans extravasation sanguine, pour que la mort subite ait lieu. Plusieurs épileptiques meurent de cette manière durant leurs accès. (Pinel-Grandchamp). Le cerveau se trouvant, dans ce cas, augmenté de volume par l'afflux extraordinaire du sang l'origine des nerfs est plus ou moins comprimée, d'où la mort instantanée.

Une conséquence très-facile à tirer de ce fait observation, est qu'il faut, dans les cas de cette espèce, préparer le malade par plusieurs saignées, plus ou moins répétées, avant d'opérer la réduction, et se tenir prêt ensuite à rouvrir la veine aussitôt qu'on voit le raptus sanguin s'établir vers la tête. M. le professeur Mojon de Gênes pense aussi, avec raison qu'il serait bon de préparer l'articulation luxée par des cataplasmes de feuilles de belladone avant l'opération.

LUXATION DU COUDE COMPLIQUÉE DE PLAIE; GUÉRISON PARFAITE.

Obs. VI. — Un enfant âgé de 10 ans, a été reçu à la clinique pour une luxation du coude gauche, compliquée de plaie. L'avant-bras avait été déplacé en arrière et en dehors; la plaie avait mis en évidence le condyle externe de l'humérus. La réduction en a été facile. On a pansé la plaie par première intension et la guérison a eu lieu promptement et sans aucune espèce d'accident. L'avant-bras qui avait dû être fléchi à angle droit, présente aujourd'hui quelque raideur dans son articulation supérieure, mais les mouvemens passifs qu'on lui imprime journellement et les applications émollientes sur le coude triompheront bientôt de cette suite inévitable de la maladie.

Dans l'observation qui précède, les caractères de la lésion et les indications curatives étaient de toute évidence. Nous ne sommes plus au temps où toute luxation compliquée d'ouverture articulaire commandait, sous peine de vie, l'ablation du membre. La chirurgie du dix-neuvième siècle établit, avec raison, d'après l'observation rigoureuse, que l'amputation dans ces cas ne doit être qu'une pratique exceptionnelle. Cette règle est, avec plus de raison, applicable chez les enfans, dont la nature médicatrice est si puissante.

LUXATION INCOMPLÈTE DU GENOU; RÉACTION TRÈS-VIVE; GUÉRISON.

Obs. VII. — Un homme, âgé d'une quarantaine d'années, tomba du haut d'une échelle : il se luxa incomplètement le genou droit en dehors et en arrière. La réduction en a été très-facile, ainsi que cela a presque toujours lieu dans cette articulation. Le membre a été placé dans la position rectiligne, et le genou enveloppe de compresses trempées dans une liqueur résolutive. Le malade a été saigné. La réaction cependant a été très-vive; on l'a combattue par des saignées générales et des applications émollientes locales; elle a cédé à cette médication; mais le genou était encore dix jours après prodigieusement gonflé, une énorme quantité de sang s'était extravasé autour de l'articulation, surtout en avant et sur les parties latérales de la rotule. Les petites saignées du bras souvent répétées, les résolutifs locaux conjointement à la compression, et enfin les diurétiques et les purgatifs en ont opéré la résorption complète en moins de six semaines. Actuellement le genou est revenu à l'état naturel, tous ses mouvemens sont rétablis et le malade quittera bientôt l'hôpital parfaitement guéri.

On se rappelle la discussion qui a eu lieu l'année dernière à l'Académie de médecine, concernant les luxations traumatiques complètes et incomplètes du genou. On se souvient des différentes opinions qui avaient été émises à l'égard des résultats probables de ces luxations. Eh bien, le fait que nous venons de rapporter prouve, avec d'autres analogues, que la claudication (par ankylose ou faiblesse articulaire), n'est pas une suite inévitable de toutes les luxations du genou, ainsi qu'on l'avait prétendu.

D. FRACTURES DE LA JAMBE.

Depuis quelques années nos idées sur le traitement des fractures des membres inférieurs ont subi des modifications si nombreuses et si variées, que nous ne serions point étonnés de voir des chirurgiens se trouver réellement dans l'embarras du choix d'une méthode. Il était très-remarquable de voir l'illustre Boyer condamner sans appel à sa clinique toutes les méthodes à cet égard, hormis celle de la position horizontale du membre qu'il avait adoptée; tandis que l'immortel Dupuytren, au contraire, ne vou'ait en admettre d'autre, à l'Hôtel-Dieu, que celle de la demi-flexion. En même temps que M. le baron Larrey, de son côté, ne trouvait rien de mieux aux Invalides, que l'appareil inamovible, M. Lisfranc, à son tour, s'était déclaré partisan de la position demi-fléchie du membre sur sa face externe, ce qui est bien différent de la position de Dupuytren. Dans ce dernier procédé, il faut un plan incliné; dans celui de M. Lisfranc, le membre gît sur un simple oreiller, couché sur son côté externe.

Les choses se passaient ainsi dans les hôpitaux de Paris, lorsque les chirurgiens de quelques contrées limitrophes portaient aux nues, les uns la méthode hyponarthécique, les autres l'emboîtement du membre dans du plâtre.

Voilà au moins six procédés principaux (pour ne pas compter quelques sous-procédés) que des praticiens du premier mérite ont mis exclusivement sous nos yeux en usage pour le traitement des fractures de la jambe. Une pareille richesse thérapeutique ne démontre, selon nous, que l'une des deux choses suivantes : ou la plupart de ces procédés sont défectueux, ou bien tous sont bons lorsqu'on sait les employer. Nous croyons, d'après les résultats favorables que nous connaissons nous-mêmes sur chacune de ces médications, qu'elles doivent être toutes adoptées et employées, suivant les indications particulières des cas qu'il serait trop long de développer ici. Nous nous contenterons de dire pour le moment, que la pratique suivie par M. Lisfranc dans les fractures en question, nous paraît des mieux entendues. La jambe est couchée de prime-abord sur son côté externe, et fléchie à angle obtus sur un oreiller. On la fixe dans cette position à l'aide d'une alèze ployée en cravate, qui passe transversalement des deux côtés du lit. On attend, pour mettre l'appareil de Scultet, un certain nombre de jours que les symptômes réactionnels primitifs aient été combattus à découvert. Le bandage ordinaire est alors appliqué, le membre demeure toujours dans la même position jusqu'à la fin. Cette pratique, si hautement recommandée par Monteggia, est d'ailleurs suivie depuis longtemps par les professeurs Petrunti et Nanula à Naples; nous en sommes partisans par des raisons basées sur l'expérience.

Une foule d'autres maladies intéressantes se sont présentées dans la catégorie des lésions du squelette; nous les passons sous silence dans la crainte de donner trop d'étendue à cet article.

§ II. TUMEURS HUMORALES.

TUMEURS SANGUINES.

1° Deux cas d'ancorisme, dont l'un spontané au pli de la cuisse, l'autre traumatique au pli du bras, ont été traités et guéris dans ce trimestre, le premier par la ligature de l'iliaque externe, le second par

celle de la brachiale. Une tumeur érectile en outre, d'un volume énorme, située à la face chez un étudiant en médecine, a été aussi opérée avec succès. Nous n'exposerons ici avec détail que la première de ces observations.

ANÉVRISME AU PLI DE L'AINE; LIGATURE DE L'ILIAQUE EXTERNE; GUÉRISON.

Obs. VIII. — Un homme, âgé d'une quarantaine d'années, de bonne constitution, a été admis à la clinique pour une tumeur anevrismale du volume d'une noix au pli de la cuisse droite, à un pouce environ au-dessous de l'arcade crurale. Le mal paraissait s'être développé à l'endroit où la fémorale primitive se divise en superficielle et profonde; il s'était déclaré depuis quelques semaines à la suite d'un effort.

Des pulsations isochrones à celles du pouls, disparaissant par la compression supérieure, augmentant au contraire par l'inferieure; engourdissement dans le membre, et douleur irradiative jusqu'au rein; tels sont les caractères les plus culminans qui accompagnaient la maladie. L'opération paraissant indispensable, elle est pratiquée de la manière suivante.

1° On découvre l'artère iliaque externe en donnant à l'incision une direction moyenne entre celle du procédé d'Abernethy et celle du procedé d'A. Cooper; savoir : elle commence un peu au-dessus et à un pouce en dedans de l'épine antérieure et supérieure de l'os des îles, et se termine à un pouce et un tiers de l'épine pubienne, en se rapprochant du ligament de Fallope, et en suivant une direction parallèle à celle des fibres des muscles obliques de l'abdomen. On divise les tissus sous-jacens et on écarte le péritoine avec les précautions ordinaires. On arrive enfin à l'artère qu'on isole à l'aide du bout du doigt.

2° On place une ligature à l'aide de l'aiguille de Dechamp sur un point moyen, entre la naissance de l'iliaque interne et l'épigastrique. Le fil est composé de plusieurs brins cirés; il est lié simplement sans cylindre intermédiaire.

3° Enfin on pense la plaie à l'ordinaire.

Les battemens de la tumeur ont cessé après l'opération, et elle a commencé à s'endurcir. La suite du traitement, bien que traversée par quelques accidens assez alarmans, tels qu'une bronchite hemoptysique, une hémorrhagie par la plaie, une congestion encéphalique, le ballonnement abdominal, etc., a été des plus heureuses, car le malade vient de quitter l'hôpital parfaitement guéri de son anévrisme et des suites de l'opération.

Nous devons faire remarquer, à l'occasion de ce fait, que les battemens ont cessé dans toutes les artères superficielles du membre après la ligature, et qu'elles n'avaient pas encore reparu lorsque le malade a quitté l'hôpital, bien portant d'ailleurs.

TUMEURS RECTALES; TUMEUR INDÉTERMINÉE DANS L'EXCAVATION PELVIENNE; GANGRÈNE; GUÉRISON SPONTANÉE.

Obs. IX. — Un enfant âgé d'une dixaine d'années, présentait une tumeur du volume du poing et de consistance sarcomateuse dans l'excavation du sacrum. Le toucher par le rectum permettait très-bien d'en constater la présence. On avait de fortes présomptions pour croire cancéreuse la nature du mal. L'etat constitutionnel de l'enfant étant assez détérioré, on a attendu quelques jours avant de se décider à un parti décisif. M. Lisfranc s'était pourtant décidé pour l'ablation de la tumeur et préparait le malade en conséquence, lorsque tout à coup la tumeur est frappée spontanément de gangrène; des escarres se détachent et tombent; un écoulement détersif a lieu par le rectum; on fait des injections appropriées et la tumeur se trouve fondue de la sorte. Pendant quelques temps le toucher par le rectum laissait sentir une sorte d'excavation vide et bourgeonnense à l'endroit jadis occupé par la tumeur. Le petit malade a quitté l'hôpital dans un état très-satisfaisant.

TUMEUR HÉMORROÏDALE; TAXIS; RÉFLEXIONS.

Obs. X. — Un homme, âgé d'une quarantaine d'années, a été reçu à la clinique pour un gros paquet hémorrhoïdal irréductible. Le repos au lit dans la position horizontale; une saignée du bras; la diète et l'emploi de l'onguent populeum ont en peu de temps permis la réduction partielle d'abord, complète ensuite.

Ce dernier fait n'aurait pas offert un grand intérêt, s'il n'avait pas donné à M. Lisfranc l'occasion de développer quelques idées qui lui sont propres. 1° Les illitions huileuses, dit ce praticien, qu'on emploie communément pour faciliter la réduction des hémorrhoïdes, sont le plus souvent plutôt nuisibles qu'utiles, car elles font glisser les tumeurs entre les doigts du chirurgien qui veut les comprimer pour les faire rentrer. 2° Les sangsues dont on fait généralement usage sur la tumeur elle-même, offrent le double inconvénient de congestionner le rectum et de provoquer des hémorrhagies, surtout si les hémorrhoïdes résultent de l'agglomération de plusieurs tumeurs érectiles, ainsi que cela a lieu très-souvent. Les saignées, la position horizontale et la diète, au contraire, font atteindre le but sans les inconvéniens ci-dessus. Montaigne avait fait la même observation. 3° Lorsque la réduction est impossible et que l'ablation du cercle hémorrhoïdal a été jugée nécessaire, on doit, pour se rendre maître de toute hémorrhagie, s'y prendre de la manière suivante : on coupe les cercles sur un point, et on commence à le disséquer circulairement en tirant la tumeur toujours à soi avec une main, afin d'empêcher le rectum et la muqueuse de remonter et de s'éloigner de l'endroit de la plaie. On lie ou bien on tord les vaisseaux à mesure qu'on les divise. La dissection est continuée de cette manière jusqu'à la fin. Il est évident que si l'on a l'attention d'empêcher la rétraction des tissus restans avant la torsion des vaisseaux, toute hémorrhagie consécutive est impossible. Le procédé qu'emploient quelques chirurgiens en liant la tumeur à sa base avant de l'exciser et en cautérisant ensuite, est essentiellement mauvais, à cause des douleurs atroces et des rectites fâcheuses qu'il entraîne.

POLYPE UTÉRIN; BROIEMENT.

Obs. XI. — Une femme, âgée de 36 ans, portait un gros polype au fond de la matrice, avec tout le train des symptômes ordinaires à cette affection. Ayant été reçue à la clinique, elle a été tenue en observation pendant quelques semaines, en attendant qu'on combattît convenablement les complications les plus importantes et qu'on s'orientât exactement sur les conditions locales de la maladie.

La tumeur qui était d'abord entièrement renfermée dans l'utérus a commencé à descendre, le col s'est ouvert suffisamment et elle l'a bientôt franchi de deux pouces. Le mal était alors appréciable dans le vagin; son volume était comme celui du poing d'un homme adulte, mais sa base qui était très-large remontait au fond de la matrice. Sa consistance était très-mollasse; sa surface bourgeonneuse ou fongueuse. Arrivée à un certain point, cette descente a cessé d'être progressive; le polype remontait même considérablement certains jours pour redescendre ensuite à deux pouces en deçà du col.

L'orifice utérin pourtant était large comme une pièce de six francs; son bord était mou, flexible et indolore. Le ventre était ballonné, mais peu douloureux à la pression. La prorogation de l'opération ne pouvant plus alors qu'être préjudiciable à la santé de la malade, on s'est décidé à agir.

La malade ayant été placée comme pour l'opération de la taille, le chirurgien introduit le spéculum bivalve, voit le polype sortir du col pour la longueur de dix lignes environ, le saisit avec une longue pince-érigne droite, et ôte le spéculum. Il tire doucement sur la tumeur, mais celle-ci se déchire à la moindre traction, tant son parenchyme est tendre et ramolli. L'opérateur saisit alors le col de la matrice et le tire doucement vers la vulve à l'aide de trois longues érignes simples, implantées avec art dans son tissu; deux aides tiennent et tirent sur les érignes; un autre comprime modérément la région hypogastrique.

Le polype est maintenant ressaisi avec une sorte de longue tenette à cystotomie; son tissu se déchire encore et on en emporte une partie. On revient à la charge en dirigeant toujours l'instrument sur le doigt indicateur; on en déchire encore une autre partie et ainsi plusieurs fois de suite. La substance du polype était comme une sorte de gelée animale fort épaisse.

On a enfin recours aux gros ciseaux courbes qu'on porte avec le doigt dans l'intérieur de l'utérus; on hache en plusieurs reprises le reste de la tumeur qu'on arrache de nouveau par morceaux avec les pinces. Le polype s'est trouvé de cette manière detruit par broiement jusqu'à un demi-pouce de son pédicule qui est large et fort adhérent au fond de l'uterus. Ce pédicule a dû être abandonné à la suppuration.

L'opération a duré une demi-heure environ. Elle a été plus fatigante pour le chirurgien que pour la malade. Le sang écoulé pendant les manœuvres a été évalué à une palette. Les suites ont été combattues par les moyens connus; tout promet la guérison chez cette malade, à moins que des accidens extraordinaires ne surviennent.

Attendu l'état des choses chez cette malade, il est évident que la ligature sur une base aussi large dans le fond même de la matrice aurait été un mauvais moyen. M. Lisfranc n'en est nullement partisan. Nous avons vu, en effet, des malades traitées de la sorte par Boyer mourir durant l'action de la ligature. Le broiement, bien qu'il ne soit pas sans danger ni sans difficultés pour l'exécution, paraît offrir de très-grands avantages sur l'autre procédé alors que l'excision avec le bistouri n'est point applicable. M. Lisfranc a plusieurs fois guéri heureusement des polypes utérins par le procédé du broiement. On pourrait pourtant, dans quelques cas difficiles, joindre la ligature au broiement, c'est-à-dire se servir de la ligature sur la base du polype comme moyen de traction momentanée, afin de procurer aux instrumens broyeurs un accès plus facile et plus certain sur la tumeur elle-même.

§ III. ULCÈRES.

ABCÈS A LA FACE; DÉCOLLEMENT CONSIDÉRABLE DE LA PEAU; ULCÈRE CHRONIQUE CONSÉCUTIF; CAUTÉRISATION AVEC LE NITRATE ACIDE DE MERCURE; GUÉRISON.

Obs. XII. — Un abcès ayant eu lieu à la joue d'un homme de bonne constitution, on l'a traité en ville, ou plutôt le malade s'était traité lui-même, par des applications emollientes, trop long-temps prolongées, sans donner issue à temps à la matière. La peau s'étant décollée crucialement dans l'étendue de deux pouces carrés, sa réunion était devenue impossible par les moyens ordinaires. Le tissu cellulo-graisseux sous-dermique avait été detruit par une sorte de suppuration gangréneuse. Le malade est donc entré à la clinique.

L'indication générale était évidente ici pour la guérison; l'ablation de la peau décollée. Les circonstances particulières de l'étendue et du siége de la maladie cependant exigeaient de la circonspection attendu la cicatrice difforme qu'une pareille conduite aurait entraîné. Le chirurgien a donc essayé d'abord le recollement de la peau à l'aide de fortes cautérisations avec la pierre infernale et de la compression. Ces moyens ont échoué malgré l'exactitude et la continuation de leur application.

On a enfin recours à la cautérisation avec le nitrate acide liquide de mercure avant d'en venir à l'opération sanglante. Ce remède, répété plusieurs fois, a provoqué d'une manière inattendue un bourgeonnement très-actif dans toute l'é-

tendue de l'ulcération ; les lambeaux, auparavant livides, ont acquis une nouvelle vie; leur recollement complet a eu lieu en peu de jours, et le malade a guéri sans d'autre difformité que celle d'une petite cicatrice linéaire.

Les cas de décollement cutané à la suite des fusées purulentes ne sont que très-fréquentes dans la pratique. L'activité du remède ci-dessus nous paraît d'autant plus importante à noter, que dans quelques circonstances particulières l'ablation de la peau ne peut pas se faire impunément. Il est très-probable que le médicament dont il s'agit, rendra des services réellement importans dans les décollemens cutanés, fistuleux ou non, qu'on rencontre si souvent aux environs des glandes parotides, sous-maxillaires, au cou, sur les mamelles chez la femme, etc. Il ne faut pas pourtant oublier que ses applications exigent de la prudence, car l'empoisonnement a été observé, dans ces derniers temps, à la suite de la cautérisation trop étendue sur un large ulcère cutané avec le nitrate acide de mercure.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 26 SEPTEMBRE.

ENCRES DE SURETÉ.

M. le ministre de l'intérieur transmet une note de M. Sellier relative à un procédé pour prévenir la falsification des passeports (procédé que M. Sellier lui même a déjà présenté à l'Académie), et demande quel degré de confiance on peut lui accorder.

M. Sellier écrit de nouveau sur le même sujet, et propose qu'au lieu de donner sur les passeports le signalement, on oblige la personne à laquelle on l'accorde d'appliquer l'empreinte de son pouce préalablement enduit d'encre à timbrer.

— M. Darcet écrit pour demander qu'on attende le retour de M. Thénard pour faire le rapport sur les encres et papiers de sûreté, M. Thénard et lui ayant d'abord fait seuls partie de la commission et fait les premières expériences.

MAGNÉTISME TERRESTRE.

M. de Humbold adresse deux séries d'observations magnétiques faites à Milan et à Berlin pour correspondre aux observations de même genre, faites en Islande par les physiciens attachés à l'expédition de la *Recherche*.

EXPÉRIENCES SUR LA TORPILLE.

M. Donné adresse l'extrait d'une lettre dans laquelle M. Matteucci donne les résultats de ses expériences sur 36 torpilles.

1° On obtient la décharge de la torpille quoique la peau de l'organe ait été enlevée, et même que des tranches de cet organe aient été coupées.

2° Quand la torpille ne se décharge pas, il est impossible d'obtenir dans l'intérieur de l'organe, en quelque point que ce soit, la moindre trace d'électricité soit au galvanomètre, soit au condensateur.

3° L'intensité de la décharge diminue quand on réduit le nombre des filets nerveux qui se rendent à l'organe.

4° Dans l'acte de la décharge on trouve le courant électrique dirigé du dos au bas-ventre constamment, et cela, soit extérieurement, soit dans l'intérieur de l'organe, soit en parcourant les nerfs et le cerveau en allant, toujours par les nerfs, au bas-ventre.

5° Trois grains d'hydrochlorate de morphine introduits dans l'estomac tuent la torpille en dix minutes; mais la mort est accompagnée de décharges plus fortes et de convulsions.

6° Lorsque la torpille a cessé de donner, quoique irritée, la décharge électrique, si on met son cerveau à découvert et si on touche d'abord le dernier lobe du cerveau (celui qui donne les nerfs à l'organe), on a des décharges plus fortes qu'à l'ordinaire, et qui ont la direction constante du dos au bas-ventre. Si, au lieu de toucher simplement la surface du cerveau, on le blesse sans direction, alors des décharges très-fortes se renouvellent, mais sans avoir la même constance dans la direction du courant. « J'en ai observé, dit M. Matteucci, trois consécutives dirigées du bas-ventre au dos. Ces faits suffisent pour démontrer que l'électricité de la torpille ne se produit point dans les organes qu'elle a de chaque côté du cerveau, que ce courant reçoit du cerveau la direction et que l'électricité n'est dans l'appareil que condensée, comme dans une bouteille de Leyde ou une pile secondaire. »

PLUIE DE CRAPAUDS.

M. Cantié, imprimeur à Albi, écrit que le 13 août dernier, se trouvant dans la campagne, il fut surpris par un orage qui l'obligea à chercher refuge sous une haie. « Il plut et il grêla, ajoute-t-il, pendant environ une heure. Lorsque je me disposais à reprendre ma route, un autre nuage, aussi épais que le premier, m'annonça une seconde averse, et je pris le parti de ne pas quitter le toit naturel qui m'avait abrité. Quel fut mon étonnement lorsqu'au bout de trois ou quatre minutes, je vis tomber autour de moi des têtards presque sans queue, qui, à peine tombés, se dépouillaient d'une espèce d'enveloppe noirâtre aussi fine que le papier Joseph, et, devenus crapauds ou grenouilles, s'enfuyaient vers les fossés qui bordaient la route. »

ACIDE CARBONIQUE SOLIDE.

M. Thilorier adresse à l'Académie la lettre suivante que nous croyons devoir reproduire en entier :

« J'ai l'honneur d'annoncer à l'Académie que je viens de terminer un second mémoire sur l'acide carbonique liquide, dans lequel, après avoir examiné successivement les diverses propriétés de ce corps, *sa pesanteur spécifique* si variable que de 0° à + 30° cent. elle parcourt successivement toute l'échelle des densités depuis celle de l'eau, jusqu'à celle des éthers; *sa dilatabilité*, quatre fois plus grande que celle de l'air lui-même; *la pression et le poids de sa vapeur*; *sa capillarité* et surtout *sa compressibilité* mille fois plus grande que celle de l'eau, je suis conduit à déterminer d'une manière rigoureuse la loi uniforme et constante à laquelle se rattachent des phénomènes qui, au premier aperçu, semblent tout-à-fait indépendans l'un de l'autre.

« L'Académie apprendra sans doute avec intérêt qu'à l'aide d'un appareil fort simple, je suis parvenu à produire instantanément et avec économie des masses d'acide carbonique solide de 15 à 20 grammes et dont la chimie expérimentale peut retirer quelque utilité.

» Les premières expériences sur le froid dont j'ai déjà entretenu l'Académie, se faisaient en dirigeant un jet d'acide carbonique liquide, soit sur la boule d'un thermomètre, soit sur des tubes renfermant les diverses substances sur lesquelles on essayait l'action du froid. Cette méthode avait l'inconvénient de faire perdre une grande quantité de liquide et de laisser quelque incertitude sur le maximum de froid produit. La facilité et l'abondance avec lesquelles j'obtiens aujourd'hui l'acide carbonique solide, m'ont fourni un mode d'expérimentation qui est bien préférable.

» La boule d'un thermomètre ayant été introduite dans le centre d'une petite masse d'acide carbonique solide, au bout de deux ou trois minutes l'index thermométrique est devenu stationnaire et marquait 90°—0°.

» Quelques gouttes d'éther ou d'alcool versées sur la masse solide ne déterminent aucune modification appréciable dans la température.

» L'éther forme un mélange à moitié liquide, et de la consistance de la neige fondue; mais l'alcool, en s'unissant à l'acide carbonique solide, se congèle et produit une glace dure et brillante, et d'une demi transparence. Cette congélation de l'alcool n'a lieu qu'à son état de mélange. Placé isolément, et dans un tube d'argent, au milieu d'une masse d'acide carbonique solide, l'alcool n'éprouve aucun changement d'état. Le mélange d'alcool et d'acide carbonique solide commence à se fondre au 85°—0°, et à partir de ce point, la température ne varie plus. On peut obtenir ainsi un terme aussi fixe que celui qui est donné par la glace fondante.

» Si, après avoir formé *une petite coupelle* d'acide carbonique solide, on y verse dix à douze grammes de mercure, on le voit se congeler en peu de secondes et persister dans son nouvel état tant qu'il reste un atome d'acide carbonique solide, c'est-à-dire pendant vingt ou trente minutes, lorsque le poids de la coupelle est de huit à dix grammes.

» Je viens de dire que l'addition de l'éther ou de l'alcool n'augmentait pas le degré réel du froid; mais en donnant à l'acide carbonique solide la propriété de mouiller les corps et d'adhérer plus intimement à leur surface, ces substances augmentent beaucoup les effets frigorifiques. Un volume d'acide carbonique solide sur lequel on verse quelques gouttes d'éther ou d'alcool, devient capable de congeler quinze à vingt fois son poids de mercure. La promptitude avec laquelle s'opère la solidification du mercure, la masse sur laquelle on agit et qui peut facilement dépasser un quart de kilogramme, et la persistance de ce changement d'état qui se maintient aussi longtemps qu'on le désire, avec la seule précaution de placer le *culot métallique* sur une couche d'acide carbonique solide, me donnent lieu de croire que ce moyen de solidification du mercure sera désormais substitué à tous ceux qui ont été mis en usage jusqu'ici.

» Aujourd'hui que l'acide carbonique solide a trouvé son emploi dans les cours publics et dans les laboratoires de chimie, il n'est pas inutile que je fasse en peu de mots l'historique de sa découverte. La première fois, en 1832, que je dirigeai sur la boule d'un thermomètre un jet d'acide carbonique liquide, la coquille de verre au centre de laquelle était placée la boule du thermomètre fut remplie presque entièrement d'une poussière blanche qui avait un caractère particulier et dont le grain était beaucoup plus fin que celui de la neige ; *c'était l'acide carbonique solide*. Beaucoup de personnes ont vu cette substance qui se produisait quelquefois si abondamment que, dans les expériences que j'ai souvent répétées sur le froid produit à l'aide d'un courant d'acide carbonique liquide, elle devenait un obstacle en s'interposant entre le jet frigorifique et le thermomètre.

» Il me reste maintenant à expliquer comment cette substance ne fut pas d'abord reconnue pour ce qu'elle était réellement, c'est-à-dire pour de l'acide carbonique solidifié. Le premier appareil dont je me suis servi pour la production de l'acide carbonique liquide servait à la fois de générateur et de réservoir; c'est-à-dire que le gaz liquéfié surnageait au-dessus de la dissolution de sulfate de soude qui était le produit de la réaction chimique. L'extrémité d'un tube par lequel jaillissait le gaz liquéfié, effleurant la surface de la dissolution saline, tout me portait à croire que le gaz liquéfié entraînait avec lui quelques parcelles aqueuses qui se manifestaient sous une forme de neige, et c'est précisément pour éviter cet inconvénient que j'imaginai de transvaser l'acide carbonique liquide dans un réservoir séparé.

» Cet appareil venait d'être achevé le jour même où la commission s'est assemblée pour répéter les diverses expériences que j'avais faites sur l'acide carbonique liquide

» Or, on peut juger de mon étonnement, lorsqu'au premier tour de robinet je vis se former cette substance aussi abondante qu'auparavant : et quand un des membres de la commission déclara que ce ne pouvait être que de l'acide carbonique solide, j'en étais plus convaincu moi-même que qui que ce soit, puisque seul j'étais à même de savoir que l'appareil ne contenait pas autre chose que de l'acide carbonique. Il est donc vrai de dire que la commission *a constaté avec moi le fait de la solidification* ; et j'ose espérer que dans son équité elle m'accordera toute la part qui me revient dans une découverte qui sort des procédés ordinaires des laboratoires, et qui n'a pu être menée à fin que par l'emploi des moyens mécaniques d'une grande puissance et de la plus extrême précision, et j'ose le dire, par un dévoûment scientifique que les membres de la commission ont été à même d'apprécier. »

Après la lecture de cette lettre, on présente à l'Académie un vase rempli d'acide carbonique à l'état neigeux, au milieu duquel se trouve un bloc de mercure solidifié par le froid, et pesant plus d'une livre. Ce bloc frappé de plusieurs coups d'un lourd marteau se brise et présente une cassure cristalline.

PRINCIPE ODORANT DU VIN.

M. Pelouze lit le résultat de recherches qu'il a faites à ce sujet à Giessen en commun avec M. Liebig

« Depuis long-temps, dit M. Pelouze, on a soupçonné que le vin contenait un principe particulier, cause de l'odeur agreable, communément appelé bouquet du vin. Ce principe avait paru jusqu'ici se soustraire à toutes les recherches. M. Deleschamps, pharmacien à Paris, a obtenu une huile essentielle qui paraît être le principe cherché. Son odeur est celle du vin vieux, mais plus intense. Ses propriétes chimiques l'éloignent de la classe des huiles essentielles, et sous le rapport de sa constitution, elle jette un nouveau jour sur la chimie organique, en fournissant le premier exemple bien constaté de l'existence d'un veritable éther formé dans l'acte de la fermentation et sans l'intermédiaire du chimiste. Cet éther est composé d'un atôme d'un nouvel acide que nous proposons d'appeler acide œnantique, et qui est formé de $C^{14} H^{26} O^{2}$. La condensation de sa vapeur est celle des éthers formique et acetique. »

L'acide se présente sous la forme d'une huile grasse qui cristallise à +13° à l'etat de liberté; il contient un atôme d'eau qu'il perd par la distillation. En le combinant avec l'éther sulfurique, MM. Pelouze et Liebig ont pu facilement reproduire l'ether œnantique

— D'autres recherches chimiques, communes à MM. Liebig et Pelouze, ont rapport à l'acide mellitique, qu'ils regardent comme un hydrocide, et à l'acide mucique, dans lequel ils ont reconnu la même composition que lui assigne M. Malaguti dans un travail dont nous avons recemment rendu compte. Les deux auteurs ont également répeté les experiences de M. Fremy sur les acides gras, et avec les mêmes résultats Des recherches sur la stearine les ont conduits aux resultats aux conclusions desquels etait arrive M. Chevreul, relativement à cette substance et aux corps gras neûtres en géneral, savoir qu'ils devaient être assimilés à une certaine serie d'éthers composés.

« On avait admis jusqu'ici, poursuit M. Pelouze, trois espèces de sucre bien distinctes; toutefois l'une de ces espèces, le sucre de champignon, avait éte fort peu etudiee. Nous avons fait l'analyse des sucres bien purs et bien cristallisés du *canthareltus merulius* et du *clavaria coralloides*, et trouvé que cet matières ne sont autre chose que la mannite, dont elles possèdent d'ailleurs les proprietés. M. Malaguti est arrivé, de son côté, à une epoque anterieure, aux mêmes conclusions relativement à la matière sucrée retirée d'un autre champignon et à une epoque anterieure; mais le peu de matière qu'il avait eue à sa disposition ne lui avait pas permis de tirer de ses experiences un resultat definitif. Un echantillon de sucre extrait du seigle ergoté, qui a été signale par quelques naturalistes comme une espèce de champignon, nous a egalement offert la composition et les proprietes de la mannite. »

FABRICATION DU PLATINE.

M. Pelouze lit une note sur le procédé qu'il a vu employer par M. Liebig, et qui est au reste celui de Wollaston. L'appareil consiste en un cylindre creux, legèrement conique, dont une des extremites est fixée par une petite plaque metallique très-épaisse. Après avoir decomposé à une température aussi basse que possible le muriate-ammoniaco de platine, on detache avec une tige de bois la mousse qui en resulte; on fait avec celle-ci et de l'eau une pâte claire que l'on introduit dans le cylindre, et après l'avoir pressé d'abord très-legèrement pendant une ou deux minutes, on le comprime ensuite avec le plus de force possible. Un anneau de fer sur lequel on appuie la base du cylindre, permet de retirer avec facilite le morceau de platine en frappant un coup de marteau sur le piston de fer. Le platine retiré du cylindre a déjà une très-grande densité et un aspect metallique brillant. On le fait sécher à une douce chaleur, et après l'avoir ensuite maintenu à une temperature blanche pendant un quart-d'heure, on le retire rapidement du creuset et on lui donne un seul coup de marteau. On le reporte au feu quatre ou cinq fois, en ayant soin de n'augmenter que graduellement le nombre de coups de marteau. En moins d'une demi-heure l'operation est finie; elle ne manque jamais.

EXAMEN DU LAIT D'ANESSE.

M. Peligot communique les résultats des recherches qu'il a faites à ce sujet, recherches entreprises à la demande de quelques medecins qui soupçonnaient que la différence des resultats obtenus pourrait bien tenir à une variation dans la proportion des principes constituans de ce liquide. La moyenne de seize analyses a donné pour ces proportions :

Matière solide.	9,53	Beurre.	1,29
Eau.	90,47	Sucre.	6,29
		Caseum.	1,95
	100,00		

Si l'on rapproche cette composition de celle des autres laits dont on fait usage, on voit que le lait d'ânesse est celui qui renferme le moins de matières solides. Voici en effet l'analyse du lait de vache et du lait de chèvre d'après MM. Van Stiptrian, Quiscus et Bondt, et l'analyse du lait de femme d'après Meghenhosen :

Lait de femme.

Beurre.	8,97	2,68	4,56
Sucre de lait.	1,20	3,60	9,12
Matières caseuses.	1,94	8,95	4,38
Matières solides.	12,10	15,23	18,06
Eau.	87,90	84,77	81,94
	100,00	100,00	100,00

L'auteur examine ensuite quelles sont les variations qui se montrent dans la composition du lait d'ânesse sous l'influence de différentes causes, telles que la nourriture, l'intervalle de temps qui s'est écoulé entre deux traites consécutives, suivant qu'on prend dans une même traite la première ou la dernière partie obtenue, enfin suivant les médicamens que l'on fait prendre à l'animal

Pour la nourriture, il a essayé les betteraves, un mélange de luzerne et d'avoine, les pommes-de-terres et les carottes sans leur fane. La richesse du lait en principes solides et sa quantité absolue ont diminué de la première à la dernière substance.

Pour l'intervalle entre deux traites, il a vu que la seconde était d'autant plus riche, que la première traite était moins ancienne, ce qui est contraire à l'opinion commune; et quant à la composition du lait provenant du commencement ou de la fin de la traite, il a vu que la première est la plus abondante en matières solides, ce qui est, au reste, generalement admis parmi les agriculteurs.

Reste enfin l'action des medicamens qu'on fait prendre à l'animal qui fournit le lait. M. Peligot a vu que l'iodure de potassium étant administré à la dose de 30 grains par jour à une ânesse, au bout de dix jours le lait examiné contenait des traces d'iode. Le sel marin passe également dans le lait, et y peut même être reconnu à sa seule saveur.

Le deutochlorure de mercure ayant été administré à une ânesse et à une chèvre pendant plusieurs jours, la présence du mercure n'a pu être reconnue dans le lait.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 4 OCTOBRE.

Présidence de M. Louyer-Willermay.

Correspondance officielle :

1° Lettre ministérielle en date du 28 septembre, avec envoi de l'état nominatif des malades qui ont visité les eaux de Forges en 1835.

2° Lettre ministérielle du 1er octobre, avec envoi d'un rapport du médecin des épidemies de l'arrondissement de St Pol, sur une affection typhoïde vermineuse qui a regné dans la commune de Sibiville.

3° Etat de vaccinations pratiquees dans l'arrondissement de Narbonne.

Correspondance manuscrite :

1° Lettre de M. Coissard de Castelnaudery sur le choléra-morbus

2° Lettre de M. Chevalier sur les variétés de temperature des eaux de Vichy.

3° Notice medicale sur le voyage de M. Baudouin dans le pays des dattes (Afrique), par M. Miguyon.

4° Lettres de MM. Tonnelé de Tours, Stœber de Strasbourg, Colson de Noyon, Noble de Versailles, Pravaz de Lyon, Lafosse de Caen, Kuhnoltz de Montpellier, Reynaud du Puy, Lejeune de Reims, se portant tous comme candidats aux places de correspondans de l'Academie.

5° Observations pour servir au traitement préservatif du cancer de l'estomac; par M. le docteur Berthelot

6° Lettre de M. B. Gerardin, se portant comme candidat à la place présentement vacante dans la section de pathologie interne.

7° Lettres de MM Griffa de Turin et Taleva de Bruxelles, sollicitant le titre de correspondans etrangers.

DU TRAITEMENT DE LA GALE, par M. MALAPERT. — Rapport de M. BOUSQUET.

M. Malapert reproche aux traitemens les plus usites contre la gale, d'être malpropres et peu sûrs. Penetré de ces inconvemens, il s'est mis à la recherche d'une nouvelle methode, et il croit l'avoir trouvee dans les caustiques, auxquels il attribue le triple avantage d'appeler et de fixer le mal à l'exterieur, de l'eteindre sans retour et de prevenir toute espèce de retrocession sur les organes internes.

M. Malapert prescrit les caustiques en friction et dissous dans l'eau. Il termine son memoire par un tableau comparatif où l'on voit en regard :

La potasse caustique.
La soude.
Le sublimé corrosif.
L'acide sulfurique.
Et le sous-carbonate de potasse.

De tous ces moyens, l'auteur prefère le sublimé corrosif comme le plus sûr et le plus expéditif. Il guérit, terme moyen, en quinze jours. La dose est de douze grains par once d'eau

M. PLANCHE fait observer que ce traitement est connu et qu'on trouve dans Paul d'Egine une formule contre la gale où figure le sublime corrosif.

M. RÉCAMIER parle dans le même sens; il ajoute qu'il a éte appelé en consultation pour voir une dame atteinte de la gale Il proposa le sublime corrosif. M le medecin ordinaire lui fit observer que la malade était si sensible au mercure, qu'il avait suffi d'un demi-grain de calomel pour lui donner une erysipèle; neanmoins M. Récamier insista, mais au lieu d'une demi-once de sublime qu'il a coutume de prescrire par bain, il n'en prescrivit que dix grains, ce qui n'empêcha pas que tout le corps se couvrit d'un erysipèle. M Récamier aime beaucoup mieux l'administration du sublimé en bains qu'en frictions, mais il faut avoir soin de prendre une baignoire de bois, sinon il y a decomposition du mercure, et il en faut une dose beaucoup plus considerable pour obtenir les mêmes effets.

M. Rochoux fait observer que dans l'administration du sublimé par bains, il faut s'assurer que les malades ne portent pas des plaies à la peau; s'il y en avait, il faudrait renoncer à ce mode d'administration, qui exposerait à tous les inconvéniens de l'absorption d'un veritable poison.

ESSAI SUR LES RAPPORTS ENTRE LES SYMPTÔMES PRIMITIFS DE LA MALADIE VÉNÉRIENNE ET LES AFFECTIONS CONSÉCUTIVES DE LA PEAU APPELÉES SYPHILIDES; lu par M. MARTINS.

La premiere question que se fait M. Martins est celle-ci : Quels sont les symptômes primitifs qui exposent le plus souvent aux syphilides? La blennorrhagie y mène quelquefois, mais cela est rare. La complication d'une orchite ou d'un bubon n'ajoute rien aux chances de cet accident. Les chancres y conduisent beaucoup plus souvent surtout lorsqu'ils sont accompagnés, precedés, ou suivis d'autres symptômes d'infection

Les syphilides papuleuses sont les plus communes de toutes.

Les pustuleuses (ecchymo-syphilitienne) sont les plus rares de toutes chez les adultes.

Les syphilides graves telles que les tubercules et les ulcérations succèdent aussi souvent à des blennorrhagies qu'à des chancres.

La moitie des syphilides et plus affectent en débutant la face ou le cuir chevelu.

Rien de plus variable que le temps où se manifestent les syphilides : toutefois elles sont moins lentes à paraître après les chancres qu'après la blennorrhagie.

La moitié des syphilides qui succèdent aux chancres se montrent dans l'intervalle des sept mois.

Parmi les causes occasionnelles susceptibles de provoquer le développement des syphilides, M. Martins met au premier rang la chaleur ; mais en général les extrêmes de la température ont à peu près la même influence.

DE LA VOLONTÉ CONSIDÉRÉE COMME PUISSANCE MORALE ET COMME MOYEN THÉRAPEUTIQUE ; par M. JOLLY ; rapport de M. PARISET.

L'objet de ce mémoire est de faire considérer la volonté comme un agent dont la thérapeutique peut tirer grand parti pour le traitement et la guérison de certaines maladies, et notamment des maladies nerveuses, telles que la danse de St-Guy, le bégaiement, le strabisme, le hoquet, etc.

A cette occasion, l'auteur est entré dans une suite de propositions entre lesquelles M. le rapporteur ne voit pas toujours une parfaite concordance. Par exemple, dès la première ligne, M. Jolly considère la volonté comme une puissance qui règle et domine la pensée, et un peu plus loin il assure que l'exercice de la pensée est entièrement soustrait à l'empire de la volonté. Au reste, auteur et rapporteur s'accordent à reconnaître l'utilité d'une forte volonté pour régler l'exercice de certaines fonctions, et les faire rentrer lorsqu'elles s'en sont écartées.

Communications verbales.

M. BLANDIN présente deux sujets sur lesquels il a pratiqué diverses opérations d'autoplastie ; l'un est un enfant d'une douzaine d'années : son frère, en maniant un fusil, le déchargea sur lui et lui enleva presque tout le côté gauche de la figure. L'intérieur de la bouche était entièrement à jour, en sorte que la salive en coulait continuellement. M. Blandin a détaché un fragment de peau du front et en a formé la face du nez qui manquait ; il en a pris une autre à la région temporale, l'a ramené en bas et en a formé la joue et la commissure gauche des lèvres. M. Blandin fait observer qu'il a conservé l'artère temporale dans le second fragment, contre l'opinion de Diffenbach qui veut qu'on laisse les grosses artères de côté dans toutes les opérations d'autoplastie.

L'autre sujet est un homme d'une cinquantaine d'années ; il portait un cancer au menton qui a nécessité l'ablation de la lèvre supérieure tout entière. M. Blandin a refait cette lèvre avec la peau de la partie antérieure du cou.

M. VELPEAU met sous les yeux de l'Académie la colonne vertébrale de ce malheureux garde national dont les journaux politiques ont entretenu le public. Un de ses camarades sante un fossé en chargeant son fusil ; le fusil part et la baguette encore dans le canon, atteint M. C... Elle traverse le corps de la 5e vertèbre dorsale de gauche à droite, à deux lignes du canal rachidien, et entre dans le côté de la poitrine en traversant le poumon droit jusqu'au cartilage des côtes. Le blessé va droit à l'hôpital de la Charité ; on fait diverses tentatives pour extraire la baguette ; impossible. Cependant ce jeune homme supportait merveilleusement sa position ; il n'avait aucune inquiétude ; cela a duré trois jours ; après quoi on a entendu un peu de râle crépitant dans le côté droit du thorax, signe certain de la pneumonie ; on a fait une, deux et trois saignées ; tout annonçait un mieux sensible, lorsque le malade a expiré presque tout à coup suffoqué par le sang.

M. Velpeau avait parlé de cet accident à M. Charrière, l'un des couteliers les plus habiles en instruments de chirurgie, et il avait fabriqué une espèce de tire-bouchon avec lequel on aurait certainement extrait le corps étranger. Cet instrument est mis sous les yeux de la compagnie.

Nous publierons dans notre prochain numéro l'observation détaillée de ce fait curieux.

M. SÉGALAS fait voir un enfant de deux ans qu'il a opéré de la pierre, lorsqu'il n'avait encore que 33 mois. L'opération a demandé six séances et six semaines de temps. C'est, je crois, le plus jeune des enfants lithotritiés ; sous ce rapport, il présente un intérêt tout particulier.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

RÉFLEXIONS SUR LA DESCENTE DE LA MATRICE, SUR LES AVANTAGES DU TRAITEMENT ANTIPHLOGISTIQUE LOCAL ET SUR LES INCONVÉNIENTS DES PESSAIRES ; par M. OLLIVIER, D.-M. P.

Malgré ce qu'en disent certains auteurs, il suffit de s'être un peu adonné à l'étude des maladies de l'utérus pour comprendre aisément que la descente de cet organe ne peut pas avoir lieu par le simple relâchement des ligaments, ainsi qu'on se plaît à le dire communément ; il faut nécessairement admettre un engorgement chronique de son parenchyme pour se pouvoir rendre compte du déplacement dont il s'agit. La plupart des praticiens ont encore recours aux pessaires pour guérir cette infirmité ; heureux quand ce corps étranger ne cause point des accidents graves. Combien de fois ne m'a-t-on pas objecté que l'engorgement ne survenait qu'après le déplacement. Cette affection est si rarement guérie au moyen des pessaires, que le public qui ne juge de ces choses que sur le rapport des médecins, regarde tout cas de ce genre comme incurable, et que les femmes qui en sont affectées, viennent demander un pessaire, comme les hommes pris de hernies, viennent demander un bandage. Remarquons en passant, que dans nos campagnes une hernie est toujours regardée comme incurable, parce qu'il n'est jamais venu à l'idée d'un praticien de campagne d'y remédier, une fois réduite.

Je suis encore jeune ; mais, en position d'observer beaucoup de ces maladies, je n'ai jamais vu obtenir de guérison par les moyens mécaniques que l'on met journellement en usage, à moins que la descente eût suivi immédiatement une couche, car alors l'engorgement se dissipe peu à peu par l'écoulement des lochies, ou si cet écoulement avait cessé, à la réapparition des règles le dégorgement s'effectue, si auparavant on avait recours à une saignée de bras, et non à une saignée de pied comme on le pratique toujours dans nos malheureuses campagnes : et encore après ces moyens restait-il le plus souvent un engorgement du col qui entretenait un écoulement de fleurs blanches après l'enlèvement du pessaire.

DESCENTE DE L'UTÉRUS TRAITÉE PAR LES PESSAIRES EN LIÈGE ; USURE DE LA CLOISON RECTO-VAGINALE.

OBS. I. — Une femme de la Pouëze, département de Maine-et-Loire, à qui l'on avait posé un pessaire, ressentait dans le vagin une cuisson et bientôt après une douleur très-grande depuis environ deux ou trois mois, avec un écoulement séro-purulent d'une fétidité inouïe, lorsqu'un de mes confrères fut appelé. Cette femme lui dit que ces accidents étaient causés par la présence d'un pessaire en liège qu'elle portait depuis un an, et qu'il lui était impossible d'enlever ; mon confrère, à l'examen des parties, trouva la cloison recto-vaginale en partie détruite par une ulcération profonde, où se logeait le bord du pessaire. La cloison vésico-vaginale n'était guère plus intacte, et la malheureuse patiente était à la veille d'avoir le vagin transformé en un cloaque infecte ; considérant depuis par cette malheureuse, je pus juger par moi-même de l'étendue du mal. Outre les lésions sus-mentionnées il existait une métrite chronique, avec érosion purulente au col, dues à la présence du pessaire qui entretenait en même temps un engorgement considérable qu'on n'avait point essayé de traiter. Cette femme refusa de se soumettre à aucun traitement, ayant été intimidée par l'exagération des discours de quelques charlatans.

ENGORGEMENT CHRONIQUE ET DESCENTE DE L'UTÉRUS ; AMÉLIORATION PAR LE TRAITEMENT ANTIPHLOGISTIQUE LOCAL.

OBS. II. — Madame Buret de la Pouëze, âgée de 47 ans, après avoir consulté plusieurs médecins et fait inutilement tous les traitements possibles pendant sept ans, était réduite à ne pas sortir du lit. Consulté par hasard, je parvins pour un temps à jouir de sa confiance. Elle m'indiqua sans peine la cause de ses souffrances, résolue, disait-elle, à mourir.

A l'âge de 37 ans cette dame fut, dans le courant d'une année, plusieurs fois affectée de pertes considérables, causées par l'équitation, ses affaires l'obligeant à faire des courses assez longues à cheval ; elles cessèrent pendant quelques temps pour reparaître ensuite vers l'âge de 40 ans ; alors à ces pertes succédèrent des coliques violentes, et la présence d'une tumeur dans le bas-ventre ; tumeur qui alla toujours en augmentant pendant un an. A cette époque un écoulement qui avait lieu par la vulve cessa pendant quelques temps, et une suppuration abondante s'établit au niveau de l'ombilic sur la partie latérale de l'abdomen, suppuration qu'il n'a pas cessé depuis ce temps. Voici ce que j'observai... Couleur citrine et sécheresse de la peau ; amaigrissement considérable ; pouls petit, vite ; respiration normale ; langue pâle et humide ; appétit presque nul ; régime ordinaire, lacté ; selles très-rares et très pénibles ; abdomen aussi volumineux qu'au huitième mois de la grossesse ; œdème envahissant tout le côté gauche de l'abdomen où se trouve la fistule sus-mentionnée ; sécrétion fistuleuse d'un pus inodore, blanchâtre, très-abondant ; la malade ne veut pas que l'on sonde la profondeur de la fistule qui semble considérable ; l'abdomen est indolore au toucher ; écoulement séreux très-abondant par le col de l'utérus qui se trouve au niveau des grandes lèvres ; œdème du col qui ressemble à un sac d'eau ; sa surface est parcourue par deux ou trois vaisseaux sanguins d'un rouge pâle (Huit sangsues sur le col ; quatre grains de calomel à l'intérieur, par jour ; lavements purgatifs ; manne, 1 once et demie. cataplasmes sur l'abdomen ; bains de siège.) L'application des sangsues est suivie d'un écoulement limpide si abondant que pendant deux jours la malade en dit être inondée. Huit jours après, je trouvai : col de l'utérus remonté à trois pouces dans le vagin ; abdomen plus mou, moins volumineux ; la fistule rend une plus grande quantité de pus sans doute par l'affaissement de l'abdomen sur le foyer purulent ; la malade reprend courage. La continuation du traitement et trois nouvelles applications de sangsues furent suivies d'une amélioration si sensible au bout d'un mois, que la malade malgré mes remontrances commença à sortir et à vaquer à ses petites affaires ; mais elle se lassa de ma manière d'agir et ne voulut plus m'écouter, se croyant guérie ou plutôt disant qu'on ne devait pas chercher à faire davantage puisqu'elle pouvait s'asseoir et marcher, seul but qu'elle désirait obtenir. Il est vraisemblable qu'avec de la persévérance on eût pu obtenir une guérison parfaite avec le temps ; et pourtant on l'avait abandonnée depuis sept ans comme affectée d'un cancer de l'utérus.

MÉTRITE CHRONIQUE.

OBS. III. — Madame Laodron, de Bécon (Maine-et-Loire), revendeuse, âgée de 30 ans, d'une constitution très-faible, excessivement nerveuse, fut prise, à la suite d'une couche assez heureuse, de quelques coliques, qui bientôt dissipées cessèrent de l'alarmer ; mais au bout de six mois, malgré qu'elle n'allaitât pas son enfant, n'ayant point été menstruée depuis sa couche et ressentant des coliques très-violentes, elle se crut enceinte. La présence d'une tumeur qui survint dans le bas-ventre semblait le confirmer. Il existait une fièvre assez violente. Ayant consulté plusieurs médecins, les uns lui dirent qu'elle était enceinte ; d'autres que cette maladie ferait son cours et qu'il fallait qu'elle se ménageât. Cependant le ventre devint volumineux, la fièvre continuait toujours avec exaspération le soir,

lorsque pour contenter la malade, on vint me trouver. Depuis plusieurs semaines elle ne se levait plus ; des sueurs colliquatives l'avaient réduite à un état voisin du marasme ; une toux opiniâtre faisait dire à la malade et à ses voisins qu'elle mourait de la poitrine ; une céphalalgie vive ne lui permettait plus de se tenir sur son séant. Voici les symptômes que j'observai : soif vive ; langue sèche ; dents fuligineuses ; appétit insatiable ; selles très-rares et surtout très-pénibles, composées de matières dures ; abdomen volumineux comme au sixième mois de la grossesse ; bas-ventre très-dur, douloureux au toucher, plus volumineux et plus douloureux du côté droit ; écoulement séreux, abondant, par la vulve ; prurit dans le vagin ; col de l'utérus dur, surtout la lèvre postérieure ; urines très-rares, laiteuses ; sentiment de cuisson lors de leur émission ; saignée de bras ; dix sangsues au col de l'utérus ; manne ; diète ; trois tasses de bouillon par jour ; petit-lait ; bains de siége ; cataplasmes de farine de graine de lin sur l'hypogastre, qui ne peuvent être supportés.) Le lendemain, les sangsues ont beaucoup saigné ; la manne a fait rendre beaucoup de matières dures. A l'aide d'un lavement légèrement purgatif tous les autres symptômes se sont améliorés ; au bout de quinze jours de ce traitement sévèrement observé, la fièvre avait disparue, après deux nouvelles applications de sangsues et une saignée de bras ; mais les règles ne reparurent qu'au bout de six semaines, après une troisième saignée copieuse, au moment où elle venait d'éprouver de violentes coliques.

NOUVEAU BANDAGE POUR LA FRACTURE DE LA CLAVICULE ; par M. JAQUEY, médecin à Saulx (Haute-Saône).

Monsieur le rédacteur,

Quand je lus dans la GAZETTE MÉDICALE (année 1835, n° 15), le mémoire de M. Mayor sur les fractures de la clavicule, j'étais sur le point de vous envoyer la description d'un bandage, que j'employais depuis deux ans, dans les mêmes cas ; et qui me paraissait remplir assez bien toutes les indications que réclament les fractures et les luxations claviculaires. Je différai alors, jusqu'à ce que le temps m'eût fourni les occasions de faire des essais comparatifs.

Mon bandage n'est pas tout-à-fait aussi simple que celui du chirurgien de Lusanne ; c'est un défaut, je le sais, quand d'autres avantages ne font pas compensation ; mais il n'est pas difficile à préparer, et l'on trouvera toujours parmi les haillons du pauvre, comme dans la garde-robe du riche, les pièces propres à le confectionner.

On a déjà inventé un si grand nombre d'appareils pour les fractures de la clavicule, que je ne sais pas jusqu'à quel point le mien peut ressembler à d'autres. Je le crois à peu près nouveau.

Avant de procéder à la confection de cet appareil, il faut se figurer la position dans laquelle doivent être le bras et l'avant-bras, après la réduction. Le bras devra être placé contre le corps dans une obliquité telle, que le pli du coude se trouve au-dessous du mamelon du même côté ; l'avant-bras demi fléchi, formant par conséquent avec le bras un angle à peu près droit, remontera vers l'autre épaule ; et les phalanges de la main seront appliquées sur l'apophyse coracoïde.

Supposons maintenant qu'on ait à soigner une fracture de la clavicule gauche.

On fera un bandage de corps assez large pour s'étendre du coude à l'aisselle ; et assez long pour croiser de deux pouces ses extrémités près du mamelon droit, après avoir entouré la poitrine ainsi que le bras et l'avant-bras gauches.

Sur ce bandage, du côté qui sera en rapport avec le bras et l'avant-bras demi-fléchis, et dans l'étendue qui doit recouvrir ce membre, on taillera une pièce de linge, en forme de triangle, dont un côté, supérieur, sera libre et longera le bord supérieur du bandage ; les deux autres côtés, réunis par un angle arrondi comme le coude au bord inférieur du même bandage, seront cousus solidement à celui-ci, ainsi que leur angle de réunion. Ces deux derniers côtés, dont l'un peut s'appeler *couture brachiale* et l'autre *couture anti-brachiale*, devront former le même angle que le bras et l'avant-bras après la réduction. Le triangle, ainsi cousu au bandage, constituera un cul-de-sac destiné à recevoir le membre, presque depuis l'aisselle jusqu'au poignet.

Si l'on veut se servir du coussinet sous-axillaire, on le fixera à côté et en dedans de la couture brachiale, derrière la pièce triangulaire et à celle-ci seulement.

Les deux extrémités du bandage sont taillées obliquement ; celle qui est près de la couture anti-brachiale est coupée à un pouce de celle-ci et selon la même direction ; par conséquent aux dépens du bord inférieur ; l'autre extrémité doit être taillée en sens inverse ; c'est-à-dire aux dépens du bord supérieur du bandage ; mais elle doit avoir une obliquité à peu près moitié moindre ; afin qu'après son application l'appareil soit plus évasé en haut qu'en bas ; pour s'adapter à la forme conique de la poitrine.

Quatre tresses, longues d'un pied, et pliées de manière à présenter chacune deux bouts de longueur inégales, seront cousues par leurs plis, à égale distance, sur l'extrémité du bandage, près de la couture anti-brachiale, quatre trous ou œillettes seront pratiqués à l'autre extrémité, vis à vis des tresses.

Trois fortes bandes scapulaires, large d'un pouce et demi à deux pouces, et longues de seize pouces environ, sont cousues par une de leurs extrémités ; l'une au bord libre ou supérieur du triangle, à côté et en dedans du coussinet ; l'autre au bord supérieur du bandage de corps, à l'endroit qui devra correspondre aux cartilages sternaux gauches ; et la troisième au même bord supérieur du bandage, à peu près à un pouce à droite de la précédente.

L'appareil étant achevé, on fait déshabiller le malade. Son bras demi-fléchi est placé dans le cul-de-sac ; on entoure le corps avec le bandage, dont les deux extrémités sont confiées à un aide ; et après avoir placé convenablement le coussin sous l'aisselle et examiné si tout est dans les proportions désirables, on opère la réduction, en ayant soin de relever le sein chez les femmes. On fait soutenir le coude ; on passe les tresses du bandage dans les œillets correspondans ; puis on les noue près de l'avant-bras gauche.

Les bandes scapulaires sont successivement tirées en haut, appliquées sur les remplissages, s'il y a lieu, et portées en arrière pour être fixées comme il suit, au bord supérieur du bandage de corps : les deux qui se trouvent à gauche sont croisées sur l'épaule blessée et cousues, l'une derrière le dos, l'autre derrière le bord dorsal de l'omoplate gauche. La troisième bande est portée obliquement sur l'épaule droite et fixée de la même manière, derrière l'omoplate correspondante. Le côté libre du triangle est ensuite cousu, par son milieu, au bord supérieur du bandage.

Cet appareil est susceptible de plusieurs modifications, par exemple : chez les femmes dont les seins seraient très-développés, on éviterait la compression de la mamelle droite (nous supposons toujours une lésion de la clavicule gauche), en écartant un peu les tresses et les œillets, au niveau de cet organe. On aurait soin aussi de donner au triangle une plus grande étendue transversale et de lui laisser, dans le même sens, en le cousant, un peu de laxité sur le bandage ; afin de pouvoir le rapprocher de celui-ci, par un point de suture pratiquée au droit du sein gauche, avant la réduction, lorsqu'on aurait placé le bras dans le cul-de-sac.

On peut augmenter ou diminuer le nombre des bandes scapulaires ; on les place différemment, selon les indications ; indications qui sont susceptibles de varier, d'après le siége d'une luxation ou d'une fracture. Ces bandes peuvent être serrées par des boucles placées au-devant de la poitrine, ou bien avec des tresses et des œillets, comme dans le bandage de corps. Des boucles et des courroies pourraient être également employées aux extrémités de ce dernier.

Le coussinet sous-axillaire me paraît être assez utile, pour qu'on doive s'en servir dans la plupart des cas. Lorsqu'on en fait usage, on n'est pas obligé, pour maintenir la réduction, de serrer fortement le coude contre le corps ; d'où il suit que les côtes inférieures jouissent d'une plus grande liberté, et que le sein, chez les femmes, est garanti de la compression. Ce coussin, fixé comme il l'est, ne peut pas glisser à côté ou au-dessous de l'aisselle ; chose qui arrive souvent dans les autres appareils.

On voit que si ce bandage diffère de celui de M. Mayor, quant à sa structure, il tend à amener au moins les mêmes résultats. Comme dans le sien, les scapulaires, sans cesser de tirer l'épaule en haut et en arrière, préviennent, par leur obliquité, la rotation de l'appareil et fixent par conséquent invariablement le bras, dans la position qu'on lui a donnée. De plus, en augmentant le nombre, en changeant la direction et les liens d'attache de ces bandes, on peut comprimer à volonté l'une ou l'autre des extrémités de la clavicule ; avantage qu'on obtiendrait difficilement avec la double corne de M. Mayor.

Composé de plusieurs pièces, il ne forme cependant qu'un tout unique, dont on peut serrer ou desserrer séparément chaque partie, sans déranger les autres. Enfin pour peu qu'il soit bien préparé, il est d'une application très-facile, ne forme aucun pli, exerce une compression étendue et égale partout et peut rester appliqué pendant plus d'un mois sans fatiguer le malade.

J'ai reconnu au contraire que celui de M. Mayor, sans être trop serré, formait des plis, difficiles à éviter et que bien des individus supportaient avec peine. Il est vrai qu'il interpose les habits du malade et qu'alors la constriction est plus supportable ; mais cette innovation, qu'il regarde comme très utile, me paraît entraîner des inconvéniens. Il est difficile par exemple d'exiger que le blessé ne change pas de linge pendant toute la durée du traitement ; il en changera donc et quelquefois même en l'absence du chirurgien ; alors presque toujours la coaptation sera détruite et le bandage mal appliqué. Le chirurgien même

étant présent ne pourra pas empêcher les mouvemens du bras; les parties lésées perdront plus ou moins leurs rapports; il faudra réduire de nouveau; de là nécessairement douleur pour le malade et retard dans le travail de consolidation. Et puis, verra-t-on facilement à travers les habillemens les plus minces si les os conservent leurs rapports? si les remplissages sont dans la place convenable? Ne faudra-t-il pas tout enlever chaque fois qu'on voudra s'en assurer?

Le bandage que je propose, appliqué sur la peau, n'empêche pas le malade de s'habiller, de changer de linge avec toute facilité et de vaquer à ses affaires. Le bras et l'avant-bras, ainsi placés, n'augmentent pas tellement la circonférence de poitrine, qu'on ne puisse mettre une chemise et d'autres habits. L'appareil est couvert et l'individu ne présente rien d'extraordinaire dans sa mise.

Agréez, etc.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

HISTOIRE DE LA CICATRISATION, DE SES MODES DE FORMATION, et des considérations pathologiques et thérapeutiques qui en découlent; par M. F.-G.-L. LAFOSSE, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier; etc. — Brochure de 61 pages in-4°. 1836.

La dissertation de M. Lafosse a été composée à l'occasion du dernier concours d'agrégation à la Faculté de Montpellier. Rentrant tout-à-fait dans une sorte de spécialité favorite de l'illustre Delpech, M. Lafosse, qui a été son élève, ne pouvait pas manquer de bien traiter le sujet qui lui est échu. L'histoire de la cicatrisation, en effet, est un des points que le génie de Delpech a le plus éclaircis, et qui honore la Faculté à laquelle il appartenait.

La thèse de M. Lafosse se compose de cinq chapitres. Dans le premier, l'auteur aborde l'historique de la cicatrisation. Les anciens, jusqu'au dix-huitième siècle, n'ayant fourni que peu de matériaux utiles à ce sujet, M. Lafosse s'arrête principalement aux idées des modernes, en commençant par la question sur la régénération des chairs, débattue avec tant de constance par Fabre devant l'Académie de chirurgie. L'auteur a bien compris que le sujet de la cicatrisation ne pouvait pas être séparé de celui de l'adhésion primitive; aussi passe-t-il en même temps en revue les opinions émises par les modernes à cet égard.

Après avoir rappelé les idées de Fabre, Bichat, Dupuytren, Thompson et Buyer sur le mécanisme de la cicatrisation des plaies qui suppurent, M. Lafosse discute les opinions de Hunter et de J. Bell sur la réunion immédiate. Le premier admettait, comme on sait, une sorte de réunion sans inflammation, qu'il attribuait à l'organisation du sang interposé dans les lèvres de la plaie, et qui, selon lui, serait l'adhésion la plus immédiate; ce qui est bien différent de l'autre espèce d'union qui a lieu par la transsudation de la lymphe plastique et sans suppuration: d'où résulterait, suivant Hunter, que la réunion, après suppuration, devrait être appelée par troisième intention. La première espèce de réunion a été niée par Thomson; car, dit-il, le sang extravasé dans les premiers momens d'une blessure, ne s'organise point; il se coagule d'abord et est résorbé ensuite. L'idée de Hunter pourtant nous paraît pouvoir être soutenue jusqu'à un certain point; et bien que M. Lafosse ait adopté à cet égard l'opinion de J. Bell que nous allons reproduire, néanmoins elle ne diffère de celle de Hunter que par le mode d'explication seulement.

J. Bell, en effet, a reproduit et développé, dans son *Traité des plaies*, une opinion de Galien concernant la réunion immédiate, savoir qu'il y a une sorte d'adhésion qui se forme en quelques heures, et sans l'intervention de l'inflammation. L'inflammation, à quelque degré qu'elle fût, ne serait qu'un accident de la réunion, un obstacle à l'adhésion véritablement immédiate. M. Estor, traducteur de Bell, résume dans les propositions suivantes la doctrine dont il s'agit.

1° Il n'existe pas de mode particulier d'inflammation qui doive nécessairement se terminer par adhésion. 2° Il n'est pas possible de soutenir qu'il n'y ait que l'inflammation au premier degré qui puisse déterminer des adhérences. 3° L'inflammation n'est pas même toujours nécessaire à l'adhésion. 4° A l'abri du contact de l'air, et sous certaines conditions favorables, les parties divisées se réunissent sans aucun des symptômes ordinaires de la phlegmasie, en vertu d'une propriété analogue à celle qui, dans l'état naturel, préside à la nutrition. 5° L'adhésion oppose même souvent un obstacle insurmontable aux progrès de l'inflammation des veines, des artères, des membranes séreuses, etc.; il elle simplifie de la même manière les solutions de continuité les plus étendues, et qui intéressent à la fois un grand nombre d'organes divers. De là l'utilité de la réunion immédiate à la suite des principales opérations de la chirurgie, et des plaies qui pénètrent dans les grandes cavités splanchniques.

Après avoir rappelé que Delpech avait adopté la doctrine de Bell, savoir l'existence d'une réunion immédiate sans inflammation, et que M. Serre lui-même, dans son ouvrage sur cette question, avait aussi soutenu, d'après son maître, que ce n'était pas par l'inflammation que la cicatrisation s'opérait. M. Lafosse se déclare grand partisan de cette idée, et la développe dans les chapitres suivans avec toute l'énergie de son raisonnement et l'appréciation la plus rigoureuse des faits qui l'appuient.

Le second chapitre est intitulé: ***De la nature de la cicatrisation.*** L'auteur ouvre ce chapitre en se posant ces trois questions: Qu'est-ce donc que la cicatrisation? en quoi consiste-t-elle? comment s'opère-t-elle?

La cicatrisation, dit M. Lafosse, est pour nous un acte essentiellement plastique par lequel la nature unit les parties divisées. Cet acte n'est nullement sous la dépendance de l'inflammation. Nous disons, ajoute-t-il, pour toutes les divisions, ce que J. Bell disait pour celles qui étaient récentes, savoir que leur consolidation s'opère en vertu d'une propriété absolument semblable à celle qui préside à l'accroissement de nos parties; il n'y a point d'inflammation adhésive. La cicatrisation, continue-t-il, est un procédé de la nature, et l'inflammation est un accident qui peut le troubler ou l'interrompre. La cicatrisation, en un mot, est pour nous une fonction dont la cicatrice est le produit.

M. Lafosse cherche dans l'observation même de la plaie récente la vérification des idées qu'il vient d'émettre. Si l'on réunit les bords d'une plaie faite par un instrument bien acéré, l'observation apprend qu'une heure environ après la coaptation, les parties adhèrent entre elles. Une heure suffit, et certes l'inflammation n'a pas eu le temps de se développer. Des lames organiques se déposent entre les parties au moment où la plaie est faite, et si cette matière organique est aussi promptement versée, l'inflammation ne peut pas en être la cause.

La dernière observation nous semble rentrer tout-à-fait dans l'opinion de Hunter, que nous venons de citer; car après tout, cette lymphe adhésive que M. Lafosse est lui-même obligé de reconnaître, n'est-elle pas sécrétée du sang qui abreuve la plaie? S'il faut donc une matière plastique intermédiaire pour que le recollement des parties se fasse, tout en admettant que l'inflammation n'est pas indispensable pour la sécrétion de cette matière, il est clair que la réunion immédiate des plaies ne peut pas être rigoureusement comparée à la nutrition et à l'accroissement de nos organes, ainsi que le veut M. Lafosse. Dans ce dernier travail, en effet, il y a intussusception dont le mécanisme véritable nous échappe, tandis que dans la réunion des surfaces saignantes il y a adhésion par une sorte de plasticité de la matière intermédiaire qui s'organise et sert de lien mécanique et vital à la fois.

Pour corroborer davantage l'idée de la sécrétion de la lymphe adhésive sans l'intervention de l'inflammation, M. Lafosse cite l'exemple de la membrane caduque qui suit l'acte de la conception utérine, et qui se forme sous l'influence du *turgor vitalis* physiologique, de la nouvelle température vitale que l'organe acquiert, sans que pour cela l'inflammation, qui est un acte pathologique, intervienne aucunement. Ce rapprochement nous paraît très-exact; mais peut-on conclure de là que l'inflammation adhésive de Hunter, l'épiphlogose de Lobstein, n'existe nullement? Comment expliquer alors la guérison de l'hydrocèle par l'injection vineuse; les adhérences accidentelles des viscères avec les séreuses, à la suite de certaines inflammations, etc.? Peut-on faire dépendre toutes les unions accidentelles de la loi générale invoquée par M. Lafosse, c'est-à-dire de cette force d'attraction binaire qui fait joindre chez le fœtus les deux côtés du voile du palais, des lèvres, du frontal, du sternum, de la paroi abdominale, etc.? Nous ne le pensons point; nous croyons avec Bell qu'il y a réellement une sorte de réunion sans inflammation, mais nous ne pouvons pas nous refuser d'admettre en même temps l'existence d'une inflammation adhésive, et par conséquent, une seconde espèce d'union qui a lieu sous l'influence d'un certain degré de phlogose. Quant aux autres faits que M. Lafosse cite à l'appui de son opinion, nous ne pouvons pas les recevoir tous sans objection. Ainsi, par exemple, l'oblitération d'une artère jusqu'à la première branche collatérale après la ligature ne saurait être comparée, ainsi qu'il le fait, à la cicatrisation par première intention. Ce phénomène

nous paraît se rattacher à d'autres principes. La loi de dérivation signalée par Haller, est si bien développée par Scarpa (*Traité des anévrismes*), et celle de l'atrophie propre aux canaux qui cessent d'être parcourus par le corps qui les traversait habituellement, rendent parfaitement raison du fait dont il s'agit.

Dans le troisième chapitre l'auteur examine les modes de formation de la cicatrisation et l'influence des différentes circonstances, soit extérieures, soit constitutionnelles sur ce travail. Il résulte de ce qui précède qu'il y a trois modes de cicatrisation; l'un primitif, immédiat et sans inflammation; l'autre immédiat aussi, mais sous l'influence de l'épiphlogose; le troisième enfin après suppuration, ou par granulation, comme on dit. Ce dernier mode de cicatrisation présente des variétés suivant que la plaie est avec ou sans perte de substance. La marche et les périodes de la cicatrisation varient nécessairement suivant la nature des parties sur lesquelles le travail a lieu, et suivant les différentes circonstances qui l'accompagnent. Nous ne suivrons pas l'auteur sur ce vaste terrain qu'il exploite d'ailleurs très-habilement.

Nous arrivons à l'étude de la cicatrice elle-même, qui forme le sujet du quatrième chapitre. Les caractères physiques, chimiques et physiologiques du tissu inodulaire, et enfin la pathologie propre à ce tissu, sont passés en revue avec autant de sagacité que les autres points dont nous venons de parler. Nous regrettons pourtant que l'auteur ait négligé à ce sujet les idées fort importantes que Dupuytren a consignées dans son *Traité des blessures d'armes de guerre*. Le paragraphe surtout relatif aux maladies de la cicatrice qui est à peine d'une demi page dans la thèse que nous analysons, aurait pu recevoir un tout autre développement par la reproduction des helles observations de Dupuytren.

Le dernier chapitre enfin a trait aux considérations thérapeutiques qui découlent de l'étude même de la cicatrisation. L'auteur applique ces considérations soit à l'acte même de la cicatrisation, soit au produit de cet acte, savoir au tissu inodulaire. Ici se déroulent donc les moyens propres à favoriser, hâter, ou bien empêcher ou retarder la cicatrisation, suivant les indications particulières. Vient en dernier lieu l'application des principes précédens à la correction des cicatrices vicieuses. Ce dernier chapitre roulait sans doute sur le sujet le plus important de la thèse; il était d'autant moins difficile à tracer, que les matériaux se trouvaient abondamment préparés dans plusieurs ouvrages modernes; nous sommes fâchés en conséquence que le peu de temps que les réglemens des concours accordent aux candidats, n'ait pas permis à M. Lafosse de donner à ce chapitre tout le développement qu'il méritait.

Au total, la dissertation de M. Lafosse nous a paru remarquable sous plusieurs rapports, et digne d'être lue par les chirurgiens qui veulent acquérir des idées justes et profondes sur l'état actuel de la science à l'égard de la cicatrisation.

DES ACCIDENS QUI SUIVENT LES GRANDES OPÉRATIONS DE CHIRURGIE; par M. J. QUISSAC, chirurgien chef-interne de l'Hôtel-Dieu de Montpellier, etc. Broch. in-8° de 86 pages. 1836.

Le travail que nous avons sous les yeux est divisé en dix-sept paragraphes. Dans les quatre premiers, l'auteur traite de l'étiologie générale des accidens qui suivent les grandes opérations de chirurgie. Dans les paragraphes suivans, il énumère et examine les accidens dont il s'agit. Parmi les causes de ces accidens, la fièvre traumatique méritait une étude toute particulière, ainsi que l'a très-bien fait M. Quissac; il a compris que c'est sous son influence, ou du moins concurremment avec elle, que plusieurs des accidens dont nous allons parler se développent, marchent et se terminent de telle ou telle manière.

M. Quissac prend la fièvre traumatique dans son début; ce début diffère nécessairement par rapport à l'époque éloignée ou voisine de l'opération, suivant le temps qu'a duré l'opération, la nature des parties où on l'a pratiquée, la douleur qu'elle a causée, le tempérament, la constitution, l'état moral du malade, etc. L'auteur avance à cette occasion une opinion de Delpech que nous croyons devoir reproduire textuellement. « Nous avons, dit M. Quissac, maintes fois entendu » dire au professeur Delpech que trois quarts d'heure d'opération » étaient en général tout ce qu'un homme pouvait supporter; que celles » qui duraient plus long-temps avaient rarement une issue heureuse.» La fièvre traumatique peut manquer tout-à-fait, même dans les opérations majeures. Lorsque cependant elle ne survient que tard, qu'elle ne se développe qu'à peine et avec symptômes de prostration, elle est souvent mortelle au dire de M. Quissac. C'est ce que l'on observe, ajoute-t-il, chez les individus qui ont subi une opération douloureuse, longue, que l'on a privés d'un organe important, ou bien qui ont perdu beaucoup de sang. Il cite à cet à-propos des cas d'extirpation de matrice, d'extraction pénible de calculs volumineux, etc. Il est évident que si l'on voulait ici prendre la fièvre autrement que comme un indice de l'état asthénique ou hypersthénique de l'organisme, une pareille remarque n'aurait aucune portée réelle, car ce n'est pas la fièvre forte, légère ou nulle qui tue l'opéré, mais bien l'action traumatique de l'opération elle-même. En ce sens, nous croyons très-judicieuses les considérations que M. Quissac émet sur les conséquences réactionnelles que le degré d'intensité de la fièvre traumatique et les variations dans sa marche entraînent dans les différens systèmes de l'économie. Ces conséquences varient naturellement suivant les prédispositions organiques.

Une seconde cause d'accidens est la suppression d'une évacuation habituelle. Les pléthores inflammatoires qu'on observe après certaines opérations, ne reconnaissent pas quelquefois d'autre cause. M. Quissac pense, avec raison, que ces pléthores sont plus faciles lorsque la sécrétion dépendait d'un principe morbide constitutionnel; dans ce cas, dit-il, l'accident n'arrive ordinairement qu'à une époque reculée, vers le moment où la guérison allait arriver, et d'autres fois plus tard.

Une autre cause d'inflammation, d'après l'auteur, c'est une sorte de stupeur qui, entre autres organes, frappe surtout le foie, y diminue l'action vitale et produit une stase de liquide qui amène ensuite l'irritation et la phlogose. Nous avons plusieurs fois observé la stupeur des tissus de différentes régions, à la suite de blessures par armes contondantes, se terminer en peu de jours par la gangrène; mais nous ne comprenons pas trop ici l'idée de M. Quissac, à moins qu'il ne veuille parler de ce trouble fonctionnel qui a lieu lorsque des abcès viscéraux se déclarent à la suite des opérations sanglantes.

La résorption purulente, les causes morales trop gaies ou tristes, l'amour sexuel immodéré, la frayeur, etc., sont en dernier lieu examinés sous le rapport de l'étiologie des accidens qui suivent les opérations de chirurgie.

Nous arrivons à la seconde partie du travail de M. Quissac. La douleur, les hémorrhagies, les abcès externes, les abcès viscéraux, l'érysipèle, la gangrène, la phlébite, les synovites articulaires, l'hépatite, la pleurésie et la pneumonie, les ulcérations perforantes de l'estomac, le tétanos et le délire, tels sont, d'après l'auteur, les accidens qui peuvent suivre les opérations chirurgicales et qu'il étudie successivement dans autant de paragraphes.

Nous ne suivrons pas l'auteur dans le développement de ces chefs qui forment la partie essentielle de sa dissertation; nous dirons seulement que plusieurs de ces paragraphes nous ont laissé différentes choses importantes à désirer; ainsi, par exemple, pour ne citer ici que les articles hémorrhagie secondaire et gangrène que l'auteur paraît avoir soignés plus que les autres, ils ne nous paraissent pas renfermer tout ce qu'on sait à ces égard. Nous ne pourrions pas d'ailleurs adopter toutes les idées que M. Quissac vient d'émettre à ce sujet. En revanche cependant, ce qu'il dit à l'occasion des ulcérations de l'estomac nous a paru fort important; nous regrettons seulement qu'il n'ait pas insisté davantage.

Au total et à part quelques lacunes ou taches que les travaux faits à la hâte pour les concours ne peuvent que difficilement éviter, la dissertation de M. Quissac nous a satisfait, et nous en conseillons la lecture tant aux élèves qu'aux praticiens qui veulent approfondir une question aussi importante de thérapeutique chirurgicale.

— *Histoire complète des ruptures et des déchirures de l'utérus, du vagin et du périnée*, par F. Duparcque, docteur en médecine, ancien interne des hôpitaux et hospices civils de Paris, médecin de l'état civil et du bureau de bienfaisance du 7e arrondissement, membre de l'athénée et de la société royale de médecine de Paris, membre-correspondant de la société royale de médecine de Bordeaux. Ouvrage couronné par la société médicale d'émulation de Paris. — A Paris, chez Germer-Baillière, libraire-éditeur. — A Montpellier, Castel et Sevalle. — Strasbourg, Février et Levrault. — Londres, Baillière, 219, regent-street. — Bruxelles, Tircher et Périchon.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

PARIS. — IMPRIMERIE ÉVERAT ET COMPAGNIE, RUE DU CADRAN, N° 16.

N° 42. (TOME IV. — 1836.) SAMEDI 15 OCTOBRE 1836.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La Gazette médicale de Paris (*Gazette de santé* et *Clinique des hôpitaux* réunies) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et équivaut à 6 feuilles in-8°. Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois. Pour l'Étranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Poissonnière*, n° 5, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

PATHOLOGIE INTERNE.

RECHERCHES SUR QUELQUES POINTS DE L'ÉTUDE DE LA GANGRÈNE PULMONAIRE; par M. Genest, D.-M. P., ancien chef de clinique de la Faculté à l'Hôtel-Dieu.

(Deuxième article.)

Nous croyons avoir démontré (V. notre premier article, n° 38), que dans quelques cas la gangrène des poumons ne se développe que consécutivement à l'apoplexie pulmonaire, et nous avons rapporté trois observations où il est impossible de méconnaître la succession des divers phénomènes qui constituent le passage de l'épanchement du sang dans le tissu du poumon à la gangrène de cet organe(1). Mais nous n'avons point dit que cette cause fût la seule, et même nous n'avons pas cherché à apprécier quel pourrait être la fréquence de ces cas comparés à ceux qui dépendent de causes différentes. Nous nous sommes bornés à constater que la plupart des causes auxquelles on attribue d'ordinaire cette affection formidable sont insuffisantes ou même n'existent pas, et après en avoir conclu qu'il était nécessaire d'en rechercher d'autres, nous avons signalé celle qui a fait l'objet de la communication précédente.

Nous allons parler ici, sinon d'une nouvelle cause de la gangrène pulmonaire, au moins d'une condition qui nous a paru favoriser singulièrement son développement et que nous croyons n'avoir point été indiquée jusqu'ici. Nous voulons dire la *résorption purulente*. Nous commencerons d'abord par rapporter le fait suivant, qui nous offre un exemple bien tranché de l'action de cette cause morbide. L'observation a été recueillie en 1832, dans le service de M. le docteur Gaillard, médecin de l'Hôtel-Dieu, par M. Dubarle, aujourd'hui interne à l'Hôtel-Dieu, et qui a eu l'obligeance de nous en communiquer les détails. Nous étions présent à l'autopsie, et nous avons nous-même disséqué les poumons avec le soin et l'attention que réclament des faits importans et ceux surtout qui paraissent offrir quelques résultats nouveaux.

Obs. IV.—La nommée Julie Petain, d'une assez forte constitution, âgée de 25

(1) Au moment où nous allions corriger les épreuves de cet article, nous trouvons dans un mémoire du docteur Burrows sur les *altérations du sang*, une observation d'apoplexie du poumon avec gangrène pulmonaire. Le poumon droit du sujet contenait plusieurs noyaux apoplectiques dont la résorption était plus ou moins avancée, et le gauche, « une caverne assez vaste dans laquelle venait aboutir une bronche ulcérée avec odeur gangreneuse, et qui paraissait avoir été formée par la destruction et l'absorption du tissu pulmonaire, après qu'il avait été infiltré de sang extravasé. »

Feuilleton.

DE LA PROSTITUTION DANS LA VILLE DE PARIS, considérée sous le rapport de l'hygiène publique, de la morale et de l'administration; par M. Parent-Duchatelet.

(Voir les nos 39, 40 et 41 de la Gazette médicale.)

Il nous reste, pour terminer la tâche que nous nous sommes imposée, à rendre compte des recherches de M. Parent sur les établissemens sanitaires destinés à prévenir ou à guérir l'infection syphilitique. Ces établissemens forment à Paris deux catégories, le dispensaire, où se font les visites régulières des prostituées, et les hôpitaux spéciaux où les malades sont conduites et traitées.

Dans tout le cours du moyen âge, où l'hygiène publique était à peu près inconnue, on n'enseigne point d'autre moyen de remédier à la syphilis, que d'expulser les malades des villes, sans distinction d'âge ni de sexe. On les traitait comme des pestiférés; bien plus, on leur interdisait l'entrée des léproseries alors si nombreuses, c'est-à-dire qu'on les privait forcément de tout secours médical. Ce n'est qu'en 1684 qu'on trouve dans la fameuse ordonnance de Louis XIV l'indication d'un *hôpital* pour le *traitement* des prostituées. Plus tard, à diverses époques, on songea à les soumettre à des visites; mais ces idées ne se réalisèrent point. Un projet de ce genre, communiqué en 1762 par un sieur Aulas, fut rejeté par le motif qu'une pareille sollicitude compromettrait la *dignité* de la police et l'exposerait au *ridicule*. Retif de la Bretonne proposait en 1770, dans son fameux livre intitulé *le Pornographe*, de faire visiter tous les matins. Mais tous ces projets et d'autres encore ne furent point mis à exécution. Ils prouvaient cependant que l'autorité sentait de plus en plus la nécessité de remédier à ce fâcheux état de choses. Pendant les premières années de la révolution, les désordres et le mal augmentant, on se décida à modifier la législation sur ce point. Une loi du 22 juillet 1791 imposa pour la première fois aux prostituées des garanties sanitaires. Mais ce ne fut guère qu'en 1800 qu'un véritable service médical fut organisé dans ce but. Par malheur les bases de cette organisation étaient si mauvaises, qu'elle ne produisit que des résultats pires que le mal. Il suffit de dire que ce règlement, nommément remarquable de sottise et d'immoralité, confiait la per-

ans, mère déjà de trois enfans, accoucha le 13 février 1832 pour la quatrième fois.

Deux jours après l'accouchement, elle fut prise d'un frisson qui fit bientôt place à de la céphalalgie et à des douleurs très-violentes dans l'abdomen. Ces douleurs allant beaucoup en augmentant d'intensité, un médecin appelé fit appliquer des sangsues sur l'hypogastre ; les douleurs devinrent moins vives et la maladie parut prendre une marche plus lente.

Le 2 mars. La malade se décide à entrer à l'Hôtel-Dieu, accusant dix-sept jours de maladie ; elle présente l'état suivant : elle est couchée sur le côté gauche, les cuisses rapprochées du tronc ; toute autre position lui est désagréable ; cependant parfois elle change de côté mais pour quelques instans seulement,

La physionomie exprime un abattement profond, les traits sont tirés. La malade se plaint de douleurs à l'épigastre et au-dessus du pubis, douleur qui augmente par la pression. Le ventre est souple dans tous ses points, et n'offre pas la moindre trace de météorisme

L'excrétion des urines et des matières fécales paraît génée. La malade dit même qu'elle n'a pas uriné depuis longtemps. Cependant l'absence de toute tension, de toute tumeur à la région hypogastrique détourne de pratiquer le cathétérisme.

La malade tousse fréquemment et expectore des crachats transparens, visqueux, sanguinolens, mêlés intimement à de petites bulles d'air; interrogée sur ce point, elle fait remonter sa toux à quelques jours, et l'apparition des crachats sanguinolens à deux jours seulement ; elle affirme n'avoir pas ressenti de point de côté depuis le début de sa maladie, mais elle éprouve une assez forte oppression, et accuse une certaine douleur obtuse dans toute la poitrine.

La percussion donne un son mat à droite dans la presque totalité de ce côté ; à gauche au contraire, le son est clair presque partout.

La respiration s'entend bien et assez pure à gauche, tandis qu'à droite on ne l'entend qu'en bas et en haut ; et dans la partie moyenne il y a respiration bronchique et bronchophonie ; à un pouce au-dessus de l'angle de l'omoplate, ces phénomènes sont même beaucoup plus marqués que partout ailleurs ; mais sur aucun point de la poitrine on ne peut saisir de crépitation. La respiration est très-fréquente (40 par minutes); le pouls est très-petit et très-faible, et donne 120 pulsations. (Un large vésicatoire est appliqué sur le côté droit de la poitrine.)

La malade présente à peu près le même état jusqu'au 14 mars, jour de sa mort. Cependant les symptômes avaient paru perdre la veille un peu de leur intensité.

AUTOPSIE.

Le cerveau n'a point été ouvert.

Thorax Le cœur est à peu près à l'état normal ; les plèvres n'offrent aucune trace d'adhérence entre elles, et ne contiennent point de liquide.

Le poumon droit offre sur plusieurs points de ses deux tiers inférieurs une infiltration purulente avec hépatisation et ramollissement notable de son tissu. Le lobe supérieur, qui est œdémateux, incisé, offre à sa partie moyenne une cavité pouvant contenir un gros œuf de pigeon; elle est tapissée par une membrane blanchâtre d'une ligne environ d'épaisseur, assez ferme et presque lisse à l'intérieur, et contient une matière purulente, noirâtre, évidemment formée d'un mélange de sang et de pus, et de quelques débris du tissu pulmonaire, mais sans odeur appréciable. Dans les deux lobes inférieurs on trouve trois ou quatre autres cavités analogues, remplies également d'une matière putrilagineuse sans odeur, mais d'une plus petite dimension ; elles sont également tapissées par une espèce de kyste, offrant les mêmes caractères que celui que revêt l'intérieur de la cavité du lobe supérieur. Ceux de ces abcès qui se trouvent près de la surface du poumon sont faciles à distinguer avant d'avoir été ouverts, et par une legère saillie, et par la coloration qui est différente

Le poumon gauche offre un peu d'œdème dans son lobe supérieur, et partout ailleurs est crépitant et paraît à l'état normal. Cependant, en l'examinant avec soin, nous retrouvons à sa partie antérieure et moyenne, et près de son bord antérieur, une cavité semblable aux précédentes, et du volume d'une noisette. Tout autour de cette cavité le poumon est parfaitement sain.

Abdomen. Au moment où les parois abdominales sont enlevées, les organes mis à découvert n'offrent rien d'anormal ; le péritoine paraît être dans l'état normal, et ne pas contenir de liquide. Les intestins sont refoulés en bas par le foie, qui est très-volumineux et cependant n'offre rien de pathologique dans sa texture. L'épiploon s'étend jusque dans le petit bassin ; en l'attirant au dehors, on le déchire et on donne issue à du pus bien lié et de bonne nature, contenant des flocons albumineux ou débris de fausses membranes, et dans lequel baignaient les intestins La quantité de ce liquide qui s'écoule immédiatement, peut être évaluée à une livre. Le péritoine et les organes contenus dans le petit bassin offrent une rougeur uniforme sur tous les points où il est en contact avec lui-même. La matrice n'est pas encore revenue tout-à-fait sur elle-même ; son volume est encore quatre fois plus gros que dans l'état ordinaire. Les lèvres du museau de tanche sont molles, écartées ; et permettent facilement l'introduction du doigt dans l'intérieur de l'organe. La surface interne de l'utérus contient une matière semi-fluide, d'un rouge sale, qui ne paraît point organisée, mais adhère intimement avec son tissu ; on dirait du pus mêlé de sang, et dont la partie la plus fluide aurait été résorbée. Les vaisseaux veineux et lymphatiques de l'abdomen n'ont point été examinés.

Nous devons reconnaître d'abord que cette observation nous offre à la fois la pneumonie sous deux formes différentes : la pneumonie diffuse ou commune et la pneumonie lobulaire ou de résorption purulente ; c'est de cette dernière seulement que nous allons nous occuper ici ; car, d'après les détails anatomiques que nous n'avons pas besoin de reproduire, il est évident qu'on ne peut considérer ces cavités remplies d'un mélange de sang et de pus, d'une matière putrilagineuse, comme le résultat de la pneumonie diffuse qui occupait les deux tiers inférieurs du poumon droit, et dont elles étaient séparées par un kyste sur les points où elles se trouvaient au milieu du tissu hépatisé. Pour nous, la formation de ces cavités se rattache à la pneumonie lobulaire, à la pneumonie qui, chez les adultes, se lie le plus souvent à la résorption du pus et qui ne se développe que chez les sujets chez lesquels on trouve une suppuration abondante dans quelques organes. Nous ne prétendons pas que dans tous les cas de pneumonie lobulaire on observe les altérations que nous avons trouvées chez la femme Petain. Le seul point que nous voulons signaler ici c'est l'analogie presque complète qui existait pour nous entre ces cavités et celles que nous avons observées dans des cas de gangrène pulmonaire incontestés. Pour que le seul caractère de la gangrène du poumon qui manquait ici, savoir, la fétidité, eût été produite il aurait suffi que la rupture d'une bronche eût établi une communication entre la cavité et l'air extérieur ; en même temps que le fluide putrilagineux se serait écoulé au dehors il n'aurait pas tardé à prendre l'odeur caractéristique. Telle est la marche que suivent en effet quelquefois chez les enfans l'inflammation lobulaire, qui chez eux ne se lie pas constamment comme chez les adultes à la résorption purulente, et qui même chez eux est la forme la plus habituelle sous laquelle se présente l'inflammation du poumon. L'observation suivante, que nous empruntons à l'excellent travail de M. Berton sur les maladies des enfans (1), bien qu'elle ne se rattache point à une résorption purulente, va donner la preuve de ce que nous venons d'avancer.

OBS. V. — Renaud, âgé de 12 ans, fut admis à l'hôpital le 11 mars 1827, pâle, maigre, il toussait depuis longtemps. Le 1er avril, la peau était chaude ; le pouls battait cent fois par minute ; le malade toussait ; la toux était profonde ; son haleine fétide ; sa langue blanche et humide. La percussion donne de la matité sous la clavicule droite ; à l'auscultation on trouve un bruit respiratoire faible vers le sommet du poumon droit ; râle crépitant vers la même région.

---

(1) *Recherches sur l'hydrocéphale aiguë · sur une variété particulière de pneumonie et sur la dégénérescence tuberculeuse*, par M. Berton, D.-M.-P. ; page 545 de la contrefaçon de Bruxelles.

---

ception de la taxe imposée aux prostituées, aux chirurgiens chargés de les visiter, et n'établissait d'ailleurs aucune espèce de contrôle soit sur le service, soit sur la perception des taxes Peu d'années de ce régime suffirent pour amener des désordres et des abus si crians et si scandaleux, que le premier soin du duc de Rovigo, nommé ministre de la police générale en 1810, fut de s'en occuper. Mais les abus étaient déjà anciens, et tant de gens y trouvaient leur compte, que toute la bonne volonté du ministre ne put les extirper entièrement ; ceux qui les exploitèrent parvinrent à se maintenir à leur poste, moyennant quelques modifications dans le personnel. Mais la nécessité de donner à leurs fonctions un caractère public et ostensible d'utilité, leur fit proposer l'établissement d'une *salle de santé* où les filles malades non susceptibles d'entrer à l'hôpital, recevraient des conseils et des médicamens délivrés gratuitement sur le produit de leurs taxes Cette création fut décidée, et la salle de santé fut ouverte dans le local de la rue Croix-des-Petits-Champs, en décembre 1802, sous le titre de *Dispensaire de salubrité*. C'est là l'origine du dispensaire actuel.

Cette nouvelle organisation ne faisait que marquer les vices fondamentaux de l'organisation du service sanitaire, les abus signalés plus haut continuèrent. Les plaintes et réclamations ne cessèrent de se faire entendre à l'autorité Le ministre de la police ordonna une enquête spéciale ; la commission chargée d'examiner les faits, signala les désordres existans, et demandait, comme une mesure préalable et indispensable, que la recette des taxes fût ôtée à ceux qui en profitaient, et confiée à un agent de l'administration ; il résulta d'un autre rapport que pendant les années 1807, 1808 et 1809, la recette vérifiable avait été de 30,000 fr. par année. Mais on sut que tout l'argent ne passait pas par la caisse du caissier de l'établissement, car le directeur se faisait assez souvent payer lui-même et directement par les femmes ou les dames de maison, et ne rendait compte à personne. M. Pasquier, alors préfet de police, mit fin à cette scandaleuse exploitation par son arrêté du 20 décembre 1810 ; tout l'ancien personnel fut mis la retraite ; un nouveau personnel fut nommé avec des attributions bien déterminées ; l'ordre et le mode du service furent réglés, la perception des taxes et toute l'administration financière furent totalement séparée du service médical. Le personnel médical comprenait un premier médecin, un premier chirurgien, un médecin sous-chef, un chirurgien sous-chef, un élève en médecine, un élève en chirurgie, un employé chargé de la pharmacie et de la tenue des registres ; la somme totale des appointemens était de 24,000 fr. par an ; les traitemens variaient de 6,000 à 2,000 fr. C'est donc à M. Pasquier qu'on doit véritablement cette belle institution, qui a reçu depuis quelques perfections importantes, mais dont les bases essentielles furent posées en 1810 En 1814 et 15, les deux invasions étrangères interrompirent pendant quelque temps les heureux résultats de cet établissement M. Anglès compléta ensuite l'œuvre de M. Pasquier ; il présidait lui-même la commission permanente chargée de veiller à l'amélioration de ce service. Cette institution fut l'objet constant de la sollicitude des préfets de police qui se succédèrent depuis 1814 ; mais elle parut être de nouveau compromise en 1822, par la suppression de la place du médecin, chef du service médical, auquel on substitua un chef administratif non médecin, lequel était exclusivement chargé de correspondre avec le préfet ; par cette modification, les rapports journaliers du préfet avec le personnel du dispensaire furent interrompus ; par malheur encore cette nouvelle place tomba, en débutant, en de mauvaises mains. Ce chef n'était guère qu'une sorte d'espion du

Le 2 avril. En arrière, en haut et à droite, ainsi que sous la clavicule droite, existe du râle sous-crépitant ; le thorax percuté vers ces points, est moins sonore; le malade expectore des crachats d'un gris brunâtre, non visqueux et très-fétides; son pouls est très-petit et bat 104 fois par minute.

Le 4. Le râle qui existait vers les points indiqués, est devenu muqueux ; l'expectoration abondante présente toujours les mêmes caractères ; le malade n'accuse aucune douleur particulière ; cependant il gémit et se plaint sans cesse, sa figure est altérée, sa peau chaude, humide, et depuis deux jours il a un peu de diarrhée; son haleine est toujours très-fétide, sa langue plus rose.

Le 9. Il expectore environ un verre de sang noir mêlé de crachats; son pouls est petit et bat 142 fois.

Le 10. L'expectoration est encore sanglante, accompagnée de nausée, d'anxiété, d'agitation. L'expectoration mêlée de sang continue le 11; tout ce jour le malade est dans le délire, et meurt dans la nuit.

Autopsie. La cavité droite du thorax contient 4 onces d'un liquide sanieux, gris noirâtre, non visqueux, auquel ne sont point mêlés des caillots de sang. Ce liquide provient d'une caverne située dans le poumon droit; on lui a donné issue en déchirant quelques adhérences internes qui existaient entre les feuillets de la plèvre. La surface interne de cette caverne est tapissée par un putrilage molasse et grisâtre qui offre partout le même aspect et la même consistance, et s'étend sur toute la périphérie de l'excavation jusqu'à 3, 4 et même 8 lignes de profondeur. Le tissu pulmonaire ambiant et qui forme pour ainsi dire la coque de cette cavité, a un pouce d'épaisseur, quelquefois dur et même un peu plus vers le côté externe. Le tissu, d'ailleurs, est induré, d'un gris brunâtre dans certains points et rougeâtre dans d'autres. Il est généralement dense, coriace, et ne surnage point. *De nombreuses ouvertures bronchiques communiquent avec cette excavation*, et de nombreuses brides, tantôt sous forme de cloisons ou de colonnes, simulent ou augmentent les sinuosités déjà indiquées; tout le tiers inférieur du lobe inférieur droit est comme renifié.

Le poumon gauche est souple, crépitant, nullement engoué. Les ganglions bronchiques sont volumineux et d'un rouge foncé. Le péricarde contient un peu de sérosité transparente. Le cœur, plus volumineux que le poing de l'enfant contient un peu de sang caillé. La surface externe des gros vaisseaux est pâle.

Les organes digestifs ne présentent aucune lésion.

La grande cavité de l'arachnoïde contient plusieurs onces de sérosité transparente ; quelques points de l'arachnoïde et de la pie-mère ont perdu un peu de leur transparence, et offrent un peu d'infiltration, mais sans injection ni ramollissement de la substance cérébrale.

L'ouvrage de M. Barton contient plusieurs exemples de cavernes creusées dans l'intérieur des poumons et ayant succédé à des pneumonies lobulaires; mais le cas dont nous venons de rapporter les principaux détails est le seul où il se fût établi une communication avec les bronches, et qui conséquemment ait offert le caractère propre à la gangrène pulmonaire; la fétidité des crachats et des matières contenues dans la cavité. Cette observation suffit donc done pour faire connaître comment un simple abcès du poumon peut donner lieu au développement de la gangrène pulmonaire, et comme, chez l'adulte, au moins, ces abcès ne se rencontrent que dans les cas de grandes suppurations ou de résorption purulente, on conçoit quelle influence cette dernière doit opérer sur la production de cet accident redoutable. Si nous jetons un coup-d'œil sur quelques uns des cas de gangrène pulmonaire recueillis jusqu'ici, nous reconnaîtrons que plusieurs fois elle a été observée coïncidant avec une suppuration abondante. Ainsi sur les six cas qui ont été rapportés par Bayle, nous en trouvons un où cette circonstance est bien indiquée. C'est sa vingt-huitième observation dont le sujet a présenté outre la phthisie ulcéreuse ou gangrène pulmonaire, de vastes suppurations tant dans le médiastin que dans le péritoine.

M. Cruveilhier rapporte aussi dans son grand ouvrage d'anatomie pathologique, une observation de gangrène pulmonaire, recueillie chez un jeune homme de 20 ans, qui avait un érysipèle phlegmoneux. M. Tonnellé cite dans son rapport sur les fièvres puerpérales, observées à la Maternité pendant l'année 1829, une observation de gangrène pulmonaire survenue chez une femme (septième observation), qui était affectée de péritonite puerpérale avec phlébite utérine, et à l'autopsie de laquelle on trouva la cavité du péritoine remplie d'une sérosité purulente mêlée de fausses membranes; le col de la matrice et les ligamens larges infiltrés de pus, et la plupart des veines de l'utérus gorgées du même fluide. Chez cette femme il y avait au centre du poumon droit un foyer gangréneux de trois ou quatre pouces d'étendue et qui avait été annoncé pendant la vie par la fétidité des crachats. Dans une autre observation (sixième observation) M. Tonnellé rapporte avoir trouvé avec la suppuration de la matrice et de ses annexes, « des nodosités circonscrites dans les poumons, analogues à certains engorgemens hémoptoïques. » Ces noyaux circonscrits n'étaient probablement que des noyaux de pneumonie lobulaire qui, ainsi que nous l'avons dit dans le premier article, offre quelquefois une telle ressemblance avec les engorgemens vraiment hémoptiques, qu'il est difficile de les en distinguer. M. Tonnellé, dans le tableau qu'il a présenté à la fin de son travail, dit avoir trouvé sur 222 autopsies de femmes mortes à la suite de fièvres puerpérales, 3 cas de gangrène pulmonaire. Ce chiffre est remarquable et nous semble bien venir à l'appui de l'assertion que nous avons émise précédemment, savoir : l'influence de la résorption purulente sur la production de la gangrène pulmonaire.

Un autre auteur (1) qui s'est occupé aussi de l'étude des maladies des femmes nouvellement accouchées, et qui cite dans son travail cinquante-huit observations dont les sujets avaient succombé avec des suppurations abondantes, en rapporte deux où il y avait en même temps gangrène du poumon. Nous allons analyser ici la première de ces deux observations, celle qui nous paraît offrir le plus d'intérêt.

INFLAMMATION DE LA VEINE SPERMATIQUE GAUCHE, AVEC GANGRÈNE DU POUMON.

Obs. VI. — Anne Comer, âgée de 42 ans, malade de l'infirmerie de St-James, jouissant d'une bonne santé, fut prise du mal d'enfant le 22 juillet, dans le courant du huitième mois de sa grossesse. Une hémorrhagie abondante étant survenue, on constata facilement qu'elle était produite par le décollement partiel du placenta, qui était attaché sur l'orifice de l'utérus. La main fut introduite, et la délivrance opérée par la version. Néanmoins la malade avait perdu une grande quantité de sang; et se trouva dans un état de faiblesse alarmant. Le 23 au soir, le pouls s'éleva à 140, avec céphalalgie, chaleur à la peau et impossibilité de supporter la lumière. Le 24, elle eut un léger frisson qui revint le 25, suivi d'une forte chaleur, d'une dyspnée considérable et d'une fréquence du pouls bien grande (140).

Les jours suivans, la fièvre fut moins forte et les exacerbations nocturnes ne reparurent plus; le pouls variait de 100 à 120; on était obligé d'avoir recours chaque jour au cathétérisme, et la dernière partie de l'urine obtenue avait un aspect semi-purulent, avec une odeur spéciale et désagréable. La pression sur l'abdomen ne déterminait aucune douleur, bien qu'il fût évident qu'il se passait là quelque chose de grave.

Le 2 août, l'oppression revint de nouveau avec une légère toux, mais sans expectoration. Le lendemain, après un long examen, la malade reconnut qu'elle ressentait un peu de douleur du côté gauche de la poitrine, et seize onces de sang furent tirées du bras.

(1) Researches on the pathology, and treatment of some of the most important diseases of women, by Robert Lee, M. D.

---

personnel médical. Les médecins et chirurgiens n'opposèrent à cet empiétement qu'une conduite ferme et modérée. M. de Belleyme, en 1828, rétablit la place de médecin en chef. C'est sous son administration que le dispensaire, placé jusqu'alors rue Croix-des-petits-Champs, fut transféré dans un local particulier dépendant de la préfecture de police.

Telles sont, en peu de mots, les phases les plus marquantes de l'histoire de cette utile institution, qui est maintenant établie dans toutes les villes de France, et que les étrangers commencent à imiter. Nous avons cru devoir supprimer dans cet abrégé une foule de détails personnels et tous les noms cités par M. Duchâtelet.

Un chapitre fort intéressant et qui donne la plus haute idée de la noblesse de caractère de l'auteur, c'est celui où il traite des devoirs des médecins chargés de ce service public, et où il indique les qualités personnelles et les talens spéciaux réclamés par ces fonctions. Nous sommes heureux d'ajouter qu'il n'a eu, pour tracer ces règles, qu'à consulter les exemples fournis par le personnel médical du dispensaire moderne.

Les visites du dispensaire se font en trois endroits différens :

1° Au dispensaire même : c'est là que les prostituées sont tenues de se rendre deux fois par mois. La visite se fait sur un fauteuil élevé à dos renversé. Chaque médecin peut, en une heure, visiter 25 femmes, et rédiger le *folio* ou procès-verbal de chacune.

2° Chez les dames de maison, c'est-à-dire dans les maisons de prostitution, les visites ont lieu une fois par semaine ou quatre fois par mois. Chacun des médecins du dispensaire a son quartier respectif; l'heure de la visite étant fixée, toutes les femmes sont tenues de s'y trouver ; le résultat de l'examen est consigné sur une feuille particulière.

3° Au dépôt de la préfecture de police. On appelle *dépôt* une espèce de prison provisoire où sont gardés les individus arrêtés pendant la nuit, à Paris, pour vols, rixes ou contraventions diverses, jusqu'à ce qu'une première instruction ait décidé de leur sort ultérieur. Parmi ces individus, dont le nombre s'élève, dans les 24 heures, de 30 à 40, il y a toujours beaucoup de filles publiques. On a établi pour elles une salle spéciale. Or, comme ces femmes appartiennent la plupart à la dernière classe des prostituées, et qu'on rencontre parmi elles un grand nombre de filles insoumises qui ont échappé aux visites régulières, il importe de ne les mettre en liberté qu'après avoir constaté leur état sanitaire. C'est dans ce but qu'un chirurgien du dispensaire se rend chaque matin au dispensaire pour procéder à cette inspection.

Le nombre des visites annuelles a considérablement varié, soit par suite des circonstances extérieures, soit seulement à cause du changement apporté dans le service; ainsi le nombre total des visites, qui ne fut, en 1812, que de 4,976, a été, en 1832, de 101,340. C'est le chiffre le plus haut qui ait été atteint. D'après les calculs de l'auteur, les filles libres sont visitées trente fois par an; les filles publiques, dans les maisons de particuliers, quarante neuf fois environ.

Le nombre des malades n'a pas éprouvé de variétés moindres, et, sous ce rapport, nous n'avons pas trouvé les tableaux de l'auteur tout-à-fait satisfaisans. La surveillance sanitaire a été établie depuis trop peu de temps pour permettre de fonder, sur les chiffres obtenus jusqu'ici, des calculs même approximatifs. Parmi les causes, j'en vois qui semblent influer sur le développement de la syphilis. On

Le 4, la douleur était soulagée, et le 5 elle avait entièrement disparu; mais le pouls restait à 120, la peau était sèche et chaude, la malade expectorait des crachats muqueux et un peu spumeux, et on sentait tout autour d'elle une odeur désagréable.

Le 6, il y avait moins de fièvre; la faiblesse était excessive, les traits tirés et inquiets, et la respiration très-fétide.

Le 7, l'expectoration était plus abondante, épaisse et purulente; et quoiqu'on eût changé le linge de son lit, la fétidité n'étoit pas diminuée. Il était évident qu'elle était produite par la respiration. La mort survint le 9, dix-huit jours après l'accouchement.

AUTOPSIE.

A l'ouverture de la poitrine, on sent une odeur extrêmement fétide se dégager de la plèvre gauche, dans la partie inférieure de laquelle on trouve trois ou quatre livres d'un liquide trouble mêlé de portions de lymphe coagulable. Il y avait en outre, à la surface d'une partie du lobe inférieur du poumon gauche, une certaine quantité de la même matière sous forme de flocons; et en voulant l'enlever, on mit à découvert une partie du poumon à l'état complet de gangrène. Ce lambeau, de la grosseur d'une forte noix, formait une masse noire, comme pulpeuse, et d'une fétidité insupportable; elle était contenue avec un peu de fluide noirâtre dans une cavité. Au moment où l'on pratiqua une incision sur l'escarre gangréneuse, une partie de cette dernière se détacha de la cavité où elle était contenue, tandis que l'autre resta attachée aux parois par quelques adhérences filamenteuses. La cavité elle-même est tapissée par une couche de lymphe coagulable qui a l'aspect d'une membrane uniforme. Immédiatement en dehors de cette caverne, le tissu pulmonaire offre une couleur un peu plus vive, mais du reste il semble n'avoir éprouvé aucune altération appréciable; partout ailleurs il est tout-à-fait à l'état normal. En incisant l'utérus qui offrait à peu près le volume qu'il devait avoir un mois après l'accouchement, il s'écoule des sinus quelques gouttes de pus, et l'on reconnut promptement qu'il venait d'un abcès développé dans l'ovaire gauche. On constata que la veine spermatique de ce côté était malade et qu'elle était pleine de pus; ses parois étaient très-épaisses, et sa surface externe était tapissée d'une couche de lymphe coagulable qui l'oblitérait presque complètement. Ces altérations existaient sur tout le trajet de la veine jusqu'à sa jonction avec l'émulgente dont les parois étaient également épaissies et la cavité remplie de pus. La veine cave était parfaitement saine. Le péritoine n'offrait pas la moindre trace d'épanchement, et était tout-à-fait à l'état normal.

L'auteur qui a rapporté cette observation, pense que c'est la résorption du pus formé dans les veines utérines et spermatiques, qui a déterminé l'inflammation du poumon, et par suite la gangrène, et il rapporte un peu plus loin une autre observation de gangrène pulmonaire observée chez une femme qui avait succombé à une phlébite utérine. Nous pensons comme lui que c'est à la résorption du pus qu'on doit attribuer dans ces cas l'inflammation lobulaire, bien que nous ne puissions expliquer pourquoi ce mode d'inflammation passe si facilement à l'état gangréneux, tandis que dans la pneumonie diffuse ou non circonscrite cet accident est si rare. Mais a-t-on expliqué aussi pourquoi on trouve si rarement dans la pneumonie diffuse les abcès du poumon, tandis qu'ils sont si communs dans la pneumonie lobulaire? non; et il est probable que la même cause expliquerait aussi la plus grande fréquence de la gangrène des poumons chez les sujets atteints de pneumonie lobulaire.

De quelque manière au reste qu'on explique ces deux faits, savoir la fréquence des abcès du poumon et de la gangrène pulmonaire dans les cas de pneumonie lobulaire, soit qu'on les attribue à la rapidité qui suit dans ces cas l'inflammation du poumon, soit au contraire qu'on y reconnaisse une action spéciale du pus, qui, porté en nature au milieu du tissu sain du poumon, et s'y trouvant en contact avec une quantité de sang considérable, y déterminerait une inflammation spécifique, ces deux faits ne nous en paraissent pas moins incontestables, et pour le moment il nous suffit d'avoir mis hors de doute l'influence de la résorption du pus, dans les cas de grande suppuration, sur la production de la gangrène pulmonaire. Nous laissons à d'autres à en donner l'explication, et nous hâtons de dire quelques mots sur le traitement.

On doit distinguer ici, comme à l'occasion de plusieurs autres maladies, le traitement préservatif du traitement curatif; et si les recherches que nous publions sur la gangrène pulmonaire ont quelque importance, c'est à nos yeux surtout, parce qu'elles ont pour but d'appeler l'attention des médecins sur cet accident à une époque où il n'est point encore développé.

Ainsi, toutes les fois que dans un cas d'hémoptysie on aura lieu de croire que l'hémorrhagie n'est point le résultat d'une irritation locale, constamment on aura à redouter la gangrène pulmonaire; de même aussi, dans les cas de suppuration profonde, on devra craindre non-seulement la pneumonie lobulaire ou partielle, mais encore la gangrène pulmonaire qui en est quelquefois la conséquence. Mais quel est le traitement préservatif que l'on doit employer dans ces deux circonstances différentes? Ici nous trouvons de nouvelles difficultés, et, nous devons le dire d'abord, en partie insolubles, dans l'état actuel de la science. Voici cependant ce qu'il nous semble rationnel d'établir dans ces deux circonstances différentes.

1° Dans le cas d'une hémoptysie, si on a lieu de soupçonner qu'elle dépende d'une altération du cœur, on devra avoir recours à tous les moyens propres à diminuer l'action morbide de cet organe, en même temps que, par d'abondantes saignées, on diminuera la masse du sang et aussi le danger d'un épanchement de sang dans le tissu même du poumon. Si au contraire on pensait que l'hémorrhagie fût le résultat d'un raptus du sang vers les poumons, comme nous en avons vu deux exemples remarquables chez les sujets des 1re et 2e observations, sans cause mécanique qui pût l'expliquer, nous pensons que les saignées générales devraient être employées avec moins d'énergie, et qu'il serait bon alors d'insister sur les saignées locales opérées sur des organes éloignés. Les révulsifs, vésicatoires, sinapismes, appliqués vers la base de la poitrine, pourraient encore être très-utiles. Nous reconnaissons cependant que ces moyens sont le plus souvent insuffisans dans la lutte que le médecin est appelé à soutenir contre les efforts de l'organisme.

2° Nos connaissances sur la résorption purulente, sur les causes qui la favorisent ou la contrarient, sur la manière dont elle produit ses effets sont encore si imparfaites qu'il nous paraît impossible de jeter les bases d'un traitement préservatif. Il nous semble probable pourtant que c'est spécialement dans l'état général de forces du sujet que les indications doivent dans ces circonstances être puisées; mais nous ne pourrions déterminer exactement de quelle nature doivent être ces indications; nous préférons attendre le résultat des recherches qui sont entreprises de toutes parts sur ce sujet par de nombreux observateurs, et qui, nous avons le droit de l'espérer, nous feront probablement connaître quelques-unes des lois que suit la résorption du pus dans sa marche et dans le développement des accidens qu'elle détermine.

Si nous n'avons eu que des données extrêmement vagues sur le traitement préservatif de la gangrène pulmonaire dans les deux conditions qui nous ont seules occupé, il n'en est plus de même lorsqu'il est question

---

croit, d'après un certain nombre d'observations, selon nous fort suspectes, que le nombre des cas s'accroît au commencement de chaque année, ce qu'on attribue au froid, aux désordres du carnaval, et enfin au résultat des étrennes que les jeunes gens reçoivent et qu'ils dépensent avec les filles publiques. M. Parent-du-Châtelet ne paraît pas attacher lui-même une si grande confiance à ses calculs sur ce point, et il aurait pu s'épargner un luxe inutile de tableaux et de chiffres qui, en définitive, ne conduisent à rien.

Dans le mois d'avril 1832, signalé à Paris par les ravages du choléra morbus, la proportion des filles infectées ne fut que de 1 sur 87, tandis que dans le mois précédent et le mois suivant il était de 1 sur 35 ou 36; l'influence de la terreur qu'inspirait l'épidémie, se montra dans ce point d'une manière évidente: plusieurs prostituées se montrèrent constamment réfractaires à l'infection syphilitique. C'est là un point ancien d'observation qui se confirme chaque jour. Il en est qui ne sont que très-rarement infectées, tandis que d'autres contractent la maladie coup sur coup, et ne sortent de l'hôpital que pour y rentrer huit jours après. On en connaît qui sont rentrées à l'hôpital quinze à vingt fois. Dans quelles proportions a lieu ce double phénomène? Les médecins du Dispensaire pensent que la moitié des filles publiques résiste à l'infection. M. Parent-du-Châtelet croit cette évaluation un peu exagérée, et nous aussi, mais non très-éloignée pourtant de la vérité. Il croit, en outre, que les accidens syphilitiques sont beaucoup plus graves chez les hommes que chez les femmes, opinion qui mérite confirmation. Au surplus la longueur de cet extrait nous empêche de nous étendre sur les détails de M. Parent-du-Châtelet sur le diagnostic de la syphilis, et sur des questions relatives à la gravité de la maladie vénérienne chez les prostituées, aux influences de l'âge, des localités et des saisons sur son développement. La plupart de ses discussions sur ce point sont du plus haut intérêt. Nous n'indiquerons qu'un de ces résultats, c'est l'atténuation évidente et générale dans la gravité relative des symptômes syphilitiques depuis cinquante ans.

Toutes les prostituées déclarées atteintes de syphilis par les médecins du Dispensaire sont dirigées sur l'hôpital du faubourg Saint-Jacques, ouvert le 12 mai 1792, dans l'ancien couvent des Capucins. Jusqu'à cette époque, les vénériens avaient été traités dans une division de l'hospice de Bicêtre. L'ouvrage de M. Parent-du-Châtelet donne l'histoire complète des hôpitaux vénériens depuis l'origine de la monarchie jusqu'à nos jours. Sa notice, très-riche en faits et en recherches curieuses, aurait mérité une analyse que le défaut d'espace nous interdit. C'est par les mêmes motifs que nous sommes à regret forcés de laisser en arrière, pour le moment du moins, les renseignemens nombreux et les vœux de l'auteur sur l'organisation actuelle des hôpitaux vénériens à Paris. Nous ne renonçons point cependant à recourir à son livre, à la première occasion; mais l'étendue des emprunts que nous lui avons faits nous a fait déjà, peut-être, un peu trop négliger plusieurs sujets d'un intérêt actuel que nos lecteurs sont habitués à trouver dans ce feuilleton, et auquel il est temps de revenir.

du traitement curatif. Il y a cependant peu de temps encore que cette maladie était considérée comme presque nécessairement mortelle. Laennec dit bien, il est vrai, avoir vu guérir plusieurs malades qui en avaient présenté tous les symptômes, mais il n'a consigné dans son ouvrage aucun cas de guérison. Cependant depuis quelques années ces cas se multiplient, et déjà la science en possède un nombre assez considérable pour qu'il ne soit plus permis de regarder la gangrène des poumons comme une maladie nécessairement mortelle. Laennec dit même que parmi les sujets qu'il a vu guérir quelques-uns devaient avoir eu, à en juger par l'étendue de la pectoriloquie, des excavations gangréneuses très-vastes.

La seule médication sur laquelle nous voulons appeler ici l'attention et qui nous paraît devoir être utile également pour tous les cas de gangrène pulmonaire, dans quelque condition qu'elle se soit développée et celle sous l'influence de laquelle le nombre des cas de guérison semble avoir augmenté ces dernières années, c'est le traitement par les préparations chlorurées employées à l'extérieur et à l'intérieur. Déjà dès l'année 1825 nous avons vu M. le professeur Récamier faire entourer un malade atteint de gangrène pulmonaire, de vases d'où se dégageait du chlore. En 1829, le docteur Graves de Dublin employait le chlorure de chaux chez un homme qui avait offert tous les symptômes de la gangrène pulmonaire après être resté dans un état d'ivresse étendu nu sur le pavé pendant tout une nuit. Il lui avait prescrit chaque jour trois et ensuite quatre pilules composées chacune de trois grains de chlorure de chaux et d'un grain d'opium. La fétidité de l'air expiré et des crachats disparut bientôt; on cessa le traitement; mais au bout de trois jours, les symptômes de gangrène pulmonaire ayant reparu, on recommença le traitement et avec les mêmes avantages, et le sujet sortit guéri de l'hôpital.

Nous avons vu dans les premiers jours de 1833 M. le professeur Chomel employer avec un succès complet les inspirations de chlore chez un sujet qui offrait les symptômes les plus importans de la gangrène pulmonaire. D'abord, ces inspirations furent mal supportées et même on fut obligé de les suspendre à plusieurs reprises en raison de l'irritation qu'elles déterminaient. Mais déjà au bout de douze jours la fétidité de la respiration des crachats avait complètement disparu. (Voyez l'observation, GAZETTE MÉDICALE, année 1833, p. 236). Nous savons que depuis cette époque plusieurs médecins des hôpitaux de Paris ont employé la même médication et avec succès; et les journaux anglais nous ont appris aussi que le chlorure de soude et le chlore ont été employés avec avantage en Angleterre dans le traitement de la gangrène pulmonaire. Des succès aussi nombreux prouvent plus en faveur de l'emploi des préparations chlorurées que les raisonnemens théoriques les plus solidement établis. Aussi regardons-nous cette médication comme indiquée dans tous les cas de gangrène pulmonaire, à quelque cause qu'on puisse les rapporter, toutes les fois que l'air expiré et les crachats ont pris cette fétidité caractéristique de la gangrène du poumon et qui est si fâcheuse pour le malade lui-même.

Quant au mode d'administration de ces préparations, il serait difficile de décrire lequel est le meilleur. Dans un cas nous voyons le chlore inspiré avec de la vapeur d'eau; dans d'autres le chlorure de chaux ou de soude sont pris à l'intérieur sans qu'il soit possible de trouver une différence appréciable dans le résultat. Cependant nous pensons que dans tous les cas il sera utile de faire arriver le chlore dans l'intérieur des poumons par le moyen des fumigations, et de détruire ainsi dans leur origine les miasmes infects qu'exhalent les cavernes gangréneuses.

Nous croyons n'avoir pas besoin de dire que l'emploi des préparations chlorurées ne doit pas dispenser des autres médications qui pourraient paraître indiquées; ainsi, si, comme M. Guislain l'a observé chez les aliénés, la gangrène du poumon se développait sous l'influence d'un refus opiniâtre de prendre des alimens, on devrait avoir recours aux moyens propres à combattre cette détermination; car l'emploi des préparations chlorurées ne peut dispenser de suivre les indications thérapeutiques propres à chaque cas.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ANGLAIS.

I. THE LONDON MEDICAL AND SURGICAL JOURNAL.

Le cahier du mois d'août renferme trois articles originaux : 1° *Quelques idées originales sur les fonctions et les maladies du canal intestinal*, par M. James O'Beirne; 2° *leçons orales sur les hernies*; remarques pratiques sur les bandages; par M. Kirby; 3° *revue des hôpitaux de Londres*.

QUELQUES IDÉES ORIGINALES SUR LES FONCTIONS ET LES MALADIES DU CANAL INTESTINAL, par M. James O'BEIRNE.

Le travail dont nous allons rendre compte a été lu devant une des sociétés médicales de Londres. L'auteur reproduit les conclusions qu'il avait déjà consignées dans un ouvrage *ad hoc* et répond en même temps aux objections que quelques confrères lui avaient adressées depuis. Tout ce que M. O'Beirne avance à l'égard de l'intestin rectum nous ayant paru réellement intéressant à connaître, c'est sur cette partie de son travail que nous allons principalement appeler l'attention.

Voici les propositions que l'auteur pose en tête de cet article et qu'il se propose de prouver :

1° Que toute la portion du rectum comprise entre le sommet de la cloaque rectale et la terminaison du colon, portion dont la longueur varie de six à huit pouces, est totalement contractée et vide dans les intervalles d'une selle complète à une autre; du moins jusqu'à quelques minutes avant la nouvelle garde-robe.

2° Que, durant cette période longue ou courte, la cloaque rectale seule contient des excrémens; mais ces matières sont en très petite quantité et sous la forme de boulettes (pellets).

3° Que la cloaque rectale elle même est toujours dilatée ou ouverte.

4° Que c'est à l'action musculaire de la portion contractée du rectum et non à celle des muscles sphincters de l'anus que nous devons la faculté de retenir et d'expulser à volonté les excrémens.

5° Que c'est l'extrémité supérieure ou l'anneau de cette portion contractée, et non les sphincters, qui résiste à l'impulsion du diaphragme et des muscles abdominaux dans l'acte de la respiration. C'est elle qui supporte le poids et le volume des parties contenues dans la portion sigmoïde du colon; c'est elle enfin qui s'oppose à leur descente et qui supporte l'irritation de la présence de ces matières.

6° Que par suite de cette fonction les quelques fibres musculaires qui composent cet anneau supérieur acquièrent un plus grend degré d'irritabilité et de force contractile que celles de la portion inférieure du rectum.

7° Que cet anneau supérieur doit être franchi par l'action combinée du diaphragme et des muscles abdominaux à chaque fois que les matières de la portion sigmoïde du colon doivent passer dans le rectum.

8° Que le rectum n'est jamais rempli jusqu'à quelques momens avant la garde-robe; et aussitôt qu'il est suffisammeot plein il se contracte et expulse les matières par l'anus.

9° Que c'est seulement dans le dernier acte de l'excrétion que les sphincters de l'anus peuvent jusqu'à un certain point retarder la défécation.

10° Qu'aussitôt que cette fonction est accomplie, le rectum revient à son premier état de contraction *oblitérative* (impervious contraction). Les sphincters fermeot l'anus; et, ainsi que le docteur Elliotson l'a très-exactement fait remarquer, les muscles releveurs de l'anus relèvent l'intestin dans sa position naturelle.

Trois sortes de preuves sont alléguées par l'auteur à l'appui des propositions qui précèdent : les unes sont anatomiques, les autres expérimentales, les autres enfin pathologiques.

Preuves anatomiques. J'ai démontré ailleurs, dit M. O'Beirne : 1° que le rectum est la portion la plus musculeuse du canal intestinal, et qu'elle est aussi la seule qui reçoive des nerfs directement de la moelle épinière. Ces circonstances font déjà pressentir une destination à un très-haut degré de sensibilité et de contractilité; 2° que le but le plus clair de cette organisation n'a pu être que de donner à cet intestin une très-grande faculté contractile; 3° que les quatre-cinquièmes de cet organe sont dépourvus de muscles extrinsèques capables de s'opposer à sa contraction; 4° enfin que la portion qui forme la cloaque rectale est nécessairement ouverte par l'insertion des muscles releveurs de l'anus dans cette partie.

Preuves expérimentales. En explorant l'état du rectum chez un grand nombre d'individus en bonne santé à l'aide d'une sonde de gomme élastique que je passais jusque dans la portion sigmoïde du colon, j'ai constamment trouvé que le passage de l'instrument était plus ou moins difficile jusqu'à l'extrémité supérieure du rectum; arrivé à ce point la difficulté ou la résistance augmentait très-sensiblement. Ce point était franchi, la sonde marche rapidement au-dessus comme à travers un anneau plus ou moins serré. Alors, on voit immédiatement des gaz ou des fœces liquides ou les uns et les autres à la fois sort par la canule. La portion de l'instrument qui a franchi cet obstacle peut être ensuite remuée très-librement à travers l'anneau étroit. En retirant la canule on ne la trouve salie de matière fécale que dans la portion qui

avait dépassée cette limite. Chez quelques personnes bien portantes j'ai aussi exploré le rectum avec mon doigt au moment où elles sentaient des légères envies d'aller à la garde-robe; je l'ai examiné ensuite immédiatement après la selle, et je me suis assuré que cet intestin était dans l'un et l'autre cas vide et contracté.

Preuves pathologiques. 1° On convient généralement d'après l'expérience, qu'on peut retarder artificiellement la marche des matières fécales dans le gros intestin, et en particulier dans le cœcum et le colon: Or, il est clair que cela n'aurait pu se faire s'il y avait une communication toujours béante entre la portion sigmoïde du colon et le rectum. Le rectum dans ce cas serait nécessairement exposé à des accumulations fréquentes de matière, les fonctions de la vessie en seraient très-souvent dérangées, et les sphincters de l'anus irrités par les fœces obligeraient l'homme à aller à chaque instant à la garde-robe. L'homme serait donc alors privé de l'heureuse faculté dont il jouit de retenir les matières fécales non-seulement plusieurs heures, mais encore pendant plusieurs jours sans inconvénient.

2° La nature n'aurait eu aucun but en faisant un dépôt principal de matière fécale dans une portion intestinale contenue avec le rectum; si la portion sigmoïde du colon offrait un passage libre aux fécès vers le rectum.

3° Dans l'acte de la réception d'un lavement, tout le monde peut constater un certain degré de résistance que le liquide éprouve en remontant dans le rectum. Il est connu d'ailleurs par les personnes qui ont l'habitude de prendre souvent des lavemens, que malgré que la seringue soit bien en ordre et bien chargée, malgré que la canule soit convenablement introduite dans le rectum, il faut toujours une certaine force pour faire avancer le liquide. A quoi tient cette résistance si ce n'est à la contraction et à la clôture assez solide du rectum? Le rectum est donc comme tous les organes musculaires creux, tels que la vessie urinaire, etc., qui restent à l'état de contraction jusqu'à ce qu'ils ne viennent distendus par la matière qu'ils doivent contenir! J'ai administré moi-même des lavemens à un grand nombre de personnes bien-portantes de tout âge; et j'ai eu l'occasion de m'assurer des circonstances suivantes. Chez les personnes robustes le rectum se contracte très-vigoureusement; de là la constipation habituelle en bonne santé; l'ascension du lavement offre chez ces sujets beaucoup plus de difficultés que chez d'autres. Chez les personnes très-faibles, au contraire, le lavement marche avec une très-grande facilité par la raison opposée. Sur les personnes de constitution intermédiaire à ces deux extrêmes on rencontre une foule de variétés faciles à expliquer.

4° Les chirurgiens introduisent quelquefois un doigt dans le rectum dans le but de diriger la progression d'une sonde vésicale, ou bien de découvrir soit une fistule, soit la présence d'un calcul dans la vessie, soit un rétrécissement rectal, ou bien enfin pour s'assurer de l'état de la prostate, etc. Eh bien! il est d'expérience qu'il est excessivement rare que le doigt rencontre dans ces explorations de la matière, soit solide, soit liquide, dans le rectum. Il est également reconnu, tant par les pharmaciens que par les nourrices, que le bec de la seringue dont ils se servent, quelque long qu'il soit, est rarement retiré sali de matière fécale à l'occasion des lavements. Ces circonstances démontrent que le rectum est constamment contracté et fermé de manière à empêcher toute communication libre entre sa cavité et celle de la portion sigmoïde du colon.

5° On n'a presque jamais vu des filamens membraneux traverser les flexuosités des intestins grêles, ni le cœcum, ni le colon; tandis que cela a été souvent observé dans le rectum. Ce fait prouve que les parois du rectum ont dû se contracter fortement, et que sa membrane muqueuse a dû se mettre en contact de toutes parts pendant un temps suffisant pour que les filamens membraneux aient pu s'organiser. Il a dû par conséquent aussi exister une interruption entre le rectum et la portion sigmoïde pendant quelques heures au moins.

6° Les deux muscles des sphincters de l'anus sont considérablement affaiblis dans la maladie appelée *prolapsus ani*; dans l'opération de la fistule à l'anus, ces muscles sont complètement divisés et par conséquent mis hors d'état d'agir comme sphincters pendant un certain temps; les ulcères vénériens et cancéreux détruisent quelquefois non-seulement les sphincters, mais encore une partie du rectum; néanmoins il est rare de voir l'incontinence des matières par suite de ces circonstances. Or, il est clair que cela n'aurait pas lieu si la communication entre le colon et le rectum était tout-à-fait libre, et si la faculté de retenir les matières dépendait de l'action des sphincters; ainsi qu'on le croit communément. D'ailleurs, ajoute M. O'Beirn, tout le monde sait que M. Lisfranc a excisé plusieurs pouces du rectum, et que les malades ont guéri sans incontinence consécutive. Il en est de même des ablations rectales pratiquées par Faget, Mayo et Sterling, si l'on en excepte toutefois l'un des malades opérés par Faget; encore, dans ce cas, l'incontinence des fécès n'est survenue que par suite des abcès chroniques qui avaient décollé le rectum du sacrum.

On a objecté cependant à ces raisonnemens et à ces faits l'incontinence que certaines femmes éprouvent à la suite de la rupture de la cloison recto-vaginale. Cette incontinence pourtant n'existe que pendant quelque temps; les malades peuvent facilement plus tard retenir les matières, hors quelques cas de dévoiement (Burns). Gardien lui-même, continue M. O'Beirn, n'avait pas une opinion différente à cet égard. Voici ses propres paroles: « On a vu des femmes, dit Gardien, rendant involontairement les matières stercorales pendant plusieurs mois, acquérir par suite la faculté de les rendre à volonté. J'en ai connu plusieurs qui, après avoir été sujettes à cette incommodité pendant quelque temps à la suite des couches, ont également guéri à la longue, avec le seul désagrément de ne pouvoir retenir les matières fécales dans le cas de dévoiement. » L'auteur termine son travail par plusieurs observations détaillées de malades qui, malgré la rupture de la cloison recto-vaginale, pouvaient très-bien retenir et rendre à volonté les matières fécales, ce qui vient à l'appui des propositions qu'il a avancées.

Les idées de M. O'Beirn sur les fonctions du rectum nous paraissent très-justes; elles peuvent trouver une application utile dans une foule de cas de maladies de cet organe.

LEÇONS ORALES SUR LES HERNIES; remarques pratiques sur les bandages herniaires; par M. KIRBY.

Le nom de M. Kirby étant avantageusement connu dans la science pour ses recherches curieuses sur les hernies, nous avons cru devoir appeler l'attention des praticiens sur quelques faits remarquables que le savant professeur rapporte dans la leçon sur les bandages que nous avons sous les yeux.

Si l'on veut bien refléchir, dit M. Kirby, au mode d'action et aux effets des bandages herniaires, tels qu'on les faits de nos jours, et aux modifications que ces machines doivent subir suivant les idications particulières de chaque cas, on conviendra aisément que ce moyen, lorsqu'il est construit d'après les véritables principes de l'art, est bien préférable aux autres inventions que quelques personnes proclament tous les jours avec orgueil pour la guérison des hernies.

On pose ordinairement un bandage en faisant coucher le malade. On trouve commode cette position parce que la hernie se réduit facilement. On applique la pelote devant l'anneau, et l'on fait ensuite tousser le sujet; si rien ne reparait, le bandage est parfait. Quant à nous, cette seule épreuve est loin de nous satisfaire complètement. Nous avons pour pratique de le faire lever et tousser debout, marcher, courir, monter et descendre un escalier, se baisser de différentes manières, attacher ses souliers, etc. Ce n'est, en effet, que dans ces différentes inclinaisons du tronc, répétées plusieurs fois, qu'on peut voir si la pelote ne se dérange point, et si le bandage est bien ou mal construit.

Si, pour remplir son but, le bandage doit être doué d'une grande force, quelques précautions sont nécessaires, car la peau s'altère. Il faut donc, en ce cas, faire souvent usage de lotions alcoolisées, d'eau alumineuse, d'eau de chaux seule, ou combinée avec une *décoction* de quinquina; mais ce qui vaut mieux encore que tout ceci, c'est une légère solution de nitrate d'argent appliquée tous les jours. M. Lafond, habile bandagiste de Paris, se sert aussi, comme on sait, de ces substances, mais c'est dans le but d'obtenir la guérison radicale de la tumeur.

Lorsque la pelote devient trop glissante et trop molle avec le temps par l'effet de la sueur qu'elle absorbe, il faut la redoubler de peau de chamois, de vieille mousseline, de calico, ou bien d'une étoffe de soie à demi-usée. Le malade doit donc avoir deux bandages afin de pouvoir les échanger au besoin et les faire ré-habiller par le bandagiste sans abandonner sa hernie à elle-même.

Le bandage doit être porté jour et nuit si l'on veut obtenir une guérison radicale: jamais la tumeur ne devrait rester un seul instant sans contention; car, outre que la cure est impossible sans cela, la hernie peut s'étrangler plus facilement, comme on sait, que si elle n'eût jamais été contenue.

Pour obtenir la guérison radicale à l'aide du bandage, il faut en outre défendre certains exercices corporels, prescrire en même temps la diète et les laxatifs, et prévenir tout ce qui peut provoquer la tympanite.

Si le sujet est jeune, ou maigre, ou bien trop gras, il faut proportionner de temps en temps les dimensions du bandage à celles que le corps peut présenter par la suite. Lorsque il y a trop d'embonpoint, la

pelote s'enfonce à la longue comme dans une sorte de chaton, par suite de la résorption de la graisse que sa présence provoque. Dans ce cas, on conçoit bien que le ressort doit perdre une partie de sa force primitive; aussi faut-il y remédier en rendant la pelote plus épaisse, ou bien en remplissant autrement le chaton.

On conçoit cependant que dans le jeune âge toutes ces conditions ne sont que difficilement remplies pour long-temps. Si les jeunes gens s'y soumettent d'abord, un moment arrive où, sait par impatience, soit par d'autres raisons, ils s'en affranchissent et laissent le bandage de côté avant que la guérison soit complète. La hernie peut reparaître alors et être suivie d'accidens fâcheux. Le fait suivant est digne d'être ici rapporté.

HERNIE CRURALE; BUBON SYPHILITIQUE; ULCÉRATION EXTERNE DE L'INTESTIN; ANUS CONTRE NATURE.

Obs. — Un étudiant en médecine, âgé de vingt ans, me consulta pour une hernie crurale qu'il portait au côté gauche. Cette espèce de hernie est très-rare, comme on sait, à cet âge et dans le sexe mâle. Je lui prescrivis l'usage d'un bandage d'après les règles précédentes. Pendant trois ans, la tumeur fut parfaitement contenue. A cette époque, une affaire de mariage se présente, il quitte le bandage, mais le mariage enfin n'a pas lieu. Il reste sans bandage et contracté en attendant la vérole. Un bubon se déclare du côté de la hernie, mais celle-ci ne reparait pas encore. L'abus du mercure et l'intempérance du malade donnent au foyer du bubon un caractère phagédénique. La hernie se montre alors de nouveau. L'ulcération syphilitique s'étend jusque sur la poche herniaire qu'elle perce et érose de même que les parties qu'elle contient. Un anus contre-nature en a été la conséquence; et bien qu'un traitement approprié ait plus tard amélioré la condition de ce jeune homme, il n'en est pas moins resté infirme pour le reste de sa vie, car il conserve encore trois fistules stercorales dont la puanteur le fait vivre dans un isolement presque complet.

Il ne faut pas pourtant se faire illusion sur la bonté des bandages. Le bandage le mieux fait quelquefois peut manquer son but à la longue. il peut laisser échapper une petite portion de hernie à l'occasion d'une toux, et provoquer des accidens qui se combinent à la dernière maladie, au point d'en imposer lorsqu'on n'est pas prévenu. L'observation suivante vient à l'appui des dernières propositions.

HERNIE INGUINALE; BANDAGE; TOUX PASSAGÈRE; SYMPTÔMES D'ÉTRANGLEMENT; ENLÈVEMENT DU BANDAGE; GUÉRISON.

Obs. — Un homme très-âgé portait une double hernie, dont l'une ombilicale, l'autre scrotale. La première, bien que volumineuse, ne produisait aucune incommodité; la seconde était parfaitement contenue par un bandage. Une toux très-intense s'étant subitement déclarée à l'occasion d'un rhume de poitrine, le malade a été saisi peu de temps après d'anxiété, vomissemens, défaillances, douleurs dans les hanches et dans les cuisses, et crampes très-douloureuses aux jambes. On va en toute hâte m'appeler; je n'étais pas à la maison. On s'adresse donc à un aide d'un médecin qui, n'ayant pas connu la nature de la maladie, ordonne des remèdes inutiles. J'arrive en attendant auprès du malade, avant que rien n'ait été encore administré. J'examine l'état des choses, j'ôte le bandage qu'il portait toujours en place, et tous les symptômes se dissipent à l'instant même.

Il y a des hernies tellement volumineuses, qu'il est impossible de bien contenir, malgré les bandages les mieux imaginés. Ces personnes s'adressent souvent à certains handagistes qui promettent beaucoup de merveilles. On leur donne donc un bandage; elles s'en servent tant bien que mal, et la tumeur est comprimée sans être contenue. On a vraiment de quoi s'étonner de la rareté des accidens qui résultent d'une pareille conduite, si propre à en provoquer. J'ai plusieurs fois observé des hernies volumineuses être comprimées fortement par des bandages très-puissans, et j'ai été étonné de la grande tolérance des intestins qui n'étaient même pas constipés. Je l'ai été encore davantage dans les cas où la hennie était irréductible.

Je ne pouvais pas me rendre compte de ce phénomène avant d'avoir observé que dans ces cas, la pelote qui semblait bien appliquée d'abord, se déplace par la suite; elle remonte petit à petit au-dessus de l'anneau franchi par les viscères, de sorte qu'elle devient inoffensive.

Lorsque la hernie est irréductible, je pense que la compression méthodique à l'aide d'une pelote creuse, peut être à la longue très-utile. La compression en effet, si elle est bien dirigée, prévient l'engouement, empêche jusqu'à un certain point les dépositions morbides de graisse, favorise l'absorption de la graisse préexistante, et permet quelquefois aussi à la longue la réduction de la tumeur.

HERNIE CRURALE VOLUMINEUSE ET IRRÉDUCTIBLE; COMPRESSION.

Obs. — Un homme est venu me consulter pour une hernie fémorale d'un volume extraordinaire: son volume égalait mes deux mains ouvertes jointes ensemble. Elle descendait jusque sur la cuisse, de manière qu'au premier coup d'œil je l'ai prise pour un abcès du psoas. L'examen cependant m'éclaira de suite sur la véritable nature du mal. La tumeur était réductible en partie. A la difformité près, ce sujet ne se plaignait de rien. Je lui ai fait faire un bandage à pelote concave; l'intérieur de cette énorme pelote en contenait plusieurs autres plus petites qu'on laissait agir à volonté sur la tumeur à l'aide de plusieurs vis de pression. Au bout de trois mois la tumeur était considérablement diminuée, de manière que l'appareil n'avait plus de prise. Le sujet s'étant contenté de l'espèce d'amélioration qu'il venait d'éprouver, n'a pas voulu faire la dépense d'un second appareil pour compléter la cure. Aussi n'en ai-je plus entendu parler.

Je crois donc que même les hernies irréductibles sont guérissables à la longue lorsqu'on joint au bandage approprié le régime, la position et les purgatifs. Cette médication est, d'après mon expérience, beaucoup plus efficace que le public et les médecins eux-mêmes ne le pensent.

L'action trop forte d'un bandage enflamme quelquefois le sac et occasionne promptement la guérison radicale de la hernie.

HERNIE SCROTALE; BANDAGE; ACCIDENS INATTENDUS; GUÉRISON.

Obs. — Un homme âgé de 50 ans, très-corpulent, toussant habituellement et étant souvent constipé, vint me consulter pour une hernie scrotale qui venait d'acquérir un volume considérable. Il était sur le point de faire un voyage, et devait partir en poste le lendemain. Je lui ai donc procuré et appliqué un bandage de suite. A peine avait-il fait 80 milles, qu'il éprouva, après un dîner copieux, du malaise, puis de la douleur dans le scrotum, qui fit des progrès et devint intolérable vers minuit. Un compagnon de voyage qui était lui-même porteur d'une hernie, lui conseilla d'ôter le bandage et de le remplacer par une machine compressive *ad hoc* qu'il avait par hasard dans son porte-manteau.

La douleur persistant, le malade fut obligé d'interrompre son voyage et de s'aliter pendant trois semaines. Il présente alors tous les symptômes d'une inflammation locale, dont il est traité antiphlogistiquement et guéri au bout de ce temps.

L'ayant examiné après son retour, cet homme présentait une large callosité à l'endroit de la hernie. Quelques années après, l'ayant revu, la place de la hernie était occupée par une sorte de masse rugueuse au-dessous de l'anneau. La hernie n'était plus reparue. J'ai jugé cette masse formée par le sac herniaire oblitéré jusqu'au col.

Je ne prétends pas cependant établir en principe ce que le hasard seul a procuré, car c'est certainement un grand bonheur que l'inflammation chez ce malade ne se soit pas répandue au reste du péritoine. On peut néanmoins déduire de ce fait des conséquences utiles pour la pratique.

M. Kirby saisit l'occasion de l'oblitération des sacs herniaires pour mentionner une variété particulière de hernie dont il conserve une très-belle préparation, et qu'il montre dans ses cours. Cette variété est, si nous ne nous trompons pas, la même que celle qui a été décrite par sir A. Cooper sous le nom de *hernie enkystée*. Il s'agit d'une hernie scrotale. La pièce offre trois cavités distinctes: l'inférieure paraît formée par la vaginale testiculaire dilatée par une hydrocèle; le testicule se voit en arrière; la seconde est en haut et résulte d'une hernie communiquant avec la cavité péritonéale; la troisième est au milieu; elle touche le testicule et en est séparée par une cloison. Cette cavité contient la hernie que nous venons d'indiquer. La pièce en question a d'abord présenté quelque embarras pour rendre compte de cette disposition. Un examen minutieux cependant a fait voir que la dernière cavité résultait d'un ancien sac herniaire qui s'était oblitéré supérieurement. La seconde hernie avec son sac avait donc été reçue dans l'ancienne poche qui lui a servi de kyste.

On peut, en conséquence, déduire de cette observation qu'une hernie peut être radicalement guérie, et pourtant une seconde tumeur pareille peut se former au même endroit; ce qui n'est pas, à la rigueur, une récidive de l'ancienne grosseur.

II. REVUE DES HOPITAUX DE LONDRES.

LUXATION COMPLIQUÉE DE L'EXTRÉMITÉ STERNALE DE LA CLAVICULE EN ARRIÈRE.

On sait à combien de discussions et d'erreurs la luxation retro-sternale de la clavicule avait donné lieu jusqu'à ces derniers temps. J. L. Petit, Duverney et Boyer, en effet, avaient plutôt parlé *à priori* que d'après l'observation directe à cet égard. Aussi l'observation suivante n'est-elle pas sans importance pour les hommes qui étudient les maladies des sans prévention, et sans prétentions ridicules.....

Obs. — Joseph Hawkins, âgé de 31 ans, *excavator*, de courte stature, a été reçu à l'hôpital de St.-George, le 25 septembre 1835. Il avait l'habitude de boire trois ou quatre pots de porter par jour, et par conséquent de s'enivrer souvent. En travaillant aux fouilles de Southampton, un éboulement de terre de la hauteur de huit pieds avait lancé depuis trois heures la pointe d'une pique contre sa poitrine. A son entrée, on a constaté l'existence d'une plaie au-devant de l'extrémité sternale de la seconde côte à droite. Le tissu cellulaire sous-claviculaire du même côté et celui de la partie supérieure du sternum était emphysémateux. L'extrémité sternale de la clavicule était luxée en arrière. Lorsque le doigt a été

introduit dans la plaie. le muscle grand pectoral a paru entièrement déchiré à son attache claviculaire ; le doigt ponvait passer librement en dehors jusqu'à l'apophyse coracoïde, et en dedans il suivait la clavicule jnsqu'à la trachée. Cet os etait appuye sur le côté droit et antérieur de la trachée. On sentait anssi avec le doigt la partie supérieure de la face postérienre du sternum, de manière à occasionner un certain trouble dans la respiration et dans la deglutition. Le cartilage inter-articulaire était à sa place naturelle à l'exception d'une petite portion qui avait été dechirée et entraînée par la clavicule. L'extrémité anterieure cependant de cet os, ne pouvait pas être sentie très-distinctement. Aucune lésion des muscles intercostaux n'a pnêtre découverte. L'instrument feriteur avait probablement agi d abord en haut et en dehors, passé ensuite en dedans, déchiré l'attache du grand pectoral, luxé la clavicule, glissé vers la face postérieure du sternum et lésé enfin la trachée, d'où l'emphysème.

Le malade se plaignait d'une douleur légère vers le milieu de la secoode pièce du sternum où, d'ailleurs, aucune fracture n'a été constatée. Il respirait facilement en apparence, néanmoins il accusait une legère dyspnée accompagnée d'un certain besoin de tousser et une sensation de pression vers la trachée. Ces derniers symptômes augmentaient lorsqu'on élevait le menton ou qu'on fléchissait la tête en arrière.

On a pratiqué aisément la réduction en tirant les épaules en arrière à l'aide de lacs qu'on a passés à une traverse dorsale. Le coude a été porté en avant et lié à la poitrine. Le malade a été couché dans un des lits destinés aux hydropiques, avec les épaules élevées.

Le soir, la difficuté de respirer est moiodre. Le malade cependant se plaint de douleurs thoraciques, surtout pendant l'inspiration. L'emphysème est stationnaire.

Les jours suivans, les symptômes thoraciques ont présenté différentes variations. Les remèdes antiphlogistiques et les évacuans surtout des voies digestives ont été employés avec persévérance et avantage. L'os est resté bien réduit et la plaie a pris une bonne marche. Le cinquième jour on renouvelle l'appareil, les bandes ont excorié l'avant-bras. Le reste est allé de mieux en mieux.

Le 15 octobre. Le malade a quitté l'hôpital parfaitement guéri.

Cette observation est peut-être unique jusqu'à ce jour, tant à cause des complications qui accompagnaient la luxation, que de l'heureuse guérison qu'on a obtenue à l'aide d'un traitement si habilement dirigé.

III. THE LONDON MEDICAL GAZETTE.

Le cahier du mois d'août contient les articles originaux suivans : 1° *Clinique de M. Litchfield sur les maladies de la peau ; 2° Observation sur un cas d'hydrophobie, suivie de quelques considérations*, par M. Blizard Curling. Les autres articles originaux de ce cahier n'offrant qu'un intérêt secondaire, nous les passons sous silence.

CLINIQUE DE M. LITCHFIELD SUR LES MALADIES DE LA PEAU.

Étant attaché comme médecin à l'infirmerie des maladies de la peau, M. Litchfield s'est trouvé en position de bien observer et d'étudier pratiquement les affections du système dermique. Quelques faits qu'il rapporte dans son article nous ayant paru remarquables, surtout sous le rapport de la thérapeutique, nous allons en reproduire la substance.

On a remarqué avec raison, dit M. Litchfield, qu'aucune autre classe de maladie ne se trouve entourée de plus d'obscurité que celle des affections dermiques ; cela paraît d'autant plus extraordinaire que les caractères de ces lésions sont des plus évidens, et que leur occurence est des plus fréquentes. L'espèce de chaos qui a régné à cet égard pourrait peut-être dépendre, d'après l'auteur, de la trop grande fréquence même de ces maladies, et de la négligence qu'on a mis dans leur diagnostic. Comme dans plusieurs autres branches des sciences naturelles, la multiplicité des faits a donc ici contribué à en embarrer l'étude.

On a souveot groupé des affections essentiellement différentes dans une même catégorie et on les a soumises à un même traitement ; tandis que, au contraire, dans d'autres cas, on a décrit comme des maladies diverses les différentes périodes d'uoe même affectioo. Ce préambule peut s'appliquer surtout à la véritable lèpre des anciens, confondue par plusieurs auteurs avec une affection tuberculeuse du derme, ou plutôt du tissu cellulaire sous-dermique, que les Grecs appelaient éléphantiasis. M. Alibert a aussi placé à tort, suivant M. Litchfield, l'éléphantiasis au nombre des affections lépreuses. On a également confondu la *lepra* avec quelques eczema, *psoriasis* ou lichen. L'observation suivante pourra, en attendant, servir d'explication aux idées que M. Litchfield vient d'avancer.

LEPRA DE ANCIENS ; BAIN D'ARROW-ROOT ; LIQUEUR ARSÉNICALE INTÉRIEUREMENT ; PRÉPARATION D'IODE EXTÉRIEUREMENT ; GUÉRISON.

Obs. — James Brackley, âgé de 30 ans, étant en pleine transpiration, il y a maintenant cinq ans, a bu abondamment de l'eau froide. Peu de temps après il aperçoit sur sa poitrine un certain nombre de petites élevations cutanées rondes, rougeâtres et luisantes ; elles sont lisses d'abord, deviennent rugeuses ensuite, et se couvrent à leur sommet d'écailles blanches et minces. Ces écailles se dilatent rapidement tout en conservant leur forme ronde ou ovale. L'éruption est environnée d'une bordure sèche, rouge et légèrement élevée. Les écailles de transparentes et minces qu'elles étaient comme celles de la carpe, deviennent gradnellement laminées et denses de manière à former des croûtes épaisses et proéminentes. Si on enlève ces écailles, la peau sous-jacente parait ronge et brillante. Si on détache forcément la première écaille, on observe nne petite tache de sang sur la dépression de la surface sous-jacente et même sur l'élevation dermique qui lui répond.

Lorsque je le vis pour la première fois, ce malade se plaignit vivement de prurit et de douleur dans le siége de l'éruption. On voyait beaucoup d'inflammation dans les environs des croûtes. Ce malaise accompagne presque tonjours la séparation des premières écailles ; M. Plumbe l'attribue à l'élevation de l'écaille produite par la tuméfaction du bord enflammé, et à l'accroissement récent de la même écaille dont le centre se detache forcément de la peau.

Prescription. Pour calmer cette irritation, j'ai ordonné nn bain mucilagineux fait avec nne demi livre d'arrow-root dans le bain ordinaire tiède. L'irritation s'est promptement apaisée ; la douleur et la tension se sont dissipées. Ensuite le malade a pris, avec nn tres-grand avantage, des petites doses de liqueur arsénicales, trois fois par jour dans une infusion de dulcamara. Extérieurement, une préparation d'iodine d'après la formule de M. Leithcad. Voici la formule de M. Leithead : Faites dissoudre de l'iodine dans de l'éther sulfurique ; versez un peu de cette solution dans nn vase séparé, et ajoutez de la liqueur de potasse jusqu'à ce que la couleur de l'iodine soit entièrement disparue, vous aurez alors un précipité qui forme la substance en question. Cette préparation paraît être composée de carbonate de potasse, d'iodine de potassium, et d'nn peu d'iodine de carbone. Le docteur Ncomson, médecin à Londres, prepare d'une autre manière l'iodine de carbone : il prend de la teinture concentrée d'iodine, ajoute de la potasse caustique, jusqu'à ce que la couleur brune de l'iodine ait disparu ; il verse ensuite de l'eau dans la solution claire, et il obtient un précipité d'une belle couleur jaune qui est l'iodine de carbone.

Je conserve les notes de sept cas daos lesquels j'ai employé cette dernière préparation. Dans cinq, il s'agissait d'engorgemens glandulaires très-considérables et les malades sont parfaitement guéris. Les deux autres étaient des *lepra* comme dans le malade dont il s'agit, et la guérison a eu égalcment lieu. Chez le sujet en question, j'ai ordonné des frictions avec le médicament sous forme d'ouguent.

Prenez : De la poudre ci-dessus, demi-gros.
Du cerat simple, six gros. F. pom.

Tout nous fait présumer que ce malade guérira comme les deux précédens. M. Litchfield termioe ce sujet par des considérations générales tendant à prouver que le *lepra* des anciens n'est pas une maladie contagieuse ni héréditaire.

IMPETIGO SPARSA ; MERCURIAUX ; PURGATIFS ; LOTIONS ÉMOLLIENTES ET SÉDATIVES ; GUÉRISON.

Obs. — Anne Cashman, 42 ans, est atteinte d'*impetigo sparsa* depuis dix mois. La forme de l'éruption entremêlée à des vésicules, pourrait la faire prendre pour une *scabies* par quelque observateur inexpérimenté. L'étendue, cependant, et la marche lente de l'éruption, la chaleur et la torpeur qui l'accompagne, l'abondante exsudation ichoreuse et le caractère non-contagieux qu'elle présente suffisent pour appuyer notre diagnostic.

Le mal s'est declaré à la suite d'exercices violents, de l'intempérance, de l'action du froid, de chagrins profonds et de frayeurs, cette femme ayant perdu son mari subitement.

Les acides végétaux, les alkalis, les sulphures, ont été tour à tour recommandés, intérieurement et extérieurement, contre cette maladie. Les dernières préparations ont été employées abondamment chez cette malade, mais sans succès, au dispensaire de Warwick-Street, ou elle a été pendant quelque temps. Les mercuriaux ont été tronvés plus utiles ; je lui ai donc prescrit cinq grains de pilules de Plummer tous les soirs et un catartique de temps en temps le lendemain. J'ai en même temps commande des bains de propreté chauds, et des lotions sédatives d'après la formule suivante :

Prenez :		
	Acide hydrocyanique.	2 gros ss.
	Liq. plumb. s. a,	12 gouttes.
	Aqua distillat.	7 onces ss.
	Alcool,	onces ss. M. F. lotio.

Il est bon de surveiller soi-même l'usage de cette préparation et d'en noter les effets sur le pouls. Je dois dire néanmoins que je n'ai jamais observé de mauvais effets par son administration. Dans deux cas pareils au précédens où je l'ai employé, l'irritation des environs de l'éruption a été rapidement dissipée et le mal guérit radicalement. Chez la malade dont il s'agit, nous pouvons donc porter un pronostic favorable.

ACNE SIMPLE ; BAINS ALKALINS ; SOLUTION DE FOWLER ; GUÉRISON.

Obs. — Robert Osborn, 19 ans, était depuis plus de deux ans atteint d'un *acne simplex*, se présentant sous la forme de tumeurs dures et enflammées, suppurant lentement, et envahissant seulement la face, le cou et les épaules. L'éruption ne s'est jamais montrée chez lui au-dessous des épaules ni du thorax. On sent d'abord sous la peau comme des petites semences dures, du volume de la tête d'une épingle. Trois ou quatre jours après ces grosseurs augmentent de volume et s'enflamment. Vers le sixième ou septième, l'éruption est au summum de son developpement ; elle est alors proéminente, rouge, lisse, luisante à la vue, dure et douloureuse au toucher. Vers le dixième jour, une petite tache de matière

paraît au sommet de chaque tumeur, qui s'élargit bientôt, se dessèche et forme une croûte jaunâtre. Après cette époque, l'inflammation décline, les croûtes s'ébranlent et tombent vers la troisième semaine. Quelques-uns des boutons cependant ne passent pas à la suppuration, ils s'élèvent graduellement, s'enflamment modérément et déclinent ensuite dans l'espace de huit à dix jours, en laissant à leur place une marque rouge passagère. Tels sont les symptômes que ce malade a présentés à de courts intervalles dans l'espace de deux ans. Il attribue l'affection à l'action du froid. Sa santé générale, du reste, est bonne de même que sa constitution.

Le traitement que nous avons mis en usage chez ce malade se compose : 1° de bains alternatifs de soude et de sulfures, deux fois par semaine. (Le bain de soude était composé avec une livre de soude du commerce dans un bain tiède ordinaire. Le sulfureux résultait de quatre onces de sulfure de potasse dans le bain chaud ordinaire); 2° de cinq gouttes de la solution de Towler avec addition de vingt-cinq gouttes de la teinture double de gentiane, deux fois par jour. Cette médication a été suivie jusqu'à ce que les seuls restes de la maladie consistaient en quelques taches pourprées à la figure. Ce malade a quitter l'infirmerie parfaitement guéri.

PSORIASIS PALMARIA; BAINS SULFUREUX LOCAUX; LIQUEUR DE POTASSE INTÉRIEUREMENT, GUÉRISON.

Obs. — Sophia M'Creary, 40 ans, portait un psoriasis palmaria depuis vingt-deux mois. La main et le poignet présentaient une apparence cornée et rugueuse, traversée par des rides profondes et saignant facilement au moindre mouvement des doigts. Les ongles étaient jaunâtres et considérablement contractés. Le traitement suivant a réussi au delà de notre attente : 1° bains locaux matin et soir, pendant dix minutes à chaque fois, avec une once de sulfure de potasse dans un mainiluve tiède; 2° intérieurement, liqueur de potasse dans une mixture d'amandes amères. Guérison prompte. Le malade est congédié, mais il y a à craindre la récidive.

OBSERVATION SUR UN CAS D'HYDROPHOBIE, SUIVI DE QUELQUES CONSIDÉRATIONS; par M. BLIZARD CURLING.

Il s'agit d'un jeune homme âgé de 17 ans, qui, six semaines auparavant, avait été légèrement mordu au poignet droit par un petit chien espagnol présumé enragé. Le chien a été tué le lendemain. Le jeune homme avait négligé de se faire exciser et cautériser la plaie ainsi qu'on le lui avait recommandé. La petite morsure s'était cicatrisée peu de jours après, et la santé a toujours été bonne jusqu'à l'époque indiquée où la rage s'est déclarée.

C'est par une douleur dans l'aisselle et dans l'épaule que la rage a commencé. Le soir, mal de gorge. Le lendemain et les jours suivans, yeux saillans et luisans, pupilles dilatées, impatience, loquacité, pouls accéléré. Bientôt après, l'aversion pour l'eau se manifeste; convulsions des muscles de la gorge; le malade tourne la tête et couvre ses yeux avec les deux mains à l'aspect de l'eau, d'une chandelle, et de tout corps luisant. Soif ardente, dysphagie complète pour les liquides. Vomissemens de matière noirâtre; voix aigre et perçante; fureur; le malade attaque toutes les personnes qui l'approchent, hors son frère; délire; faiblesse progressive.

Malgré l'usage des saignées, de l'extrait de belladone intérieurement (un grain par heure), et des lavemens répétés d'une infusion de tabac, les paroxismes ni la marche de la maladie n'ont pu être aucunement influencés. La mort a eu lieu en peu de jours.

L'autopsie n'a présenté de remarquable que les circonstances suivantes : 1° Glandes muqueuses de l'épiglotte et de ses environs enflammées; 2° membranes cérébrales phlégosées; 3° existence de deux gros vers ascarides dans le tube intestinal. Le reste de l'organisme était sain; la cicatrice n'a rien offert de particulier, elle n'a même pas été douloureuse durant l'existence de l'hydrophobie. L'auteur se demande si la présence des vers dans les intestins n'aurait pas contribué au développement et à la marche aussi rapide de la maladie : il paraît admettre cette dernière hypothèse, se fondant sur l'efficacité réelle de cette cause dans le développement du tétanos qui est, d'après lui, une affection analogue. Il ajoute, en terminant, qu'un autre individu qui avait aussi été mordu à la main par le même chien n'avait rien éprouvé jusqu'au jour de la publication du fait. Ayant été consulté à cette époque, M. Curling a cru devoir inciser la cicatrice et cautériser fortement l'endroit de la morsure.

IV. THE LANCET.

Le cahier du mois de septembre renferme les articles suivans suivans : 1° *observation sur un cas d'anévrisme de l'artère temporale à la suite de l'application de ventouses*; 2° *quelques cas d'affection spasmodique des muscles du cou, guéris à l'aide du sous-carbonate de fer*, par M. Hutchinson.

ANÉVRISME DE L'ARTÈRE TEMPORALE A LA SUITE DE L'APPLICATION DE VENTOUSES.

Obs. — Sarah Wilkinson, 38 ans, servante, s'est présentée plusieurs fois à la consultation de M. Carswell, pour être traitée d'un rhumatisme. Des ventouses lui ont été appliquées sur la tempe gauche depuis un mois. L'artère temporale ayant été divisée par le scarificateur, il s'est formé en peu de jours une petite croûte à l'endroit de l'incision, qui est devenue petit à petit proéminente. Ensuite elle augmenta tout à coup, et prit la forme d'une petite tumeur pulsative à la vue et au toucher. Sa présence n'occasionait aucune douleur, mais elle était sensible à la pression. M. Carswell a désiré faire voir la malade à M. Cooper; la nature de la tumeur n'a point été douteuse : on sentit un gros vaisseau postérieurement dont la compression faisait cesser les pulsations.

Une incision a mis le vaisseau à découvert; on l'a lié à l'aide d'un fil passé avec une aiguille; mais après cette ligature, les battements de la tumeur persistaient. On a alors pratiqué une incision de manière à diviser transversalement tous les vaisseaux, qu'on a liés ensuite successivement. On a pansé à l'aide d'une compresse et d'une bande. Pas d'hémorrhagie. Bon état de la plaie. Guérison radicale.

Dans une discussion qui a eu dernièrement lieu à l'Académie de médecine à l'occasion de l'artériotomie temporale, on a prétendu que cette espèce de saignée n'avait jamais été suivie d'anévrisme. Outre que nous pourrions citer plus de six observations, déjà publiées, contraires à cette assertion, le fait ci-dessus dément formellement une partie des conclusions qu'on a voulu établir à l'égard de l'ouverture traumatique de l'artère temporale.

CONSIDÉRATIONS SUR UNE AFFECTION SPASMODIQUE PARTICULIÈRE DES MUSCLES DU COU; par M. HUTCHINSON.

L'auteur de cet article décrit une affection spasmodique du muscle trapèze ou du sterno-cléido-mastoïdien, qui est, d'après lui, très-fréquente à Londres. Il la fait dépendre d'une irritation du nerf accessoire de la huitième paire. La source de cette irritation est à la base du crâne ou bien vers la portion supérieure de la moelle épinière, ou bien enfin dans un organe éloigné, comme l'estomac, par exemple.

Les symptômes principaux de cette affection consistent dans un spasme plus ou moins constant d'un ou des deux muscles trapèzes, d'un ou des deux muscles sterno-cléido-mastoïdiens. Je n'ai jamais vu les deux muscles sterno-cléido-mastoïdiens affectés à la fois, mais j'ai rencontré une fois le spasme des deux trapèzes en même temps, qui tiraient violemment la tête en arrière. Le paroxisme est accompagné de douleur vive, au point que le malade en appréhende tellement le retour, qu'il n'ose pas bouger et soutient l'occiput avec ses deux mains. Le sommeil est calme lorsqu'il persiste, mais une fois interrompu, les spasmes reparaissent. Dans le jour, les accès n'offrent que de petites intermissions, les muscles affectés restant dans un état de rigidité et de contraction continuelle. La tête est tirée directement ou bien latéralement en arrière. L'expression de la figure indique la souffrance profonde; le pouls est à peine altéré; la santé générale, le sommeil et l'appétit sont bons ordinairement.

Sur les trois cas de ce genre que M. Hutchinson rapporte dans cet article, deux sont relatifs à des hommes de fibre molle et de constitution faible, exerçant le métier de fabricans de bas. Chez eux le mal pourrait bien se rallier à la paresse des voies digestives, par suite de leur vie sédentaire. Chez l'autre, au contraire, c'était un laboureur, dont la constitution et la santé habituelle étaient fortes et rudes. Jusqu'à présent l'affection n'a été observée que sur des hommes. Voici la substance des trois faits relatés dans ce travail.

Dans le premier, il s'agit d'un homme de 60 ans, pâle, maladif, ouvrier en bas, souffrant habituellement des voies digestives. Il se plaint de douleurs atroces dans la tête, de trouble de la vision et d'une névralgie qui s'étend dans les nerfs cutanés superficiels du cou. Purgatifs répétés.

Plus tard il est atteint de douleurs dans le cou, s'irradiant dans les épaules et provoquant la contraction des deux muscles trapèzes. Les bords de ces muscles sont relevés et se dessinent parfaitement. Les autres symptômes sont comme dans le tableau ci-dessus.

Recipe : Ferri subcarb. 2 gros ter die.
Pill. coloc. co. gr. o. X. V. m.

Raser la tête et y faire des applications froides. On continue ce traitement pendant plusieurs jours. Diarrhée; augmentation du mal. On suspend le sous-carbonate. Frictions à la peau et aux épaules avec trois gouttes d'huile de croton tiglium. Éruption; augmentation de tous les symptômes. Huit sangsues aux narines, pas d'amélioration. On revient aux préparations de fer et aux frictions d'huile de croton. Amélioration progressive; guérison; récidive à chaque fois que les voies digestives sont malades. Purgations souvent répétées.

Dans le second cas il est question d'un homme de 30 ans, de constitution athlétique, souffrant cruellement depuis six mois des attaques

cervicales dont il s'agit. C'est le trapèze gauche qui se contracte chez lui comme une corde; le menton est porté du côté opposé; le cou est fort raide; le sterno-cléido-mastoïdien du même côté parait y contribuer aussi. Les douleurs qu'il accuse sont atroces; le ventre est constipé.

Prescription : du sous carbonate et de la coloquinte *ut suprà*; plus, électricité dans le muscle trapèze. Aucun effet. On augmente la dose du sous-carbonate jusqu'à une demi-once trois fois par jour. Six aiguilles à acupuncture dans le trapèze. Amélioration. Répétition de ces mêmes remèdes. Diaphorétiques. Mieux. Enfin on prescrit la formule suivante.

Recipe : Ferri subcarb. once ss. ter in die.
Tinct. valer. Ammon. 4 gros.
Mist. camphorat, 4 once.
Ætheris, gros ss.

Applicetur reg. cervic. ungnent. veratriæ, gros ss. bis die.

Amélioration; récidives répétées.

L'éruption artificielle, les ventouses, ni les purgatifs répétés, n'empêchent pas le retour des accès. On remplace tous ces moyens par la liqueur arsenicale et la teinture d'opium, cinq gouttes trois fois par jour. La suite de ce traitement est tellement changeant et compliquée qu'il serait trop fastidieux de la reproduire. Electricité, ventouses, saignées locales, moxas, purgatifs, acide hydrocyanique, bains chauds et froids, rien n'y fit. On a enfin administré le sulfate de quinine à haute dose et le malade guérit. Les accès ne sont plus reparus, mais l'homme resta avec la tête et le menton légèrement deviés.

M. Hutchinson termine cette observation par cette remarque : « Les » paroxysmes spasmodiques de ce cas, dit-il, ressemblaient plutôt à » ceux de l'hydrophobie (bien qu'ils n'étaient pas aussi généraux que » dans cette dernière), qu'à ceux qu'on observe dans toute autre affec- » tion nerveuse. »

Le troisième fait a beaucoup de ressemblance avec le précédent. Il a été traité également par les applications froides et les révulsifs localement; les préparations de fer et les purgatifs intérieurement. Le mal a fini par céder sous l'action de cette médication; mais on ne conçoit pas pourquoi on n'a pas administré le sulfate de quinine qui paraît avoir si bien réussi dans la seconde observation.

TRAVAUX ACADEMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 10 OCTOBRE.

INSTRUMENT DE LITHOTRITIE.

M. Charrière, fabricant d'instrumens de chirurgie, soumet au jugement de l'Académie un appareil destiné à l'écrasement de la pierre par pression ou par percussion.

Ce lithotriteur est à écrou brisé comme ceux qu'avaient présentés MM. Leroy d'Etiolle et Civiale; mais le mécanisme qui rend indépendante la branche mobile est plus simple, et il est beaucoup plus facile de le mettre en jeu.

Une seconde modification a pour objet de proportionner la pression au degré de résistance que peuvent offrir les branches de la pince. Quand la vis est mue par des volans dont les bras sont en général assez longs, la pression peut être portée à un degré tel, que les instrumens les mieux fabriqués se rompent. Afin d'éviter cet inconvénient, M. Charrière a substitué aux volans une rondelle dont le rayon est d'autant plus petit, que les branches de la pince sont moins épaisses. On sent qu'à mesure que le rayon est plus petit, il faut exercer plus d'efforts pour obtenir le même degré de pression, et qu'en rendant la rondelle assez petite, on peut faire en sorte que l'effort du poignet le plus vigoureux ne puisse pas exercer une pression capable de rompre la pince. Si les efforts sont impuissans, on a recours à un lithotriteur dont la rondelle est plus large, mais dont les branches sont en même temps plus épaisses.

CHENILLES REJETÉES PAR LE VOMISSEMENT.

M. Robineau Desvoidy adresse une note sur un cas de ce genre observé par M. Léchin, médecin à Leugny. La malade, qui a été le sujet de l'observation, était atteinte d'une hydropisie du bas-ventre. L'administration de l'huile de *croton tiglium* à la dose de six gouttes en trois fois, fit rejeter par le vomissement quatorze chenilles vivantes. M. Léchin ne fut pas témoin du fait, il l'apprit du mari de la malade, qu'il engagea à faire examiner les insectes rejetés. Il reçut bientôt deux de ces chenilles qui étaient encore vivantes, mais qui furent perdues avant qu'il eût le temps de s'en occuper. M. le docteur Roché en reçut d'autres, et les transmit dans l'alcool à M. Robineau Desvoidy; celui-ci les reconnut pour être de vrais chenilles appartenant à la tribu des Pyralites.

Ces chenilles, dit M. Desvoidy, ont la filière et les deux mamelons latéraux bien développés, de consistance assez solide, d'où résulte, pour elles, la nécessité de se filer une coque au temps de leur passage à l'état de chrysalide. Elles avaient, ajoute-t-il, subi leurs diverses mues dans l'intérieur du tube digestif; l'adhérence d'une peau complète à l'un des sept individus conservés, met ce fait hors de doute.

M. Robineau Desvoidy est porté à croire que l'insecte parfait devait être voisin de l'aglosse pinguinalis lépidoptère, dont la larve vit, comme on le sait, dans le beurre, le lard et les graisses, ce qui lui a valu son nom spécifique.

HORLOGE DE FLORE.

On a remarqué depuis longtemps que certaines fleurs s'ouvrent et que d'autres se ferment à des époques déterminées de la journée. Kircher parait être le premier qui ait eu l'idée de se servir de ces changemens comme d'un moyen d'indiquer les heures; mais c'est à Linnée que nous devons des tables dans lesquelles des plantes sont enregistrées suivant le moment de la journée auquel ont lieu les mouvemens de ces fleurs. Ces tableaux qui ont été depuis copiés par tous les botanistes, ne contiennent point, dit M. Vallot, une plante qu'on voudrait y voir figurer; cette plante est celle que Linnée désignait sous le nom de *Prenanthes muralis*, et qu'on nomme aujourd'hui chondrille murale. Les fleurs de cette chondrille présentent une élégante étoile d'or à cinq rayons : elles ne s'épanouissent qu'à huit heures du matin; elles se referment à quatre heures du soir pour ne plus se rouvrir. Aux fleurs succèdent cinq graines noires striées disposées, à l'époque de leur maturité, en étoiles à cinq rayons horizontaux surmontés chacun par une aigrette pédiculée simple qui, d'après la disposition de la graine, présente son épanouissement dans un plan vertical.

L'épanouissement des fleurs présente des différences caractéristiques surtout dans les inflorescences composées. L'inflorescence est, comme on le sait, la disposition des fleurs sur le végétal; elle peut être simple, c'est-à-dire isolée; disjointe ou conjointe, c'est-à-dire réunie en nombre plus ou moins considérable sur un même réceptacle.

Une seconde observation de M. Vallot est relative à la floraison singulière de la cardère (*dipsacus silvestris*).

Dans l'inflorescence simple en grappe, l'épanouissement commence ordinairement par le bas et remonte successivement au sommet, comme dans les jacynthes, les ornithogales, les campanules, etc. Quelquefois, cependant, elle commence par le haut de l'épi et descend successivement à la base; on observe cette disposition dans l'*ipomæa rubra*, dans le *michauxia*, etc.

Dans l'inflorescence conjointe, l'épanouissement a lieu de la base au sommet de la circonférence au centre. Le *liatris spicata* fait une exception; son inflorescence va du sommet à la base.

Dans le capitule ovale conique de la cardère *dipsacus silvestris*), l'épanouissement présente l'anomalie la plus singulière; au lieu de commencer au sommet ou à la base, il commence au milieu du capitule, c'est-à-dire à son équateur, qui se trouve alors entouré d'une jolie ceinture bleue rougeâtre.

Cette ceinture, d'abord étroite, s'élargit successivement par ses bords supérieur et inférieur, puis se partage en deux par la chute des corolles épanouies les premières.

DINOTHERIUM GIGANTEUM.

Nous avons, dans un de nos précédens comptes-rendus, donné, d'après une communication de M. de Blainville, quelques détails sur la découverte qu'on avait faite d'une tête presque complète de dinotherium. M. de Blainville présente aujourd'hui un dessin au cinquième de cette tête.

On sait que l'on avait fait d'abord du dinotherium un tapir. Quand enfin on eut reconnu que les deux énormes incisives de sa mâchoire inférieure, au lieu d'être dirigées en haut, comme on l'avait cru d'abord, étaient tournées en bas, M. Kaup fut conduit à penser que l'animal appartenait réellement à l'ordre des proboscidiens. La connaissance des parties supérieures de la tête vient à l'appui de cette opinion. Dans le dessin qu'il en a fait faire, on observe en effet des trous sous-orbitaires énormes, ce qui prouve, dit M. de Blainville, que l'animal devait être pourvu d'un prolongement labial ou nasal considérable, et que c'était un nouveau chaînon entre les éléphans, et surtout les mastodontes d'une part, et les dugongs et les lamantins de l'autre, qui en sont les représentans parmi les espèces marines.

On peut aussi supposer que le dinotherium pouvait être littoral, et qu'il vivait de végétaux qu'il arrachait avec ses deux grandes dents incisives inférieures disposées en rateau.

NOTE SUR LA VACCINE, par M. JAMES.

Dans une des séances précédentes, M. C. Bernard avait présenté quelques observations tendant à faire croire que les effets de la vaccination n'étaient souvent que locaux, et que leur durée était limitée. La note de M. James a principalement pour objet de prouver que les résultats annoncés par M. Bernard tiennent seulement à ce qu'on aura fait usage de vaccin vieilli; qu'avec du vaccin frais, il n'est besoin ni de disséminer la vaccination sur tout le corps, ni de recommencer l'opération au bout d'un certain nombre d'années. M. James termine en insistant sur les avantages d'un procédé de vaccination qu'il nomme *vaccination par grains*.

STRUCTURE DU PÉRINÉE.

M. Thomson lit un mémoire sur ce sujet. Nous en rendrons compte lors du rapport de la commission.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 11 OCTOBRE.

Présidence de M. Louyer-Willermay.

Correspondance officielle :

1° Lettre ministérielle, 8 octobre, avec envoi de la recette et de l'échantillon d'une eau que M. Brierre de Mantrault donne comme propre à guérir les maladies des yeux.

2° Lettre ministérielle, 8 octobre, avec envoi d'un rapport sur une épidémie de fièvres typhoïdes qui a régné dans la commune de Chautrans.

Correspondance manuscrite :

1° Lettre de M. Boucheron : dit posséder la recette d'un remède propre à faire pousser les cheveux, et prie qu'on nomme une commission pour suivre des expériences.

2° Lettre de M. Lafargue sur un nouveau signe propre à faire constater la présence de l'opium dans les liquides contenus dans l'estomac.

3° Lettre de M. le docteur Véruhes de Rabastans : se porte comme candidat à la place de membre-correspondant.

NOTE DE M. LE DOCTEUR COSTALLAT. — Rapport de M. LOUIS.

M. Costallat a pensé que le climat d'Alger devait être favorable aux phthisiques. Preoccupé de cette idée, il en a écrit à M. le ministre de l'intérieur, lequel a transmis la note de ce médecin à l'Académie avec prière de lui donner son sentiment.

Le rapport de la commission conclut :

1° Que, dans l'état actuel de la science, rien ne prouve que le climat d'alger puisse favoriser la guérison de la phthisie.

2° Que, pour savoir à quoi s'en tenir à cet égard, il faudrait, avant tout, rechercher, au moyen d'une statistique bien faite, si la phthisie est rare ou commune à Alger, soit chez les habitans du pays, soit chez les Européens qui y sont établis depuis un espace de temps plus ou moins considérable ; si cette maladie, une fois développée, marche plus ou moins lentement qu'en France vers son terme fatal.

3° Qu'il serait à désirer, à raison de l'importance du sujet, que l'autorité prît les mesures nécessaires pour recueillir les élémens de cette statistique.

4° Que, dans le cas où elle serait favorable à la proposition de M. Costallat, celle-ci pourrait-être jugée au moyen d'un établissement qui contiendrait un nombre de lits très-inférieur à celui qui a été demandé. M. Costallat demande quatre ou cinq cents lits.

M. BOUILLAUD. Si j'ai bien entendu, M. Louis croit que la science qui, depuis le commencement de ce siècle surtout, a fait de si grands progrès, en est à peu près toujours au même point sur la phthisie. Selon lui, on ne sait même pas ce qui la favorise, ce qui l'éloigne. Si l'on parle des causes prédisposantes, je suis assez de cet avis. On sait seulement qu'il y a des familles entières qui sont moissonnées par cette maladie ; on sait qu'elle a le funeste privilège de se transmettre des parens aux enfans. Mais d'où vient et en quoi consiste cette funeste prédisposition ? On en accuse la constitution scrophuleuse ; mais il y en a sans doute bien d'autres causes. Quoi qu'il en soit, je laisse de côté les causes prédisposantes et m'attache uniquement aux causes occasionnelles. Parmi celles-ci, il en est une si évidente et si généralement reconnue que je m'étonne qu'elle soit niée par M. Louis : je veux parler du froid et surtout du froid-humide. Tous ceux qui ont lu le bel ouvrage de M. Broussais sur les phlegmasies chroniques, ne conservent aucun doute à cet égard. Mais peut-être la dissidence qui me sépare de M. Louis sur ce point tient-elle à la manière dont nous envisageons l'un et l'autre la pathogénie des tubercules. Moi, je crois que l'inflammation y prend la plus grande part, et comme les rhumes, les catarrhes, et généralement toutes les phlegmasies pectorales, sont infiniment plus communes dans les pays froids que dans les pays chauds, je m'explique très-bien comment les phthisiques y sont aussi plus nombreux. En d'autres termes, je crois que le froid expose aux inflammations thoraciques, et que les inflammations thoraciques mènent aux tubercules pulmonaires.

M. LOUIS. Je me suis mis en dehors de toutes ces questions parce que ce n'était pas ici le lieu de les traiter. M. le ministre demande si le climat d'Alger doit être favorable aux phthisiques, et je réponds que cette question ne peut être jugée *à priori*. M. Bouillaud demande de son côté ce qu'il faut penser de l'influence du froid et de la chaleur sur le développement de la phthisie, et si j'enverrais indistinctement dans tous les climats un sujet prédisposé à cette maladie. Je sais qu'il est d'usage de conseiller les pays chauds aux mauvaises poitrines, et qu'il y a des malades qui en reviennent soulagés ; mais je sais aussi que parmi ceux à qui leurs affaires ne permettent pas de voyager, il s'en trouve qui éprouvent les mêmes soulagemens. Y en a-t-il plus d'un côté que de l'autre ? Encore une fois, on n'en sait rien du tout, et si quelqu'un a des statistiques à cet égard, qu'il les montre, car c'est encore une question de chiffres.

M. ROCHOUX parle dans le même sens que M. Bouillaud, et tire de l'empressement qu'on met à réprimer les inflammations qui surviennent aux phthisiques une preuve de l'influence qu'on accorde à l'inflammation sur le développement des tubercules.

M. MARC dit que les Anglais sont dans l'usage d'envoyer leurs phthisiques à Madère ; mais si on consulte leurs tables de mortalité, on voit clairement que jamais ni ce climat ni aucun autre n'a guéri une seule phthisie.

M. PIORRY ne comprend pas qu'on ose mettre en doute la funeste influence du froid sur la phthisie : la preuve de cette influence, dit-il, il n'est pas besoin de l'aller chercher bien loin, il suffit de savoir qu'il périt beaucoup plus de phthisiques en hiver qu'en été.

M. SEGOND, correspondant à Cayenne, présent à la séance, dit que quoiqu'il ne connaisse pas le climat d'Alger, il ose le rapprocher de celui de Cayenne, où le thermomètre se maintient presque toujours entre 24 et 26 degrés. Dans un temps donné, sur 1013 Anglais, il en est mort 20 de la phthisie pulmonaire ; dans l'hôpital confié aux soins de M. Segond, sur 42 affections de poitrine, il ne s'est trouvé qu'une phthisie ; néanmoins il ne pense pas que le climat de la Guiane française soit plus salutaire qu'un autre aux personnes menacées de phthisie : il en a vu plusieurs qui ont été forcées d'abandonner la colonie à cause des accidens qu'ils y éprouvaient. Lui-même y a éprouvé une hémoptisie et des symptômes thoraciques dont il a eu de la peine à se remettre ; il va beaucoup mieux depuis qu'il est en France.

OBSERVATION SUR UNE HERNIE INGUINALE ; par M. BOUCHARD, de Vire. — Rapport de MM. Cannet et Blandin.

Le sujet de cette observation est un homme de 56 ans, qui portait depuis son enfance deux hernies qu'il maintenait à l'aide d'un bandage. Un jour, en travaillant aux champs, il éprouva, après un violent effort, une forte douleur ; c'était l'intestin qui s'était échappé. Boussel rentre chez lui, et essaie inutilement à le faire rentrer. M. Bouchard ne le vit que 26 heures après l'accident. Le pouls était petit, concentré, les vomissemens continus, en un mot, tous les symptômes de l'étranglement.

Après avoir cherché à réduire l'intestin, M. Bouchard propose l'opération, laquelle est acceptée sans difficulté.

Ayant rasé les parties, je fis à la peau une incision oblique de dehors en dedans. Elle commençait un peu au-dessus de l'angle externe de l'anneau, et finissait au-dessous de la tumeur. J'enlevai successivement les diverses couches qui recouvraient le sac ; bientôt j'arrivai à celui-ci que j'ouvris en dédolant, et, à l'instant où je pénétrai dans sa cavité, il s'en échappa avec force un jet de sérosité sanguinolente. J'agrandis d'abord l'ouverture en bas, puis en haut. Alors se présenta le testicule droit, au-dessous duquel était une anse de l'intestin grêle, déjà d'un rouge brunâtre. Je portai, mais avec beaucoup de peine, l'indicateur de la main gauche au-dessous de l'anneau, et, à la faveur de ce doigt, je fis glisser le histouri boutonné concave ; puis, présentant son tranchant aux parties à inciser, je coupai en même temps le collet du sac formé par la tunique vaginale, et le pilier supérieur de l'anneau, en dirigeant l'incision parallèlement à la ligne blanche, suivant le conseil de Scarpa. Je voulus, avant de réduire, faire sortir un peu de l'intestin situé au-dessus de l'anneau, afin de m'assurer de son état ; je ne pus y réussir. Quelle était la cause de cette résistance ? J'introduisis alors l'indicateur de la main gauche dans la cavité abdominale, et, à deux pouces et demi environ au-dessus du ligament du muscle grand oblique, dans la direction du canal inguinal, je rencontrai un anneau contre nature tellement tendu et surtout si étroit, qu'il étranglait violemment aussi une anse intestinale. Il me parut long d'un demi-pouce environ, formé de deux piliers très-rapprochés l'un de l'autre. Le pilier supérieur, dont le bord libre offrait une convexité très-prononcée, était excessivement tendu et contribuait puissamment à l'étranglement ; le bord inférieur était concave. Le premier était évidemment adhérent à la portion du péritoine qui recouvre les parois abdominales. Un aide comprima l'intestin placé au-dessus de l'anneau inguinal, afin que je ne pusse le blesser. Je fis long-temps des tentatives avant de pouvoir porter le histouri boutonné jusqu'au nouvel obstacle. Le danger devint imminent ; je sentis d'abord l'intestin s'affaisser, puis s'appliquer sur les côtés de mon doigt, et enfin couvrir sa face palmaire. Cependant je parvins, par de légers mouvemens latéraux, à le placer au-dessous de mon doigt, et aussitôt je cherchai à inciser le pilier supérieur de cet anneau accidentel. La première fois je l'entamai légèrement ; une seconde et une troisième fois j'agrandis l'incision ; une quatrième tentative fut enfin couronnée d'un plein succès, le débridement fut largement opéré. Je pus alors très-facilement attirer en dehors non seulement l'anse intestinale étranglée par cet anneau, mais encore une portion d'intestin située au-dessus. La première était d'un rouge brunâtre ; comme l'anse étranglée par la tunique vaginale ; la seconde était parfaitement saine. Dès ce moment il me fut aisé d'opérer la réduction entière des parties déplacées.

Ainsi cette opération offrit deux temps bien distincts. Dans le premier, c'est-à-dire depuis l'incision de la peau jusqu'au débridement de l'anneau inguinal, elle fut faite promptement et n'eut rien de particulier. Dans le second temps, je veux dire pendant le débridement de l'anneau accidentel, les plus grandes difficultés se présentèrent et ne furent vaincues qu'avec peine ; et, chose bien remarquable, Roussel parut presque insensible à la douleur, son pouls resta calme ; seulement il se plaignit du froid aux pieds ; mais il était à peine couché depuis une demi-heure que déjà la chaleur était revenue.

RECHERCHES SUR UN POINT DE L'ANATOMIE PATHOLOGIQUE DE LA PHLÉBITE, par M. TESSIER.

Le point d'anatomie que M. Tessier cherche à établir, c'est que, dans la phlébite, la matière plastique s'organise de manière à environner le pus, et par conséquent à en empêcher le mélange avec le sang.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

LIGATURE DE L'ARTÈRE CRURALE, par M. SERRE, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Montpellier.

LÉSION TRAUMATIQUE DE L'ARTÈRE TIBIALE POSTÉRIEURE, AU TIERS INFÉRIEUR DE LA JAMBE, TUMEUR SANGUINE, LIGATURE DE L'ARTÈRE CRURALE AVANT SON PASSAGE DERRIÈRE LE MUSCLE COUTURIER; GUÉRISON.

OBS. — Trébuchon, Jean-Joseph, âgé de 28 ans, natif de Chanalcille, département de la Haute-Loire, étant occupé à écorcher un mouton, se donna involontairement un coup de couteau, vers le tiers inférieur de la jambe gauche, immédiatement derrière la face postérieure du tibia. A l'instant le blessé perdit une grande quantité de sang, et le chirurgien qui le premier lui donna des soins, en fut tellement épouvanté, qu'il enveloppa le membre d'un bandage fortement serre, et fit conduire en toute hâte Trébuchon à l'hôpital St-Eloi de Montpellier; c'était le 2 juin 1836.

A ma première visite, je crus d'abord que l'on s'était mal à propos alarmé sur le compte de ce malade; en effet, il n'existait aucune tumeur dans le point correspondant à la blessure, le sang était complètement arrêté et la plaie à peu de chose près cicatrisée.

Trois ou quatre jours s'étaient écoulés, et tout semblait annoncer une guérison prochaine, lorsque tout à coup, et sans cause appréciable, une nouvelle hémorrhagie étant survenue, le bas de la jambe se tuméfia. Alors seulement je m'aperçus qu'il s'était formé, à l'endroit même de la blessure et dans le point diamétralement opposé, c'est-à-dire au-devant de la jambe, deux tumeurs circonscrites, mais assez larges; agitées par des battemens isochrones à ceux du pouls, et disparaissant dès que l'on comprimait l'artère crurale. C'en était assez pour me prouver au moins que l'une des artères qui longent la face postérieure de la jambe, et selon toutes les apparences, la tibiale postérieure, avait été lésée. (Saignées larges et repétées, diète, compression sur les deux tumeurs, applications de compresses trempées dans de l'eau frappée de glace).

Ce mode de traitement fut suivi l'espace d'un mois environ, et ne produisit jamais qu'une amélioration passagère. Compression de l'artère crurale au pli de l'aine à l'aide d'un tourniquet, et pendant cinq à six heures par jour.) J'insistai sur ce moyen durant une quinzaine.

Enfin, voyant que tous les moyens mis en usage jusqu'à ce jour avaient été sans effet, je me décidai, le 19 juillet, à pratiquer la ligature de l'artère crurale immédiatement avant son passage derrière le muscle couturier.

L'opération fut simple et sans entraves : je n eus qu'à éviter la lésion du filet nerveux provenant du plexus crural, qui longe l'artère, et que je trouvai accollé à son côte externe. Le vaisseau fut embrassé avec un fil simple et ciré, de manière à diviser la tunique interne et moyenne de l'artère et la plaie réunie par première intention, à la faveur de quatre points de suture et d'un certain nombre de bandelettes agglutinatives. Le tout fut recouvert d'un seul plumasseau enduit de cérat. (Diète, limonade légère pour boisson; le membre est enveloppé dans une toile de taffetas gommé.)

Les trois premiers jours se passent dans le calme le plus parfait; le malade n'éprouve aucune douleur du côte de la plaie, et il a à peine un peu de fièvre; il est seulement tracassé de temps à autre par des élancemens qu'il ressent tout autour du genou, et que j'attribuai aux efforts que faisait le sang pour arriver dans les vaisseaux collatéraux. A cette époque il n'était déjà plus question de battemens dans les tumeurs hémorrhagiales; le membre offrait presque sa chaleur naturelle, et malgré toutes les recherches auxquelles je me livrai, je ne pus saisir qu'un degré et demi de différence (thermomètre centigrade) entre le membre sur lequel avait été pratiquée l'opération, et celui du côté opposé.

Le 23 juillet (quatrième jour de l'opération), le malade est aussi bien que possible; il prend du bouillon depuis la veille. La plaie est en grande partie réunie, et le membre a tout-à-fait repris sa température ordinaire (Compression locale sur les tumeurs sanguines à l'aide de plusieurs plaques d'amadou mouillées et soutenues par un bandage médiocrement serré.)

Le 28, les points de suture sont enlevés; la cicatrisation de la plaie est très-avancée, et le malade commence à user de quelques alimens; il ne reste plus aucune trace des tumeurs sanguines. (Cautérisation avec le nitrate d'argent sur les points de la plaie non encore fermés.)

Le 30. La cicatrisation est complète; il n'y a à oblitérer que le point par où passe la ligature; cette dernière ne tombe que le 8 du mois suivant, c'est-à dire vingt jours après l'opération. Depuis lors Trébuchon a pu quitter son lit et se promener dans les salles sans éprouver le moindre accident, si ce n'est une inflammation légère des ganglions de l'aine. Au moment où je rédige l'observation, il est à la veille de sortir de l'hôpital.

Si l'on a bien tenu compte de tous les détails que l'on vient de lire, on se rappellera, sans doute, qu'il existait à la jambe deux tumeurs sanguines, dont une correspondant au lieu même de la blessure, et l'autre à la partie antérieure du membre. Mais quel était donc le vaisseau lié, me dira-t-on? Si j'en juge par la position, la forme, le trajet et l'étendue de la blessure, il est à peu près démontré pour moi que l'artère tibiale postérieure avait été ouverte, et peut-être même la tibiale antérieure; car comment expliquer la présence d'une tumeur hémorrhagiale au-devant de la jambe, et dans le point diamétralement opposé à la blessure, à moins d'admettre que le ligament inter-osseux avait été divisé par l'instrument vulnérant? et si le ligament inter-osseux a été réellement divisé, qui oserait assurer que l'artère tibiale antérieure qui rampe à sa surface n'ait pas été lésée.

Que faire dans cet état d'incertitude? Fallait-il en venir sur-le-champ à une opération? non. Je connaissais trop toute l'étendue des ressources de la nature et de l'art pour l'oblitération des vaisseaux même artériels, pour me livrer avec précipitation à une entreprise chirurgicale qui pouvait avoir pour résultat la perte immédiate du membre. J'ai dû donc temporiser, et je n'ai pas certes à m'en repentir; en effet, je ne saurais me le dissimuler : si après la ligature du vaisseau principal du membre, la circulation n'a pas langui un seul instant, cela tient en grande partie à ce que les voies avaient été convenablement préparées par la compression que j'avais eu le soin de faire exercer sur l'artère crurale.

Une question non moins importante me préoccupa aussi durant quelques jours; il s'agissait de déterminer le vaisseau qu'il convenait de lier. Franchement parlant, je ne pouvais songer à faire la ligature ni de la tibiale postérieure, ni de la tibiale antérieure, et bien moins encore celle de l'un et de l'autre de ces deux vaisseaux, puisque, outre les difficultés de l'opération, il était de toute possibilité de préciser les limites de la blessure. D'un autre côté, j'avais encore présent à l'esprit ce qu'il en avait coûté à Travers, pour avoir voulu lier la tibiale postérieure, et cela seul devait suffire pour me détourner d'un pareil projet. Il fut donc décidé que je lierais l'artère crurale. « Dans les anévrismes circonscrits provenant des artères lésées, a dit Hodgson, il est inutile d'ouvrir le sac et de lier les deux bouts du vaisseau dans cet endroit, parce que la ligature d'une artère, à une certaine distance de la tumeur, produira aussi efficacement la guérison de ce genre d'anévrisme, que de celui qui est la conséquence d'un état morbide des parois artérielles. »

Mais dans quel point convenait-il de découvrir le vaisseau? Dans un cas à peu près analogue, Dupuytren avait lié la fémorale à la partie moyenne de la cuisse; et Delpech, à son passage immédiatement au-dessus de l'arcade crurale. L'un et l'autre avaient réussi. Quant à moi, je crus devoir agir autrement.

Je ne voulais pas imiter Delpech, parce que j'avais appris par expérience, et sous ses yeux même, combien il y a d'inconvéniens à placer la ligature si près de la naissance de l'artère épigastrique et de l'iliaque anterieure. Je ne voulais pas non plus imiter Dupuytren, parce qu'en liant l'artère fémorale à la partie moyenne de la cuisse, je m'exposais à voir des fusées purulentes se former dans la profondeur du membre, et l'inflammation se propager de proche en proche jusqu'aux tuniques du vaisseau. Or, Dupuytren lui-même a dit ce que l'on avait à craindre en pareil cas.

En liant l'artère crurale avant son passage derrière le couturier, j'ai eu surtout en vue : 1° de mettre le vaisseau à découvert dans un lieu où il est situé superficiellement; 2° de placer en même temps la ligature assez loin de la naissance de la profonde, et de tout autre vaisseau collatéral. Le résultat a répondu à mon attente.

Enfin j'aurais cru déroger aux principes que j'ai formulés dans mon Traité de la réunion immédiate, si dans cette circonstance je n'avais pas eu recours à la méthode adhésive. Tous les auteurs ont écrit sur ce point. Voici ce que dit John Bell à ce sujet : « Il est d'une haute importance que l'artère qui a été liée soit bientôt recouverte par des granulations de bonne nature. Quoique le vaisseau ait en lui les propriétés nécessaires à son oblitération, on ne peut nier que l'état des chairs environnantes n'y contribue puissamment. Une hémorrhagie secondaire ne se déclare pas avant le sixième jour; par conséquent, si comme il arrive à la suite des grandes opérations, on obtient une adhésion immédiate, la plaie est déjà dans l'état le plus satisfaisant à l'époque où l'accident pourrait se manifester. Au contraire, si on laisse la plaie extérieure ouverte, le vaisseau reste long-temps exposé au contact de l'air, il s'ulcère spontanément ou *il est corrodé par l'action du pus*. » Ce n'est pas ainsi que j'explique le fait; mais je n'en partage pas moins l'opinion de l'auteur anglais.

Que l'on ne m'objecte pas que Delpech, grand partisan de la réunion immédiate, à la suite de la ligature des artères, avait à cet égard beaucoup modifié ses idées avant sa mort. J'ai déjà dit et écrit, de son vivant, ce que j'en pensais; qu'il me soit permis aujourd'hui de garder le silence.

OBSERVATION D'UNE HERNIE ÉTRANGLÉE; GUÉRISON PAR LES LAVEMENS D'EXTRAIT DE BELLADONE.

Appelé, il y a peu de temps, auprès d'un malade dont l'observation suit, je me suis souvenu de l'heureux emploi des lavemens de belladone fait par le docteur ..... combattre les accidens graves de l'iléus, et j'ai tenté le même moyen contre la hernie étranglée. Voici le fait.

Obs. — Hodée Jean, cultivateur, âgé de 40 ans; taille moyenne; embonpoint médiocre; constitution robuste; porte depuis bien des années une hernie crurale droite, de la grosseur d'une noix et irréductible. Pendant quelque temps il a porté un brayer auquel il a été obligé de renoncer. Souvent, au milieu de ses travaux, il est pris de coliques, de borborygmes avec augmentation du volume de la tumeur; il se met au lit, boit du tilleul, prend quelques lavemens, et le lendemain tout est rentré dans l'ordre accoutumé.

Le mardi 9 août 1836, vers le soir, il éprouve les symptômes énoncés plus haut, mais au lieu de s'amender sous l'influence du traitement ordinaire, ils vont toujours en augmentant d'intensité, et pourtant le malade ne me fait appeler que le dimanche 14. Je le vis le soir et alors depuis le mercredi il avait vomi ses alimens, ses boissons, puis de la bile, puis enfin quelques matières d'une odeur aigre et putride; face rouge et souffrante; pouls plein; ventre tendu, ballonné, douloureux à la pression, surtout vers l'hypogastre, parcouru en tous sens par des vents qui reviennent par la bouche; envies fréquentes, mais inutiles d'aller à la garde-robe; urines faciles. Le malade se plaint d'une fatigue extrême et d'une soif qu'il ne peut étancher, l'estomac refusant tout. A la partie moyenne du pli de la cuisse droite, existe une tumeur légèrement allongée de haut en bas, de dehors en dedans, dure, rénitente, douloureuse, de la grosseur d'un œuf d'oie, comprimée à sa partie postérieure tandis que sa petite extrémité aurait été refoulée vers le centre; la tumeur peut être légèrement ramenée de haut en bas, tandis que vers l'arcade crurale son pédicule est dur et ne peut être déplacé. Quelques efforts de taxis faits avec ménagement pendant plus d'un quart d'heure, n'ont aucun résultat. (Large saignée du bras droit, à la suite de laquelle les tentatives de réduction restent sans succès). Jusqu'au lundi soir, deux applications de sangsues sur la tumeur suivies de frictions avec l'extrait de belladone et de cataplasmes émolliens; des bains longtemps prolongés, l'abstinence absolue d'alimens et de boissons n'ont produit d'autre résultat que la cessation des vomissemens, et quelque diminution dans la douleur du ventre et de la tumeur herniaire. Du reste, même volume, même dureté, même impossibilité de réduire. Le malade auquel je fais entrevoir le danger de son état, puisque la communication est interrompue entre la bouche et l'anus, que les vents et à plus forte raison les boissons et les alimens, ne peuvent plus parcourir le canal intestinal, que l'étranglement ne cédant pas, la gangrène peut s'emparer de la portion d'intestins sortis, le malade se refuse obstinément à l'opération que je lui propose, il se refuse même à une consultation et veut attendre. Dans cette extrémité, j'ai recours au moyen dont j'ai parlé au commencement de cet article. Du lundi soir au mercredi soir, 20 grains d'extrait de belladone sont administrés en lavemens, deux grains pour chaque dissous dans quatre onces d'une infusion de camomille. Les bains sont continués.

Mercredi matin. Le malade a dormi après son bain. Les lavemens sont toujours suivis de l'émission de vents par l'anus, ce qui n'avait pas eu lieu depuis 8 jours, et procure quelque soulagement. Le ventre est moins ballonné, moins douloureux, ainsi que la tumeur qui est réduite d'un tiers: le bouillon passe sans vomissemens ni nausées.

Jeudi matin. Hodée se trouve assez bien pour se promener dans les champs; la hernie est réduite au volume habituel; le cours des gaz et des matières fécales est rétabli.

Agréez, etc.

T. Ricard, D.-M.

COUP DE FEU; BAGUETTE DE FUSIL IMPLANTÉE DANS LE DOS; EFFORTS INUTILES D'EXTRACTION; MORT; AUTOPSIE; par M. Constant George.

Un cas très-intéressant s'est trouvé ces jours derniers dans le service de M. Velpeau, à l'hôpital de la Charité. Il est tel qu'aucun de nos chirurgiens militaires, peut-être, ne se rappelle en avoir vu de semblable dans le cours de nos longues guerres. En effet, la bizarrerie de la blessure ne le cède en rien aux causes qu'on croit généralement lui avoir donné lieu. Voici le fait:

Obs. — Des gardes nationaux, après avoir fait une petite guerre près de Vanvres, se retiraient, lorsqu'un de leurs officiers, M. Carassi, reçut par derrière un coup de feu. Un cri seulement annonça qu'il était blessé; mais quel fut l'étonnement des personnes accourues à son secours, lorsqu'on vit qu'un fragment de baguette de fusil, faisant saillie de plusieurs pouces, était fiché au milieu du dos de cet officier. En l'absence du chirurgien du bataillon, je m'empressai d'offrir au blessé les secours de l'art. Après avoir coupé les vêtemens, je vis que ce fragment de baguette avait affecté une direction oblique de haut en bas, de gauche à droite et d'arrière en avant; que l'extrémité où se trouve le pas de vis avait pénétré à travers les muscles de la région dorsale, et je reconnus ensuite, après de vains efforts de traction dans le sens de la direction, que l'extrémité s'était implantée avec force, soit dans le corps même des vertèbres, soit dans l'un de leurs intervalles fibro-cartilagineux. La circonstance était critique: je ne voulus point insister davantage sur les tractions sans l'assistance d'un confrère.

M. Tore, praticien à Sceaux, ne tarda pas à arriver, et après avoir essayé comme moi l'avulsion du fragment de baguette, il jugea convenable de débrider la plaie avec précaution; c'est alors que nous pûmes, en suivant le trajet de la baguette jusqu'à l'endroit où son extrémité était passée, nous assurer que son implantation avait eu lieu dans une des premières vertèbres dorsales, sans pouvoir toutefois préciser exactement l'endroit. Nous réitérâmes des tentatives de traction, non-seulement avec la main, mais encore avec un étau; ce fut toujours inutilement. A peine avons-nous pu obtenir par de petits mouvemens de torsion une sensation presque inappréciable de mobilité. Nous nous contentâmes alors de saigner le malade, et nous demandâmes quelqu'une de nos célébrités.

On alla chercher M. Roux, il était absent: ce fut M. Danyau qui vint à sa place. Il dit qu'après les tentatives d'extraction que nous avions faites, il croyait inutile d'en faire de nouvelles; il pensa qu'il serait convenable d'attendre que la suppuration s'établît. Il désirait une consultation avec nos grands chirurgiens, parmi lesquels il croyait en trouver de son opinion.

Réunir plusieurs de ces messieurs en peu de temps à quatre lieues de Paris, présentait de grandes difficultés: M. Danyau conseilla de transporter le blessé à Paris: nous suivîmes ce conseil.

M. Odier, avec une bonté et un dévouement qu'on ne saurait trop reconnaître, non-seulement nous avait reçus dans sa maison et prodigué tout ce qu'exigeait la circonstance, mais encore avait été lui-même à Paris pour chercher M. Roux. Ce fut encore lui qui nous fournit les moyens de transport.

Dans une grande berline, après avoir enlevé les coussins qui garnissent les bancs, on mit des planches et l'on fit un lit où le malade pût s'étendre et se placer aussi bien que dans un autre lit. Les chevaux allaient au petit trot. Nous fîmes ainsi près de quatre lieues: nous arrêtâmes une seule fois pour faire boire le blessé. Carassi supporta bien ce voyage: il sommeilla même un peu vers la fin. Je le conduisis à la Charité, dans le service de M. le professeur Velpeau.

Le malade à son arrivée ne ressentait aucune douleur, il ne se plaignait que de la gêne que lui occasionnait le décubitus sur le côté droit.

M. Velpeau vit le malade le soir même, et apprenant que des tractions avaient déjà eu lieu, et s'assurant par lui-même de la difficulté de l'extraction du corps étranger, il résolut d'attendre au mardi ou mercredi pour s'occuper de moyens d'extraction plus efficaces, espérant d'ailleurs que le travail de suppuration qui ne pouvait tarder à avoir lieu, ne dût faciliter l'opération. Il ordonna une saignée de quatre palettes et des compresses réfrigérantes.

Lundi matin 26. Le malade n'accuse pas de douleur, seulement peu de sommeil toujours à cause, dit-il, de la position gênante qu'il est obligé de garder. Pouls normal, le malade remue les membres abdominaux et il urine comme à l'ordinaire; pas d'oppression; face colorée; moral bon; facultés intellectuelles intactes; pour boisson, limonade citrique; saignée de quatre palettes matin et soir.

M. Velpeau constate que le fragment de baguette libre a 7 pouces. En y joignant l'autre fragment que l'on a retrouvé, et comparant le tout avec une baguette du même calibre mise en regard, il juge par les dimensions rapprochées, que le fragment qui a 7 pouces en dehors doit avoir pénétré de 8 pouces à l'intérieur.

Le mardi 27. Aucun accident grave ne s'est encore déclaré, la face est plus injectée que la veille; le malade n'a pas dormi; il se plaint de la gorge, quelques crachats sont légèrement teints de sang; son moral est bon. Il entre dans quelques détails sur les procédés qu'il croit propres à dégager ce fragment d'acier.

Tisane d'orge édulcorée avec sirop de gomme; saignées matin et soir. M. Velpeau commence à concevoir des inquiétudes sur l'état de la poitrine du malade et paraît redouter la période de réaction. Il prie M. le baron Larrey de voir le blessé. Ce chirurgien célèbre dit n'avoir jamais vu d'accidens semblables, et insiste pour qu'on ne fasse plus aucune tentative d'extraction avant l'établissement complet de la suppuration.

Mercredi 28. Face plus injectée que la veille; légère oppression; pouls fréquent. La poitrine auscultée et percutée donne à droite de la matité; très-peu d'expansion vésiculaire; à gauche pas de matité mais un râle muqueux; crachats rouillés; des sueurs abondantes couvrent le malade; facultés intellectuelles intactes; la sécrétion urinaire se fait bien; les membres abdominaux ont leur mobilité ordinaire.

M. Velpeau arrête avec M. Charrière la confection d'un instrument propre à opérer sans secousse la traction régulière et méthodique du fragment de fer pour le le demain jeudi. (Nous donnons plus loin la description et le dessin de cet instrument.)

Le chirurgien conçoit de vives inquiétudes et reconnaît, à n'en plus douter, le développement d'une pneumonie à droite.

Tisane pectorale; saignée de 4 palettes et 25 sangsues au côté droit.

A quatre heures. Un mieux sensible se déclare, à 6 heures le malade goûte quelques instans de sommeil; je le quitte à 6 heures 50 minutes, il dort; à 7 heures il se réveille tout-à-coup, une petite quantité de sang sort par le nez et par la bouche, et le malade meurt subitement.

Quant aux circonstances qui avaient amené l'accident, tous les renseignemens tendent à faire croire qu'un fusil partit involontairement, qu'il aurait projeté la baguette encore engagée dans le canon, contre un corps dur quelconque qui l'aurait brisée et fait ricocher le petit fragment sur le dos du malheureux jeune homme.

Autopsie 38 heures après la mort.

Le cadavre présente un état de putréfaction très-avancé, ce qui ne peut être attribué qu'au genre de mort; ni le temps écoulé ni la température ne peuvent en donner raison.

La coloration brune s'est emparée de toute la face, et celle d'un vert foncé, indice d'un état plus avancé encore, occupe toute la région abdominale.

On vit une ecchymose du côté du sein droit, sur lequel le malade était couché.

Les muscles pectoraux sont infiltrés de sang.

L'ouverture de la poitrine a lieu selon les règles de l'art.

L'extrémité la plus évidée de la baguette a perforé la portion cartilagineuse de la troisième côte, tout près de sa portion osseuse, et ne vient point faire de saillie en dehors.

Le poumon droit est percé à un pouce environ de son bord libre antérieur; le doigt, en suivant le trajet, va jusqu'à la colonne vertébrale.

Le péricarde ouvert ne présente que de la sérosité sanguinolente en petite quantité, sans aucune lésion; la base du cœur est appuyée sur la baguette.

On reconnaît sur le poumon le trajet de la baguette marqué par une inflammation traumatique autour de la blessure.

Des ouvertures dans plusieurs gros troncs bronchiques expliquent l'hémorrhagie par la bouche.

La baguette a passé derrière l'œsophage, et, chose singulière, il semblerait que sa mollesse lui a permis d'éviter l'instrument en se portant sur la gauche.

L'état très-avancé du cadavre empêche de distinguer ce qui est purement cadavérique de ce qui est traumatique.

On découvre une perforation de la plèvre du côté droit, qui ne s'explique pas bien; on ne trouve pas de gros vaisseaux percés; la mort ne s'explique donc que par la présence de deux ou trois verres de sérosité sanguinolente dans la plèvre droite et les caillots de sang arrêtés dans les bronches.

On trouve dans les ganglions bronchiques des matières crétacées qui annoncent une affection antérieure.

Le poumon gauche est sain.

Le bout antérieur de la baguette, mesuré, donne 4 pouces 2 lignes dans la poitrine.

Après avoir scié le segment du canal vertébral et l'avoir détaché, on reconnait que la baguette avait traversé la racine de l'apophyse transverse gauche, avait traversé le corps de la cinquième vertèbre, et avait passé à moins d'une ligne du canal vertébral, enfin très-près, sans l'endommager le moins du monde. Une coupe verticale faite dans le corps de cette même vertèbre en rendit la démonstration évidente.

La longueur de ce fragment de fer était, en dehors, de 7 pouces; en dedans, de 8 pouces et demi; en tout 15 pouces et demi.

M. Charrière avait disposé un moyen mécanique propre à en opér r la traction sans secousse ni effort, l'application devait en être faite le jeudi matin. Il en fit néanmoins l'expérience sur la pièce pathologique, et le résultat fut tel qu'il était impossible d'en espérer un plus satisfaisant.

DESCRIPTION DE L'INSTRUMENT.

Composé 1° d'une plaque de tôle rembourrée, percée à son centre et s'adaptant sur le dos; 2° d'un tube de six pouces à paroi assez solide; 3° d'une rondelle appliquée à la partie inférieure pour prendre un point d'appui sur la plaque; 4° d'une traverse au centre de la longueur du tube, à l'extrémité de celui-ci existent cinq ou six filets d'une vis intérieure, sur laquelle se monte un écrou muni d'un T de grandeur à opérer une forte traction. On fait engager dans ces trois pièces la baguette dont on fixe le bout contre le T de l'écrou, par une pince, un écrou brisé, ou même une virole avec une vis de pression, en ayant soin de maintenir la traverse du tube pour l'empêcher de tourner. Pour opérer la traction en ligne directe ou inclinée on n'a plus qu'à dérouler la vis à gauche, ce qui fait allonger graduellement l'instrument avec autant de lenteur, de modération ou de force que l'on veut. Cette pièce est confectionnée d'après le mode proposé pour ouvrir de force et sans secousse les brise-pierre qui pourraient s'engager de détriture.

OBSERVATIONS DE FIÈVRE INTERMITTENTE A TYPE QUOTIDIEN, DANS LE CHEVAL, GUÉRIES PAR L'EMPLOI DU SULFATE DE QUININE; communiquées par M. CLICHY, médecin-vétérinaire à Janville (Eure).

Il y a quelques années, j'ai donné l'histoire d'une observation de fièvre intermittente à type quotidien observée sur un cheval; je l'avais traitée et guérie avec le quinquina. Maintenant je vais faire connaître la même maladie observée sur quatre autres chevaux, attendu que dans ceux-ci, le quinquina fut remplacé par le sulfate de quinine. Personne ne contestera plus les propriétés essentiellement fébrifuges de ce dernier médicament, et d'ailleurs l'expérience prouve qu'il les possède à un bien plus haut degré que le quina, et que, sous plusieurs rapports, on doit le préférer à celui ci. Ainsi : 1° la guérison par ce médicament est toujours plus prompte et plus certaine; 2° son mode d'administration est plus facile; 3° si on a à traiter un sujet dont la muqueuse gastrique soit irritée, on peut l'administrer en lavemens, le résultat sera le même que si on agissait sur l'estomac; 4° enfin, compensation faite, je trouve ce traitement moins coûteux que par le quinquina.

OBS. I. — Dans les premiers jours de septembre 1828, un cheval entier, de race percheronne, âgé de cinq ans, d'un tempérament musculeux et dans un état moyen d'embonpoint, appartenant à M. Badin, de Toupry, me fut présenté parce que depuis deux ou trois jours, cet animal avait éprouvé régulièrement, à dix heures du matin, un frissonnement de tout le corps, et qu'alors il cessait de manger, s'acculait au bout de sa longe, etc, ce tremblement durait d'une heure et demie à deux heures; et était suivi d'une profonde tristesse; ce n'était que quelques heures après que l'appétit et la gaîté revenaient.

A l'examen que je fis de l'animal à son arrivée, il me fut impossible de reconnaître aucuns symptômes maladifs; ce ne fut que le lendemain entre dix et onze heures du matin, que je reconnus les symptômes non équivoques de la fièvre intermittente. Je me dispenserai de les énumérer ici, attendu qu'ils étaient les mêmes que ceux rapportés dans l'observation précédente.

Le troisième jour, à la même heure, l'animal éprouva les mêmes accès. Ce même jour, à huit heures du soir, j'administrai huit grains de sulfate de quinine, à minuit huit grains du même médicament, à quatre heures du matin huit grains. Trois à quatre heures après, j'administrai huit autres grains que je formulai de la manière suivante :

Sulfate de quinine.	huit grains.
Eau commune distillée.	huit onces.

Je fis dissoudre le sulfate dans l'eau au moyen d'un pilon et d'un mortier en cristal, et pour clarifier, je versai dessus quelques gouttes d'acide sulfurique qui a la propriété de dissoudre tous les sulfates.

Le quatrième jour, entre dix et onze heures, accès plus court et moins violent que la veille. Même médication qu'hier et aux mêmes heures.

Le cinquième jour, les symptômes fébriles ont été peu apparens, l'animal n'éprouve qu'un peu de malaise (Même médication.)

Le sixième jour, cessation complète des symptômes morbides. Cependant, je continuai d'administrer à l'animal, le matin à jeun, et pendant neuf jours, le sulfate de quinine aux doses ci-après : les trois premiers jours, huit grains chaque matin; les trois autres, quatre grains; et les trois derniers jours, deux grains seulement chaque matin.

Le quinzième jour, l'animal fut rendu à son propriétaire parfaitement guéri.

OBS. II. — A la mi-septembre 1828, je fus consulté par M. Sevin, cultivateur à la Vallée, pour un cheval entier, propre au trait, de race picarde, âgé de dix ans, d'une constitution molle, qui, depuis cinq à six jours, éprouvait tous les jours à la même heure (trois heures après-midi) les symptômes suivans : il cessait tout à coup de manger, était triste, portait la tête basse, s'acculait au bout de sa longe et ne tardait pas à éprouver un tremblement de tout le corps. Cet état durait environ deux heures, après quoi les symptômes disparaissaient progressivement.

J'examinai le cheval à son arrivée : son état était celui d'un animal en bonne santé. A trois heures après midi les symptômes de la fièvre se déclarèrent. Ils étaient exactement les mêmes que ceux observés sur les sujets précédens, à cela près que les yeux n'étaient pas fermés, que la colonne vertébrale était souple, la marche facile, l'artère plus pleine.

Le deuxième jour de son arrivée, accès comme la veille. Ce même jour à minuit dix grains de sulfate de quinine dans huit onces d'eau; à quatre heures du matin dix grains; quatre heures après, dix grains; et dix autres grains à midi. A trois heures après midi, l'animal a continué de conserver sa gaîté et son appétit ordinaires; en un mot les symptômes de fièvre ne se firent pas remarquer. Néanmoins, je fis prendre au malade quatre potions de quinine à la même dose et aux mêmes heures qu'hier. Bien de nouveau.

Je continuai pendant neuf jours d'administrer ce médicament et de la même manière que pour le cheval de l'observation précédente.

L'animal sortit de l'infirmerie le treizième jour pour reprendre ses travaux ordinaires, qu'il a toujours continués sans éprouver le plus léger dérangement.

OBS. III. — Le 20 obtobre 1828, Cheval entier, propre au trait, d'une forte constitution, de race percheronne, appartenant à M. Breton, propriétaire et cultivateur à Allaines. Celui-ci s'aperçut, quelques jours avant de soumettre cet animal à mon examen, que tous les jours à sept heures du soir, il devenait subitement triste, cessait de manger, appuyait sa tête sur le bord de la mangeoire, rassemblait ses quatre extrémités sous le centre de gravité; que dans cette position il était de toute impossibilité de faire changer l'animal de place, que bientôt on voyait tout son corps trembloter, et que ce n'était qu'environ une heure et demie après que tous les symptômes cessaient excepté toutefois ceux de la fièvre *chaude*.

D'après ce qui venait de m'être dit, je diagnostiquai l'existence d'une fièvre intermittente à type quotidien, et je ne fus pas trompé dans mon attente, car, à sept heures du soir, je vis reparaître les symptômes de la fièvre.

Le lendemain à quatre heures du matin, je fis avaler à l'animal douze grains de sulfate de quinine dans neuf onces d'eau; quatre heures après, douze autres grains; à midi douze, et à quatre heures du soir douze.

Trois heures après cette dernière potion, je ne vis plus se dessiner à mes yeux les symptômes que j'avais observés le jour précédent.

Comme les deux autres chevaux, celui-ci a subi le même traitement de neuf jours. La dose du sulfate de quinine a été la même (huit, six et deux grains), et le quatorzième jour l'animal fut rendu à M. Breton.

OBS. IV.—Dix novembre 1828. Un cheval de trait, entier, de race percheronne, âgé de six ans, d'une constitution sanguine, appartenant à M. Grenet, maître de poste à Thoury (Eure-et-Loire), éprouvait depuis plusieurs jours des lassitudes spontanées, de l'anorexie. Cet animal dans un exercice violent et lorsqu'il était couvert de sueur, fut tout à coup saisi par une pluie très-froide qui occasionna un arrêt de transpiration. De retour à l'écurie, ce cheval eut un violent frisson, avec une douleur de tête des plus intenses, ce qui l'annonçait, c'est qu'au plus léger attouchement sur cette région, l'animal souffrait horriblement. C'est alors qu'il me fut présenté. Voici les symptômes que j'observai.

L'animal était triste et acculé au bout de sa longe; les yeux étaient fermés; la tête était basse et chaude; le malade se plaignait et paraissait éprouver une vive douleur lorsqu'on relevait la tête, ce qui annonçait une céphalalgie très-intense. Les muqueuses nasales et oculaires étaient rouges; le pouls était petit, fréquent, tumultueux; la bouche pâteuse et chaude; perte totale de l'appétit; peau sèche et chaude; épine dorsale raide, locomotion lente et embarrassée. (Saignée aux saphènes, boissons émollientes et lavemens de même nature).

Le deuxième jour, mêmes symptômes; de plus, sensibilité du bas-ventre, augmentée par la pression, soif vive; langue aride et saburrale; diarrhée séreuse peu abondante et fréquente. (Boissons mucilagineuses, lavemens avec la décoction de graine de lin et de tête de pavot.)

Le troisième jour, gonflement du ventre et sensibilité plus vive; langue aride; pouls fréquent; écoulement de quelques gouttes de sang par les naseaux; céphalalgie plus grande; urines rares. (Saignée aux saphènes; boissons mucilagineuses; lavemens émolliens.)

Le quatrième jour, même état, même prescription.

Le cinquième jour, ventre plus tendu et plus douloureux; déjections alvines très-séreuses; urines rares et rouges; grande sécheresse de la peau; un peu de gêne dans la respiration; céphalalgie, épistaxis plus abondant que la première fois. (Saignée aux veines sous-cutanées abdominales; boissons acidulées par l'acide tartreux; deux lavemens émolliens avec addition de 35 à 40 gouttes de laudanum liquide dans le dernier lavement, qui n'a été administré qu'après que l'animal eut rendu le premier.)

Les sixième, septième et huitième jours, même état.

Le dixième jour, mieux bien marqué; la langue s'humecte un peu; l'enduit qui la recouvre est plus épais; le pouls est moins fréquent; le gonflement et la douleur du ventre sont diminués; la peau est moins sèche et la respiration plus courte. (Même traitement, excepté la saignée.)

Les onzième et douzième jours, état à peu près stationnaire; l'oppression est pourtant un peu plus grande, (Même traitement que les jours précédens.)

Le treizième jour, diminution de tous les accidens; langue toujours couverte d'un enduit plus épais que dans létat normal.

Le quatorzième jour, pouls bon, ventre souple, urines naturelles, respiration pénible avec toux; du reste, appétit bon. (Eau blanche, lavemens simples, pommade.)

Le seizième jour, vers les 9 heures du matin, frisson d'une demi-heure environ, pouls plus élevé; oppression et toux; du reste, langue belle, nulle sensibilité du bas-ventre revenu dans son volume ordinaire.

Le dix-septième jour, augmentation bien marquée de la fièvre, de la toux et de l'oppression. (Saignée à la jugulaire, électuaires adoucissans, lavemens émolliens.)

Le dix-huitième jour, exacerbation des symptômes. (Même prescription qu'hier.)

Les dix-neuvième, vingtième et vingt-unième jours, nulle diminution des symptômes; pouls fréquent et plus grand; toux fréquente et pénible; respiration haute et courte; langue sèche et sécheresse de la peau. (Même traitement; sinapismes aux fesses.)

Les vingt-deuxième et vingt-troisième jours, l'état de l'animal s'améliore; le pouls est moins fréquent, la respiration s'exécute avec plus de facilité; les sinapismes ont déterminé une vive irritation. (Les béchiques adoucissans légèrement incisifs sont administrés dans le miel; lavemens simples.)

Le mieux allait toujours croissant, et le cheval aurait été complètement guéri huit à dix jours après, si le vingt-neuvième jour cet animal n'eût pas été atteint de la fièvre intermittente à type quotidien.

Ce même jour (vingt neuvième de la maladie), à 9 heures du matin, l'animal éprouva tout à coup un malaise difficile à décrire; il s'appuyait alternativement sur les quatre extrémités, se tournait à droite et à gauche, se couchait et se relevait brusquement, appuyait le bout de son nez dans la paille ou sur le bord de la mangeoire, pour bientôt reprendre une autre potition. Cet état dura 12 à 15 minutes, après quoi il appuya fortement sa tête sur le bord de la mangeoire, et ne se tourmenta plus. Mais bientôt il survint un frisson général qui dura près de deux heures. Pendant ce temps et pendant toute la durée de la fièvre dite *chaude*, les symptômes étaient à peu de chose près les mêmes que ceux observés sur les chevaux qui ont fait le sujet de nos précédentes observations; je les passerai sous silence.

Le lendemain, trentième jour, à 9 heures du matin, frisson de deux heures et demie à trois heures; fièvre chaude ensuite. L'état d'anxiété qui, hier, avait précédé le frisson de 12 à 15 minutes, n'a pas reparu aujourd'hui.

Le trente-unième jour, à la même heure, nouvel accès, excepté l'anxiété. Ce même jour, à 6 heures du soir, 14 grains de sulfate de quinine dissous dans un demi-litre d'eau, avec addition de quelques gouttes de laudanum liquide, que j'administrai en un seul lavement. Quatre heures après, un autre lavement composé comme le précédent; à 2 heures du matin, même lavement, et quatre heures après, *idem*. Apyrexie bien marquée dans l'ensemble des syptômes fébriles. Le frisson avait été peu apparent; la bouche n'était plus chaude, la respiration dans son état normal; le pouls développé sans être précipité; l'artère souple. (L'animal cherchait continuellement à manger.)

Ce même jour (trente-deuxième de la maladie), j'administrai en lavemens, en quatre doses et aux mêmes heures que la veille, 56 grains de sulfate de quinine. Disparition complète de tous les symptômes morbides.

De même qu'aux autres chevaux, j'administrai à celui-ci pendant neuf jours, le matin à jeun et par la bouche, 48 grains de sulfate de quinine suivant le mode indiqué dans la première observation.

Depuis cette époque, cet animal s'est toujours bien porté.

On aura soin toutes les fois que l'on voudra agir sur la muqueuse du rectum, de vider cet intestin au moyen d'un ou deux lavemens simples; et aussitôt que ce dernier sera rendu, donner de suite le lavement composé de moins d'eau possible, et d'y ajouter quelques gouttes de laudanum afin de prévenir les tranchées; car, pour réussir dans ce traitement, il est de la plus haute importance que le lavement ne soit rendu par l'animal que long-temps après qu'il aura été administré.

Je pense aussi qu'on pourrait sans inconvénient augmenter la dose du sulfate de quinine, soit qu'on le donne par la bouche, soit qu'on le donne en lavement, peut-être alors on parviendrait à couper la fièvre à son premier accès.

N. B. Depuis la rédaction de ces observations, j'ai eu occasion d'observer la même maladie sur plusieurs autres chevaux. Ces animaux ont tous été traités par le sulfate de quinine, et tous ont parfaitement guéri.

BIBLIOGRAPHIE.

COMPTE-RENDU DES PRINCIPALES OPÉRATIONS PRATIQUÉES DANS L'ESPACE DE SIX ANNÉES (de 1830 à 1836) A L'HÔTEL-DIEU DE VARSOVIE; par A. Le Brun, docteur en médecine de la Faculté de Paris, chirurgien en chef de cet hôpital.

Il s'en faut de beaucoup que la classe malheureuse de la société, soit, dans les pays éloignés de la France, l'objet aussi spécial des soins des gouvernemens. En général on n'y voit qu'un petit nombre d'hôpitaux, nullement en rapport avec la population des villes, et souvent un seul bâtiment contient les maladies de plusieurs espèces, exigeant chacune un traitement particulier.

L'Hôtel-Dieu de Varsovie en fournit la preuve. C'est un vaste établissement, pouvant contenir jusqu'à 4000 malades. Mais malheureusement le même bâtiment, malgré sa vaste étendue, présente un encombrement trop considérable et trop varié pour ne pas influencer certaines maladies d'une manière défavorable.

Nous y voyons, outre les sales de chirurgie et de médecine, l'asile des enfans trouvés, le logement des nourrices et d'un certain nombre d'aliénés. Malgré les soins aussi assidus qu'éclairés de M. le docteur Le Brun, qui dirige dans cet hôpital le service chirurgical, on ne peut pas toujours prévenir cette influence défavorable de l'encombrement sur de nombreux malades qui y arrivent.

Les ulcères des membres inférieurs y sont extrêmement fréquens, ce qui peut tenir, comme le pense M. Le Brun, à la malpropreté de la classe pauvre en Pologne. Par la même raison, ces ulcères étant le plus souvent négligés, prennent des aspects très-hideux. Il n'est pas rare de voir les jambes entières, dépouillées de leur peau, présenter, pour ainsi-dire, une seule surface ulcérée. Ces ulcères y sont en général extrêmement opiniâtres, et ce qui surtout paraît être dû à l'influence fâcheuse de l'encombrement, c'est qu'ils se compliquent souvent de gangrène nosocomiale.

Après avoir pendant six ans expérimenté successivement les différens moyens proposés par les auteurs dans le traitement des ulcères des membres, M. Le Brun s'est convaincu que le meilleur topique dont on puisse se servir dans des cas de ce genre, est de l'eau fraîche en lotions et en fomentations.

Dans les cas de gangrène nosocomiale, l'expérience l'a engagé à donner la préférence à la solution arsénicale de Towler.

Une observation digne d'être notée, c'est que les personnes atteintes de plique présentent souvent des ulcères aux membres avec des caractères *sui generis*. Chose remarquable, ces ulcères, d'après de nombreux essais de M. Le Brun, guérissent très-facilement par l'emploi des mercuriaux, et surtout du sublimé, employés sous la même forme que dans les affections purement vénériennes.

Dans les plaies du cou dont la profondeur peut faire présumer leur communication avec les voies aériennes ou digestives, M. Le Brun a suivi, avec beaucoup de succès, le précepte donné par la plupart des chirurgiens modernes, de ne pas réunir les lèvres de la plaie au moyen de la suture, mais de les rapprocher légèrement et d'attendre en premier lieu la cicatrisation des parties le plus profondément situées.

Fractures. Dans l'espace de six ans, M. Le Brun a traité 212 fractures dans son hôpital, dont 76 des jambes, 30 du corps du fémur, 6 du col, 32 de l'humérus, 16 de l'avant-bras, 20 des clavicules, 16 des côtes, 6 du périné, 4 de la mâchoire inférieure, 4 de la rotule et 2 de l'omoplate. Sur ce nombre de malades, il en a perdu 10 dont 6 affectés de fractures des jambes, et 4 de celles du corps du fémur.

Sur le nombre total des fractures, M. Le Brun en compte à peu près un sixième de compliquées.

Dans tous les cas où il existe une complication assez grave pour exi-

ger l'ablation du membre, il se contente d'employer des antiphlogistiques généraux et locaux. Les topiques qui réussissent généralement très-bien à M. Le Brun, sont des fomentations connues sous le nom de Schmucker, et qui ne sont qu'une dissolution de sel de nitre et de muriate d'ammoniaque, qu'il existe ou non de complication, il emploie ensuite des moyens très-simples; ainsi pour la fracture du fémur, la position demi-fléchie de Dupuytren ou d'Astley Cooper. l'appareil suspendu de Sauter ou celui de Faust.

Dans les fractures de la clavicule, M. Le Brun se contente de suspendre le membre fracturé dans une écharpe.

Dans les fractures des côtes, quelle que soit la direction des fragmens, M. Le Brun n'emploie aucun moyen spécial pour leur réduction, il laisse toujours cette tâche aux efforts des muscles seuls, et il dit n'avoir jamais été trompé dans ses espérances.

Parmi les cas de fractures compliquées, nous allons en rapporter un dont les particularités nous ont paru intéressantes.

Au mois de décembre 1834, est venu à l'Hôtel-Dieu de Varsovie, une jeune fille de 24 ans qui, par suite d'une explosion de poudre, avait l'articulation du coude droit complétement ouverte par sa face postérieure. Quoique l'amputation du bras parût être imminente, la pusillanimité de cette jeune fille fut telle qu'elle résista à des instances répétées qui lui furent faites dans ce sens, et préférait, disait-elle, la mort à l'opération. On s'est contenté alors de panser la plaie préalablement nétoyée, comme une plaie simple, et, au bout de trois mois, la jeune fille a quitté l'hôpital avec la cicatrisation complète de la plaie, seulement l'articulation était restée à demi-ankylosée.

Anévrismes. Dans trois cas de l'anévrisme de l'artère poplitée, M. Le Brun fit la ligature de la fémorale. Sur ce nombre deux malades sont mort par suite de la gangrène du membre; le troisième a guéri.

Trépanation. Cette opération a été pratiquée deux fois et toujours avec succès. Dans deux autres cas où M. Le Brun a eu occasion de pratiquer cette opération en ville, les accidens se sont terminés par la mort. Ces insuccès n'affaiblissent pourtant pas la conviction qu'a M. Le Brun dans les avantages de la trépanation, car dans les deux cas l'autopsie lui a démontré la présence d'une assez grande quantité de sang qui comprimait le cerveau, ce que M. Le Brun attribue à l'insuffisance d'une seule ouverture.

Amputations. Sur 61 amputations de différens membres que M. Le Brun a eu l'occasion de pratiquer dans le courant de six années, il n'a perdu que 13, 8 après l'amputation de la jambe, et 5 après l'amputation de la cuisse, ce qui certes ne paraîtra pas un résultat défavorable à ceux qui ont entendu l'immortel Dupuytren évaluer ordinairement la mortalité à la suite des amputations nécessitées par les affections des membres, à 1 sur 3.

Une fois M. Le Brun a eu l'occasion de pratiquer l'amputation partielle du pied, d'après la méthode de Chopart; il n'a eu qu'à se louer de l'amélioration apportée par M. Lisfranc dans cette opération.

Nous passons sous silence quelques autres opérations, telles que l'arrachement des ongles d'après la méthode de Dupuytren, l'extirpation du globe de l'œil pratiquée une seule fois et avec succès, quelques opérations des cancers des lèvres, l'extirpation de plusieurs tumeurs, une d'elles surtout occupant la région parotidienne, ayant un volume considérable et ayant produit une atrophie presque complète de la glande salivaire, a été enlevée avec succès.

Une fois M. Lebrun a pratiqué la ponction du col de la matrice à l'endroit correspondant à la situation normale de son orifice, pour donner issue aux règles, chez une femme âgée de 24 ans, qui n'avait jamais été réglée. Cette jeune fille présentait depuis quelque temps, périodiquement tous les mois, des douleurs dans le ventre; la région hypogastrique avait acquis un développement considérable. L'opération a été faite au moyen d'un troisquart, et l'ouverture résultant de la ponction fut ensuite dilatée pendant quelque temps avec de l'éponge préparée, jusqu'à son entière cicatrisation.

Dans un cas où, à la suite d'une plaie au scrotum, le testicule sorti au dehors ne pouvait plus être replacé par suite de l'adhérence du cordon aux lèvres de la plaie, M. Lebrun fit la séparation des parties adhérentes, et replaça le testicule dans la bourse. Dans un autre cas où les testicules étaient complétement dénudés, M. Le Brun a disséqué de chaque côté, dans les plis de l'aîne, un lambeau dont il a convert chaque testicule. Cette opération a été couronnée d'un plein succès.

Enfin, après avoir cité tant de beaux résultats de sa pratique chirurgicale, M. Le Brun n'a fait qu'ajouter plus de prix à son travail en nous faisant connaître un cas où il avait commis une erreur de diagnostic, erreur qui a certainement précipité la terminaison fatale, mais qui, comme le pense très-bien M. Lebrun, n'en était nullement la cause. Le sujet de cette observation intéressante est un homme âgé de 30 ans, qui portait depuis quelques mois, au dessous du grand trochanter, une tumeur du volume du poing. Son accroissement fut local et progressif; elle paraissait être mobile; du reste il y avait une absence complète de douleur; la peau avait conservé sa coloration normale. M. Lebrun a cru y reconnaître une légère fluctuation. La santé générale du malade était très-bonne; il n'accusait aucune douleur, et insistait sur l'opération. Après avoir fait une incision longitudinale sur la tumeur, qu'il croyait être de nature méliçérique, M. Le Brun a disséqué les deux lambeaux de la peau, et puis, ayant incisé dans le même sens la pointe de la tumeur, il a vu s'écouler du liquide inodore et purulent. Ayant examiné la poche avec le doigt, il y a trouvé un morceau de l'os, de nature spongieuse, et complétement détaché. L'erreur du diagnostic fut immédiatement reconnue. La fièvre hectique s'empara du malade, et l'emporta le dixième jour. L'autopsie a démontré une destruction assez étendue des corps des deux dernières vertèbres lombaires, et la communication du foyer principal avec la poche sus-trocantérienne, au moyen des trajets fistuleux.

Nous terminons cette courte analyse du travail de M. Le Brun, en engageant cet honorable confrère et compatriote à persister dans ses louables efforts. Si d'autres praticiens aussi distingués que M. Le Brun en faisaient autant, la Pologne pourrait être dédommagée de la perte qu'elle a subie par l'abolition de l'école de médecine à Varsovie, provoquée par les derniers événemens politiques, et certes il aurait bien mérité de la science.

RACIBORSKI, D.-M. P.

VARIÉTÉS.

— La Société médico-pratique de Paris a tenu, le 27 septembre, sa séance publique. Voici le resultat du double concours qu'elle avait ouvert sur l'*iritis*.

Premier concours.

1° Prix (médaille d'or de 500 fr.) partagé entre MM. les docteurs F. Flarar, professeur d'ophthalmologie à Pavie, et C.-J. Carron du Villards, chirurgien du dispensaire ophthalmique à Paris.

2° Médaille d'encouragement en argent, à M. le docteur P. Pamard, chirurgien en chef des hôpitaux civils et militaires d'Avignon, professeur de clinique chirurgicale, etc., à Avignon.

3° Une mention honorable à M. le docteur Bourjot St-Hilaire, ancien chef de clinique à l'Hôtel-Dieu de Paris.

Deuxième concours.

Prix (une médaille d'or de 500 fr) à M. le docteur F.-A. d'Ammon, professeur à l'Académie médico-chirurgicale de Dresde.

La Société médico-pratique avait reçu pour ce concours brillant et tout-à-fait remarquable huit mémoires; et comme parmi ceux qui n'ont point été couronnés, il n'y a pas un travail qui ne présente un haut intérêt, elle a voté des remerciemens publics aux auteurs qui lui sont restes inconnus.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

PARIS. — IMPRIMERIE ÉVERAT ET COMPAGNIE, RUE DU CADRAN, N° 16.

N° 43. (TOME IV. — 1836.) SAMEDI 22 OCTOBRE 1836.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La Gazette médicale de Paris (*Gazette de santé* et *Clinique des hôpitaux* réunies) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et équivaut à 6 feuilles in-8°. Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois. Pour l'Étranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Poissonnière*, n° 5, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

PATHOLOGIE EXTERNE.

MÉMOIRE SUR LA DÉTERMINATION DES DIVERSES ESPÈCES DE LUXATIONS DE LA ROTULE, LEURS SIGNES ET LEUR TRAITEMENT; par J.-F. Malgaigne, professeur agrégé à la Faculté de Paris, chirurgien du bureau central.

(Quatrième et dernier article. — Voir les n°. 28, 30 et 36.)

VI. Luxations de champ ou verticales.

Il reste enfin, pour compléter l'histoire des luxations accidentelles de la rotule, à traiter d'un déplacement que son étrangeté a fait longtemps révoquer en doute par les pathologistes; je veux parler de cette singulière luxation *de champ*, dans laquelle la rotule fixée sur le fémur par un de ses bords, se dresse perpendiculairement sur cet os, ses faces antérieure et postérieure étant devenues interne et externe. Si l'on ouvre les principaux traités de chirurgie, on trouve que Moscati est le premier qui en ait parlé; après lui, Manne et Léveillé n'en ont dit un mot qu'avec l'air du doute; Boyer va plus loin et soutient qu'elle est impossible; Delpech, sir A. Cooper, Sam. Cooper, Chélius, la passent sous silence. Enfin Monteggia, qui en mentionne quelques cas, la regarde du moins comme probablement plus rare que les luxations incomplètes ou obliques.

On n'en cite point d'exemple observé avant le milieu du dernier siècle, et Abbondio Gelodi, chirurgien à l'hôpital de Milan, paraît l'avoir rencontrée ou du moins reconnue le premier. Un second cas s'en présenta à Florence en 1777; Manzotti raconte qu'un chirurgien de cette ville en communiqua l'observation à l'Académie royale de chirurgie, avec une autre dont le sujet était une religieuse; mais les chirurgiens de Paris refusèrent d'y croire (1). Aujourd'hui, malgré le silence gardé par les principaux écrivains, les observations de ce genre sont devenues assez nombreuses, non seulement pour ôter toute espèce de doute, mais encore pour permettre d'en tracer une histoire à peu près complète.

Bien qu'elles ne semblent, ainsi que je l'ai dit, qu'une variété des luxations incomplètes, elles diffèrent d'abord des simples luxations obliques, en ce qu'elles se font aussi bien du côté interne que du côté externe; nous trouverons même un plus grand nombre de déplacemens en dedans qu'en dehors. J'entends par *luxation verticale interne*, celle où la rotule a été poussée en dedans, et où sa face postérieure regarde de ce côté; les circonstances opposées font la *luxation verticale externe*. Quant aux causes, ce sont toutes celles des luxations obliques,

(1) Voyez Monteggia, *Instituzione chirurgiche*.

Feuilleton.

LETTRE MÉDICALE SUR PARIS.

Mon cher confrère.

Nous vous devrions quelques excuses pour l'assez longue interruption de notre correspondance; mais comme ces excuses vous sembleraient probablement assez peu satisfaisantes, nous préférons entrer brusquement en matière, et franchir la lacune par un *saltum* au lieu de chercher à en rejoindre maladroitement les deux bouts. En supposant donc que notre conversation n'a pas été interrompue, voici ce que nous avons de plus nouveau à vous dire.

Premier point. L'Académie royale de médecine est, en ce moment, en grand travail pour la nomination d'un membre titulaire pour la section de pathologie interne. Une nomination est toujours une grande affaire dans une société académique, ainsi que dans toutes les corporations, savantes ou non. C'est dans ces occasions seules que le corps tout entier entre véritablement en action, et se meut dans toutes ses parties. Les questions scientifiques les plus palpitantes, pour parler en bon classique, n'en agitent guères que la surface; les masses plus profondes ce reçoivent à peine quelque obscur contrecoup qui ne peut rompre leur somnolente quiétude. Une élection, au contraire, est un ingrédient énergique qui fait circuler la vie jusque dans les parties les moins excitables du système. L'Académie la plus ennuyeuse et la plus ennuyée prend dans ces circonstances une attitude inaccoutumée. Si vous entrez le jour décisif dans ces paisibles enceintes, vous y remarquerez au premier coup-d'œil *un air d'événement* : Ce jour-là les aveugles voient, les sourds entendent, les muets parlent, les boiteux marchent. Vous apercevez çà et là des visages inconnus intercalés aux figures stéréotypées des séances ordinaires, l'économie intérieure des places est bouleversée par ces troupes auxiliaires arrachées de leur retraite et amenées sur le champ de bataille; des groupes se forment, un chuchotement rapide mêlé d'éclats de voix parcourt les bancs depuis la montagne jusqu'à la plaine, des billets passent de main en main, se croisent en tout sens, et établissent un courant de mystérieuses communications entre les deux pôles de l'assemblée; des serremens de main expressifs, des gestes cabalistiques, des saluts significatifs, sont échangés avec la rapidité de l'éclair. Ces prodrômes généraux, symptômes de la réaction intérieure, cessent au premier coup de la sonnette officielle qui, ce jour-là, grossit sa petite voix et s'étonne d'être écoutée. Les yeux fixes sur l'urne, l'assemblée et le public, *ora tenentes et arrectis auribus*, suivent avec anxiété le dépouillement du scrutin. Le résultat une fois proclamé, les vainqueurs se félicitent, les vaincus s'écoulent sans bruit, les bancs se dégarnissent, et tout retombe dans le silence et l'immobilité.

Ceci s'applique à toutes les élections possibles, et l'Académie de médecine est sous la loi commune. Elle approche en ce moment d'une de ces crises dont l'opération du scrutin est le *summum* et la fin, mais qui sont toujours précédées d'une

un choc sur le bord interne de la rotule ou sur son bord externe, ou une forte contraction musculaire. Cette dernière cause est plus difficile à concevoir que la première; et le mécanisme du déplacement demeurerait explicable, si l'on n'admettait des contractions spasmodiques partielles des muscles qui s'insèrent à la rotule.

Les symptômes sont faciles à saisir; peut-être y aurait-il seulement quelque difficulté à reconnaître si c'est bien le bord interne ou le bord externe de la rotule qui appuie sur le fémur; mais la torsion du tendon extenseur et du ligament rotulien ne laissera sur ce point aucun doute. La jambe est plus ou moins étendue; cependant, comme la torsion des muscles est plus grande, et que leur contraction a été probablement plus énergique, l'extension absolue paraît plus fréquente ici que dans les luxations obliques.

La réduction est généralement très-difficile; toutefois, chose remarquable, ici comme pour les luxations obliques, la cause du déplacement exerce une réelle influence, et la luxation due à des contractions musculaires est bien plus aisée à réduire. En voici un premier exemple.

LUXATION VERTICALE EXTERNE PRODUITE PAR L'ACTION MUSCULAIRE; RÉDUCTION FACILE; par M. MARTIN, de Lyon (1).

OBS. XVIII. — Mademoiselle de Bec-de-Lièvre, âgée de 15 ans, d'une moyenne stature et ayant peu d'embonpoint, était arrivée au cinquième jour d'une rougeole bénigne, lorsque, le 20 février 1829, en se retournant dans son lit et rapprochant sa jambe droite de la gauche, elle éprouva dans le genou droit une espèce de craquement suivi bientôt d'une douleur violente qui lui fit pousser des cris aigus. Appelé pour lui donner des soins, M. Martin trouva le membre dans un état d'extension forcée, et le genou déformé par un déplacement de la rotule. Le bord interne de cet os était en contact avec la partie antérieure et moyenne de la poulie articulaire du fémur, et son bord externe faisait saillie en avant et au-dessous de la peau, sa face postérieure était dirigée en dehors, et sa face antérieure en dedans; le côté externe de l'articulation offrait une dépression dans laquelle trois doigts réunis pouvaient facilement se loger; le côté interne présentait une saillie convexe, formée évidemment par une partie de la face antérieure de l'os déplacé. Tout le membre était porté dans le sens de l'abduction, et les muscles extenseurs se trouvaient violemment tendus; le moindre changement dans la position du membre excitait de vives douleurs, et le toucher n'en produisait que sur le ligament inférieur de la rotule. Quoique la luxation existât depuis quatre heures, on n'observait ni engorgement ni ecchymose dans l'articulation.

Pour réduire cette luxation, M. Martin fit fléchir la cuisse sur le ventre, afin de mettre les muscles extenseurs dans un état de relâchement; puis il saisit fortement la rotule avec les deux mains, et l'attirant à lui dans le sens de sa position vicieuse, il lui imprima ensuite un mouvement de bascule et la fit rentrer dans sa position naturelle.

L'auteur en terminant fait observer que les articulations du genou étaient peu relâchées, les rotules d'un petit volume et d'une extrême mobilité, et qu'enfin la malade, quelques mois auparavant et à la suite de longues courses, avait éprouvé, dans le genou, des douleurs que le repos suffisait à faire cesser mais qui étaient revenues à plusieurs reprises. Il existait donc très probablement un relâchement des ligamens qui explique à la fois et la facilité de la luxation et la facilité de la réduction. Je ne m'arrêterai point à l'assertion de l'auteur touchant le siége que, selon lui, occupait le bord interne de la rotule; il est démontré désormais que dans toutes ces luxations obliques ou verticales, c'est le creux sus-condylien qui reçoit l'un des angles de l'os luxé. La précaution prise par le chirurgien de soulever la rotule avant de la faire basculer, eût été absolument inutile, si elle n'avait reposé que sur la poulie cartilagineuse.

Dans l'observation suivante, il ne paraît pas que la luxation ait été favorisée par la laxité des ligamens; la réduction a cependant été presque aussi facile.

LUXATION VERTICALE EN DEDANS; RÉDUCTION FACILE; par ROUSSELOT (1).

OBS. XIX. — Le 26 ventôse de l'an IX, on conduisit à l'ambulance dont j'étais chargé dans une des divisions de l'armée d'Italie, un soldat de la 96e demi-brigade, qui, la veille, vers les dix heures du soir, était tombé sur les genoux au-delà d'un fossé qu'il venait de franchir. Aussitôt après cette chute, il se plaignit d'une vive douleur au genou droit, et de ne pouvoir fléchir la jambe du même côté, qui était dans l'extension. Ce fut sur les huit heures du matin qu'on le transporta à l'ambulance, où l'examen attentif de son genou me fit reconnaître une luxation *complète* de la rotule droite. Placé de champ sur la trochlée articulaire du fémur, cet os avait son bord externe situé exactement en arrière et au milieu de cette trochlée; l'interne était très-saillant sous les tégumens. De ses deux faces, la postérieure était devenue interne, tandis que l'antérieure était externe. Le malade étant couché sur le char (sorte de charriot en usage en Italie), qui avait servi à le transporter, je donnai au membre affecté une position horizontale dans laquelle il fut assujéti... Ensuite, avec les pouces de mes mains appliqués sur la face antérieure de la rotule, près de son bord qui soulevait la peau, je poussai cet os en dedans. Sa réduction, que j'obtins bientôt, mais en employant des efforts assez considérables, me fut annoncée par le bruit qu'il fit entendre en se replaçant, par le soulagement que le malade me témoigna éprouver, et enfin par la possibilité de fléchir la jambe sur la cuisse.

Des compresses trempées dans de l'eau tenant en solution du muriate de soude, et appliquées sur le genou encore exempt de gonflement, y furent maintenues à l'aide de quelques tours de bande. Le malade fut évacué de suite sur les hôpitaux voisins, pour s'y reposer et recevoir les autres secours dont il a pu avoir besoin.

J'ai laissé subsister, en la soulignant, cette expression de *luxation complète*, qui était bien dans l'esprit de l'auteur; car il déclare qu'il n'a trouvé d'autres exemples de ce déplacement que les deux observations de Valentin, qu'il prend aussi pour des luxations de champ. Il est trop évident qu'il confond les choses les plus dissemblables.

Je regarde comme très-vraisemblable que la luxation a eu lieu plutôt par contraction des muscles que par un choc du genou en terre; et nous verrons tout-à-l'heure une luxation du même genre, également en dedans, se produire par le même mécanisme. Ce n'est pas d'ailleurs uniquement dans les luxations par effort musculaire que la réduction se fait aisément; dans le fait suivant, communiqué par M. Lesteur à l'Athénée de Paris, la cause, bien qu'assez légère, était tout extérieure.

LUXATION VERTICALE INTERNE PAR UN CHOC EXTÉRIEUR; RÉDUCTION FACILE (2).

OBS. XX. — Mademoiselle A. N..., âgée de 20 ans, d'une bonne constitution, couchait habituellement avec une de ses sœurs un peu plus jeune qu'elle. Cette dernière voulant descendre du lit la première, frappa d'un coup de talon le genou de sa sœur qui restait couchée. Celle-ci avait la cuisse et la jambe dans la plus grande extension, afin de faciliter le passage à sa compagne. Dans cette position les muscles attachés à la rotule facilitèrent par leur relâchement le déplacement de cet os qui resta de *champ* dans une situation entièrement verticale.

M. Lesteur, appelé peu de temps après cet accident, trouva le bord interne de

(1) Archives générales de médecine, t. 20, p. 259.

(1) Rousselot, *Dissert. sur les luxations de la rotule*, thèse inaugurale, Paris, 1804.

(2) *Journal de médecine de Sédillot*; t. 38, p. 228.

---

sorte d'incubation. Cette première période n'est pas moins remarquable que l'autre, bien que les phénomènes en soient plus occultes. C'est le moment des préparatifs de la lutte; les divers partis essaient leur force dans l'ombre, font le dénombrement de leurs amis et de leurs adversaires, et se livrent à des calculs souvent trompés, hélas! par le résultat; les prétendans de leur côté entreprennent le siége de la place de deux manière différentes; premièrement de front et en masse par des lectures appropriées à la circonstance, et par l'exhibition publique de leurs titres, sortes de panégyriques consacrés par l'usage, rédigés en conscience et auxquels il ne manque rien. Secondement, par voie détournée et oblique, au moyen des sollicitations, recommandations, considérations, etc... Chaque Académicien est ainsi l'objet d'un siége particulier, et le point de mire de tous les prétendans, ce qui doit être assez fatigant quand on pense que le nombre des concurrens est d'ordinaire assez considérable; Dans la circonstance actuelle, il paraît que la foule menaçait d'être plus forte encore que de coutume, et que la masse des assiégeans grossissait à vue d'œil dans une proportion si effrayante, que l'Académie sérieusement alarmée, a jugé à propos de parer, coûte que coûte, à ce péril imminent. Elle s'en est tirée au moyen d'une manœuvre stratégique des plus simples et des plus habiles. La section de pathologie interne, chargée de dresser la liste des candidats, embarrassée déjà probablement du trop plein de ses cartons, et prévoyant que la moindre temporisation porterait l'encombrement au-delà de toute mesure, et rendrait le triage impossible, s'est décidée à former sans délai sa liste de présentation et à rédiger son rapport; en d'autres termes, elle a fermé la porte au nez aux *tarde venientibus*. Nous connaissons un assez bon nombre de ces retardataires tout penauts, comme vous pensez bien, de leur mésaventure; il leur reste pourtant la ressource de pouvoir dire que sans cet anicroche imprévu leur affaire était faite et leur nomination assurée; et leurs amis peuvent leur répondre hardiment en leur serrant la main que la chose était indubitable.

Vous vous étonner peut-être qu'il y ait tant de presse pour une place d'Académicien? c'est une de ces choses dédaignées de bouche, mais convoitées de cœur. Leur valeur intrinsèque, appréciée par une haute philosophie, paraît sans doute bien mince; car, qu'est-ce en définitive qu'un académicien, je vous prie? Et pourtant, ce titre si futile et si insignifiant en théorie est en fait un objet très-positif et très réel d'ambition et d'envie. Celui qui ne fut rien, *pas même académicien*, prouvait par son épigramme même qu'il n'était pas de bonne humeur en écrivant sa rancunneuse épitaphe. Il est donc certain, chose horrible à dire, mon cher confrère, que tous, tant que nous sommes, grands et petits, nous voulons être académiciens. L'habit brodé, le chapeau à plumes et l'épée nous tentent, à proportion, ce semble, du ridicule qui y est attaché. Il suffit que ce ridicule n'appartienne pas à tout le monde, et qu'il soit un privilége. Il y a dans le fond de notre physiologie morale des replis secrets que les plus grands anatomistes du monde ne parviendront jamais à dérouler, et des tendances qu'aucun apophtegme de philosophie morale ne saurait balancer. Ainsi donc, vous devez regarder comme une loi invariable l'axiôme suivant: Tout homme de lettres veut être de l'Académie française, tout physicien, mathématicien, etc., veut être de l'Académie des sciences; tout philologue, archéologue, etc., veut être de l'Académie des inscriptions; tout médecin veut être de l'Académie de médecine; et il en sera toujours ainsi *in secula seculorum*. Mais ces belles moralités nous écartent de notre sujet: revenons-y au plus vite.

Les candidats présentés par la section académique, à la suite de cette mesure d'urgence dont je viens de vous parler, sont au nombre de six: MM. Joly, Dubois

la rotule faisant une saillie de toute sa largeur, soulevant la peau et les parties ligamenteuses dans une étendue proportionnée à son élévation; le bord externe appuyé de *champ* sur le milieu de l'articulation du genou, et reposant sur la coulisse du fémur; la peau était également déprimée des deux côtés, où elle offrait un enfoncement très-marqué. Il n'était point survenu d'engorgement; la jeune personne était maigre, et on put distinguer sans peine la face externe de la rotule. Ce fut dans le sens de la situation naturelle que les mouvemens furent dirigés pour opérer la réduction. M. Lesteur éprouva la plus forte résistance de la part des muscles violemment contractés. Il fit faire l'extension de la jambe sur la cuisse, fatigua les muscles qui s'attachent à la rotule par un allongement soutenu pendant quelque temps, et les mit dans le plus grand relâchement en même temps qu'il soulevait cet os pour le dégager de la coulisse du fémur. Rien ne s'opposa plus à la réduction, qui eut lieu de suite. Comme il n'était survenu ni raideur, ni gonflement, aucun bandage ne fut appliqué; dès le jour même la malade eut la permission de quitter son lit.

Quelle est donc la cause qui a tellement facilité dans ces cas une opération que nous allons voir si difficile dans toutes les observations qui nous restent à parcourir? Il est bien difficile de le dire, à moins d'admettre une laxité de la capsule qui ait permis à l'os de se mettre en position verticale sans trop la tirailler, ou bien encore une cause de déplacement si peu intense que la rotule soit simplement superposée sur le creux sus-condylien, sans y être aussi fortement engagée. J'admets ici en effet que, à part cet engrénement de l'angle rotulien qui a labouré le tissu spongieux du fémur, les portions latérales de la capsule demi déchirées et fortement tendues dans ce qui en reste, contribuent à maintenir la rotule ainsi perpendiculairement placée, sans lui permettre de bouger d'un côté ni de l'autre. Les muscles sont ici presque sans influence; qu'on étende ou qu'on fléchisse la cuisse sur le bassin, la difficulté reste la même; ce phénomène unique peut être dans l'histoire des luxations trouve la démonstration la plus complète et en même temps la plus déplorable dans l'observation qu'on va lire.

LUXATION VERTICALE EN DEHORS, PRODUITE PAR UN CHOC VIOLENT; ESSAIS DE RÉDUCTION INUTILES; SECTION DES MUSCLES ET DU LIGAMENT ROTULIENS EN TRAVERS; RÉDUCTION IMPOSSIBLE; MORT; par M. WOLFF, médecin du corps royal des cadets à Berlin (1).

OBS. XXI. — Le hussard de la garde, Daniel Steinbach, vigoureux, âgé de 20 ans, allant tranquillement au pas, fut jeté le 22 décembre 1823 contre son voisin de gauche par un saut inattendu du cheval. Le genou gauche fut heurté, et Steinbach y éprouva une si vive douleur qu'il se sentit hors d'état de rester en selle; on l'enleva avec précaution de dessus son cheval, et on le transporta du manége dans un hôpital militaire peu éloigné.

Il fut examiné aussitôt après son arrivée, et l'on reconnut que la rotule gauche était luxée et à demi-retournée, de sorte que son bord interne était fixé dans l'enfoncement formé par les condyles du fémur, que l'externe faisait saillie sous la peau, et que la face antérieure regardait en dedans et la postérieure en dehors. Comme il n'y avait point encore de tuméfaction, il fut facile d'établir ce diagnostic; et outre que la ligne moyenne qui règne sur la face postérieure de la rotule faisait reconnaître cette face, le tendon commun des extenseurs de la cuisse et le ligament de la rotule fortement tendus et tournés en dedans décidaient du sens de la luxation. La forme et les mouvemens de l'articulation du genou étaient par là grandement altérés. La rotule, placée de *champ*, formait une saillie considérable terminée en pointe, qui tendait la peau, pas assez cependant pour qu'on n'y pût pas faire un pli. La jambe était complètement tendue, la flexion était presque impossible et très douloureuse pour le blessé; et il en était de même quand d'autres essayaient de la produire. Tant que le membre restait dans l'extension, Steinbach n'éprouvait presque aucune douleur.

Le diagnostic fut, que la rotule à demi retournée sur son axe longitudinal était enclavée entre les condyles du fémur, et maintenue dans cette position par la tension du tendon des extenseurs de la cuisse. L'indication était de faire cesser autant qu'il était possible la tension des extenseurs, de retirer la rotule de son enclavement et de la tourner de dedans en dehors.

Pour cet objet la jambe étendue fut soulevée par des coussins; au milieu de la cuisse on appliqua un lacs, et à l'aide de deux anses latérales qu'il présentait, on tira en bas les parties molles autant qu'il fut possible. Je saisis la rotule de façon que mes deux pouces étaient placés sur la face postérieure tournée alors en dehors, et les autres doigts sur l'antérieure tournée en dedans. Je cherchai à retirer l'os que je tenais fortement et à le tourner.

Néanmoins ces tentatives, bien qu'elles fussent répétées souvent et que j'eusse combiné avec soin les différens mouvemens, restèrent sans résultat, et je ne pus pas ébranler le moins du monde la rotule dans sa position. Je fis alors de nouveaux essais en fléchissant médiocrement la jambe; car une plus grande extension que celle que j'avais donnée d'abord était impossible, mais je ne réussis pas davantage; et en raison des vives douleurs que ces efforts occasionnaient au blessé, je n'y revins plus...

Il se présentait ici une question. Fallait-il provisoirement laisser les choses dans l'état où elles se trouvaient, pour reprendre plus tard après des préparations convenables les tentatives jusqu'alors infructueuses de réduction? ou fallait-il, après avoir coupé les parties qui fixaient la rotule (le tendon commun des extenseurs de la cuisse et le ligament rotulien), dégager la rotule de son enclavement entre les condyles du fémur et la rétablir dans sa position naturelle?

Outre l'extension et l'élévation de la jambe et un bandage expulsif appliqué sur la cuisse dans le cas où l'on s'abstiendrait de toute opération, je comptais particulièrement sur le froid, dont l'action physique devait diminuer l'enclavement. Mais à un pareil traitement on pouvait objecter: qu'après l'inflammation toute tentative de réduction serait plus douloureuse et plus dangereuse, qu'il fallait prendre en considération la position vicieuse de la rotule comme excitant et entretenant l'inflammation; que sa pression sur les cartilages articulaires en amènerait l'érosion et produirait, comme l'autopsie le démontra plus tard, la dénudation des condyles et leur ankylose avec la rotule, accident qui rendrait la maladie incurable et le membre à jamais inutile. L'opération au contraire me semblait aisée, peu douloureuse, et elle ne devait pas entraîner, si on la pratiquait avec précaution, des suites plus fâcheuses que l'extraction des corps étrangers qui se forment quelquefois dans l'articulation du genou.

Je me décidai donc à faire une incision longitudinale, que je pratiquai, après avoir fait un pli dans la peau, immédiatement au-dessus du bord de la rotule: elle commençait à un pouce au-dessus de cet os et s'étendait jusqu'à l'épine du tibia. Le tissu cellulaire sous-cutané et les fibres aponévrotiques qui du tendon du triceps vont à la rotule furent divisés, et le tendon commun mis à nu. Je le coupai à petits coups dans le point de son insertion à la rotule. La capsule articulaire parut intacte. Aussitôt j'essayai de remettre en place la rotule, mais ce fut en vain. Alors je divisai à son attache au tibia le ligament rotulien, tendu aussi, bien qu'à un moindre degré que le tendon des extenseurs. Mais à mon grand chagrin, je reconnus que la rotule séparée de toutes ses attaches tendineuses était aussi immobile qu'auparavant. Le malade, qui n'avait témoigné presque aucune sensibilité lors des incisions, se plaignait vivement durant ces efforts de réduction, et j'y renonçai du moment que j'en eus reconnu l'inutilité. La perte de sang avait été tout-à-fait insignifiante; la plaie fut réunie par suture; la jambe étendue et maintenue dans l'élévation; et les muscles extenseurs de la jambe que jusqu'alors des aides avaient comprimés et poussés en bas avec leurs mains, furent tenus en contact au moyen d'un bandage expulsif. Après l'application de l'appareil, on pratiqua une saignée de dix huit onces, on mit 40 sangsues sur l'articulation, et on entretint aussi long-temps qu'il fut possible l'écoulement du sang. Alors on couvrit le genou avec de la glace, et on prescrivit à l'intérieur une solution de sel de Glauber et de nitre.

Le soir, le malade était bien; mais des douleurs lancinantes dans l'articulation l'empêchèrent de dormir. Le lendemain le pouls devint plus fréquent (saignée de 12 onces); peu de sommeil. Le troisième jour, pouls fréquent, petit, peu régulier; langue sèche; tête très-embarrassée; les yeux troubles; découragement. Ni rougeur, ni tumeur au genou. La douleur d'abord concentrée dans l'articulation, ne se faisait plus sentir que dans le trajet de l'incision. Les bandelettes enlevées, on trouva la plaie réunie hors à l'angle supérieur, d'où s'écoula par une petite ou-

(1) Extraite du *Rust's Magazin*; *Journal hebdomadaire*, janvier 1829, p. 85.

(d'Amiens), Leuret, Téallier, Trousseau et Voisin. La plupart de ces noms vous sont connus; ils sont tous fort honorables; et pour aller un peu trop vite, on ne peut pas dire que le comité ait mal employé son temps. Non-seulement nous n'avons rien à objecter à ces présentations en général, mais nous serions disposés encore à souhaiter l'intrusion de chacun de ces candidats dans le *docto corpore*. Les motifs, certes, ne nous manqueraient pas. Ainsi, par exemple, nous dirions volontiers que M. Dubois (d'Amiens) est un de nos meilleurs écrivains médicaux, une de nos réputations littéraires et académiques les mieux établies; et qu'en outre il y aurait un mérite d'à-propos à l'indemniser de l'échec qu'il vient d'essuyer au bureau central.

Quant à M. Joly, nous dirions seulement que c'est un des vétérans de la presse médicale périodique, bien que ce fût là peut-être une pauvre recommandation auprès de l'Académie, s'il fallait en croire quelques-uns de ses membres qui, ayant peur du journalisme ou des journalistes, voudraient faire passer leur peur pour du mépris.

M. Leuret aurait une mention spéciale, car indépendamment de ses très-beaux travaux en pathologie et en physiologie qui l'ont placé parmi les observateurs les plus originaux et les plus sagaces de notre temps, nous aurions des raisons toutes particulières de nous intéresser à sa réussite, car il est de nos collaborateurs et de nos amis; et nous l'aiderions, (car il faut s'entr'aider) *unguibus et rostro*, si nous n'étions certains que notre éloquence ne serait pas capable de lui gagner un dixième de voix de plus.

M. Téallier nous est présenté comme un praticien distingué, auteur d'un ouvrage intéressant publié il y a peu de temps.

M. Trousseau a fait depuis longtemps ses preuves dans des travaux variés qui marquent la souplesse de son esprit et de son talent. Il vient tout récemment encore de recevoir un prix des mains de l'Académie.

Quant à M. Voisin, on s'accorde à reconnaître en lui un orateur élégant, plein d'enthousiasme et de sensibilité, philosophe et philantrope. Il a, comme on disait autrefois, le *feu sacré*; il croit au progrès, à l'abolition de la peine de mort et à la fraternité universelle. C'est donc un esprit des plus avancés. Il est auteur de plusieurs écrits qui ont des admirateurs. En voilà certes déjà plus qu'il n'en faut, mais un motif bien autrement fort pour nous de souhaiter la nomination de M. Voisin, c'est qu'il est un des phrénologistes les plus solides du moment, une des plus fermes colonnes du temple cranologique; or il n'y a pas de doute que, rempli comme il est, en bon croyant, d'esprit de propagande et d'humeur disputante, il jetterait bientôt son gant au travers de la docte assemblée, ce qui nous procurerait le plaisir d'entendre de nouveau les spirituelles boutades de M. Rochoux, les accens plaintifs et attendrissans de M. Amussat, le timbre sonore et expressif de M. Bouillaud, la parole facile, insinuante et de bon goût de M. Ferrus, et de voir encore une fois M. Broussais, escorté de ses fidèles et balançant sa tête, traverser majestueusement la salle *quærens quem devoret*.

Je ne puis d'aucune façon vous indiquer le résultat probable de l'élection. Vous en serez du reste instruit bientôt, car elle aura lieu peut-être dans la prochaine séance. Je passe maintenant à un autre sujet.

Deuxième point. Le bruit court, et je peux vous dire que le bruit est vrai, que la commission chargée par le gouvernement de rédiger un projet de loi sur la réorganisation de l'enseignement et de l'exercice de la médecine, a fini son travail et l'a présenté au ministre de l'instruction publique. Lorsque cette important document sera public et mis sous les yeux des chambres, il sera temps d'en exa-

verture un liquide composé en partie de synovie, en partie d'une sanie ténue et inodore. Cependant le lendemain, quatrième jour, mieux sensible; le pouls seul donnait toujours 116 pulsations. Toute la plaie était cicatrisée; et chose singulière, c'était dans son trajet que le malade ressentait la douleur; la pression même n'en développait point dans l'articulation; mais le moindre mouvement l'y réveillait très-vive. Le gonflement était médiocre.

Le mieux continua les jours suivans. Mais l'angle supérieur de l'incision se r'ouvrit et laissa écouler du pus épais mêlé de synovie. La sonde pénétrait dans cette ouverture en bas et en arrière dans l'étendue d'un pouce, et donnait au tact la sensation d'un fond mou. La douleur reprit son siége dans le bord rotulien externe et dans le condyle externe du tibia; et delà se propagea bientôt aux condyles internes du tibia et du fémur; les autres signes de l'inflammation apparurent, et furent combattus avec succès par deux applications de sangsues et des frictions mercurielles locales. Dans le courant de janvier, le malade commença à maigrir; il avait le soir de la fièvre, le matin des sueurs.

A l'aide du nitrate d'argent, je forme une ouverture de la largeur d'une pièce de 40 sous au côté interne de l'articulation. Pour la commodité du malade je fais placer la jambe sur la balançoire de Sauter. (Décoction de quinquina à l'intérieur.)

Le 22 janvier, écoulement abondant de pus par la petite ouverture qui est sur le trajet de l'incision. Ce pus vient de haut en bas; il est épais, sans odeur, semblable au pus des abcès, et ne noircit pas la sonde d'argent. Peu de douleurs; la balançoire est fort commode au malade. Les jours suivans, la quantité de pus va jusqu'à deux livres dans les vingt-quatre heures. Ce pus contient des caillots de sang et il a l'odeur de vieux fromage. La sonde introduite dans l'ouverture ne rencontre aucun corps dur. (Injections d'une infusion concentrée de fleurs de camomille.)

Dans un mouvement du malade il se produit une hémorrhagie, qui fut arrêtée par des fomentations et qui ne se reproduisit plus.

Au côté interne du genou, à l'extrémité inférieure du muscle vaste interne, il se forme un vaste abcès que l'on ouvre et qui fournit environ cinq onces de pus. La sonde montre une communication entre cet abcès et la fistule qui existait déjà. Le mouvement fébrile persiste, et l'amaigrissement fait des progrès.

Pour ne pas fatiguer le lecteur par un récit trop détaillé, je remarquerai seulement que dès lors il n'y eut que des changemens peu importans dans l'état du genou. On découvrit que le foyer purulent qui se vidait par les deux ouvertures avait son siége à la partie postérieure de la cuisse, dans l'espace triangulaire formé par la bifurcation de la partie inférieure de la ligne âpre. On ne put y faire parvenir la sonde; mais les injections et la direction dans laquelle on faisait couler le pus par la compression, indiquaient sa situation et son étendue. L'immobilité du membre en était évidemment la cause; et l'impossibilité d'y remédier en augmentait les fâcheux effets. La quantité de pus resta à peu près la même; elle n'était pas assez considérable pour épuiser le malade. Il n'éprouvait de douleur que quand par inadvertance il remuait la jambe. La forme de l'articulation ne changea point, excepté que la rotule s'inclina encore un peu plus en dehors.

Au mois de mars survinrent des symptômes d'une inflammation chronique de la membrane muqueuse des intestins. Les forces du malade tombèrent, et depuis ce moment ne se relevèrent plus. En septembre il s'établit une anasarque, et plus tard une ascite. Le 18 novembre 1824, par conséquent onze mois après l'accident, le malade mourut. Depuis le mois de mars, il ne s'était pas présenté un seul moment favorable à l'amputation.

Autopsie. Les organes de la poitrine furent trouvés sains. La quantité de liquide que contenait le péritoine était assez considérable. La membrane muqueuse des intestins présentait en plusieurs points des traces de l'inflammation qui y avait existé. Les deux reins étaient pâles et flétris, et leurs mamelons étaient changés en une substance semblable au fongus médullaire.

Dans la cavité de la capsule articulaire, il ne se trouva qu'un peu de pus ténu. Elle était plus épaisse que dans l'état ordinaire, et fortement adhérente au tissu cellulaire qui la recouvrait entièrement. Les cartilages qui revêtent les condyles du fémur avaient disparu dans l'enfoncement qui existe entre eux, et à la partie antérieure et inférieure de leur surface; à la partie postérieure il en restait encore des traces. Sur les condyles du tibia, les cartilages s'étaient conservés dans une bien plus grande étendue. Les parties osseuses dépouillées de leurs cartilages étaient raboteuses, mais elles n'étaient pas profondément érodées. La rotule dont le cartilage était aussi détruit en grande partie, était remarquablement plus petite que celle du côté sain. Sa base était ankylosée avec le fémur, entre les condyles de cet os, dans la direction que j'ai décrite plus haut, de telle sorte qu'elle y tenait surtout par son bord interne. Je remarquai une ankylose moins solide et moins étendue entre le bord interne du condyle interne du fémur et la partie correspondante du tibia.

Les ouvertures fistuleuses qui existaient à la partie antérieure et interne du genou conduisaient dans un canal qui s'étendait sous le muscle vaste interne en arrière du fémur. Là se trouvait une vaste cavité, dont le fond s'appuyait sur le condyle interne de l'os de la cuisse et dont la pointe allait jusqu'au milieu de cet os; elle suivait le trajet de la ligne âpre, dépouillée en grande partie de son périoste et cariée superficiellement en plusieurs points. Du reste, le fémur était sain.

Il est à regretter que dans cette autopsie l'auteur ait été si sobre de détails sur le point précis qu'occupait la rotule et sur l'état des ligamens. Dans les réflexions qu'il joint à l'observation, il ne s'enquiert nullement d'où venaient ces difficultés insurmontables; il ne s'occupe que de la cause de la mort, qu'il attribue bien moins à son opération qu'à l'enclavement persistant de la rotule. Il est certain que cet enclavement a dû entretenir, dans l'articulation ouverte, une inflammation aussi opiniâtre que sa cause, et qu'en effet l'ouverture d'une articulation est bien moins grave quand on peut remettre en place les os qui la forment. Mais nous verrons plus loin qu'une luxation toute pareille de la rotule, abandonnée à elle-même, n'a produit aucun de ces graves accidens.

Du reste, cette observation prouve surabondamment ce que je voulais établir, qu'ici la contraction musculaire a peu ou point d'influence. C'est la doctrine contraire qui a dirigé M. Wolff; de ce point de vue son opération était rationnelle; elle devait réussir si la doctrine était fondée, échouer si elle était fausse. Elle a échoué.

On aurait probablement plus de succès en divisant latéralement les portions restantes de la capsule, opération que toutefois je ne conseillerai à personne de faire. Car en définitive, ce n'est pas encore tant, cette tension de la capsule que l'enclavement de la rotule même qui s'oppose aux efforts du chirurgien. Un chirurgien militaire, M. Cuynat, bien que sans avoir d'idées précises sur le siége et les conditions de cet enclavement, a parfaitement senti toutefois que c'était à cet ennemi qu'il avait affaire; il a donc osé ouvrir la capsule sur un des côtés, porter un élévatoire dans l'articulation, agir avec le levier sur la rotule et la remettre en place; son opération a réussi. Voici un beau cas de succès qu'il a publié dans les *Mémoires de médecine, chirurgie et pharmacie militaires* (1).

LUXATION VERTICALE INTERNE PAR UN CHOC EXTÉRIEUR; TENTATIVES DE RÉDUCTION INUTILES; RÉUSSITE AU MOYEN DE L'ÉLÉVATOIRE; par M. CUYNAT.

OBS. XXII. — P., brigadier au premier escadron des chasseurs des Ardennes, âgé de 26 ans, d'une stature moyenne, doué d'une constitution physique bien développée et sanguine, se heurta si fortement, en jouant avec ses camarades, la partie externe de la rotule gauche contre l'angle d'un lit, qu'il en résulta une luxation. Il faut observer que cet homme était disposé à éprouver cette espèce de lésion par la conformation de ses genoux qui sont pointus; il a les rotules très-saillantes, et surtout d'une mobilité extrême qui les rend susceptibles d'obéir aux impulsions fortes qui leur sont communiquées. Appelé aussitôt, je me suis transporté près du malade, que j'ai trouvé assis sur le bord de son lit, la jambe étendue et ressentant d'assez vives douleurs.

Le bord externe de la rotule gauche était enclavé dans l'espèce de poulie articulaire que les condyles du fémur forment antérieurement; l'interne faisait sail-

(1) An 1826; t. 18, p. 246.

---

miner les dispositions avec toute l'attention convenable. Nous pouvons cependant d'avance vous en faire connaître les principales bases.

Les trois Facultés actuelles seraient conservées, et il n'en serait pas établi de nouvelles; mais on donnerait un plus grand développement aux écoles secondaires existantes, et on accroîtrait leur importance en améliorant la condition des professeurs. Il en serait en outre créé un plus grand nombre.

Les études exigées des élèves seraient en général rendues plus fortes, plus longues, et plus complètes, et la route au doctorat plus difficile. On exigerait le baccalauréat ès-lettres et aux sciences; cinq années d'étude au lieu de quatre, et un sixième examen.

On propose la création de conseils médicaux de départemens, qui, sous le nom de *colléges médicaux*, seraient chargés de surveiller l'exercice de l'art.

Les officiers de santé seraient supprimés.

On établirait des médecins cantonnaux pour assurer le service médical des campagnes et communes rurales.

Enfin le concours pour les chaires des Facultés serait aboli et remplacé par l'élection, faite par le corps des professeurs, auxquels se joindrait un certain nombre de juges pris parmi les médecins des hôpitaux.

Vous sentez qu'il serait imprudent de discuter ces dispositions isolées, sans connaître toutes les dispositions accessoires et d'exécution qui peuvent en modifier beaucoup l'esprit, la tendance et les effets. Une loi de ce genre doit être jugée dans son ensemble. Vous reconnaîtrez que toutes ces innovations ont été indiquées ou discutées par la presse et par les autres corps médicaux consultés par l'autorité. Quelques-unes seront unanimement approuvées, par exemple, la suppression des officiers de santé, l'établissement des médecins cantonnaux; les nouvelles conditions imposées aux études; d'autres seront plus ou moins combattues, comme la création des conseils médicaux et la limitation du nombre des Facultés aux trois existantes. Enfin il y en a une qui rencontrera une très-forte opposition, c'est l'abolition du concours. Cette mesure est impopulaire dans la rigueur du mot, ce qui ne prouve certainement pas qu'elle soit nécessairement mauvaise en soi; mais dans l'état actuel des opinions sur ce point, nous croyons qu'en proposant cette modification fondamentale, on aura songé à entourer le mode nouveau de garanties propres à satisfaire, sinon les partisans exclusifs et aveugles du concours, du moins les hommes sensés qui ne voudraient pas seulement changer d'abus. Il n'y a pas, en effet, de règle absolue en ceci. Le concours et l'élection ont leurs avantages et leurs inconvéniens; le tout est de bien connaître les uns et les autres, de profiter de ceux-là et d'éviter ceux-ci, quelque forme qu'on adopte. Mais cette détermination est difficile, elle tient à des questions de lieu, de temps, d'apropos, de circonstances, que les esprits spéculatifs et inflexibles ne veulent point admettre, et qui, pourtant, sont les conditions réelles des résultats pratiques de ces institutions. Nous attendrons, au reste, pour donner notre opinion sur ce sujet, que le projet de loi soit connu dans tous ses détails; jusque là toute critique ou toute approbation seraient également prématurées.

Voilà, mon cher confrère, tout ce que nous pouvons vous mander de plus nouveau et de plus intéressant.

P. S. Je ne sais si c'est une nouvelle pour vous que la Faculté va rouvrir incessamment ses cours. C'est M. le professeur Cruveilhier qui est chargé cette année de prononcer le discours public d'ouverture. C'est un très-ancien et très-bel usage que cette séance solennelle; mais il est aujourd'hui fort déchu de son ancienne importance. Il est possible que nous vous communiquions prochainement quelques réflexions sur ce sujet.

lie à la partie antérieure du genou, et soulevait la peau. La face antérieure de cet os était tournée à gauche, la postérieure à droite. Le doigt, promené sur celle-ci, faisait aisément distinguer les éminences qu'elle présente, aussi bien que les bords des condyles du fémur. D'après de tels phénomènes, la nature de la maladie ne pouvait être un instant méconnue.

L'indication la plus pressante était de procéder sur-le-champ à la réduction de la rotule, et d'éviter ainsi d'être arrêté par le gonflement qui devait survenir. A cet effet, je fis coucher le malade sur un matelas que l'on avait étendu sur le sol; la jambe fut relevée sur la cuisse, celle-ci fléchie sur le bassin, et le membre soutenu par un plan solide, capable de résister aux efforts réitérés que j'étais obligé de faire afin de ramener l'os dans sa place naturelle; mais tous mes efforts furent inutiles.

Dans une telle occurrence, convenait-il d'abandonner le malade à son état, ou d'ouvrir la capsule articulaire pour passer entre le fémur et la rotule un élévatoire au moyen duquel j'aurais poussé cette dernière à sa place ordinaire? C'est ce dernier parti que je me décidai à prendre. L'opération consista à inciser transversalement les tégumens de la partie interne du genou; puis, après les avoir isolés de la capsule articulaire par la dissection, à ouvrir cette dernière dans le fond du cul-de-sac, afin qu'il ne se trouvât pas de parallélisme entre son ouverture et celle de la peau. La capsule articulaire étant divisée, il sortit de sa cavité un peu de synovie; alors, avec un élévatoire garni d'un linge fin, je dégageai la rotule de son enclavement. La réduction faite, je réunis avec des bandelettes agglutinatives la plaie des tégumens; et après y avoir placé un peu de charpie, je couvris l'articulation avec des compresses imbibées d'eau à la glace, maintenues par un bandage médiocrement serré. Une forte saignée du bras fut pratiquée; je mis le malade à une diète rigoureuse et à l'usage d'une légère limonade végétale, pour boisson ordinaire; le repos le plus absolu fut prescrit.

La nuit du 27 au 28 se passa d'une manière assez calme; la douleur du genou n'avait pas augmenté. On pratiqua une seconde saignée du bras; les mêmes prescriptions furent continuées. J'eus soin d'imbiber l'appareil toutes les deux heures avec l'eau à la glace.

Le 29, troisième jour de l'opération, il n'y avait plus de fièvre; le même état continuait.

Le 7 juin, dixième jour, je levai l'appareil; la réunion des tégumens me paraissait faite; malgré cela, par précaution, je plaçai de nouvelles bandelettes agglutinatives, et la plaie fut pansée à sec. Le malade reprit son régime de caserne.

Enfin, le 30 juin, trente-troisième jour, le malade reprit son service à pied et à cheval.

M. Cuynat justifie son opération par l'innocuité des incisions faites pour extraire les corps étrangers articulaires, et par les succès nombreux qu'on obtient dans le traitement des plaies des articulations. Tout le danger de ces plaies vient de la contusion qui les accompagne, et de l'inflammation des ligamens et des synoviales; et l'on peut, en général, prévenir cette inflammation par un régime approprié, des émissions sanguines générales et locales, des répercussifs, etc.

Ces opérations sanglantes, pour la cure des luxations irréductibles, ne sont pas limitées d'ailleurs aux luxations de la rotule. Dupuytren, dans quelques cas difficiles, a ouvert l'articulation métacarpo-phalangienne du pouce; un chirurgien allemand a même proposé de détruire avec le bistouri les adhérences d'une luxation scapulo-humérale ancienne. Déjà, par un hasard bien singulier, M. Cuynat avait rencontré un premier cas de luxation rotulienne où cette ressource hardie avait été entre ses mains un moyen de succès. On notera ici que, par exception, la réduction n'avait pu être obtenue par les manœuvres ordinaires, bien que le déplacement eût été produit par l'effort des muscles seulement.

LUXATION VERTICALE INTERNE PAR L'ACTION MUSCULAIRE; EMPLOI DE L'ÉLÉVATOIRE; GUÉRISON; par M. CUYNAT.

OBS. XXIII. — La nommée Saulnié, fermière à Aulnois, âgée de 28 ans, douée d'une constitution physique athlétique, se luxa la rotule gauche en franchissant un fossé le 4 mars 1833. Transportée à son logis, elle envoya quérir le chirurgien du lieu, qui, n'ayant pu parvenir à réduire la luxation, me fit appeler à mon tour. M'étant transporté chez la malade et l'ayant considérée dans la position verticale, voici quelle était la situation de la rotule. Le bord externe de cet os était enclavé dans la poulie articulaire formée antérieurement par la réunion des condyles du fémur; l'interne soulevait la capsule synoviale et faisait saillie en avant. La face antérieure était devenue externe, la postérieure interne; c'était à proprement parler une luxation de champ.

Procéder promptement à la réduction de la rotule, prévenir les accidens consécutifs, telles étaient les deux indications que j'avais à remplir. Je satisfis à la première sans délai, en faisant coucher la malade sur le dos, ensuite je fis étendre par un aide la jambe sur la cuisse, et celle-ci fut fléchie sur le bassin dans l'intention de relâcher les muscles extenseurs de la rotule. Mais, malgré tous mes efforts et mes tentatives, il me fut impossible de la faire sortir de son enclavement, et par conséquent de lui rendre sa situation normale. Dans une telle occurrence, il fallait prendre un parti prompt et décisif, et ne pas attendre le développement des accidens. Après bien des réflexions, je n'hésitai pas de proposer à la malade d'ouvrir la capsule articulaire, pour qu'à l'aide d'un levier introduit dans l'articulation, on pût soulever la rotule et lui imprimer un mouvement de bascule de bas en haut et de dedans en dehors, qui la ramenât dans sa position naturelle. La malade ayant consenti à ma proposition, l'opération fut faite et la rotule réduite aussitôt.

Dans cette opération, j'incisai transversalement la peau, ensuite je l'isolai de la capsule articulaire dans l'étendue d'environ un demi-pouce, puis j'incisai cette dernière à la partie la plus déclive de cet isolement, afin qu'il n'y eût point de parallélisme entre l'incision des tégumens et celle de la membrane synoviale. Je réunis ensuite, avec des bandelettes agglutinatives, l'incision des tégumens, sur laquelle je plaçai un plumasseau de charpie, et j'entourai l'articulation avec des compresses trempées dans l'eau de Goulard, maintenues par un bandage médiocrement serré.

Afin de remplir la seconde indication, je recommandai à la malade le repos le plus absolu; je la tins à une diète rigoureuse; elle eut pour boisson ordinaire de l'eau d'orge édulcorée avec le sirop de limon, et fut saignée deux fois dans les 24 heures.

Deuxième jour. Gonflement inflammatoire du genou; la réunion des tégumens ne s'était pas dérangée; la fièvre d'irritation était intense; la malade n'avait pas dormi. Troisième saignée du bras; de plus, application de vingt sangsues sur l'articulation; même fomentation. Le soir, émulsion anodynée, diète et même boisson.

Troisième jour. Mêmes accidens; médication semblable; seconde application de 20 sangsues sur l'articulation.

Quatrième jour. Fièvre d'irritation moins intense; les douleurs ainsi que l'engorgement inflammatoire du genou ont un peu cédé. Même médication.

Cinquième jour. La malade a eu quatre heures de sommeil le gonflement du genou a un peu diminué, et la fièvre d'irritation est presque nulle. Mêmes moyens.

Du sixième au dixième jour. L'engorgement inflammatoire du genou a encore cédé, mais les douleurs persistaient toujours, ce qui me détermina à faire une troisième application de 20 sangsues. Continuation du traitement antiphlogistique.

Onzième jour. Les douleurs de l'articulation étaient moins intenses, le gonflement du genou avait encore diminué. J'accordai un peu d'alimens à la malade.

L'amélioration fit ainsi des progrès jusqu'au vingt-quatrième jour de l'accident, époque à laquelle on pouvait considérer la cure comme achevée. Je ramenai insensiblement la malade à son régime habituel, et elle commença à marcher. Dès-lors il n'y avait plus de gonflement, plus de douleurs que celles qui étaient inséparables des mouvemens trop étendus d'extension et de flexion de la jambe sur la cuisse. Ces douleurs persistèrent encore pendant quinze jours, et se dissipèrent enfin. Pour prévenir la récidive de la luxation, je conseillai à la malade de porter constamment une genouillère en peau de chamois. Depuis j'ai eu occasion de la voir, et de constater qu'elle ne se sent plus de son accident.

Malgré le succès qui a suivi ces tentatives hasardeuses, M. Bégin, qui rédigeait alors le journal de médecine militaire, conseillait, avant de se résoudre à une semblable opération, d'insister sur les bains prolongés, les saignées générales abondantes, etc. Il voulait même qu'on ne la tentât que chez les individus où le membre menacerait de rester ankylosé et faible; et pour peu que l'articulation parût devoir recouvrer une partie de sa mobilité, il préférait abandonner le mal à la nature.

Ces préceptes sont très-sages; et je rapporterai plus loin une observation qui montrera quels sont dans ces cas les ressources de la nature; mais avant de s'en fier à cette expectation douteuse, comme avant de tenter l'opération de M. Cuynat, il est une autre méthode de réduction déjà appuyée sur l'expérience aussi bien que sur la théorie; c'est celle que nous avons vue employée si heureusement par M. Herbert Mayo pour une luxation oblique, et qui avait réussi cinq ans auparavant à M. Coze pour une luxation verticale.

Voici ce fait intéressant. Suivant notre coutume nous laisserons parler l'auteur.

LUXATION VERTICALE INTERNE; RÉDUCTION PAR LA FLEXION FORCÉE DE LA JAMBE; par M. COZE, médecin à Koursk (1).

OBS. XXIV. — Le 7 février 1823, on vint me chercher à la hâte pour un vieillard nommé Piroynikoff, âgé de 70 ans, encore robuste, actif et bien portant. Cet homme se rendant dans une forêt pour y couper du bois, était assis sur le côté de son traîneau, les jambes pendantes en dehors. En traversant le bois par des sentiers étroits et tortueux avec un cheval qui marchait très-vite, son genou droit fut pressé entre le traîneau et un arbre avec tant de violence, que la rotule se trouva déplacée d'une manière toute particulière; l'effort que fit le cheval pour vaincre la résistance, avait opéré ce déplacement. La rotule se trouvait de champ sur l'articulation du genou, sa face antérieure tournée en dehors, et sa face interne ou postérieure en dedans. Le bord externe droit était sur le milieu de la jointure du genou, et le bord interne dirigé en avant, de sorte que la position était à peu de chose près droite et de champ. Je distinguais au toucher les faces postérieures articulaires de la rotule, et les faces antérieures du tibia et du fémur. Les ligamens étaient dans un état si violent d'extension, que le malade éprouvait des douleurs atroces.

J'examinai l'état des parties avec d'autant plus de soin, que cette variété de luxation était nouvelle pour moi, et paraissait m'offrir des difficultés de réduction insurmontables. Je me formai cette opinion surtout après avoir pressé la rotule en dehors et en dedans en sens opposé; c'est-à-dire que les doigts de la main gauche pressaient en dedans le bord fixé sur les condyles, tandis qu'avec la main droite j'exerçais une pression beaucoup plus forte et plus douloureuse sur le bord libre. Je fis ensuite étendre fortement la jambe, en pressant la rotule de la même manière sans obtenir plus de succès. Je fis lever la jambe en fléchissant la cuisse sur le bassin, avec aussi peu d'avantage. Enfin, après ces essais peu rassurans, je pensai qu'en faisant fléchir la jambe, j'écarterais les condyles du fémur de ceux du tibia, ce qui formerait un vide plus grand dans lequel le bord de la rotule pour-

(1) Mém. de méd., chir. et pharmacie militaires, t. 16, p. 220.

(1) Mém. de la Société méd. d'émulation, t. 9, p. 517.

rait se loger plus aisément et devenir plus libre, plus mobile, quoique les ligamens fussent encore plus tendus. Pour réaliser ces conjectures, j'ordonnai au malade de s'asseoir sur le bord de son lit, et je lui recommandai de poser le pied par terre, ce qu'il fit avec des douleurs assez modérées. Alors je saisis la rotule comme précédemment, je pressai modérément à mesure que j'augmentais la flexion, que je portai jusqu'à former un angle droit avec la cuisse. Dans cet instant, comme j'augmentais un peu mes efforts, la rotule se replaça facilement, en faisant entendre un bruit très-prononcé; la difformité disparut; l'extension et la flexion furent faciles; la douleur cessa facilement, et le malade répandit des larmes de joie en sentant cesser tout à coup les douleurs horribles qu'il endurait depuis trois ou quatre heures. Je fixai la jambe avec deux attelles placées sur les côtés, et je fis appliquer des résolutifs sur le genou. Le blessé garda le lit pendant cinq à six jours, puis marcha facilement dans la chambre avec des béquilles. Aucun accident inflammatoire ne vint entraver la guérison. Quelques jours après, le malade reprit ses occupations ordinaires, qu'il n'interrompit pas pendant plus de deux ans que j'eus encore quelquefois occasion de le voir, dans le village d'Ivanowski, gouvernement de Koursk, en Russie.

La théorie de l'auteur est évidemment erronée; si la rotule, comme il le croyait, avait été placée sur la poulie cartilagineuse du fémur, en la faisant descendre on l'aurait engagée dans la gouttière profonde qui sépare les deux condyles à leur face inférieure et postérieure, et l'enclavement eût été plus difficile à détruire qu'auparavant. Mais j'ai suffisamment expliqué, à l'occasion des luxations incomplètes en dehors, et le lieu occupé par la rotule et le mécanisme de la réduction, pour n'avoir pas besoin d'y revenir.

Ainsi, en résumé, telles sont les ressources que l'art possède dans les cas de luxations rotuliennes verticales. D'abord la méthode ancienne, qui consiste à relâcher les muscles et à tâcher de repousser l'os à sa place, en essayant préalablement de le soulever de sa gouttière comme a fait M. Martin; cette méthode est assurément la plus innocente et la moins douloureuse, et comme elle a quelquefois réussi, c'est par elle qu'il faut commencer. Si elle échoue, on pourrait tenter de faire marcher le malade, puisque Monteggia a vu la réduction s'opérer ainsi spontanément dans un cas de luxation incomplète; mais j'avoue que ce moyen m'inspire fort peu de confiance. Après ces premières tentatives, vient la méthode de MM. Coze et Herbert Mayo, que je regarde à la fois comme très-rationnelle et très-puissante. Si enfin on échouait encore, l'opération de M. Cuynat serait une dernière ressource, à laquelle il ne faudrait recourir toutefois qu'avec une extrême réserve, pour peu que le sujet fût d'une constitution scrophuleuse, ou que déjà l'inflammation se fût emparée de l'articulation.

Je rejette donc complétement l'opération de Wolff; et c'est à dessein que je n'ai point parlé d'une autre opération plus grave encore, proposée par Maine pour les cas de renversement, et qui consiste, après avoir divisé le tendon des extenseurs et le ligament rotulien, à achever la section des parties latérales de la capsule, et à faire l'ablation de l'os luxé. C'est d'ailleurs une idée de cabinet qui n'a pas encore passé dans la pratique, et dont aucun chirurgien n'affronterait la responsabilité.

Si toutefois les méthodes non sanglantes demeuraient inefficaces, et que des circonstances défavorables s'opposassent à l'emploi de l'élévatoire, quel serait le résultat de la luxation abandonnée à elle-même? Cela dépendrait sans doute du degré de l'inflammation et de la vigueur du traitement; toutefois l'observation suivante, qui paraît être le premier exemple rapporté avec détails de cette luxation, fait voir qu'il ne faudrait pas désespérer d'un heureux résultat.

LUXATION VERTICALE EXTERNE; RÉDUCTION IMPOSSIBLE; RESTITUTION DES MOUVEMENS DU MEMBRE; ET RÉDUCTION APRÈS PLUS DE TROIS SEMAINES (1).

OBS. XXV. — Un jeune homme, chevauchant avec un mouvement médiocrement rapide, heurta du genou droit le genou gauche d'un de ses camarades qui venait en sens contraire avec une vitesse égale. Il en ressentit une douleur si vive qu'il tomba en faiblesse; et en revenant à lui il ne put plus se soutenir sur cette jambe. Un chirurgien le visita et trouva la rotule déplacée, posée par son bord interne sur la fosse condyloïde où elle restait immobile malgré tous les efforts. Les mouvemens de la jambe étaient excessivement lésés, spécialement le mouvement de flexion. On fit diverses tentatives de réduction, mais toutes furent inutiles. Les uns proposèrent une machine; les autres voulaient soulever la rotule avec un levier; un autre diviser les tégumens, afin d'avoir plus de prise sur elle. Heureusement quelqu'un fit observer que les parties étaient trop tuméfiées par les manœuvres continues qu'on avait exercées; et qu'il vaudrait mieux s'en tenir à l'unique usage des fomentations, dans l'espoir que plus tard la rotule se réduirait d'elle-même. Le malade embrassa ce parti avec plaisir. Au bout de trois semaines il fut en état de se promener par la chambre et de descendre ou monter les escaliers; puis il put sortir dehors, et enfin il parvint avec l'aide de ses propres doigts à reconduire la rotule dans sa situation naturelle.

J'arrête ici ce travail; je n'y ai pas compris les prétendues luxations en bas qui n'existent point, ni les luxations en haut qui, bien que plus réelles, sont plus connues dans les traités de chirurgie sous la dénomination de *ruptures du ligament rotulien*. La rotule peut encore se luxer dans les déplacemens du tibia sur le fémur; mais ce sont là des lésions compliquées où la luxation de la rotule joue le moindre rôle. J'ai dit, en commençant, pourquoi je renvoyais à un mémoire spécial l'histoire des luxations spontanées.

Enfin, on trouve dans quelques auteurs la mention d'un déplacement différent de ceux dont nous avons parlé, savoir: *le renversement de la rotule sans dessus dessous*, dont la réalité est fort problématique. J'ai rapporté l'observation de Sue, dans laquelle il a cru voir un renversement de la rotule aux deux tiers, et qui m'a paru être plutôt une luxation incomplète. On trouve dans Hévin quelques mots sur un fait où le renversement aurait été porté plus loin. « Je me souviens, dit-il, d'avoir entendu feu M. Bruyères lire dans une de nos séances académiques le détail d'un renversement total de la rotule sens dessus dessous; et sans rupture des aponévrose et ligament qui maintiennent cet os en situation; cet accident était arrivé à un jeune académiste qui, emporté dans un manége par un cheval fougueux, rencontra de la partie interne de son genou l'angle d'un pilier de bois qui opéra ce dérangement extraordinaire. L'auteur assurait qu'il avait été assez heureux pour y remédier, mais avec les plus grandes difficultés. »

Pour qu'un semblable renversement eût lieu, il faudrait non-seulement que la capsule fût totalement déchirée sur les côtés, mais que les muscles fussent décollés du fémur à une hauteur considérable. Je crois donc, ou bien qu'Hévin avait été trompé par ses souvenirs, ou que Bruyères s'était trompé lui-même. On trouve une semblable erreur d'interprétation dans une note jointe à la traduction de Chélius, dans laquelle il est dit que Coze et Wolff ont vu la rotule tellement retournée, qu'elle présentait en avant sa face postérieure. J'ai rapporté ces observations, qui sont de simples luxations de champ; l'obscurité qui a régné jusqu'ici sur l'histoire de ces déplacemens rend l'erreur parfaitement explicable.

Ce n'est pas que je regarde comme absolument impossible que la rotule opère un mouvement de rotation qui la renverse un peu au-delà de la position de champ; M. Coze a remarqué sur le sujet de son observation qu'il n'aurait pas fallu une force excessive pour produire le renversement complet. Mais la rotation extrême qu'éprouverait alors le quadriceps fémoral doit rendre ce déplacement fort difficile; et avant de l'admettre dans le cadre nosologique, il faut attendre des faits mieux observés et surtout mieux décrits que ceux sur lesquels on a établi sa réalité.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ITALIENS.

I. ANNALI UNIVERSALI DI MEDICINA.

Les numéros de juillet et août renferment les articles originaux suivans: 1° *Revue clinique de l'Institut obstétrique de Pavie*. Nous avons déjà rendu compte de cet intéressant travail. 2° *Observation d'un cas remarquable de lithotripsie*, par M. Zarda, chirurgien en chef de l'hôpital de Mantoue. 3° *Observations sur l'invasion du choléra à Venise et à Bergame*. C'est un long travail très-bien fait, basé en grande partie sur les autopsies des cholériques faites dans ce pays, mais qui en dernière analyse n'offre rien qui ne soit généralement connu parmi nous. 4° *Expérience sur les animaux vivans avec le sang des cholériques*, par M. Namias de Venise. L'auteur rapporte neuf expériences qu'il fit sur les lapins et sur les chiens, en leur inoculant du sang de quelques cholériques; il insinuait ce liquide dans des plaies plus ou moins profondes qu'il pratiquait soit à la cuisse, soit au dos de ces animaux. Quelques-uns de ces animaux sont morts sans offrir grand' chose d'extraordinaire si ce n'est de la tristesse et les oreilles froides; d'autres sont guéris après avoir éprouvé des abcès aux environs de la blessure. M. Namias déduit de ces expériences l'existence d'un virus particulier dans le sang des cholériques, ce qui est loin d'être incontestable. 5° *Nouveau procédé pour la cure radicale du prolapsus de la matrice et du vagin*, par M. J. B. Bellini; 6° *Revue de la clinique chirurgicale de l'Université de Padoue, depuis l'année 1830 jusqu'à 1833*, par M. Signoroni.

OBSERVATION D'UN CAS REMARQUABLE DE LITHOTRIPSIE; par M. ZARDA, chirurgien en chef de l'hôpital civil de Mantoue.

Les cas de guérison radicale de la pierre à l'aide la lithotripsie, sont

(1) Voyez les *Istituzioni* de Monteggia.

tellement multipliés de nos jours, qu'on ne leur accorde plus les honneurs de la publication qu'autant qu'il présentent quelque circonstance nonvelle digne d'attention. Celui dont nous allons parler se trouve dans cette dernière cathégorie.

Obs. — M. G. S, âgé de 8 ans, demeurant à Mantoue, de bonne constitution, habituellement bien portant, affaibli cependant par les travaux d'une vie très-active, souffrait depuis qnelques années de la vessie et rendait quelquefois de la gravelle. Durant les deux dernières années, ses souffrances avaient considérablement empire; il consulta M. Zarda qui, l'ayant sondé, reconnut la présence d'un calcul. Le malade appréhendant beaucoup l'opération de la taille, fit appeler M. Colliex pour se faire broyer. Vers la moitié du mois de mars 1835, ce chirurgien lui pratique donc la lithotripsie, à l'aide du bel instrument à pression et à percussion de M. Ségalas. Le calcul offrait six lignes de diamètre; la vessie et la prostate étaient hypertrophiées; le malade souffrait beaucoup, avait un catarrhe vésical et eprouvait souvent des rétentions d'urine. Trois séances ont été nécessaires pour la comminution de la pierre. Le malade a rendu beaucoup de detritus (54 grains) et a cessé de souffrir; l'exploration vésicale n'ayant pas fait constater de résidu, le malade a été jugé guéri.

Vers le mois de juillet cependant de la même année, les souffrances sont reparues. Le malade a fait le voyage de Milan, où M. Colliex l'opère une seconde fois, et M. S. revient chez lui deux mois après dans un état très-satisfaisant. Mais les souffrances reparaissent bientôt pour la troisième fois. M. Zarda ayant constaté de nouveau la presence d'un calcul dans la vessie, décide le malade à se laisser lithotripsier par lui. Il fait fabriquer à Milan, chez le coutelier Fioroni, un brise-pierre pareil à celui de M. Ségalas, et l'opère en présence de plusieurs confrères dont il cite les noms. Huit séances très-courtes ont été employées pour la destruction complète du calcul. Aucun accident grave n'a traversé la cure. Comme le malade ne pouvait uriner habituellement qu'à l'aide d'une sonde de gomme élastique qu'il se passait lui-même, les fragmens ne pouvaient pas être expulsés par l'action de la vessie. Aussi M. Zarda a-t-il été obligé de faire usage d'une sonde évacuatrice qu'il a décrite minutieusement et figurée dans sa publication. Cette sonde parait analogue aux autres algalies évacuatrices qu'on avait inventées jusqu'à ce jour; elle est métallique, courbe comme une algalie exploratrice, entièrement ouverte à son bout vésical et garnie à cette extrémité d'une sorte de bouchon qu'on déplace à volonté dans la vessie et qu'on replace ensuite après que les fragmens s'y sont engagés. A l'aide d'un cordon le bouchon est alors tiré de dedans en dehors et l'on force ainsi les fragmens à marcher au-dehors comme par l'action d'un piston. Le malade guérit parfaitement, et rien jusqu'à aujourd'hui ne parait démentir la cure radicale.

Plusieurs circonstances rendent remarquable l'observation qui précède. D'abord l'âge avancé du sujet, l'état hypertrophique de la prostate et de la vessie, le catarrhe vésical et l'impossibilité où il était de rendre ses urines sans le secours d'une sonde. Cette dernière circonstance tenait-elle à l'hypertrophie de la prostate ou bien à l'état paralytique de la poche urinaire? elle a pourtant persisté ensuite même après la dernière opération de la troisième récidive. M. Zarda attribue les deux premières à la persistance de quelques fragmens du premier calcul; il regarde le dernier calcul comme de nouvelle formation, et il base ce jugement sur la nature du dé ritus, qui ne ressemblait pas à celui des opérations précédentes. Enfin la guérison radicale, malgré toutes ces complications; n'est-elle pas le plus beau triomphe de la chirurgie du dix-neuvième siècle?

NOUVEAU PROCÉDÉ POUR LA CURE RADICALE DU PROLAPSUS DE LA MATRICE ET DU VAGIN; par M. J. B. Bellini.

L'expérience n'a pas encore justifié, dans les hôpitaux de Paris, les hautes espérances qu'on avait d'abord conçues sur l'oblitération artificielle du vagin ou de la vulve, pour la cure radicale du prolapsus de la matrice. Plusieurs malades opérées dernièrement à la Charité et à l'Hôtel-Dieu par le procédé de M. Fricke, n'ont retiré aucun avantage, et les autres faits qu'on avait prématurément proclamés comme des succès, sont aujourd'hui contestables pour la plupart. Aussi l'enthousiasme ayant fait place à l'expérience, commence-t-on à croire chez nous aujourd'hui que le remède réellement curatif de l'infirmité dont il s'agit, est encore à découvrir. M. Bellini, cependant, croit avoir trouvé ce moyen; il consiste dans un nouveau procédé opératoire ayant pour but, comme les précédens, de resserrer le vagin et de guérir par là le prolapsus. Après avoir rappelé les opérations de Marshall-Hall, Ireland et Fricke, M. Bellini décrit dans le fait suivant le procédé de son invention.

PROLAPSUS VAGINO-RECTAL; OPÉRATION; GUÉRISON.

Obs. — Madame Gentilina Rossi, femme d'un négociant de Ferrare, âgée de 40 ans, portait depuis plusieurs années un prolapsus de la paroi postérieure du vagin et de la portion correspondante du rectum. Le mal se présentait sous la forme d'une tumeur du volume d'un gros œuf de poule, située à la region périnéale, près de l'anus. Ayant été appelé en consultation par M. Colla, médecin ordinaire de la malade, M. Bellini a pratiqué l'operation suivante.

La patiente ayant été placée convenablement, l'opérateur saisit avec une érigne double passée dans le vagin, le bord superieur de la tumeur, qu'il tire fortement au dehors. Un aide soutient cette érigne dans cette position. Le chirurgien prend alors une aiguille plate et courbe, armée d'un fil double et fort; il l'enfonce inférieurement au côté latéral gauche de la tumeur, vers la commissure postérieure de la vulve, de manière à ne comprendre que les tissus du vagin seulement. Il reporte l'aiguille de bas en haut, à 2 lignes au-dessous du premier point, et à côté de la tumeur; fait un troisième point de la même manière, puis un quatrième, et ainsi de suite, de sorte à entourer toute la circonférence de la tumeur d'une espèce de coulisse en forme d'un fer à cheval, ou d'un ∩ renverse. Le doigt gauche de l'opérateur avait été porté dans le rectum, et servait de guide à l'aiguille pour ne comprendre dans la suture que les seules membranes du vagin. Les points ont été, les uns ascendans pour former la première branche de l'∩, les autres, au nombre de trois ou quatre, horizontaux pour faire la courbe supérieure; les autres enfin descendans pour former l'autre branche ou l'autre côte de la périphérie de la tumeur jusqu'à la fourchette. Une seule aiguille et un seul fil double ont servi pour toute l'opération.

La coulisse périphérique étant achevée, l'opérateur prend les deux chefs d'un des fils, les tire fortement en bas, les serre et les noue modérément, de manière à étrangler la tumeur qui est devenue toute ridée. Les deux chefs de l'autre fil ont été laissés libres pour pouvoir être serrés à leur tour au besoin.

Repos au lit, saignée, diète rigoureuse, applications d'eau froide. Absence de douleurs. Purgatif, lavemens émolliens. Nuits tranquilles.

Le dixième jour, la tumeur se mortifia et tomba sans que l'autre fil fût serré; la cicatrice s'est formée, et la femme se trouve aujourd'hui parfaitement guérie de son prolapsus.

Le procédé dont il s'agit se réduit, comme on a pu le voir, en une sorte de ligature qui étrangle la base du prolapsus vaginal. Pour adapter ce moyen à la descente de la matrice, M. Bellini propose de s'y prendre d'une autre manière. On pratique sur un côté ou des deux côtés du vagin une série ou bien deux séries de points de suture, de manière à faire un ou deux ∩ à coulisse, depuis la vulve jusqu'aux côtés du col utérin prolapsé. En resserrant la coulisse, on étrangle et l'on mortifie une partie du vagin comme dans le cas précédent, d'où résulte un resserrement de ce canal capable d'empêcher la descente de l'utérus.

L'idée de resserrer le vagin à l'aide d'un tissu inodulaire dans le but en question, n'est pas nouvelle, comme on sait. On l'avait jusqu'à présent exécutée à l'aide de la cautérisation; les résultats obtenus sont encore loin d'être satisfaisans. Le procédé de la ligature à coulisse de M. Bellini réussira-t-il mieux? c'est ce qu'il serait difficile de dire avant que l'expérience ne prononce. Le fait même que nous venons de rapporter n'est pas par lui-même assez complet pour être probant, car il a été publié peu de semaines après l'opération; or, ce court délai ne pouvait pas, comme on le conçoit, permettre encore de s'assurer positivement s'il n'y aurait pas de récidive.

Le raisonnement, du reste, est tout en faveur de l'idée générale qui guide en ce moment les praticiens à cet égard, et, s'il fallait même des analogies pour les encourager à continuer ces sortes d'essais, le prolapsus palpébral (extropion) qu'on guérit constamment par le rétrécissement artificiel de la partie déplacée, pourrait très-bien être invoqué à l'appui.

REVUE DE LA CLINIQUE CHIRURGICALE DE L'UNIVERSITÉ DE PADOUE, DEPUIS L'ANNÉE 183n JUSQU'A 1833; par M. Signoroni.

Ce travail de M. Signoroni est la continuation d'un autre long article dont nous avons déjà rendu compte il y a quelque temps. Dans celui-ci, l'auteur traite de plusieurs maladies organiques du squelette, telles que la carie, le spina ventosa et l'ostéosarcôme, et de quelques tumeurs de nature variée qu'il a eu l'occasion de traiter à la Clinique. On dirait, en vérité, que M. Signoroni a eu plutôt l'intention, dans cette publication, de faire de la pathologie générale, que de la clinique proprement dite, car en place d'exposer avec détail les faits nombreux et intéressans qu'il a eu à traiter dans l'espace de plusieurs années, il se contente de les indiquer seulement en quelques mots et presque en passant, de les entrecouper et de les noyer pour ainsi dire dans un océan de définitions tudesques et de discussions banales. C'est à tort, croyons-nous que l'auteur attaque dans ces généralités l'un des plus illustres chirurgiens italiens du dix-neuvième siècle, Monteggia; évidemment M. Signoroni n'a pas bien compris la valeur des idées de Monteggia sur la carie qu'il critique si sévèrement. Tâchons, en attandant, de pêcher et de recoudre, si cela se peut, quelques fragmens des observations importantes de M. Signoroni.

NÉCROSE INVAGINÉE DU FÉMUR; OPÉRATION; GUÉRISON.

Obs. — Une femme appelée Marie Morello entra à la clinique pour un gonflement considérable du tiers inférieur du femur, accompagné de fistules multiples à la peau. Les condyles cependant ne paraissaient point compris dans la maladie. Le stylet penetrait par une foule de petits trous de la surface du fémur jusque dans le canal medullaire, où il faisait sentir l'existence d'un corps rugueux, sonore et mobile; c'était, en d'autres termes, un séquestre de la table interne du même os.

La malade souffrait beaucoup, et le travail morbide menaçait d'envahir l'articulation du genou, dont les tissus étaient déjà phlogosés. On s'est donc hâté de preparer la patiente à l'operation à l'aide d'un traitement fortifiant intérieur et

d'applications résolutives sur la localité; quelques débridemens ont aussi été pratiqués dans ce dernier but.

L'opération a été pratiquée de la manière suivante.

On commence par faire une incision aux parties molles du côté externe de la cuisse; on arrive jusqu'à l'os, qu'on attaque à l'aide du scalpel et de petites scies. Ces manœuvres n'ayant pas été suffisantes pour mettre le séquestre à découvert à cause de l'épaisseur considérable du parenchyme correspondant du fémur, on abandonne cette plaie pour en faire une autre au côté interne de la cuisse, dans l'espoir d'être plus heureux. Ce second parti effectivement a eu plus de succès. La coque osseuse de nouvelle formation était plus mince du côté interne que du côté opposé. A l'aide d'un fort bistouri, de la gouge et du marteau, on a donc fendu ce côté du cylindre osseux, on a formé une brèche de la longueur de trois pouces, et l'on a tiré un séquestre ayant 2 pouces de longueur et 6 lignes de largeur.

L'opération a été longue et laborieuse; elle a duré 40 minutes à cause du temps qu'on a perdu dans la première manœuvre à la partie externe de la cuisse. Une grande effusion de sang a eu lieu, mais aucun vaisseau n'a dû être lié, et aucune partie essentielle n'a été endommagée. Les suites de l'opération ont été heureuses. Toutes les fistules se sont cicatrisées, le gonflement douloureux du genou s'est dissipé. Le soixante-dixième jour, la malade quitta la clinique parfaitement guérie, en se servant librement de son membre, mais conservant toutefois un certain degré de raideur à l'articulation du genou. Long-temps après cette malade a été revue par M. Signoroni, et la guérison n'avait point été démentie.

L'observation qui précède est peut-être moins remarquable par la nécrose invaginée qu'elle représente que par la double opération dont elle a été l'objet et par les suites heureuses qui l'ont accompagnée. L'incision des parties molles était sans doute inévitable pour arriver jusqu'à la cloaque osseuse et attaquer immédiatement le séquestre. mais ce qui a lieu d'étonner, c'est de voir que l'opérateur ait pratiqué en pure perte une première opération sanglante sur le côté externe de la cuisse.

Il est reçu aujourd'hui, en pratique que lorsqu'une opération a été jugée indispensable pour l'extraction d'un séquestre, l'incision doit être dirigée d'après les trois données suivantes: 1° du côté le plus superficiel; 2° dans l'endroit où les ouvertures de la nouvelle coque osseuse sont le plus larges et le plus nombreuses; 3° enfin sur les points les plus éloignés possible des grosses artères, des nerfs et des autres organes qui doivent être respectés. Quant à l'incision elle-même, on conçoit que s'il fallait la proportionner aux dimensions du séquestre, il arriverait souvent qu'elle serait tout-à-fait impraticable, ou bien très-dangereuse. Aussi Dupuytren a-t-il établi en principe, comme on sait, de ne faire qu'une médiocre incision dans l'endroit le plus convenable; ébrécher médérément la coque à l'aide du trépan [illegible], puis après attaquer le séquestre lui-même par le même trépan. Le corps étranger fragmenté de cette manière peut être extrait assez facilement en une ou plusieurs séances, sans s'exposer à la nécessité de sabrer, pour ainsi dire, les parties molles et dures sur lesquelles on opère.

LIPOME DU POIDS DE CINQUANTE-QUATRE LIVRES, FORMÉ DANS LA CAVITÉ ABDOMINALE; NÉCROPSIE.

Obs. — Une femme est entrée à la clinique de Padoue pour une tumeur abdominale de volume énorme, dont elle mourut. A l'autopsie on trouve dans la cavité péritonéale un lipome quatrilobulaire, pesant 54 livres, et ayant pris naissance dans le tissu cellulaire sous-périostal des dernières vertèbres dorsales et des premières lombaires. Les trois premiers lobes s'élevaient au milieu des circonvolutions intestinales qui étaient déplacées et comprimées par eux; le quatrième se prolongeait jusque dans la substance de la face convexe du grand lobe du foie qu'il comprimait également. Cet organe cependant était sain. Le parenchyme de la tumeur était évidemment lipomateux, offrant cependant dans son milieu des petites poches remplies d'humeur séreuse, d'autres de matière albuminoso-purulente; sa consistance n'était pas égale partout. Le lobe hépatique était formé de l'agrégation d'une foule de petits lobules lipomateux assez consistans. Ce qui a le plus étonné dans cet examen c'était de voir une énorme masse morbide au milieu d'organes parfaitement normaux; effectivement non-seulement tous les viscères abdominaux, mais encore ceux du thorax et le cerveau lui-même étaient dans l'état le plus parfait.

Quant aux causes de cette immense végétation hétéroplastique, M. Signoroni se contente de dire que la malade n'accusait que la suppression subite du lait, ce qui n'apprend pas grand'chose comme on le voit. Ni l'âge du sujet cependant, ni sa constitution, ni les souffrances qu'elle éprouvait, ni la durée, ni le mode de terminaison de la maladie, n'ont été mentionnés par l'auteur, ce qui est en vérité fort regrettable.

M. Signoroni mentionne à côté du fait précédent une autre observation intéressante d'un lipome réniforme ulcéré du poids de 25 livres, sur la face externe du bassin. La tumeur existait depuis quinze ans chez un vieillard maladif. L'opération ayant été pratiquée trop tard, a été suivie de la mort. Les vaisseaux des environs de la tumeur étaient fort dilatés, des abcès, des ulcérations et des fusées purulentes existaient en même temps dans l'enceinte de la tumeur elle-même; toutes ces circonstances ont dû nécessairement rendre difficile et dangereuse l'ablation de la maladie.

On avait cru jusqu'à ces derniers temps que les lipomes n'étaient autre chose qu'une hypertrophie de la graisse préexistante dans la région où ils se forment. Il est impossible aujourd'hui d'admettre cette opinion. L'anatomie pathologique a prouvé que ces tumeurs sont des produits accidentels, des corps de nouvelle formation, comme les tubercules, les kystes, les squirrhes, etc.

II. IL FILIATRE-SEBEZIO, GIORNALE DELLE SCIENZE MEDICHE.

Les cahiers des mois d'août et septembre rapportent en articles originaux: 1° *observations sur un cas de méningite épinière aiguë et sur deux cas de pneumonie*, guéries à l'aide du musc, par M. Marcello Accorinti; 2° *remarques sur quelques opérations de taille*, par M. Ceotaro; nous en avons déjà rendu compte; 3° *de l'emploi du nepeta cataria de Linnée*, comme succédané du sulfate de quinine; par M. Guastamacchia. L'auteur prétend que cette plante appliquée à la plante des pieds fait avorter les accès de la fièvre intermittente; 4° *cas remarquable de vers intestinaux*, par M. Polese; 5° *expulsion par l'anus d'une anse d'intestin grêle, de la longueur de 36 pouces, suivie de guérison*, par M. Vulpes; 6° *statistique des opérés de la pierre dans l'hôpital de Loreto à Naples*; par M. S. de Renzi, médecin en chef; 7° *cas d'hémoptysie guérie à l'aide du seigle ergoté*, par M. Monaco.

MÉNINGITE ÉPINIÈRE AIGUE; GUÉRISON; par M. Marcello Accorinti.

Obs. — Catherine Bagnuto, femme d'un compagnard des environs de Tropea, âgée de 28 ans, de bonne constitution et n'ayant jamais été sujette aux maux de nerfs, s'est exposée pendant une nuit de l'automne dernier à l'action de l'air humide et froid. Le lendemain, malaise général; douleurs articulaires; inappétence, etc., puis après, frisson; tremblement général; chaleur partout le corps. Le surlendemain la malade présentait l'état suivant: yeux rouges; visage enflammé; mâchoires spasmodiquement serrées, raideur des muscles du cou et du dos; convulsions violentes des membres; abdomen naturel; respiration gênée; chaleur cutanée très-prononcée; soif ardente; déglutition facile; urines en petite quantité; constipation complète; impossibilité de tirer la langue: absence de la parole; le regard de la malade indique la souffrance profonde, et l'intégrité des fonctions intellectuelles. Aucune réponse ne peut être obtenue sur le siége principal de la souffrance; absence complète du pouls radial; les carotides et le cœur battaient fort peu, mais vite.

Les convulsions intercurrentes des membres; la rigidité de la région dorso-cervicale; l'augmentation de la chaleur, la soif, etc., ont fait présumer à M. Accorinti l'existence d'une phlogose dans la pie-mère épinière, ou bien dans la moelle du même nom. Bain tiède; le pouls se relève. On répète le bain toujours avec avantage pour la malade. Les mâchoires se desserrent; orangeade, boissons nitrées. Les convulsions cessent le lendemain de cette médication; le pouls est bon. Les membres abdominaux sont tombans, comme paralysés; le moindre attouchement produit les douleurs les plus atroces; ils ne peuvent même pas supporter le poids des couvertures.

La peau de ces parties est couverte çà et là de tâches rougeâtres, très-larges, sans élévation de l'épiderme, de figure ronde ou ovale, mais irrégulière.

Le quatrième jour de la déclaration de la maladie, ces phénomènes étaient stationnaires, à l'exception des tâches dermiques. qui commençaient à disparaître sans desquammation; la langue cependant de bonne qu'elle était commence à se charger; des borborigmes et un certain gonflement ombilical, mais sans douleur, se déclarent. Huile de ricin, deux onces. Evacuation de quatre ou cinq lombrics; amélioration notable. L'usage de quelques poudres diaphorétiques et de quelques lavemens émolliens ont fait le reste des frais du traitement. La malade guérit parfaitement; les membres ont repris toute leur énergie normale; la convalescence n'a pas été longue.

L'observation qui précède est sans doute intéressante, mais son diagnostic laisse, suivant nous, beaucoup de choses à désirer pour être admis rigoureusement tel qu'il est énoncé dans le titre.

PNEUMONIES TRAITÉES ET GUÉRIES A L'AIDE DU MUSC; par le même.

Obs. — Thérèse Petrolo, âgée de 75 ans, de constitution replète, habituellement très-sobre, souffrait depuis l'hiver dernier d'un catarrhe bronchique. Dans la nuit du 20 avril elle a été tout à coup saisie de toux très-vive et de vomissement, avec frisson le long de l'épine et douleur dans la partie latérale inférieure gauche de la poitrine. Le lendemain, respiration fréquente et interrompue de temps en temps par la toux et la douleur; crachats très-visqueux et sanguinolens; somnolence, fièvre légère. On diagnostique une pneumonie adynamique.

Ventouses scarifiées sur l'endroit douloureux, deux vésicatoires aux bras, sirop d'ipécacuanha par cuillerées et solution de tartre stibié jusqu'au 25 du même mois. Selles liquides, tympanite. Pas d'amélioration.

Le 26, les symptômes s'aggravent; la tympanite augmente; la dyspnée est extrême; douleur latérale plus vive; crachats rouillés, grisâtres; langue noire et humide; peau des vésicatoires pâle; pouls petit, fréquent et intermittent; tendence à la somnolence; délire léger; plaintes de douleurs lombaires.

Sinapismes aux pieds. Musc, douze grains dans une infusion de valériane, avec une once de sirop de poligala et quatre grains de kermès minéral, à prendre par cuillerées à soupe dans le courant de la journée et de la nuit.

jusqu'à minuit la portion ne produit aucun changement ; la mort semble certaine. A cette heure, une amélioration très-marquée se déclare. Le pouls se relève ; la respiration devient de moins en moins gênée ; langue meilleure : expectoration facile et abondante qui devient de plus en plus claire. Purgatif ; selles abondantes. Eau de camomille pour boisson. Convalescence. Guérison franche.

L'auteur rapporte en peu de mots un second fait pareil au précédent. Il s'agit d'une dame d'âge moyen, sœur d'un médecin du pays, habituellement maladive, ayant plusieurs fois été atteinte de fluxions de poitrine. Elle est saisie tout à coup d'une pneumonie très-prononcée, accompagnée de symptômes d'adynamie. Langue humide et noire ; crachats très-abondans, sanguinolens et fétides ; tendance au coma, prostration générale, etc. Le musc a été administré par petites doses le sixième jour de la maladie. L'excitation générale produite par ce remède, relève les forces de l'organisme, modifie l'expectoration, active l'action du tube digestif et la maladie marche vers une heureuse terminaison.

M. Accorinti fait observer avec raison, en terminant, que la médication dont il s'agit ne peut convenir qu'autant que la pneumonie se montre dans les conditions ci-dessus indiquées et sans complication d'aucune phlegmasie franche.

CAS REMARQUABLE DE TOENIA MULTIPLE ; GUÉRISON ; par M. POLESE.

OBS. — Giovanni Spadone, paysan, âgé de 26 ans, constitution maladive, était souvent tourmenté par des douleurs dans le ventre, d'un appétit dévorant et d'une sorte de lienterie habituelle. Il rendait de temps en temps par l'anus quelques morceaux de ver solitaire. On le traitait comme atteint d'obstructions du foie et d'une cachexie générale qu'on ralliait à des fièvres intermittentes que le malade avait déjà essuyées plusieurs fois. M. Polese ayant été consulté, porta son attention du côté des déjections alvines, et attribua toutes les souffrances du malade à la présence du tœnia. Il donna donc pendant deux jours la poudre d'écorce de grenadier, mais sans effet. Le troisième jour, il administra six drachmes de la même poudre en trois paquets, avec l'intervalle d'une heure pour chaque dose. Il fit boire par-dessus une tasse d'une forte décoction de la même écorce, mais fraîche. La première, pour faire la poudre, avait été préparée au four. Après la dernière dose, le malade évacua tout d'un coup un gros peloton de tœnia. L'ayant dénoué, il était composé de neuf individus de *botriocephalus latus*, dont six étaient entiers. Le malade prit le lendemain une autre dose du remède, mais il n'a rien rendu.

Un mois après, cependant, les mêmes symptômes viscéraux et les mêmes déjections ont reparu. Nouvelle dose de poudres ; expulsion d'un autre tœnia beaucoup plus long que les précédens. Les premiers offraient chacun une longueur de 15 à 20 pieds ; le dernier présentait 25 pieds de longueur. Tout l'organisme du malade a éprouvé de l'amélioration après l'expulsion de cet hôte malfaisant ; l'obstruction hépatique elle-même a diminué, mais le sujet est resté toujours valetudinaire.

L'auteur ajoute les trois remarques suivantes à l'observation qui précède :

1° Les helminthologues tels que Cuvier, Brera, Frank, Dellechiaje, etc. avaient avancé que le vers solitaire qu'on rencontrait chez les peuples du Midi, chez les Italiens principalement était, le *tœnia solium*, tandis que celui des peuples du Nord, et en particulier des Français, était le *botriocephalus latus*. Le contraire cependant a eu lieu dans ce cas.

2° Quelques écrivains en recommandant l'écorce de grenadier contre le *tænia*, ont parlé de douleurs, coliques, nausées, etc. par l'action du même remède. Rien de pareil n'a été observé dans le fait dont il s'agit.

3° Bien que l'écorce de grenadier préparée au four doit perdre une partie de sa vertu, néanmoins elle n'en est pas moins efficace si on l'administre à forte dose, et si on la fait suivre d'une décoction de la même substance fraîche.

OBSERVATION D'UN CAS DE VOLVULUS ; EXPULSION PAR L'ANUS D'UNE ANSE D'INTESTIN GRÊLE DE LA LONGUEUR DE TRENTE-SIX POUCES ; GUÉRISON ; par M. VULPES.

Le fait dont il être question a été communiqué par M. Vulpes à l'Académie médico-chirurgicale de Naples, il a été observé par MM. Cattaneo et Paparelli. La pièce pathologique et le sujet auquel elle se rapporte ont été également présentés à la même compagnie.

OBS. — Jeanne de Bacco, âgée de 38 ans, tempérament sanguin, forte constitution, mère de cinq enfans, manquait depuis un an de l'écoulement menstruel par suite de chagrins profonds, lorsqu'elle a été saisie, le 15 décembre 1834, de fortes douleurs abdominales qu'on a caractérisées pour hystériques. On la traita en conséquence. La prétendue colique utérine dura un mois, et se compliqua de symptômes de gastricisme vermineux. Les opinions des médecins qui la traitaient ont été partagées : les uns admettaient une fièvre symptomatique d'embarras gastrique, les autres croyaient à une grossesse d'après la protubérance de la région hypogastrique.

Vers le 15 janvier 1835, des symptômes d'iléus se déclarèrent, qui durèrent pendant deux jours. Il survient un calme de dix jours, puis après la malade rend par l'anus un gros globe de fecès. Le volume extraordinaire de ce corps le fit examiner avec soin ; on s'aperçut de suite qu'il était formé d'une anse d'intestin grêle. Quelques personnes crurent d'abord n'avoir affaire qu'à une fausse membrane canaliculaire ; M. Vulpes cependant, qui a été chargé de l'examiner attentivement et de la disséquer, s'est assuré qu'il s'agissait d'un intestin grêle. Voici la description donnée par ce médecin à l'Académie de Naples.

La pièce pathologique est formée par une portion de l'intestin iléon ; elle offre 36 pouces de longueur ; on y voit une portion du mésentère ayant 6 pouces environ de longueur et 2 de largeur ; vers son extrémité cœcale, cet intestin présente un rétrecissement très-notable de la longueur de 3 pouces. Tels sont les détails de la pièce, qui est conservée dans le muséum de Naples. Revenons à présent à la malade (1).

La patiente a continué à souffrir de douleurs intestinales accompagnées de vomissemens de temps à autre ; cela ne l'empêche pas cependant de vaquer à ses affaires. Elle sent le ventre comme s'il était rempli d'air ; on y voit effectivement une foule de tumeurs passagères. Vers la fin d'avril de la même année, une fièvre lente s'est déclarée, suivie d'émaciation, qui a duré pendant plusieurs mois, les selles s'exécutent assez bien. L'état de la malade cependant s'est par la suite amélioré de plus en plus, et elle a fini par guérir complétement.

Le 25 juin 1835, c'est-à-dire plus d'un an après la première communication, M. Vulpes a présenté à l'Académie de Naples la femme qui forme le sujet de cette observation, jouissant d'une santé assez passable. Les digestions se font bien ; seulement elle éprouve des borborygmes quatre ou cinq heures après chaque repas. Il faut noter en outre que cette femme avait été scrophuleuse dans son enfance, ainsi que cela résulte des cicatrices qu'elle porte au cou et aux aisselles. Eh bien ! la scrophule, qui était déjà guérie, reparaît aujourd'hui par des caractères non équivoques. M. Vulpes pense avec raison que ce retour de la scrophule pourrait bien se rattacher à l'état imparfait de la chylification qui existe aujourd'hui chez la malade.

III. IL SEVERINO, GIORNALE MEDIO-CHIRURGICO.

MÉTRORRHAGIE GUÉRIE PAR L'USAGE DES PURGATIFS, par M. FESTEGGIANO.

OBS. — Madame Catalano, de Naples, âgée de 44 ans, de tempérament bilieux, mère d'un seul enfant, veuve depuis treize ans, éprouva après sa couche des pertes utérines qui continuèrent pendant six mois. La santé générale a repris ensuite son état normal, qui a continué jusqu'à ces derniers temps, à l'époque de la cessation naturelle de ses menstrues. Vers le 9 du mois de décembre de l'année dernière, elle a été tout à coup saisie d'une métrorrhagie abondante à la suite d'une constipation ventrale de huit jours. On a voulu d'abord essayer les effets du quinquina : l'hémorrhagie devint extrêmement abondante, et la vie de la malade parut en grand danger. On eut donc alors recours à M. Festiggiano, qui a trouvé l'état suivant. Écoulement sanguin par la vulve, mais moins abondant qu'auparavant ; douleur vive dans la région iliaque gauche ; existence d'une tumeur du volume d'une orange sur ce point ; fièvre, constipation. D'après cet ensemble de symptômes, M. Festiggiano a regardé la métrorrhagie comme dépendant de l'action compressive d'une collection de matières fécales qui existait dans le colon. Il traita la malade en conséquence de cette idée.

Prescription. Petite saignée du bras ; une once et demie d'huile de ricin en deux fois ; boire du bouillon après. Lavemens émolliens. Garderobes abondantes et dures d'abord, puis en dévoiement. Dissipation de la tumeur iliaque. Amélioration. Magnésie par petites doses répétées. Disparition prompte de la perte ; guérison.

La pratique dont il s'agit n'est pas neuve, comme on sait ; Mais le fait est remarquable, moins à cause de la métrorrhagie mécanique que par les circonstances particulières qui l'accompagnent. On sait en effet que cette variété d'hémorrhagie ne s'observe le plus ordinairement qu'immédiatement après les couches.

IRITIS INTERMITTENTE GUÉRIE A L'AIDE DU SULFATE DE QUININE, par M. QUADRI, professeur d'ophthalmiatrie à Naples.

OBS. — Un homme de la ville de Foggia, âgé de 34 ans, de tempérament sanguin et irritable, était atteint de vérole constitutionnelle, lorsqu'il a été saisi d'une douleur à l'occiput, qui offrait des recrudescences régulières tous les soirs. Les mercuriaux avaient été inutiles. En attendant, il a été saisi d'iritis bi-latérale intense à l'occasion de quelques imprudences hygiéniques. M. Quadri ayant été appelé, prescrivit d'abord, mais inutilement, les remèdes connus, savoir les antiphlogistiques, les révulsifs, et le calomel sous différentes formes. Remarquant cependant que la phlogose irienne offrait une certaine périodicité nocturne, M. Quadri n'a pas hésité à attaquer la maladie par le sulfate de quinine. Il a donc ordonné 20 grains de ce remède à prendre en plusieurs fois dans les 24 heures. On l'a continué pendant quelques jours. A l'aide de ce moyen, le mal de tête s'est dissipé, et l'iritis a guéri avec une promptitude étonnante.

Cette observation aurait pu offrir un bien plus grand intérêt, si l'auteur l'eût exposée avec plus de détails. Sans doute que le point essentiel à signaler ici, c'était la médication spéciale et heureuse qu'on a suivie ; mais si M. Quadri eût exposé en même temps les caractères spéciaux ou les circonstances particulières et locales de la phlogose irienne chez son malade, c'est-à-dire, l'état de la pupille, son mode de déformation, l'espèce de décoloration et le degré de ramollissement

(1) On regrette avec raison, après cette lecture, que M. Vulpes ne soit pas entré dans de plus longs détails sur un sujet aussi intéressant ; qu'il n'ait pas decrit minutieusement l'état de l'intérieur et de l'extérieur de l'intestin. (*N. du R.*)

de l'iris (s'il y en avait), l'existence ou l'absence d'adhérences du diaphragme irien, l'état de la capsule de l'humeur aqueuse, de la rétine, etc., combien ce fait n'aurait-il pas acquis d'importance?

MORSURE D'UN CHAT FURIEUX; HYDROPHOBIE PRÉSUMÉE; TRAITEMENT EN CONSÉQUENCE; GUÉRISON; par M. ARGENZIANO, professeur de médecine à Naples.

OBS. — Dans la soirée du 8 octobre de l'année dernière, un des infirmiers de l'hôpital *Della pace*, appelé Louis Grossi, badinait avec un chat qu'il irritait de différentes manières. Celui-ci monte en fureur de doux qu'il était habituellement et se cache dans un trou en grognant continuellement. L'infirmier ayant eu l'imprudence de le poursuivre dans ce domicile, en a été mordu au doigt indicateur, et égratigné sur plusieurs points de l'avant-bras. Le chat a été saisi ensuite, caressé de différentes manières par les religieux du local, mais il a continué à être furieux, et n'a pas voulu prendre d'alimens. Le lendemain cependant le chat est devenu docile à son ordinaire, et s'est toujours bien porté par la suite. Mais les choses ont bien autrement tourné pour le blessé.

Quelques instans après la blessure devient douloureuse; le sujet est saisi d'agitation vive, de frisson le long de la moelle épinière, de céphalalgie très-intense et de faiblesse générale. La nuit a été fort agitée. Le lendemain, il a été visité par plusieurs médecins et chirurgiens de l'hôpital, qui ont été d'avis de le traiter comme si le chat fût incontestablement enragé. M. Argenziano a été chargé de voir et de panser le malade. On a donc appliqué de suite 40 sangsues sur les environs de la blessure et sur l'avant-bras, qu'on a fait suivre de cataplasmes émolliens afin d'apaiser le phlegmon qui menaçait déjà de se déclarer. Calomel par petites doses intérieurement. La déglutition cependant commence à s'embarrasser. On plonge le malade dans un bain tiède, et on fait des frictions de pommade mercurielle le long de l'épine. Ce traitement ayant été suivi pendant sept jours, le blessé a paru bien portant, et au bout de ce temps il n'a plus été question ni de l'infirmier, ni du chat.

Tel est le fait que M. Argenziano s'efforce de caractériser pour un exemple d'hydrophobie réelle qu'il aurait guérie par le traitement ci-dessus. Il est à peine nécessaire de dire que cette conclusion n'est nullement rigoureuse. Puisque le chat s'est bien porté depuis, puisqu'il n'a pas quitté la maison ni mordu d'autres personne ni animaux, puisqu'enfin il est devenu doux à son ordinaire, il n'y a pas de raison pour considérer le fait comme tel. Quant aux symptômes que le blessé a éprouvés, ils ne présentent rien d'extraordinaire. On doit cependant approuver la sage précaution des médecins qui ont vu le malade, de le traiter, dans le doute où on était d'abord, comme s'il eût été mordu par un animal enragé; mais dans ce cas, pourquoi n'a-t-on pas cautérisé la plaie?

BONS EFFETS DE L'EXTRAIT DE BELLADONE DANS LES MALADIES INFLAMMATOIRES ET SPASMODIQUES DE L'UTÉRUS CHEZ LA JUMENT, par M. MAZZA, professeur de médecine vétérinaire.

OBS. — Une jument, de tempérament sanguino-nerveux, de forte constitution, d'âge moyen, appartenant à M. le général Saluzza, a donné, pendant l'été de 1834, des signes non équivoques d'orgasme vénérien qui n'a point été satisfait. Peu de temps après, elle a été saisie de coliques très-intense; on a appelé le maréchal de la maison qui saigne la malade et lui fait avaler un purgatif. On répète ces remèdes plusieurs fois, toujours sans profit; les douleurs intestinaux persistent; elles augmentent même par la suite au point que des vertiges, de la fureur, des vacillations, des tremblemens convulsifs, la fièvre et l'impossibilité pour la station de bout, compliquent de temps à autre l'état de la patiente. C'est à cette époque que M. Mazza a été appelé. Il croit d'abord avoir affaire à une entérite et ordonne à son tour des saignées, une potion de tartre stibié; des lotions émollientes sur le ventre et des lavemens adoucissans. Le lendemain les choses avaient plutôt empiré; le pouls était plein et contracté; la respiration difficile; froid aux extrémités; tremblemens et soubresauts généraux; tension douloureuse vers la moitié postérieure de l'abdomen; affaissement des fonctions cérébrales. En examinant cependant attentivement la malade, M. Mazza s'aperçoit que la vulve était gonflée, l'intérieur du vagin très-rouge et violet, et qu'une chaleur extraordinaire existait dans tout l'appareil génital. Il comprit alors que les phénomènes pourraient bien se rattacher à une métrite.

On répète la saignée; on pratique aussi une saignée locale; on prescrit le nitre à haute dose et solution de tartre stibié intérieurement: injections rectales et vaginales de liquides calmans et mucilagineux; bain continuel à la région postérieure de l'abdomen. Pas d'amélioration. Le lendemain, augmentation du gonflement de la vulve, formant une tumeur énorme qui s'étend jusqu'aux aines; on craint la gangrène prochaine de la matrice et la mort.

M. Mazza veut alors essayer les effets de la belladone: il fait dissoudre deux gros de l'extrait de cette plante dans deux livres d'eau distillée de fleurs de sureau et la fait avaler à la jument, en deux ou trois fois. On fait en outre des injections vaginales avec une solution d'une demi-once de la même substance dans quatre livres d'une décoction de camomille. On a aussi tamponné légèrement le vagin avec de l'étoupe trempée dans la même solution.

A peine le remède a-t-il commencé à agir que le calme général n'a pas tardé à se montrer; les mouvemens convulsifs des muscles ont diminué de beaucoup; le pouls est meilleur. Le lendemain, l'amélioration était progressive; calme parfait; pas de soubresauts ni de convulsions; pouls bon; écoulement vaginal abondant d'une matière mucoso-puriforme. On continue la même médication; on ajoute des lavemens rafraîchissans. Le troisième jour la malade a repris l'usage des sens; elle reconnaît et obéit son cocher; se secoue, est sensible aux caresses, et se laisse changer de position; le gonflement de la vulve diminue de jour en jour; des fausses membranes et du pus très-fétide s'échappe par cette ouverture. On continue la belladone par bouche à la dose d'un gros; on continue aussi les mêmes injections vaginales. Le quatrième jour, la jument hennissait; elle demandait à manger; on lui accorde du chiendent frais et de l'escarole qu'elle paraît mâcher et avaler avec plaisir. On a alors suspendu l'usage de la belladone par bouche, mais on a continué les injections vaginales. Guérison complète en dix jours environ.

M. Mazza rapporte dans trois articles qu'il a successivement publiés sur le même sujet, plusieurs observations pratiques de métrites graves chez des jumens vigoureuses qu'il a traitées et guéries heureusement par la médication qui précède. L'observation suivante nous a paru tellement intéressante que nous croyons devoir la reproduire.

CAS REMARQUABLE DE MÉTRITE CHEZ UNE JEUNE JUMENT; BELLADONE; GUÉRISON.

OBS. — Une très-belle jument anglaise de M. le prince Zurlo a été subitement saisie de douleurs atroces qui la font tordre de mille manières sans lui laisser un moment de calme. Le maréchal de la maison administre inutilement les remèdes contre les coliques ordinaires. M. Mazza est appelé, il trouve la malade couchée sur de la paille dans une cour; on venait de la saigner à l'instant: il constate les symptômes suivans:

Contractions générales des muscles externes et spécialement du train antérieur; ces membres étant souvent fléchis spasmodiquement vers le ventre en forme d'arc; les lèvres, les narines et l'abdomen sont également contractés. Œil fixe, saillant, effarouché; pouls petits, contractés et irréguliers; respiration difficile; mouvemens fréquens et violens de la queue. Le commémoratif des personnes qui avait soin de la cavale a fait connaître qu'elle s'était toujours bien portée, qu'elle avait donné depuis quelques jours des signes de chaleur vénérienne et que les coliques l'avaient frappée tout à coup dans la matinée même.

Prescription: saignée; de l'huile d'olives par bouche; lavemens émolliens d'eau de mauve et d'huile. Deux heures après, le mal fait des progrès étonnans; les contractions augmentent; la cavale tombe tout à coup plusieurs fois et elle se relève ensuite en frémissant. Il était deux heures après midi lorsque la saignée a été pratiquée; à peine le sang avait-il cessé de couler que la jument tombe d'un seul coup comme si elle eût été frappée par la foudre; on la crut morte un instant. Œil convulsé, épiphora; jambes redressées: ventre contracté; gémissemens; dyspnée; pouls filiforme. On croit qu'elle va expirer; tout le monde se retire. M. Mazza réfléchissant alors à l'orgasme vénérien indiqué par les mouvemens extraordinaires de la queue, administre la belladone comme dans le cas précédant, et la guérison a lieu comme par enchantement.

IV. OSSERVATORE MEDICO.

OBSERVATION D'UN CAS D'HÉMÉRALOPIE; par M. FOLINEA, médecin de l'hôpital des Incurables à Naples.

OBS. — Un homme, fabricant de vaisselle autrefois militaire, ayant eu la vérole et la gale, avait été sujet à des dérangemens nerveux de la vision, lorsque tout à coup, en regardant une maison, sa vue se couvre d'un voile noir, et il reste tout-à-fait aveugle pendant la nuit. Le lendemain, tout était rentré dans l'état normal. Quatre jours après, même accès de cécité, même durée, même terminaison. Depuis lors le phénomène s'est constamment reproduit tous les soirs à la même heure, et s'est dissipé le lendemain. Le malade se fit donc recevoir à l'hôpital des Incurables. L'examen a constaté les circonstances suivantes.

Pupille morbidement dilatée et un peu immobile; vision nette durant le jour; yeux de volume naturel et bien portans; santé générale bonne; pas de nausée, ni de vomissement, ni de coliques. Le soir, à peine le soleil avait il quitté l'horizon, que le sujet devenait presque instantanément aveugle. La lumière artificielle la plus ardente ne produisait aucun effet en l'approchant de ses yeux; le malade ne distinguait rien du tout; il était complètement aveugle jusqu'au lendemain. A l'heure du lever du soleil, sa vision reparaissait.

Prescription. Une dose de magnésie; usage journalier de la poudre de James et de la panacée de cinabre de Thomson. Après vingt jours de ce traitement, le retour des accès a été éloigné de quelques heures, et leur durée a diminué. Enfin ils se sont complètement dissipés, et l'homme a quitté l'hôpital presque complètement guéri.

Il faut cependant tenir compte d'une circonstance essentielle à propos de cette guérison, c'est que l'héméralopie se dissipe souvent d'elle-même après un certain temps, par le seul changement de régime, d'habitudes, de logement, de climat; aussi voit-on souvent toutes les médications, même les plus opposées et les plus absurdes, réussir en apparence contre cette affection.

V. EFEEMERIDI DI CLINICA MEDICO-CHIRURGICA DEL REGNO DELLE DUE SICILIE.

AFFECTION ANORMALE DU SYSTÈME NERVEUX, SURVENUE A LA SUITE D'UNE PLAIE A LA TÊTE; par M. AMBROSANO.

OBS. — Un homme remarquable par la force de sa constitution et l'état florissant de sa santé, essuya, à la suite d'une chute, une plaie à la région pariétale gauche de la tête, avec fracture de l'os correspondant et forte commotion encéphalique. Il resta paralysé, et ses voies digestives devinrent très-paresseuses. Après un long traitement, cependant, il recouvra le libre usage des organes des sens. La plaie se cicatrisa après avoir long-temps suppuré et donné issue à quelques esquilles. Enfin le malade s'est cru guéri. Le facies cependant et les attitudes de cet

homme indiquaient chez lui quelque chose de dérangé dans l'encéphale. Quoi qu'il en soit, il se sentait bien portant et avait repris ses occupations, lorsqu'il a éprouvé une fièvre périodique anormale par suite de son exposition aux miasmes malsains. Il se négligea et devint extrêmement maigre. Une éruption cutanée suppurante, en attendant, se déclara par tout le corps, et le malade éprouva de l'amélioration. Il reprend un peu d'embonpoint.

Mais la diarrhée le surprend alors, et il est saisi de faiblesse extrême d'abord, puis de convulsions cloniques, de manière que tout son corps était en mouvement continuel. Ces convulsions revenaient par accès, commençaient par une sorte de syncope; la respiration était difficile; puis après des mouvemens convulsifs très-bizarres se déclaraient; le tronc était fléchi tantôt latéralement, tantôt en arrière, tantôt en avant; les membres étaient tantôt étendus et raides, tantôt fléchis et immobiles.

L'intermission de ces accès n'était d'abord que de quelques minutes au moins, d'une heure et demie au plus. Plus tard, par l'usage continuel des bains et d'autres remèdes, les retours étaient devenus plus éloignés, et les convulsions moins fortes. Mais par la suite le mal a empiré, les accès ont repris plus de puissance, le pouls est devenu capillaire, le visage pâle, la tête tirée en arrière comme dans l'emprosthotonos, les yeux ouverts et farouches. Mort.

L'autopsie a montré : 1° destruction dans l'étendue d'un pouce de la table externe de l'os pariétal à l'endroit de la fracture, et trajet sinueux communiquant de ce point jusqu'à la dure-mère; 2° dure-mère épaissie et adhérant fortement au cerveau sur ce point; 3° sugillation circulaire, jaunâtre et dure à la surface du cerveau qui adhère aux membranes; 4° collection séreuse entre la pie-mère et le cerveau, formant sous l'os pariétal gauche une sorte de kyste dont le liquide a jailli par la ponction. Le reste du cerveau et de l'organisme étaient sains, à l'exception du foie qui était hypertrophié.

Ce qui rend intéressante cette observation, c'est la variété particulière des convulsions que le malade a présentées, et l'espèce de kyste accidentel qui comprimait l'encéphale à l'endroit de la blessure: Une question curieuse se présente ici à l'occasion de ce fait. Les mouvemens convulsifs étaient-ils occasionnés par l'épaississement partiel de la dure-mère ou bien par le kyste dont on vient de parler? S'il était permis de déduire une conséquence générale d'un fait particulier, la réponse ne serait pas douteuse. Boyer, en effet, ayant été appelé pour trépaner un homme épileptique, fit quelques manœuvres et le malade mourut peu de temps après. A l'autopsie on ne trouva d'autre lésion capable d'expliquer les convulsions qu'un épaississement partiel de la dure-mère.

VI. BULLETTINO DELLE SCIENZE MEDICHE DI BOLOGNA.

ANÉVRISME VARIQUEUX DE L'ARTÈRE BRACHIALE; RUPTURE SPONTANÉE DE LA TUMEUR; OPÉRATION D'APRÈS L'ANCIENNE MÉTHODE; GUÉRISON; par M. PAPINI.

M. le chanoine Brochetti, âgé de 73 ans, de tempérament pléthorique, offrait, à la suite d'une saignée malheureuse faite dix jours auparavant au pli du bras gauche, une tumeur du volume du poing, de couleur bariolée, livide et jaune, pulsatile au toucher, et offrant une petite plaie suppurante à son sommet. Ces pulsations cessaient si on comprimait l'artère au-dessus. En comprimant alternativement la grosseur avec les doigts on sentait une espèce de fluide, mais son volume ne diminuait point. L'avant-bras et la main étaient œdematiés (1). On fait rester le malade au lit dans le repos le plus parfait, le membre placé convenablement sur un oreiller, régime léger. Quelques jours après, on pratique des saignées, on donne des purgatifs, de la digitale pourprée, de la limonade pour boisson. On applique sur la tumeur des remèdes coagulateurs, sachets de poudre de Gall, de la glace, fomentations froides de Schmucker. L'artère brachiale est légèrement comprimée par un tourniquet. La grosseur cependant fait des progrès et menace rupture.

On disposait déjà le malade à se laisser opérer, lorsque, dans la nuit du 23 février 1833 (un mois environ après l'accident) la tumeur crève d'elle-même. A son arrivée, le chirurgien trouve le malade baignant dans son sang, extrêmement faible et prêt à succomber. On comprime, on arrête l'hémorrhagie à l'aide d'un tourniquet et on opère de la manière suivante.

On divise verticalement la tumeur à l'aide d'une incision qui commence à quatre travers de doigts au-dessus des condyles de l'humérus, et se termine à 2 pouces au-dessous de l'articulation, en suivant une direction oblique de dedans en dehors. Cette incision a intéressé la peau et son tissu cellulaire sous-jacent, l'aponévrose et la paroi correspondante de la poche sanguine; elle a conduit d'un seul trait dans le sac anévrismal, qui était vaste et contenait une énorme quantité de sang. On évacue la poche de tout son contenu, et l'on va à la recherche de l'artère, ce qui offre beaucoup de difficulté à cause de l'inextricabilité des tissus. On relâche un instant le tourniquet, et le jet de sang indique le siége du vaisseau. On implante une aiguille courbe (aiguille de Petit) à quelques lignes au-dessus, et l'on cherche à passer un ruban de fil ciré au-dessous de l'artère; mais la chose est impossible; les tissus sont très-durs, adhérens, et l'aiguille ne trouve pas assez d'aise pour marcher. On renonce donc à cet instrument, et à l'aide du bout du doigt on parvient à franchir cet espace piqué par l'aiguille, et à passer le fil sans le secours d'aucun autre instrument. Ce fil est serré et lié convenablement avec un double nœud simple autour de l'artère. On passe inférieurement à l'ouverture artérielle un second fil à l'aide de l'aiguille courbe, ce qui n'a pas offert ici la même difficulté, et l'on lie *ut suprà*. Le tourniquet ayant été ôté, aucun écoulement de sang artériel n'a eu lieu.

On remplit la poche de charpie sèche et l'on met un appareil approprié, en bandant tout le membre depuis le poignet. On l'entoure de linge chaud et on le place convenablement. La malade cependant était extrêmement faible, aussi l'a-t-on restaurée d'abord par quelques moyens toniques. Le lendemain une fièvre modérée s'est déclarée et les choses paraissent aller pour le mieux. Quelques jours après, on renouvelle l'appareil, une petite hémorrhagie a lieu par un petit vaisseau qu'on cautérise avec succès. Une seconde hémorrhagie se déclare dans la nuit qu'on n'arrête qu'avec peine. En attendant le malade semblait expirer à chaque instant de faiblesse; il avait la fièvre, puis le dévoiement. (Décoction blanche de Sydenham, diascordium, crème de riz) Quelque temps après la plaie paraît sordide et presque gangréneuse; mais enfin, vers le douzième jour de l'opération, une abondante suppuration a lieu, la plaie se déterge, les fils tombent le trentième jour; le bourgeonnement salutaire se déclare, le malade va de mieux en mieux, et il finit par guérir.

Cette observation démontre 1° qu'il ne faut pas trop se fier au traitement médical uniquement pour guérir les tumeurs en question; 2° que la temporisation pour opérer ne doit pas dépasser certaines limites; 3° enfin que l'ancienne méthode d'opérer les anévrismes ne doit pas être entièrement proscrite de la chirurgie, ainsi que Scarpa l'avait déjà très-bien établi. Il resterait cependant ici une question assez importante à examiner, ce serait de savoir si dans le cas qui précède la méthode de Hunter ne serait pas applicable, même après la rupture spontanée de la tumeur.

(1) La suite de cette observation, conjointement aux caractères ci-dessus, indiquent sans doute l'existence d'une tumeur anévrismale, mais on ne voit pas dans cet ensemble les symptômes propres à l'anévrisme variqueux, ou plutôt à la varice anévrismale. Le fait cependant n'en est pas moins intéressant à part ces circonstances particulières qu'il présente. *N. du R.*

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 18 OCTOBRE.

Présidence de M. Louyer-Willermay.

1° Lettre ministérielle, en date du 14 octobre, avec envoi de la recette et de l'échantillon d'une eau cosmétique.

2° Lettre *idem, idem*, avec envoi de la recette et de l'échantillon de deux remèdes contre des *affections rhumatismales, névralgiques et inflammatoires*.

3° Lettre *idem, idem*, avec envoi de la recette et de l'échantillon de plusieurs remèdes secrets dont on ne dit pas les propriétés.

4° Lettre *idem, idem*, avec envoi de la recette et de l'échantillon d'un remède auquel on attribue les propriétés de favoriser la dentition.

5° Lettre *idem, idem*, avec envoi du rapport du médecin-inspecteur des eaux minérales de Chataldon.

6° Etats des vaccinations de l'Yonne, de la Nièvre et de l'Eure.

Correspondance manuscrite.

1° Remarques expérimentales sur les maladies chroniques par le docteur Gérard.

2° Lettre de M. Gauthier, pharmacien à Cannes, avec envoi de la recette d'un remède contre les maux de dents.

3° Observation d'un kyste séreux développé dans la région parotidienne gauche.

4° Mémoire topographique et médical sur l'île de Corse, par M. le docteur Vannoci.

5° Lettre de M. Laperre d'Agen, qui se porte comme candidat aux places de membre correspondant.

Après le dépouillement de la correspondance, M. Louis revient sur une proposition qu'il a faite dans la dernière séance, et qui est passée inaperçue au milieu de la discussion. L'objet de cette discussion était de savoir si les pays chauds en général et le climat d'Alger en particulier sont favorables aux phthisiques. M. Louis a soutenu que, quoique par une sorte d'habitude on les envoie en Italie, à Nice ou aux îles d'Hières, en réalité on ne sait rien de positif à cet égard. Cependant la question est importante, mais elle ne peut pas être étudiée à Paris. Il faut des observations comparatives. M. Louis a proposé et propose encore de consulter les correspondans de l'Académie dans différens lieux afin d'avoir des termes de comparaison, et de nommer une commission, laquelle devra rédiger une instruction qu'on leur fera tenir.

Cette proposition, appuyée par MM. Rochoux et Bouillaud, est adoptée.

OBSERVATION POUR SERVIR A L'HISTOIRE DE L'OPÉRATION DE L'EMPYÈME DANS LES DIVERS CAS D'ÉPANCHEMENT PLEURÉTIQUE. Rapport de MM. Sanson et Bouillaud.

Le mémoire de M. Faure contient huit observations que MM. les commissaires font connaître une à une. Sur ce nombre, un malade est guéri; un autre était en voie de guérison, lorsqu'il est sorti de l'hôpital; mais il a été perdu de vue; les autres ont été soulagés, mais ils sont tous morts.

Néanmoins M. Faure se félicite si sincèrement de ce résultat, qu'il se reproche de n'avoir pas employé plus souvent l'opération à laquelle il l'attribue, et promet bien d'être plus entreprenant à l'avenir. « Lorsqu'un épanchement thoracique spontané a été reconnu, si tous les moyens d'en procurer la résolution ont été employés sans succès, il ne faut pas, dit-il, tarder autant qu'on le faisait autrefois à recourir à la ponction pour l'empêcher de s'accroître et de devenir funeste.»

La commission n'est pas éloignée de ce sentiment ; mais elle pense que M. Faure n'a pas été toujours fidèle au principe qu'il pose lui-même, c'est-à dire que s'il avait employé tous les moyens propres à opérer la résolution de l'épanchement, il n'aurait pas réduit ses malades à la dure nécessité de subir la ponction de la poitrine. Quoi qu'il en soit, les faits rapportés par ce médecin sont fort intéressans en ce qu'ils prouvent que la pleurésie abandonnée à elle-même ou traitée par des moyens insuffisans, ne mène que trop souvent à un épanchement dans les cavités des plèvres, et finalement à la mort. M. Faure a saigné, il est vrai, ses malades ; mais il ne les a pas saignés assez, et il n'a pas assez rapproché les saignées, deux conditions indispensables au succès du traitement. La commission n'ignore pas qu'un médecin fort distingué de la Pitié a guéri environ 140 pleurésies dans un espace de temps assez court, quoiqu'il n'ait usé que très-modérément de la saignée. Puisqu'il l'a dit, cela est, nul doute à cet égard. Mais M. le rapporteur a vu mourir avec ce traitement, tandis qu'il n'a perdu aucun des malades qu'il a traités suivant la méthode des saignées *coup sur coup*, pour me servir de ses expressions.

Avec ce traitement, on étouffe la pleurésie presque à son début, et l'on ne donne pas à l'épanchement le temps de se faire ; ou s'il est beau de le guérir quand il existe, il l'est encore plus de le prévenir.

M. Rochoux convient que l'opération de l'empyème réussit rarement ; c'est une vérité de fait sur laquelle tout le monde est d'accord ; mais pourquoi ne réussit-elle pas? c'est ce qu'on n'a pas dit clairement. Il a ouvert un certain nombre de corps qui avaient subi l'opération de l'empyème, et il a trouvé que toujours le poumon était affaissé, la plèvre granuleuse, épaissie : il pense que, dans cet état, la plèvre se prête mal à la dilatation, au développement du poumon ; elle est, selon lui, la principale cause de la mort.

M. Sanson ne dira pas son opinion, mais il dira celle de M. Dupuytren. On sait que ce grand chirurgien eut, entre autres maladies, une pleurésie qui finit par un épanchement dans la poitrine : préoccupé de son état, il lut attentivement les observations de M. Faure et demanda à être opéré. M. Sanson fut mandé ; il arriva avec un trois-quart, mais cet instrument fut trouvé trop gros, il revint le lendemain avec un plus petit, Dupuytren n'était plus.

M. Husson rectifie quelques circonstances de cette histoire. Il y eut, dit-il, une consultation composée de cinq médecins ; ils se divisèrent sur l'utilité de l'empyème : deux étaient pour, trois contre. En apprenant le résultat, M. Dupuytren renonça sans doute à sa première idée, car il se réunit à la majorité en disant : *J'aime mieux mourir de la main de Dieu que de la main des hommes.*

M. Bouillaud confirme le récit de M. Husson, et, en effet, dit-il, on ne voit pas comment M. Dupuytren aurait pu se décider à une opération après laquelle six malades sur sept ont succombé.

M. Nacquart cite, en faveur de l'empyème, l'observation d'un jeune homme de Fontainebleau, lequel fut opéré par M. Roux et survécut plusieurs années à cette opération.

M. Roux se le rappelle fort bien ; il se servit d'un trois-quart très-petit, et néanmoins il survint une assez forte inflammation. Au bout de quelque temps, les symptômes d'épanchement ayant reparu, on revint à l'opération, et ainsi de suite jusqu'à trois ou quatre fois. Ce jeune homme est mort longtemps après la dernière ponction. C'est, ajoute M. Roux, le seul succès que je puisse citer ; il croit cependant qu'il a sauvé un autre malade par le même moyen ; mais il s'agissait, dans ce dernier cas, d'un épanchement purulent.

M. Martin-Solon croit que la question qu'on agite est loin d'être jugée. Il pense, lui, comme M. Rochoux, que le plus grand obstacle au retour du poumon est dans les fausses membranes dont la plèvre est recouverte ; pour faciliter ce développement, il recommande de ne vider la poitrine que peu à peu, et à diverses reprises : il ne craint pas de faire répéter la ponction, ce n'est pas là qu'est le danger. Malheureusement les épanchemens se font quelquefois sourdement et à l'insu du malade, d'où il arrive qu'ils sont souvent anciens lorsque le médecin est consulté. Il a reçu, dans ses salles à l'hôpital Beaujon, un sujet qui se plaignait d'une affection du bas-ventre ; il le guérit, après quoi il découvrit un épanchement énorme dans l'un des côtés de la poitrine, et dont ce malade ne se doutait même pas.

M. Gérardin croit que c'est à tort qu'on considère l'épanchement comme toujours l'effet de la pleurésie : ce symptôme a plusieurs causes qu'il importe de distinguer, sans quoi il sera toujours impossible de s'entendre sur le traitement.

M. Roche répond que les causes ne sont pas aussi nombreuses qu'on voulait le faire entendre. Ainsi, dit-il, Laennec a dit dans son livre qu'il était encore à trouver un épanchement qui ne fût pas l'effet d'une pleurésie.

Si M. Blandin a bien entendu les observations dont M. Bouillaud vient de présenter l'analyse, elles ne justifient pas le blâme qu'on jette sur l'opération de l'empyème. Il est mort, à la vérité, six malades sur 7 ; mais presque tous ont été soulagés. Il croit que le succès de cette opération dépend en grande partie du moment où on la pratique. Si, de bonne heure, les chances de succès sont grandes, elles diminuent, au contraire, si on laisse aux organes le temps de s'affecter gravement. En fin de compte, M. Blandin croit fermement que ce n'est pas tant l'opération qui tue les malades, que la maladie pour laquelle elle est faite.

M. Lisfranc parle dans le même sens. Il en est, dit-il, de l'opération de l'empyème comme de l'opération du trépan. Un homme a la tête fracassée, on le trépane, il meurt ; mais pourquoi meurt-il ? est-ce parce qu'il a été trépané ? non, assurément, mais parce qu'il avait la tête fracassée. Il a fait assez souvent la ponction de la poitrine, et lorsque les malades sont morts, ce qui est arrivé souvent, il a toujours trouvé le poumon en très-mauvais état. Aussi, instruit par l'expérience, il ouvre la poitrine de très-bonne heure, ou il ne s'y décide qu'à la dernière extrémité, lorsque les malades ne peuvent plus respirer.

M. Emery dit que c'est bien à tort qu'on accuse toujours la pleurésie des épanchemens qui se font dans les plèvres : il en existe bien d'autres causes. Et, par exemple, il a vu plusieurs fois la disparition subite d'une dartre vive, d'un eczéma, donner lieu à cet accident. Il est même remarquable que, dans ce cas, l'épanchement se fait avec une extrême rapidité ; c'est l'affaire de 24 heures.

M. Renauldin peut confirmer par son expérience l'observation de M. Emery.

M. Castel distingue les épanchemens aqueux d'avec les épanchemens purulens : ce sont deux espèces fort différentes. Les premiers reconnaissent plusieurs causes fort diverses : les seconds, au contraire, succèdent toujours à une inflammation ; car il n'y a pas de pus sans inflammation.

Après cette discussion, le rapport de M. Bouillaud est mis aux voix et adopté.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

REMARQUES SUR LES VERRUES, communiquées par M. Prosper MEYNIER, D.-M. P. à Ornans.

Ornans, le 23 juin 1836.

A propos du dernier travail de M. Rognetta sur les verrues du rectum, permettez-moi de vous communiquer succinctement mes idées sur les verrues en général : elles m'ont été inspirées, ces idées, depuis long-temps, par la pauvreté de nos ressources contre une affection incommode et dégoûtante, quoique très-commune. En effet, que l'on consulte tout ce que les ouvrages déjà anciens ou même tout-à-fait modernes nous apprennent sur ce sujet ; qu'on relise la courte liste des moyens inefficaces conseillés contre ces excroissances, et l'on éprouvera, je pense, le même désappointement que bien d'autres que moi ont éprouvé. Il semble que cette humble partie de la médecine ait été complètement dédaignée ; et pourtant, il y a là plus d'une sorte de recherches intéressantes et utiles à faire. Quoi de plus dangereux, de plus gênant parfois, que ces végétations soumises à des lois ignorées ? Le tempérament lymphatique, ce bouc émissaire de l'hygiène, a été, entre autres attributs fâcheux, gratifié de celui-ci. Et pourtant je n'ai point remarqué chez les verrues de prédilection pour cette sorte d'habitude du corps. Rien, hors l'apparition de ces efflorescences, n'annonce une disposition de l'économie à s'en trouver affectées. Elles viennent, disparaissent et reviennent sans cause connue, au moins jusqu'aujourd'hui.

Cette bizarre affection doit donc être considérée sous un autre point de vue encore que l'aspect purement chirurgical, car la médecine externe n'y peut pas grand'chose. Coupez-les, elles reviennent ; brûlez-les, elles repoussent ; liez-les, elles repullulent de plus belle. Parfois cependant, ces moyens guérissent. Mais je ne crains pas d'établir que la réussite, en ce genre, est l'exception, l'insuccès la règle générale.

On a confondu sous le même nom plusieurs affections très-différentes. Le tylosis, l'acrochordon, les diverses espèces de végétations vénériennes ou non, ont été et sont encore souvent appelées *verrues*. Or, l'observation la plus vulgaire suffit pour faire discerner ces objets les uns des autres dans la plupart des cas. Il n'en est pas ainsi quand les verrues siégent sur les muqueuses : alors il est aisé d'être trompé si l'on n'examine pas les choses de plus près.

La verrue proprement dite est une excroissance formée par l'assemblage d'un plus ou moins grand nombre de filamens juxta-posés, logés dans une ride élargie du derme. Autour de cet espace la cuticule semble finir brusquement en formant une sorte de bourrelet assez peu saillant. Blanchâtres et ternes, ces végétations ont une consistance en quelque sorte cornée, et plus forte à l'extrémité libre qu'à celle qui est implantée.

Quant au degré de profondeur où elles parviennent, ordinairement peu considérable, il va quelquefois jusqu'aux parties aponévrotiques ou tendineuses sous-jacentes. Telle est la manière d'être de ces productions sur le tégument externe. Sur les muqueuses, on trouve, avec la même structure essentielle, quelques différences de couleur et de consistance. C'est ici surtout qu'elles peuvent tromper, situées alors sur des parties plus vasculaires, plus molles, plus délicates enfin ; entourées par des îles, par un épiderme plus fin ; le rebord formé par celui-ci est moins visible ; leur couleur se rapproche beaucoup de celle du lieu où elles ont paru. C'est ici encore qu'on les a prises pour tout autre chose ; aux lèvres, par exemple ; que de fois elles y ont excité des craintes que les boutons cancéreux seuls devaient inspirer. Alors, de douloureuses, d'inutiles opérations en ont été la suite.

Quoique ces productions ne renferment pas de vaisseaux propres, il est évident qu'elles sont alimentées par les sucs, qu'elles tirent du lieu qui les supporte. Elles s'en imbibent, elles se les approprient à la manière des êtres parasites.

En examinant un jour une curieuse efflorescence appartenant au règne végétal (le gymnosporangium juniperi), je fus frappé de la res-

semblance que présentaient ces gélatineuses excroissances ; échappées de l'écorce éclatée de l'arhuste où elles étaient nées ; je ne pus, dis-je, m'empêcher de remarquer leur similitude avec les verrues du corps de l'homme. Comme celle-ci formées de filamens agglomérés, elles s'étaient frayé un passage à travers le tissu même de l'écorce, et sans se confondre avec elle. Je ne pus alors m'empêcher de me demander si, comme les gymnosporanges, nos verrues n'auraient pas un thallus sous ou intra-cutané ; si ces productions singulières offraient des sporules contenus dans leur épaisseur ; si ces mêmes verrues ne constitueraient pas une espèce de parasite propre à l'espèce humaine ; plus plantes qu'animaux, et n'établiraient pas une classe de champignons plus animalisés que ceux qui sont connus jusqu'alors. Or, ceux-ci sont déjà si fortement azotés, il y a d'ailleurs déjà tant d'autres parasites des animaux ! Peut-être découvrira-t-on un jour une foule d'êtres de ce genre dans nos corps. Un de nos confrères d'Alsace a été porté à penser que les tubercules miliaires du poumon sont dus à une cause pareille. Voyez encore l'hôte microscopique récemment trouvé dans les muscles humains, et encore, les allées et venues comme spontanées des verrues n'auraient-elles pas une vie à part ?

Ceci donnait l'espoir de découvrir tôt ou tard un spécifique contre cette rehntante affection. Ne sait-on pas que, comme les êtres plus sensibles, les plantes nnt leurs antipathies ? Il n'est pas sans exemple que des applications de suc de grande chélidoine aient fait disparaître des verrues inutilement combattues par d'autres médications.

Parlerai-je ici de pratiques populaires en faveur desquelles il ne manque pas de faits, s'il faut en croire les commères : « Enduisez chaque verrue de sang menstruel... » Ou bien enenre : « Piquez-les avec un grain d'avoine, puis enterrez-le dans un fumier ; à mesure qu'il pourrit (nu germe) les verrues piquées diminuent et s'en vont ! » C'est une dernière trace d'une superstition médicale dûment et depuis longtemps oubliée. Grübe l'a jadis très-sérieusement combattue dans un curieux opuscule intitulé : *De transplantatione morborum*.

Il est temps que je termine cette lettre, déjà trop longue, par l'exposé de l'unique moyen que j'ai trnuvé utile jusqu'à ce jour.

D'après les observations relatives à la structure des verrues, il m'a semble que l'éradication devait être efficace. En conséquence, quelque soit le siége de ces productions, je les arrache patiemment et filament par filament jusqu'au dernier. Il y a beaucoup, peu ou point de sang répandu, selon le lieu. Après cette petite opération, exécutée avec de bonnes pinces à dissection ordinaires ; on voit, dans le derme lui-même, un enfoncement en forme de godet, à bords perpendiculaires, circonscrits par l'épiderme. C'est alors aussi, de même que par le rapprochement subséquent des marges du trnu formé, qu'on voit que le tissu cutané n'a été qu'écarté. Une pression un peu forte exercée au dessous de la verrue et de manière à la faire saillir et en quelque sorte épanouir, facilite étonnamment sa sortie. Après celle-ci, la disparition des traces est des plus rapides. Je ne dis pas la *cicatrisation*, et à dessein, car il n'y a pas, là, réellement de plaie, ni de phénomènes semblables à ceux qui suivent une plaie.

De la sorte, j'ai guéri, sans récidive, des verrues aux lèvres et qui avaient été prises pour des boutons suspects. Quelquefois la cautérisation, l'extirpation même, avaient été employées sans succès. Peut-être encore ces moyens nnt-ils produit, dans plus d'un cas, le mal qu'on redoutait. Il en serait sans doute ainsi au rectum et ailleurs.

Ce mode de traitement n'a pas seulement, comme on voit, l'avantage de cadrer avec des idées paradoxales, son efficatité est déjà sanctionnée par l'expérience.

Agréez, etc.

BIBLIOGRAPHIE.

DICTIONNAIRE DE MÉDECINE OU RÉPERTOIRE GÉNÉRAL DES SCIENCES MÉDICALES, par MM. ADELON, BÉCLARD, A. BÉRARD, etc. — Tom. XI à XIII.

Plus d'une année s'est écoulée depuis que nous n'avons parlé de ce dictionnaire ; et aux termes du prospectus, nous devrions avoir rendu compte de cinq volumes au moins, tandis qu'il n'en a paru que trois. Les nombreux concours qui se sont succédé à la Faculté, et où un bon nombre des collaborateurs se trouvaient engagés les uns comme candidats, les autres comme juges, expliquent en partie ce retard ; toutefois il est à désirer que cette vaste entreprise marche désormais avec un peu plus de rapidité, si l'on veut que les premiers volumes ne soient pas déjà vieux lorsque paraîtront les derniers.

L'un des articles les plus importans et à la fois les plus longs que contiennent ces trois volumes, est celui dans lequel M. Calmeil a traité sous le titre de *Maladies de l'encéphale* de toutes les affections du cerveau et de ses membranes dont il n'a point été question d'une manière spéciale dans les volumes publiés, ou auxquels ne doivent point être consacrés des articles spéciaux dans les volumes à venir ; c'est aussi par cet article que nous allons commencer notre revue.

Si l'étude des affections cérébrales était aussi avancée que le prétendent quelques pathologistes et que M. Calmeil lui-même semble vouloir le faire entendre, nous ne voyons pas de quelle utilité il serait de décrire à part les altérations organiques que présentent le cerveau et ses dépendances ; puisque cette description devrait être reproduite à l'occasion de la description des maladies des mêmes organes. Cependant, nous le reconnaissons, dans l'état actuel de la science, la marche adoptée par M. Calmeil était la seule convenable, car il s'en faut de beaucoup que l'on puisse rattacher des phénomènes morbides constans à toutes les altérations pathologiques et les mêmes lésions anatomiques à des états morbides identiques. Les différentes altérations que présentent le cerveau et ses membranes sont extrêmement nombreuses et les symptômes au contraire en bien petit nombre : aussi, bien que cette méthode soit la preuve d'une grande imperfection dans l'état actuel de la science, nous croyons qu'elle est la seule qui puisse être adoptée avec avantage. Plus tard, nous devons l'espérer, on trouvera peut-être des nouvelle liaisions entre ces deux ordres de faits, qu'en attendant il est important d'étudier séparément. En donnant l'anatomie pathologique de l'encéphale et de ses dépendances, M. Calmeil a donc dû s'attacher à décrire quelques-unes des altérations les plus récemment signalées ; ainsi nous trouvons des détails intéressans sur quelques-unes des formes sous lesquelles se présente la sérosité à la surface ou dans l'épaisseur du cerveau, sur les fausses membranes que l'on rencontre dans l'arachnoïde, sur les kystes hémorrhagiques et sur les discussions auxquelles ces derniers ont donné lieu, sur les dépôts morbides de cholestérine dans le cerveau.

Nous sommes obligé de n'indiquer qu'en passant ces recherches, qui n'offrent pas d'application immédiate, et arrivons à *l'encéphalite diffuse*, dénomination qui comprend pour l'auteur non-seulement toutes les maladies désignées sous les noms de *méningite*, de *céphalite*, d'*arachnitis*, mais même des maladies qui sont généralement regardées comme appartenant à des ordres différens, et nous n'avons pas été peu surpris quand nous avons lu le passage suivant : « C'est en procédant de la sorte (en appliquant un nom à un groupe de symptômes qui ne pouvait être rattaché à aucune lésion appréciable) que l'on a été conduit à admettre des fièvres *nerveuses*, des fièvres *pernicieuses, ataxiques, cérébrales, le typhus*, etc., affections qui nous paraissent, ainsi qu'à plusieurs écrivains, se confondre dans beaucoup de cas au moins, avec l'encéphalite diffuse, à laquelle l'analogie nous porte, en attendant des preuves du contraire, à les rapporter provisoirement. » Bien que l'auteur annonce ne devoir pas fournir les preuves de cette assertion qui a déjà été émise bien des fois et sans succès, cependant il ne tarde pas au bout de quelques pages à rencontrer M. Louis et la fièvre typhoïde ; et alors, s'armant des faits que ce laborieux investigateur a recueillis, employant la méthode (numérique) qu'il croit lui appartenir, et même s'appuyant sur les mêmes résultats numériques, arrive à des conclusions entièrement opposées, et en déduit que les troubles manifestes dans les fonctions de l'encéphale à la fin de beaucoup de cas des fièvres typhoïdes se rapportent souvent au développement d'un méningo-céphalite ou au moins d'une subméningo-céphalite. Quant à l'objection que l'on a faite tant de fois déjà à ce système que les symptômes d'encéphalite s'observent dans beaucoup de cas sans que le cerveau présente de traces appréciables d'inflammation ; l'auteur dit n'avoir pas l'intention de la résoudre, son seul but ayant été de démontrer qu'on peut parier cinq contre trois que ces lésions coexistent avec le délire et les autres phénomènes cérébraux. Il nous suffit de faire connaître l'extension que l'auteur donne à sa manière de considérer l'encéphalite diffuse ; extension qui dans l'état actuel de la science nous paraît hors de mesure et peut être comparée à celle que, il y a quelques années, on donnait à la gastrite. A cette époque, toutes les maladies où il y avait à la fois des vomissemens et des douleurs à l'épigastre, étaient des gastrites aiguës, et aujourd'hui à peine même admet-on que l'estomac puisse jamais être atteint d'une inflammation aiguë spontanée.

C'est au moins ce que nous trouvons dans l'article *Inflammation de l'estomac*, de M. Blache, qui a cru devoir rapporter tout au long une

observation de gastrite idiopathique aiguë, empruntée à la clinique médicale de M. Andral. Nous pensons avec l'auteur que les exemples de cette maladie sont peu nombreux, non pas seulement parce que les causes capables d'enflammer l'estomac sont très-rares, mais surtout parce que cet organe est beaucoup moins irritable par cause directe qu'on ne le pense communément. La plupart des troubles de l'estomac sont sympathiques; mais alors a-t-on le droit, comme le fait ici l'auteur, de distinguer ces troubles sous le nom d'hypérémie; *hypérémie gastrique dans les fièvres*. Nous ne le pensons pas. Ni la nature des phénomènes morbides, ni l'examen des organes après la mort, rien ne démontre que dans ces cas il y ait hypérémie. Ce n'est point par de simples hypothèses que l'on jettera quelque jour sur ces questions embarrassantes.

Nous aurions désiré aussi que M. Blache eût mieux défini, qu'il ne l'a fait, les limites qui séparent la gastrite chronique des névroses de l'estomac. Il dit, il est vrai, que ces affections doivent être séparées, mais un peu plus loin il affirme que la gastrite chronique est très-souvent le résultat d'une névrose dont l'action, long-temps soutenue, détermine conséeutivement une inflammation lente et peu active de la membrane muqueuse. Tout cela est un peu obscur; il en est de même lorsqu'il s'agit des conditions anatomiques de ces divers états. Ainsi, si nous en croyons l'auteur, l'ampliation de l'estomac appartiendrait à la gastrite chronique, comme son rétrécissement à la gastrique aiguë, tandis que ces deux états dépendent, personne ne l'ignore, du régime diététique observé dans les derniers temps de l'existence. Du reste, ces légères taches que nous venons de signaler dépendent presque nécessairement des difficultés qu'on rencontre à chaque pas dès que l'on veut étudier les maladies de l'estomac, et qui ont été beaucoup augmentés par les prétentions des modernes; et M. Blache a encore fait preuve dans cet article, le seul que contiennent de lui les trois volumes, de l'érudition et de la bonne direction dans les études que nous avons déjà signalées dans les précédentes revues.

M. Ferrus a exposé à l'article *Cancer de l'estomac* l'état actuel de la science sur la plupart des points de l'étude de cette maladie, et signalé plutôt que discuté quelques-unes des questions qui surgissent naturellement de cette étude. Nous aurions cependant désiré que l'auteur au lieu de nous dire brièvement que, dans certaines circonstances données, l'inflammation chronique de l'estomac peut amener la dégénérescence cancéreuse de cet organe, eût porté un examen plus sévère sur les premiers temps du développement de cette affection et sur les principales circonstances dans lesquelles elle se développe; de même encore peut-être la discussion relative au diagnostic des diverses régions de l'estomac où apparaît le cancer, eût-elle pu s'éclairer de quelques recherches récentes, de celles surtout du docteur Osborne.

L'article *névralgie de la face* a fourni à M. Bérard l'occasion de donner une histoire de la névralgie aussi complète qu'on peut l'attendre pour un dictionnaire et de traiter quelques unes des questions physiologiques qui s'y rattachent. Ainsi, pour nous borner à une seule de ces discussions, celle relative à l'existence de la *névralgie du nerf facial*, il commence par établir que ce nerf ou la portion dure de la septième paire n'est pas conducteur des impressions tactiles développées à la face et même qu'il est complétement insensible, et que si ses rameaux semblent dans quelques cas offrir un certain degré de sensibilité dans leur épanouissement à la face, ils doivent cette sensibilité à deux rameaux de la troisième branche de la cinquième paire, qui s'y unissent derrière la mâchoire et qui l'accompagnent dans son trajet et ses divisions ultérieures; puis, examinant les deux ou trois observations de *névralgie de la septième paire*, rapportées par des auteurs compétens, il démontre facilement que la douleur dans ces cas dépendait de quelques rameaux de la cinquième paire.

Mais si M. Bérard pense que l'on ne doit pas ranger la septième paire au nombre des nerfs qui peuvent être le siége du tic douloureux, il décrit par compensation une variété de cette maladie qui n'avait pas été signalée jusqu'ici, bien qu'il en ait trouvé plusieurs observations consignées dans divers travaux, et une entre autres dans celui de Halliday, où elle est donnée sous le nom de *tic douloureux de la septième paire*. Cette névralgie est celle de la *branche postérieure de la deuxième paire des nerfs cervicaux*, qui s'étend jusqu'au sommet de la tête et remplit, par rapport aux tégumens de cette partie le rôle que jouent les branches frontales de la cinquième paire, relativement à la moitié antérieure des enveloppes du crâne. C'est peut-être à cette névralgie qu'on doit rapporter celle décrite par Paletta sous le nom de *mastoïdienne*. La première observation qu'en a recueillie M. Bérard eut pour sujet un jeune homme qui succomba à une maladie des vertèbres cervicales après avoir éprouvé des douleurs intolérables dans la partie postérieure de la tête. La direction de ces douleurs ayant fixé son attention, il disséqua la branche postérieure de la dernière paire cervicale et rencontra vers son origine, une tuméfaction gangliforme, rougeâtre, qui évidemment avait été la cause des douleurs éprouvées par le malade.

Nous regrettons que M. Bérard n'ait pas examiné avec toute l'attention qu'elle méritait la question du type de la névralgie, et surtout qu'il ne se soit pas occupé des rapports de cette maladie avec la fièvre intermittente, de sa fréquence prétendue dans les pays où ces dernières règnent communément, et surtout des cas où ces dernières affections se sont mutuellement remplacées, questions qui ont été agitées par quelques auteurs modernes. A l'article *paralysie de la face*, l'auteur s'élève avec raison contre l'erreur dans laquelle sont encore beaucoup de médecins qui attribuent toutes les paralysies de la face à une affection de l'encéphale, tandis que quand cette paralysie est bornée aux muscles de la face, elle dépend presque constamment d'une altération du nerf facial, soit à sa sortie du trou stilo-mastoïdien, soit dans le trajet du canal osseux qu'il traverse pour sortir du crâne. Les cas de ce genre sont devenus si fréquens depuis quelques années, surtout depuis que les recherches de Ch. Bell ont appelé l'attention sur ce sujet, qu'il est difficile de comprendre comment il peut encore rester quelques doutes sur ce point. Quant à l'explication que donne ici M. Bérard de cette paralysie, et qu'il croit trouver, sans l'affirmer cependant, dans le trajet tortueux et étroit que fournit au nerf facial l'aqueduc de Fallope, et qui doit, dans certaines circonstances, devenir trop étroit pour le nerf, nous l'approuvons complétement, avec cette différence pourtant que M. Bérard attribue à la tuméfaction du nerf lui-même l'espèce d'étranglement qui détermine la paralysie, et que nous serions plus disposés à attribuer à la tuméfaction du périoste.

M. Louis se plaint que l'*emphysème des poumons* ait été presque complétement oublié depuis que Laennec l'a signalé à l'attention des observateurs; ce n'est que depuis quatre ans et demi que lui-même s'en est occupé d'une manière un peu suivie, et c'est uniquement sur les faits recueillis depuis cette époque, qu'il établit la description de cette maladie, dans laquelle nous ne trouvons rien de nouveau, à l'exception toutefois d'un signe qu'il dit avoir le premier indiqué. Mais avant d'arriver là, nous devons faire remarquer un vide qui existe dans la définition ainsi que dans la description de cet état morbide. On sait que chez la plupart des sujets qui avant leur mort ont éprouvé une forte dyspnée, il est rare qu'on ne trouve pas au moins quelques vésicules pulmonaires emphysémateuses. Eh bien! il était important, il nous semble, surtout dans la méthode adoptée par M. Louis qui compte numériquement tous ses malades, et dont toutes les inductions, toutes les propositions sont appuyées sur des séries de 2, 4, 8, 15, 20 faits, d'indiquer exactement où commence pour lui l'emphysème pulmonaire. On conçoit combien l'omission que nous signalons ici est importante quand il s'agit d'une altération que l'on veut isoler et représenter comme formant une maladie à part. Nous aurions désiré aussi une comparaison plus exacte entre l'état du malade pendant les accès et dans l'intervalle de ces mêmes accès. Cependant M. Louis ne balance pas à attribuer à l'emphysème certaines dyspnées existant depuis l'enfance, et qui ne peuvent reconnaître pour cause ni les tubercules, ni une affection du cœur.

Nous croyons n'avoir pas vu une seule fois, dans tout le cours de cet article le mot *asthme*, bien que ce mot, que nous croyons ne devoir pas encore être retranché de la langue scientifique, eût pu fournir ici l'objet d'une importante discussion. En effet, parmi les causes que signale l'auteur, il en est une, l'hérédité, qu'il a trouvée fréquemment (dix-huit fois sur vingt-huit), qui est également commune à l'asthme. Aussi, pour M. Louis, l'emphysème ou la dilatation des vésicules pulmonaires reconnaît pour cause « une force analogue à celle qui préside au développement des organes creux, et en vertu de laquelle ils s'élargissent sans qu'aucun obstacle ou cause mécanique puisse en rendre compte. » Il n'admet pas, comme le faisait Laennec, que l'emphysème dépend de l'intensité de la toux dans certains catarrhes, ni d'aucune autre cause mécanique et accidentelle. Il y a cependant un fait signalé par tous les anatomistes de l'époque et par M. Louis lui même, et qui nous semble très-propre à éclairer cette discussion, c'est la fréquence de l'emphysème pulmonaire chez les sujets morts du choléra, fréquence qui n'était point au-dessous de la moitié (d'après M. Louis, 23 sur 50). L'auteur, au lieu de reconnaître dans cette circonstance une preuve que l'emphysème peut se développer accidentellement et rapidement, s'en sert pour démontrer que l'emphysème est très-fréquent; en sorte que, d'après lui, nous sommes obligés d'admettre, ou que la moitié des gens qui marchent et courent autour de nous sont emphysémateux ou asthmatiques, ou que le choléra, frappant de préférence les sujets atteints d'emphysème, aurait dû faire disparaître cette maladie des lieux où il a fait autant de ravages qu'à Paris; suppositions qui nous sem-

blent également inadmissibles malgré toute l'autorité des faits, des nombres et même des lois sur lesquelles s'appuie l'auteur.

Nous avons dit que M. Louis avait indiqué un nouveau signe pour l'emphysème pulmonaire, c'est une saillie placée derrière et au-dessus des deux clavicules qu'il dit n'avoir observée que chez des individus atteints d'emphysème des poumons, et qui a suffi pour lui faire reconnaître cette affection dans plus d'un cas où un examen ultérieur a confirmé ce diagnostic.

L'article *épidémie* est divisé en deux parties; dans la première M. Ferrus a considéré le sujet seulement sous le point de vue médical; dans la seconde M. Villermé ne s'en est occupé que sous les rapports de la statistique médicale et de l'économie politique. La plupart des recherches consignées dans cette seconde partie, auraient pu facilement trouver place dans un autre article; mais en quelque lieu qu'elles eussent été placées, elles ne pouvaient qu'ajouter à la valeur de l'ouvrage. Les questions d'hygiène publique sont d'une si haute importance aujourd'hui et appartiennent si exclusivement aux médecins, qu'elles doivent nécessairement trouver place dans un ouvrage de la nature de celui-ci. Nous regrettons de ne pouvoir signaler quelques-unes de ces questions, et d'être forcés aussi à n'indiquer qu'en passant les articles *eaux minérales*, de M. Guerset, et *fièvre* par M. Littré; mais nous espérons trouver l'occasion de revenir sur ces travaux, et surtout de faire connaître avec quel bonheur M. Littré a su éviter les écueils que présentait la question des fièvres, tout en tenant compte des travaux importants publiés depuis quelques années sur ce sujet.

La chirurgie compte bien moins d'articles dans ces trois volumes que la médecine. Après avoir mentionné honorablement les articles *emphysème* et *empyème*, par M. Murat, *ecchymose*, *furoncle* et *gangrène*, de M. Marjolin; *encanthis*, *ganglion*, *entorse*, par M. Cloquet; travaux substantiels mais qui ont gardé en grande partie la physionomie qu'ils avaient dans la première édition, nous nous arrêterons plus spécialement sur trois monographies presque toutes nouvelles; les affections chirurgicales de *l'épaule*, par MM. A. Bérard et Laugier; les lésions de *l'artère fémorale*, par M. Velpeau; et le grand article des *fractures* en général, par MM. J. Cloquet et Bérard.

On sait comment l'histoire des luxations de l'épaule, que l'on regardait comme si bien connue, a pris, dans ces derniers temps, une face nouvelle, par les recherches de sir A. Cooper et de MM. Malgaigne et Sédillot. M. Laugier s'est chargé d'apprécier la valeur des modernes théories; aussi annonce-t-il son article non pas seulement comme une œuvre d'exposition pure et simple d'idées généralement reçues, mais encore comme une œuvre de critique. Il commence par exposer les doctrines anciennes depuis Hippocrate jusqu'à Boyer; nous avons été surpris d'y lire que J. L. Petit et Boyer avaient indiqué des luxations incomplètes. Petit n'en dit qu'un mot en passant, et comme d'une lésion qui lui paraît fort douteuse; et nous n'avons rien vu de semblable dans Boyer. Sir A. Cooper est vraiment le premier qui en a introduit la notion dans la science.

Quant aux luxations complètes, on sait que la luxation en bas était regardée comme la plus commune; la luxation sous la clavicule comme consécutive. Sir A. Cooper et M. Malgaigne après lui ont nié qu'il y eût des luxations consécutives; et ce dernier professe spécialement que la luxation en bas est de toutes la plus rare, et qu'elle est presque impossible sans rupture complète de la capsule. Il admet d'ailleurs deux luxations sous-coracoïdiennes, l'une complète et l'autre incomplète; une luxation sous scapulaire et une sous-acromiale. M. Sédillot rejette la luxation en bas et sur la crête saillante de la côte de l'omoplate; il admet sept variétés de luxations en avant : 1° luxation partielle ou incomplète; 2° sous-coracoïdienne; 3° axillaire; 4° sous-scapulaire; 5° intercostale; 6° scapulo-claviculaire; 7° costo-claviculaire; ajoutez deux variétés de luxations en arrière, l'une *immédiate*, l'autre *médiate*; dénominations qui s'écartent de l'esprit de la nomenclature nouvelle, et que M. Laugier propose de remplacer par celles de *sous-acromio-épineuse* et *sous-épineuse*.

M. Laugier admet les sept variétés de luxations en avant de M. Sédillot, et il en décrit les symptômes caractéristiques. Dans la luxation axillaire, la tête repose sur le bord antérieur de la côte du scapulum à une certaine distance de l'apophyse coracoïde; les signes sont ceux que les auteurs attribuent à leur luxation en bas. Mais peut-être aurait-il fallu indiquer sur quels faits cette description était fondée, car ces symptômes sont précisément ceux que M. Malgaigne a rattachés à sa luxation sous-coracoïdienne; et depuis qu'ils ne ans assez d'occasions se sont présentées dans les hôpitaux de Paris de vérifier ce point de sa doctrine. De trois ou quatre observations publiées dans divers recueils scientifiques et dans lesquelles la tête humérale paraît véritablement être descendue beaucoup plus bas que l'apophyse coracoïde, la plupart sont des autopsies sans indication de symptômes; dans une seule, donnée par Desault, les symptômes sont décrits, et au lieu de l'abduction forcée du coude, indiquée par M. Sédillot, le bras pouvait être porté dans tous les sens avec plus de facilité même que dans l'état normal. Donc, ou la description de M. Sédillot n'est pas exacte, ou bien voilà une luxation nouvelle qui demeure en dehors de sa classification. Nous ajouterons aussi que M. Laugier n'a pas bien compris ce que M. Malgaigne a admis sous le nom de luxation en bas; sous le rapport anatomique, ce n'est pas autre chose que la luxation axillaire de M. Sédillot; c'est par la symptomatologie seule que leurs descriptions diffèrent.

La luxation sous-scapulaire est aussi à atomiquement la même pour les deux autres; mais ils ne s'accordent pas davantage sur les symptômes. On distingue autant la tête humérale au-dessous de l'apophyse coracoïde, dit M. Laugier; et l'aplatissement du moignon de l'épaule n'est bien sensible qu'à la partie postérieure. Ces deux signes se rapportent à la luxation sous-coracoïdienne. Loin de là, la tête luxée est en dedans, et quelquefois un peu au-dessus du niveau du bec coracoïdien; c'est ainsi qu'on peut déduire les symptômes de quelques cas d'autopsie décrits par divers auteurs, et c'est encore ainsi que les a trouvés M. Malgaigne dans les deux observations qu'il a publiées et qui sont jusqu'à présent les seules complètes que possède sur ce point la science.

Les luxations sous-coracoïdiennes complètes et incomplètes sont à peu près les mêmes pour les deux auteurs. Les luxations scapulo et costo-claviculaires de M. Sédillot ne diffèrent point de la sous-scapulaire, suivant M. Malgaigne; et la luxation intercostale n'est fondée que sur le fait unique de Prochaska, rapporté par M. Larrey. Pour les luxations en arrière, M. Sédillot admet un déplacement dans la fosse sous-épineuse, que rejette son antagoniste; M. Laugier l'admet également; mais il faudrait savoir d'abord s'il en existe une seule observation authentique. Nous avons bien assez de lésions réelles, sans surcharger le cadre nosologique de possibilités. De même M. Laugier reproduit la doctrine des luxations consécutives. Quand l'opinion contraire compte parmi ses partisans un homme d'une aussi vaste expérience que Sir A. Cooper, au moins serait-il nécessaire de lui opposer un fait réel, authentique, circonstancié, fût-il unique; or, nous n'en connaissons pas un seul qui témoigne en faveur des luxations consécutives; et la théorie qui en explique si bien le mécanisme, paraît même appuyée sur des notions très-inexactes de l'action musculaire.

Une fois sorti de ces questions très-épineuses, M. Laugier poursuit avec beaucoup de clarté l'histoire des luxations scapulo-humérales sous le rapport du pronostic, du traitement et des accidens consécutifs. Sans doute quelques lacunes se font sentir dans ce travail; mais il en est qui tiennent à l'état même de la science; et cet article très-remarquable n'en est pas moins bien supérieur à tout ce que nos traités classiques contiennent à cet égard.

M. A. Bérard a fait un article bien complet sur les divers procédés employés pour amputer l'humérus dans l'articulation de l'épaule; il les range sous trois méthodes, circulaire, ovalaire et à lambeaux. Nous lui reprocherons seulement d'avoir placé le procédé de M. Larrey dans la méthode à lambeaux; il se rattache évidemment à la méthode ovalaire. Le procédé de Ledran père appartient à la méthode circulaire, et le procédé circulaire de M. Cornuau n'en est pour ainsi dire que la reproduction. C'est aussi dans l'appréciation de ces nombreux procédés qu'on désirerait plus de détails. M. Bérard adopte l'opinion de Boyer, qui préfère à tous le procédé de Lafaye, à cause des nombreux vaisseaux qui se rendent au lambeau, et peuvent favoriser sa réunion. Or, c'est précisément en cela que pèchent le procédé de Lafaye et tous ceux qui ont été calqués sur lui et qui consistent en un lambeau supérieur formé par le deltoïde. Les incisions latérales divisent les vaisseaux, et les nerfs qui se rendent au lambeau; et M. Larrey a observé sur plusieurs invalides amputés de cette manière, que le moignon reste froid et a besoin d'être garanti contre l'abaissement de la température extérieure.

M. Velpeau traite successivement de l'inflammation, des ossifications, de l'oblitération spontanée, des blessures et des anévrismes de l'artère fémorale. Les blessures de l'artère fémorale, bien que fort graves en général, quand elles sont abandonnées à elle-mêmes, ne sont pas cependant nécessairement mortelles. Guthrie a rapporté trois cas dans lesquels l'hémorrhagie s'était arrêtée spontanément; M. Larrey en a cité de semblables. M. Velpeau note toutefois que cette suspension de l'hémorrhagie ne s'observe guère que dans les plaies d'armes à feu, et que le sang est sujet à reparaître au bout de six, dix et même quinze jours. L'article consacré aux anévrismes de cette artère est remarquable par le grand nombre de faits sur lesquels l'auteur appuie chacune de ses assertions; il a dû beaucoup à la monographie spéciale de M. Casa-

mayor, nous regrettons seulement de ne pas y avoir trouvé le tableau dressé par ce dernier de près de cinquante ligatures de l'artère fémorale avec leurs résultats. Les auteurs de ce dictionnaire avaient promis des recherches de statistique; jusqu'à présent ils ont paru oublier un peu leur promesse.

La méthode moderne de traitement, pour les anévrismes, était attribuée généralement à Anel, lorsque M. Lisfranc, dans sa thèse de concours, fit voir que l'idée en remontait à Guillemeau et à A. Paré; son maître, on se souvient même d'une discussion assez longue agitée en partie sur ce point entre l'auteur de la thèse et M. Dezeimeris. M. Velpean, sans mentionner ce débat, adopte franchement l'opinion de M. Lisfranc; et cette belle découverte de la ligature au-dessus de l'anévrisme pour passer d'Anel à Paré, n'en reste pas moins à la chirurgie française.

Nous nous attendions à quelques considérations sur les blessures de la veine fémorale, accident si grave que plusieurs auteurs l'ont regardé comme nécessitant l'amputation; cet article a été oublié. C'est une lacune à réparer.

La *hernie fémorale* est échue à M. Laugier. Il appelle de ce nom *toute hernie qui s'échappe sous le ligament de Poupart*, définition plus large que l'ancienne, et qui comprend les hernies sorties par d'autres voies que le canal crural. La question anatomique de ce prétendu canal est discutée de nouveau et résolue dans le sens de M. Bérard, qui n'admet là qu'un anneau. Les dissections de M. Thomson ont donné au débat une face toute nouvelle. En effet, on pensait que la hernie après avoir traversé l'anneau ou le canal, arrivait sous le fascia superficiel par le côté interne du repli falciforme. M. Thomson, qui rejette le repli falciforme et l'ouverture qu'il limite en dehors, dit que la hernie se trouve sous la lame externe de l'aponévrose fascialata elle-même. Il est à regretter que M. Laugier n'ait pas discuté cette opinion nouvelle, déjà livrée au public dans une très-bonne thèse de M Verpillat.

Les hernies crurales passent généralement pour rares chez l'homme et pour communes chez la femme. M. Laugier établit une distinction à cet égard; les jeunes filles, selon lui, n'offrent aucun exemple de hernie crurale et sont plus sujette à l'inguinale; Arnaud établit d'autre part que sur vingt femmes mariées affectées de hernies, dix-neuf ont des hernies crurales. A en juger par ce qu'on observe au bureau central des hôpitaux, les hernies inguinales sont beaucoup plus fréquentes chez les femmes mariées que ne le veut Arnaud; et en total les hernies crurales sont une lésion très-rare en comparaison des hernies inguinales.

Le diagnostic différentiel de ces deux maladies est souvent fort difficile même quand la hernie est réductible; qu'on juge de l'obscurité qui peut exister quand elle est étranglée! Le fait le plus remarquable en ce genre est sans doute celui de M. Marjolin, qui a vu une hernie crurale descendre dans le scrotum. M. Laugier discute d'une manière approfondie les différens procédés indiqués pour le débridement, et il se prononce pour la division du ligament de Gimbernat.

L'article *Fractures en général*, par MM. J. Cloquet et A. Bérard, est écrit avec un soin remarquable; c'est un des travaux les plus complets que nous connaissions sur cette matière. Toutefois on y rencontre encore quelques assertions un peu surannées ou un peu trop légèrement émises. Les deux auteurs attribuent en partie la fréquence des fractures chez les vieillards à l'encroûtement de plus en plus considérable des os par le phosphate de chaux; c'est une erreur dont l'analyse chimique a fait depuis long-temps justice. Le phosphate de chaux est en bien moindre quantité dans les os des vieillards que chez les adultes; ce qui cause leur fragilité, c'est principalement la diminution du tissu gélatineux, remplacé par une sécrétion huileuse.

Pour réduire les fractures, les deux auteurs recommandent d'appliquer les puissances extensives et contre-extensives le plus loin possible de l'endroit fracturé. L'expression est peu précise; et certainement ils n'ont pas voulu dire que pour réduire une fracture de jambe, il fallût établir la contre-extension sur la tête. Mais ce n'est pas sur les expressions que nous voulons ici nous arrêter. Ils ajoutent qu'en plaçant les puissances extensives immédiatement sur le fragment supérieur et sur l'inférieur, on agit sur les muscles qui s'y insèrent, et dans lesquels la compression détermine des contractions spasmodiques. D'une part cette objection pourrait tout au plus être faite à l'extension permanente; mais dans ce cas même, où donc est la preuve de ces résultats de la compression? Il serait cependant bien temps de passer au creuset de l'expérience cette assertion répétée depuis Fabre jusqu'à nous, par des auteurs qui n'avaient pas même bien compris la théorie de Fabre. D'une part, Louis établit que la compression sur les muscles d'un moignon amputé les empêche de se rétracter; on admet l'assertion fort gratuite de Louis, et s'il sagit d'une fracture ou d'une luxation, on admet aussi bien que la compression fait contracter les muscles! Il faut au moins rejeter l'une de ces deux théories; et pour notre part, d'après le petit nombre d'expériences directes que possède la science, nous sommes fort tentés de les rejeter toutes deux. La compression qui ne plie pas les muscles à angle n'a réellement ni les avantages, ni les inconvéniens qu'on lui suppose.

La manière d'agir des muscles n'a pas été suffisamment étudiée par les chirurgiens. Desault opposait à la position de la demi-flexion cet argument qui semble à peine sérieux; que ce qu'on obtient par le relâchement de certains muscles on le perd par la tension des autres. MM. J. Cloquet et Bérard prennent cette raison pour bonne; comme si le but de la demi-flexion n'était pas précisément de relâcher également toutes les puissances musculaires. Ils adoptent pour l'extension permanente les principes posés par Boyer; et ils oublient la question la plus importante peut-être, celle de l'époque où il faut l'appliquer. Nous noterons aussi parmi les méthodes de traitement, l'oubli du plâtre coulé, employé avec succès à Berlin par M. Dieffenbach.

La bibliographie est notablement négligée dans ces trois volumes. Elle manque tout-à-fait dans un très-grand nombre d'articles; dans d'autres, elle est d'une pauvreté déplorable; par exemple, pour les luxations de l'épaule. Il faut cependant citer avec éloges trois articles bibliographiques consacrés par M. Dezeimeris à l'*éléphantiasis des Grecs*, à la *gale*, et aux *fractures*. Ce dernier travail offre une exposition assez complète de la doctrine d'Hippocrate sur les fractures et des travaux qui ont suivi, jusqu'à l'époque de J.-L. Petit. M. Dezeimeris a omis de citer, comme partisan de la demi-flexion, Fabrice d'Aquapendente, qui n'a presque rien laissé de nouveau à dire à Pott. Nous avons lu avec surprise aussi que Heyne avait tenté de faire un corps de doctrine de ce qu'on avait écrit sur les fractures. Heyne a écrit une dissertation fort remarquable sur les principales maladies organiques du tissu osseux. C'est probablement la lecture du titre de cette dissertation qui aura induit en erreur M. Dezeimeris.

VARIÉTÉS.

— On nous écrit de Limoges :

Le cours d'accouchement dont M. le docteur Blegun a été chargé, par suite d'un concours, vient de commencer.

Le nombre des élèves sages-femmes est plus grand que nous n'aurions pu l'espérer pour une première année. C'est une heureuse idée que d'avoir établi dans une ville centrale et populeuse comme Limoges, une école destinée à former des sages-femmes pour cinq ou six départemens. La ville a consacré aux leçons du professeur et à la réception des femmes en couches un local assez vaste, et c'est avec une satisfaction très-vive que nous avons vu cette classe intéressante de malades avoir un asile séparé de l'hôpital, qui, étant de toutes parts environné de ruisseaux infects, est essentiellement insalubre.

Toutes les circonstances les plus favorables nous paraissent réunies pour assurer le succès de cette école; le nombre croissant des élèves et des femmes en couches, le zèle et l'activité du professeur nous semblent être des garans de sa prospérité.

— La mort vient d'enlever à la science et à ses nombreux amis, M. Demours, membre de l'Académie royale de médecine, auteur de plusieurs ouvrages remarquables sur les maladies des yeux. Nous consacrerons prochainement une notice nécrologique à la mémoire de ce célèbre praticien.

Le Rédacteur en chef, JULES GUERIN.

PARIS. — IMPRIMERIE EVERAT ET COMPAGNIE, RUE DU CADRAN, N° 16.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La Gazette médicale de Paris (*Gazette de santé* et *Clinique des hôpitaux* réunies) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et équivaut à 6 feuilles in-8°. Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois. Pour l'Étranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Poissonnière*, n° 5, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

MÉDECINE LÉGALE.

QUELQUES CONSIDÉRATIONS APPUYÉES DE FAITS PARTICULIERS SUR LA GYNÉCOMASTIE OU SUR L'HYPERTROPHIE DES MAMELLES CHEZ L'HOMME; par H. Bédor, D.-M., chirurgien en chef à l'Hôtel-Dieu de Troyes.

Je n'ai pas encore lu qu'entre les écrivains qui se sont occupés du service médical relatif au recrutement de l'armée en France, aucun ait fait mention du degré d'aptitude que l'on peut reconnaître ou contester, pour le métier des armes, aux individus atteints de gynécomastie.

Cependant, que que peu communs que soient ces individus, il s'en rencontre encore assez pour qu'il y ait lieu, je crois, de réunir quelques précédens susceptibles d'appeler sur eux l'attention des médecins, et peut-être de les déterminer à fixer leur opinion à cet égard.

Depuis le sujet d'une ancienne notice physiologique concernant un individu du sexe masculin ayant des mamelles et inhabile à la génération, notice qu'à une époque déjà fort éloignée et jeune encore (car cette observation était mon début), j'avais présentée à la Société médicale d'émulation, puis consignée dans l'ancien Journal de médecine des professeurs Boyer, Corvisart et Leroux (t. 25, p. 171 et suiv, octobre 1812), divers autres sujets atteints de gynécomastie m'ont successivement passé sous les yeux.

Je pense devoir m'abstenir de reproduire ici aucun des détails dont se compose cette première observation, car je crois toujours assez facile de trouver à consulter l'ancien recueil très-répandu qui la contient. Les principaux entre ces mêmes détails ont d'ailleurs été cités textuellement dans l'article *gynécomaste* du *Grand dictionnaire des sciences médicales*, par M. Villeneuve, qui les a même accompagnés d'un jugement bienveillant que je ne saurais oublier, quoique nous ayons toujours été personnellement inconnus l'un à l'autre.

Souvent appelé, pendant une vingtaine d'années, aux séances des conseils de révision chargés d'opérer le recrutement militaire dans le département de l'Aube, j'y ai rencontré trois fois cette même anomalie de la structure humaine très-fortement prononcée.

Les mamelles des jeunes hommes qui me la présentèrent n'étaient pas moins volumineuses que celles de Jean-Baptiste Guymart, sujet de ma première observation recueillie à l'hôpital principal de la Marin, à Brest, dans la salle du premier médecin en chef, feu Dubreuil, père du doyen actuel de la Faculté de Montpellier. Aucun de ces derniers gynécomastes n'avait cependant, comme Guymart, un frère qui présentât la même configuration anormale dans la région antérieure du thorax.

Tous les trois, ainsi que l'avait été le premier, quoique sous l'empire, à la suite de mon observation sur son état anormal lue au conseil de santé maritime, ils furent reconnus et déclarés impropres au service militaire, attendu que tout habit de drap tenu fermé sur la poitrine leur était trop pénible à supporter, les oppressait, etc.

Feuilleton.

LETTRE MÉDICALE SUR PARIS.

Mon cher confrère,

Nous avons aujourd'hui à vous entretenir de choses moins sérieuses qu'une élection académique et qu'une loi médicale. Il ne s'agira cette fois que de trois ou quatre tout petits faits qui prouvent que si notre grave profession a été de tout temps exploitée par les auteurs comiques et les mauvais plaisans, comme la plus riche mine de bouffonnerie et de ridicule, ce n'est pas tout-à-fait sans raison. Vous allez en juger.

Sachez d'abord que nous avons le bonheur de posséder à Paris une demi-douzaine d'archiâtres exceptionnels que le public et les tribunaux qualifient d'assez vilains noms, mais qui seront toujours pour nous des gens fort honorables tant que la jurisprudence existante sur la diffamation ne sera pas modifiée. Nous respectons profondément les lois, et sur de pareils sujets nous réglons notre langage non point sur le *Dictionnaire de l'Académie*, mais sur le Code. Cependant nous pouvons vous dire, sans courir de risques sérieux, que ces susdits archiâtres ont cela de particulier, qu'au bout de quatre ou cinq années de pratique, ils commencent à acheter des maisons et des terres, ils ont des écuries, un hôtel, des voitures de ville et de campagne, etc., et vivent en grands seigneurs. Beaucoup de nos confrères s'en étonnent, quelques-uns s'en indignent, et ils ont tort également. En effet, d'abord, pour expliquer ces étonnans succès, il suffit de considérer qu'ils ne sont pas dus à la science ou à l'habileté médicales, qui, toutes seules, ne mènent ni si loin ni si vite, ce qui leur ôte tout caractère miraculeux. Uniquement fondés sur l'exploitation en grand d'une matière commerciale inépuisable, la crédulité humaine et les préjugés populaires, ils ne doivent pas plus étonner que les insolentes renommées politiques, littéraires, artistiques, que le flot des circonstances et le vent de l'opinion élèvent chaque jour avec une étourdissante rapidité. Ici d'ailleurs, comme dans tout ce qui sort des voies communes, on n'est frappé que des réussites; les chutes sont ignorées, et pourtant elles sont en définitive beaucoup plus nombreuses. Dans ces carrières exceptionnelles il y a beaucoup d'appelés et peu d'élus. Une infinité de gens s'en mêlent, parce que l'exemple des heureux est très-séduisant Se faire riche en quelques année, sans science et sans

Tous trois étaient aussi d'un tempérament lymphatique bien caractérisé par tous ses signes extérieurs ; ils appartenaient en outre à des familles plongées dans la misère, généralement composées de scrophuleux.

L'atrophie des testicules, que j'avais constatée anciennement sur le premier, ne s'est toutefois représentée aussi complète que sur un seul. Celui-ci était, sous un grand nombre de rapports, le plus fémininement conformé ; il avait un hypospadias et le pénis d'une telle brièveté, qu'entre le scrotum et le gland il présentait à peine la longueur de ce dernier.

J'avais fait admettre ce gynécomaste à notre Hôtel-Dieu, dans mon service civil, et je me proposais de l'y dessiner avant sa sortie ; mais à mon grand désappointement, le matin même du jour fixé à cet effet, je trouvai son numéro vide à ma visite, où j'appris qu'il s'était enfui de l'hôpital.

Je parvins bien ensuite à le rejoindre ; mais ce fut toujours sans pouvoir le décider à poser comme modèle un seul instant, et me priant même avec instance de ne pas faire connaître qu'il avait des seins de femme et une autre difformité plus cachée.

Quoi qu'il en soit, je me crois fondé, d'après les faits que je viens d'indiquer sommairement, à partager l'opinion des médecins qui regardent ce gonflement des mamelles masculines comme tenant beaucoup à une disposition scrophuleuse et pouvant même en être considéré comme un signe assez peu ordinaire, mais pathognomonique, au moins lorsqu'il a commencé à se manifester dès l'enfance, comme chez ceux dont je parle ici. Une telle disposition que j'ai bien souvent sous les yeux, habitant un pays où elle est endémique, ne me paraît pourtant pas devoir suffire seule pour produire un pareil effet. Il faut aussi, ce me semble, que les sujets prédisposés chez lesquels il survient, aient apporté en naissant une imperfection quelconque, apparente ou non à l'extérieur, mais n'en existant pas moins dans l'appareil de la reproduction.

On trouve en effet constamment, d'après ce que j'en puis juger, au moins sur ceux que j'ai eu occasion de voir, la gynécomastie accompagnée soit d'un affaiblissement de cet appareil (et en même temps de la force morale attribut ordinaire de son intégrité), porté à un degré plus ou moins voisin de l'impuissance la plus complète, soit même de quelques vices bien évidens de conformation dans les organes génitaux extérieurs.

Ces vices congénitaux de l'appareil reproductif me semblent, à leur tour, s'accompagner en général d'une disposition à la gynécomastie, toujours plus prononcée chez eux que chez tout autre sujet masculin, fût-il également replet et aussi amplement pourvu de graisse autour des muscles pectoraux.

Quant aux faits de mamelles encore totalement enfantines en adolescentes mais virginales, ou déjà très-surannées, ou enfin masculines, dans lesquelles l'apparition du lait a été déterminée par la succion, je veux les laisser en dehors de ceux dont je parle ici.

Je me persuade pourtant qu'une telle succion sur les gynécomastes aurait plus vite que chez les autres hommes un pareil résultat. J'incline aussi à croire qu'elle l'obtiendrait d'autant plus tôt que leurs caractères sexuels seraient plus défectueux.

Il paraît d'ailleurs bien constaté que, même sans que la succion persévérante d'un enfant affamé soit venue exciter, comme on l'a vu chez d'autres individus masculins, la galactose dans leurs mamelles, il s'y manifeste souvent un phénomène fort analogue.

M. Virey ne nous cite-t-il pas, en effet, comme ayant rendu par les mamelons une sérosité laiteuse, des hommes d'une complexion molle, humide, privés de barbe et, ajoute-t-il, presques eunuques.

Moi-même j'en ai souvent contemplé avec compassion ; mais délectablement entendu un, qui l'était complètement, à Cadix. C'était pendant mon séjour dans ce port, avec les débris de notre escadre, après le sanglant désastre de Trafalgar, dont peu de survivans peut-être songent comme moi, en le nommant, que nous touchons à son trentième anniversaire.

L'individu que je cite ici était un jeune castrat d'Italie, chanteur attaché à la cathédrale (1), et dont la voix était comparable à celle de la plus brillante cantatrice. Il allait, par la ville, donant des leçons de musique aux demoiselles. Eh bien, au travers du tissu souple et distendu de la longue et étroite soutane qu'il portait, il était aussi remarquable par la volumineuse rondeur saillante de ses régions mammaires que par les diverses excroissances implantées de longs poils isolés qui parsemai nt sa grosse face blême entièrement privée de barbe et rendue encore plus étrange, pour nous autres jeunes Français sur tout, par un immense chapeau à la Bazile dont il était coiffé.

L'état des mamelles, chez l'individu hermaphrodite ou plutôt aphrodite, connu tour à tour sous les noms de Marie Dorothée Dérier et Charles Durgé, dont M. le professeur Mayer de Bonn a donné l'importante autopsie cadavérique dans la GAZETTE MÉDICALE du 24 septembre dernier, ne pouvait sans doute manquer de fixer mon attention.

J'y trouve donc à noter, après avoir remarqué dans le précis analytique donné par M. le rédacteur de ce journal, avant l'autopsie, que sa poitrine était grasse et potelée, d'abord, dans l'examen de l'habitus extérieur ; seins assez développés (sans doute par l'accumulation du tissu adipeux, mais mamelons flétris... Ensuite, dans la description des organes à l'intérieur, « seins peu développés. » Nécessairement à la suite de l'enlèvement des téguments et de leur graisse qui les faisaient paraître assez développés lorsqu'ils les recouvraient encore.

« On ne peut, poursuit M. Mayer, y distinguer des granulations glanduleuses ; à leur place on trouve une quantité de petits globules d'une graisse rouge jaunâtre. » Hier, j'en ai remarqué de conformes à cette description, dans notre amphithéâtre de l'Hôtel-Dieu de Troyes, sur les glandes mammaires d'une nouvelle accouchée nourrice qui a succombé à une péritonite très-aiguë. « Le mamelon ne proéminé que légèrement ; il est percé de plusieurs trous qui ne sont autre chose que des cryptes sébacés déposés seulement autour de l'aréole. »

Il résulte ainsi de la scrupuleuse dissection du savant anatomiste allemand que, chez son espèce d'androgyne (ou plutôt d'être inhabile à la génération parce qu'il n'appartenait entièrement à aucun des deux

(1) Qu'on me permette, en faveur de la curiosité de ce fait local, de noter ici, à cette occasion, que la cathédrale de Cadix fut l'objet d'une bulle apostolique d'Urbain IV, né à Troyes, où il a fait construire une église dont l'architecture gothique est toujours remarquée et souvent dessinée par les voyageurs. Elle occupe la place même où fut l'échoppe de son père qui était savetier. Cette bulle du seul pape élevé au pontificat sans avoir été cardinal, et dont on a le regret de n'avoir sauvé que bien peu d'écrits, est consignée en entier dans l'un des livres espagnols de ma bibliothèque. Ce document historique appartient à l'année 1262.

---

talent, et sans autres avances qu'un certain fonds d'impudence et d'audace, paraît chose fort agréable, et assez facile même. Beaucoup se laissent tenter ; mais la plupart restent en chemin et n'ont pour tout résultat que le mépris seul sans l'argent ; ce n'est que le très-petit nombre qui parvient à joindre l'argent au mépris, ce qui fait compensation. La raison en est qu'il faut en ceci une sorte de génie. S'il n'était besoin que de l'impudence et de l'audace vulgaire, cette voie de fortune serait un véritable pont aux ânes, car ces utiles qualités sont assez communes dans notre espèce ; mais par malheur il n'en est rien ; pour produire de beaux résultats, ces deux facultés doivent être développées dans de grandes proportions et accompagnées de quelques autres non moins précieuses, l'activité qui ne perd par un moment, la ténacité qui ne se rebute d'aucun dégoût et d'aucun obstacle, et enfin ce tact supérieur d'à-propos qui fait les grands politiques, les grands diplomates, les grands charlatans, les grands commerçans. Cette réunion de ressources est rare, et voilà pourquoi tant de pauvres diables échouent qui n'ont pour eux que leur bonne volonté, leur grande soif du lucre, et leur philosophique indifférence du *qu'en dira-t-on*.

Ces explications, dont vous apprécierez sans doute la profondeur, vous feront comprendre pourquoi nous ne partageons pas l'étonnement de certains de nos confrères sur ce point. Quant à l'indignation de quelques autres, elle nous semble un peu exagérée quoique fondée sur des motifs honorables. Ils semblent craindre que la responsabilité morale attachée à ces sortes de succès, ne pèse sur le corps médical tout entier, et par conséquent ne rejaillisse sur eux de quelque manière. Mais en ceci leur erreur est grande, car la multitude qui encense et qui dore ces aux prêtres de Cos, prend soin elle-même de les séparer des véritables et légitimes desservans du temple : elle ne s'adresse à ces pseudo-médecins que parce qu'ils font profession d'hérésie, elle se livre à eux avec d'autant plus d'aveuglement qu'ils se posent ouvertement comme des renégats exclus de la communion médicale. Le mépris de leurs confrères, les anathèmes de la science, les poursuites de la loi, sont les meilleurs titres de recommandation à l'engouement de la foule qui, naturellement stupide et suivant le penchant qui l'entraîne à l'absurde, les prend pour ce qu'ils se donnent, c'est-à-dire pour des victimes de l'envie, pour des philantropes généreux qui guérissent pour rien ou presque pour rien le pauvre peuple; tandis que les médecins ordinaires, race avide et scélérate, spéculent sur la durée des maladies et font trafic de la vie des misérables. Ces absurdes préjugés et d'autres qui s'y joignent, existaient au temps de Galien, de Celse et de Themison, ils existaient aussi au temps de Fernel et de Paré, au temps de Baillou et de Sydenham, ils existent encore aujourd'hui en plein dix-neuvième siècle. Quand cesseront-ils ? demandez-le aux sociétés de morale et d'instruction populaires ; mais en attendant, nous pouvons être assurés que ces infaillibles instincts placeront toujours les véritables médecins dans une exception honorable, et que la considération du corps médical, loin d'être obscurcie par ces renommées d'aventurier, en acquiert une éclat plus vif, plus solide et plus durable. On peut certes penser différemment sur ce point, et nous reprocher de voir la chose trop en beau, mais si vous voulez y bien réfléchir, vous jugerez peut être que notre optimisme, à cet égard, n'est pas dénué de tout fondement.

Quoi qu'il en soit, et pour ne pas donner dans le sérieux dans un sujet bouffons sachez que quelques-uns de ces praticiens excentriques ont eu, dans ces derniers temps affaire avec les gens du roi. Le cas est assez rare, car, d'une part, ces habile

sexes, quoiqu'il se trouvât pourvu de quelques attributs incomplets de chacun d'eux), il n'existait pour ainsi dire ou même réellement pas de mamelles à proprement parler. Il y avait seulement à leurs places une de ces doubles dispositions lypomateuses, qui coïncident si souvent avec l'imperfection ou la nullité de l'appareil génital, bornées aux régions mammaires et, certainement, beaucoup moindres en volume que celles des gynécomastes dont je m'occupe ici.

Tel était sans doute bien son état à l'âge de cinquante-cinq ans, époque de sa mort, et quand, par conséquent, Marie-Dorothée Derier était devenue, depuis déjà long-temps, Charles Durgé.

Mais cet état d'un degré de gynécomastie plus ou moins faiblement prononcé chez lui, ne s'y était même pas manifesté dans sa jeunesse; car il est bien constaté qu'à vingt-trois ans, étant encore Marie-Dorothée Derier, il ou elle n'avait pas de gorge.

On a pour garantie de ce fait l'affirmation très-formelle de Metzger, citée par un autre médecin légiste on ne peut plus digne de confiance, notre honorable ancien collaborateur du *Grand dictionnaire des sciences médicales* et savant archiâtre M. Marc père.

Cet auteur, en parlant des hermaphrodites, c'est-à-dire des individus prétendus tels étudiés dans l'espèce humaine, rapporte le genre de celui-ci à l'hermaphrodisme neutre ou indiquant un individu qui n'est ni mâle ni femelle.

Aux yeux d'un médecin du seizième siècle qui n'en a pas moins eu un grand renom dans son temps et dont on ne saurait même encore méconnaître le mérite réel, le même individu équivoque, au lieu de n'être jugé, comme par M. Marc, ni de l'un ni de l'autre sexe, aurait été gravement déclaré avoir, comme je crois le mythologique devin Thirésias, alternativement appartenu à tous les deux.

J'ai sous la main cette preuve, entre bien d'autres, qu'il n'est vraiment pas d'assertions puériles, aujourd'hui dédaignées comme souverainement ridicules dans les sciences médicales que, pour peu qu'on remonte à leur origine, on ne puisse voir données pour des vérités évidentes.

Tous ceux qui, en effet, ont lu le livre de Huarte, y ont dû remarquer ce qui suit :

« (1) Et puis, que des femmes se soient changées en hommes après leur naissance : la multitude ne s'étonne déjà plus de l'entendre rapporter. C'est aussi, qu'outre ce que beaucoup d'anciens avaient établi comme avéré à cet égard, la chose est arrivée, il y a fort peu d'années, en Espagne. Hors ce qui est démontré par l'expérience ne comporte ni controverse ni argument. (*Examen des esprits.*) »

N'ayant encore eu l'occasion de voir après la mort et d'étudier anatomiquement aucun gynécomaste, il ne m'est sans doute pas permis d'affirmer, quelle qu'en puisse être mon opinion préconçue, que l'organisation interne des tumeurs pectorales, chez ceux que je n'ai vus que vivans, était plus conforme que chez l'hermaphrodite neutre Derier à celle des seins d'une véritable femme.

Ces parties, cependant, dont l'hypertrophie constitue la gynécomastie, n'ont-elles donc pas été prétendues superflues, même à leur état normal, dans le sexe masculin?

J'avouerai mon antipathie pour une pareille idée comme pour tout ce qui semble improuver quelque chose dans un chef-d'œuvre de la création aussi réellement admirable que la structure du corps humain.

Aussi préférerais-je, sur ce point, me ranger à l'opinion consignée dans sa physiologie par l'illustre professeur Broussais, lorsqu'il dit, touchant l'existence des mamelles chez l'homme quoiqu'il soit dépourvu de glandes mammaires, etc., que ces sortes d'organes, qui peuvent paraître inutiles, ne sont tels que relativement à une espèce; ils sont l'empreinte de la grande loi qui préside à l'organisation de tous les animaux d'une même classe, et se rattachent aux grandes vues de physiologie générale et d'anatomie comparée que l'on trouve développées dans les ouvrages de M. Geoffroy Saint-Hilaire, de Tiedmann et de quelques autres.

La gynécomastie, cette apparence fémininisée de la paroi antérieure de la poitrine chez l'homme, peut-elle être assez insupportable à celui qui la présente, pour qu'il recourre au moyen sanglant de l'ablation de ses mamelles, comme certains anciens n'ont pas craint de le conseiller?

Personne, sans doute, ne le croira.

Mais son existence peut-elle être jamais considérée commu un état exempt d'infirmité?

Je le crois tout aussi peu.

C'est véritablement un état maladif.

Pour peu que l'on voulût même lui trouver, comme tel, une place dans l'un des cadres nosologiques de nos plus habiles maîtres, et qu'on reconnût, par exemple, à celui de M. le baron Alibert, en rapprochant la gynécomastie de ses adéliparies partielles, ou de la deuxième espèce, elle pourrait, je crois, entrer assez naturellement dans sa famille des ethmopécoses.

En me résumant enfin, ou plutôt m'arrêtant ici pour en finir touchant l'objet spécial de mes disgressions, je crois pouvoir en déduire les conclusions suivantes :

La gynécomastie établit sinon une preuve assurée au moins une assez forte présomption d'impuissance pour devoir détourner de tout mariage dont le but serait de ne pas rester sans postérité. La réponse d'un médecin devra être dans ce sens, lorsqu'il se trouvera requis d'éclairer une famille sur ce point.

Il y a lieu de comprendre le vice de conformation des parois de la poitrine qui caractérise la gynécomastie entre les difformités reconnues susceptibles de faire prononcer l'exemption et la réforme du service militaire.

— Cours d'anatomie descriptive et chirurgicale. MM. Chassaignac et Nélaton ouvriront ce cours le 14 novembre 1836, à une heure de l'après midi, dans l'amphithéâtre n° 3 de l'Ecole de medecine.

---

(1) Y que se ayan bueltos mugeres en hombres despues de nacidas, ya no se espanta el vulgo de oyrlo. porque, fuera de lo que cuentan por verdad muchos antiguos, es cosa que ha acontecido en Espana muy pocos anus ha : y lo que muestra la experiencia no admite disputas ni argumento.

(Examen de ingenios.)

---

gens connaissent leur code, et de l'autre, les lois relatives à l'exercice de la médecine sont si imprévoyantes, qu'il faut véritablement une inattention impardonnable pour tomber dans un délit qualifié et démontrable. Le fait a lieu pourtant quelquefois, car on ne s'avise jamais de tout, et tant va la cruche à l'eau, qu'à la fin elle s'emplit, suivant la variante de Figaro. Dans l'affaire en question, le délit impute, le seul que la lettre de la loi pût atteindre, était une annonce de remèdes secrets. Comme il y avait récidive, le procureur du roi a pris la chose très au serieux, et a très-mal mene l'inculpe ainsi que ses confrères en industrie. Il a fait dans son requisitoire une très-bonne definition *per genus et differentiam* des charlatans médicaux qu'il a divises en deux classes : les charlatans à tambour et trompettes, et les charlatans à affiches et annonces; les charlatans en plein vent, et les charlatans à domicile; ceux qui distribuent de l'eau des carmes et des emplâtres de Vigo sur les places publiques, et ceux qui envoient des remèdes secrets sous enveloppe par la poste. Le tribunal, malgré les efforts d'éloquence d'un excellent avocat, a condamné le delinquant à 6 jours de prison et 300 fr. d'amende. C'est très-bien. Toutefois bien des gens prétendent que, sauf l'amende qui est desagréable à payer, quoique minime, ce procès ne peut que faire beaucoup d'honneur au médecin condamné aux yeux de ses nombreuses pratiques; car pourquoi le poursuit-on avec cet acharnement, si ce n'est parce qu'il est plus habile, plus heureux et plus estimé du public que les autres medecins? C'est évidemment une vengeance exercée par ses ennemis qui auront graisse la patte à la justice. Voilà, dit-on, quelle sera la moralite de la pièce Six jours de prison sont durs à passer, et 300 frs. seraient bons à garder, mais après tout si, pour emprunter les sages paroles du ministère public, il en résultait une surcroît de débit « de pots de pommade et de bouteilles de rob » le mal est très-supportable.

Une des ces affaires a été marquée par un incident assez curieux. Le défenseur de l'inculpé a exhibé, comme témoignage favorable à son client, une lettre à lui écrite il y a quelques années par l'honorable M. Pariset, secretaire perpetuel de l'Academie royale de medecine. L'effet présumé de cette lettre, qui ne contenait en substance que quelques formules ambiguës de politesse, a été fortement diminué par une seconde lettre de M. Pariset, adressée au procureur du roi à l'occasion du procès, dans laquelle il explique le sens et l'origine de la première d'une manière qui n'a pas dû plaire à l'avocat. Nous devons conclure de ce fait que le moindre contact avec ces messieurs est dangereux, et qu'il ne leur faut jamais écrire quoi que ce soit, et sous aucun prétexte. En effet, la lettre citée au procès avait déjà paru dans tous les journaux de Paris, de la province, et de l'Europe, et servait pour ainsi dire d'étiquette et de laissez-passer aux bouteilles inculpées. Les sots seuls pouvaient en être dupes; mais le nombre des sots est très-grand, suivant l'écriture : *Stultorum infinitus numerus*; et les fabricans de remèdes secrets le savent bien

Voici maintenant un fait d'un autre genre, mais qui, pour être très-plaisant en soi, ne laisserait pas que de fournir matière à de tristes réflexions, si nous ne nous les étions interdites pour aujourd'hui. Il s'agit d'une sommation de paiement par huissier, faite à des clients par un officier de santé pratiquant dans une commune voisine de Brives. Nous allons vous communiquer *in extenso* ce document, dont la partie médicale, redigee et écrite par le medecin demandeur, peut, par le style, l'orthographe et tout le contenu, fournir une réponse à ceux qui s'opposent à toute modification dans la hiérarchie medicale existante. Ceci est sans doute une exception, mais il ne faut pas qu'il y ait de ces exceptions. Voici ce morceau, que nous pouvons intituler justement :

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

DE L'EMPLOI DU TRÉPAN PERFORATIF DANS L'OPÉRATION DE LA FISTULE LACRYMALE ; par M. le docteur MONTAIN, professeur à l'école de médecine de Lyon.

La fistule lacrymale est une maladie tellement connue que je crois qu'il serait plus que superflu d'en présenter une nouvelle description. Je ferai cependant remarquer : 1° que l'on confond souvent dans le traitement la fistule et la tumeur lacrymale ; 2° que l'on néglige trop souvent pour l'une et l'autre les ressources de la thérapeutique médicale. On s'empresse d'opérer, comme si la cause qui détermine l'obstruction du canal nasal ne pouvait pas être combattue par des médications rationnelles.

La tumeur lacrymale peut souvent guérir sans opération. Je crois même pouvoir avancer d'après l'expérience, qu'avec les médications appropriées et de la persévérance, on pourrait guérir une bonne partie des tumeurs et des fistules. L'obstruction du canal nasal est presque toujours la cause de cette maladie. Le plus souvent elle est due à un engorgement chronique, quelquefois à une phlegmasie qui se soutient dans une espèce d'etat aigu. Dans ce dernier cas, on doit avoir recours à des injections émollientes, même sédatives, avec la décoction de laitue, de mauve, de pavots, à des lotions de même nature sur la tumeur ou la fistule; ces moyens doivent être combinés avec les évacuations sanguines et les révulsifs. Dans le premier cas, les injections toniques, astringentes, les révulsifs à suppuration, à la nuque, au bras, les purgatifs, etc., m'ont souvent suffi pour obtenir des guérisons complètes. Je fais les injections au moyen d'une seringue à canule recourbée, de sorte que le jet de liquide est projeté directement sur l'orifice inférieur du canal nasal et ses environs (1). J'ai n'ai pas recours aux injections lacrymales d'Anel, généralement trop faibles pour produire une médication fructueuse.

La fistule lacrymale est plus rare maintenant qu'autrefois (2) ; l'une de ses principales causes, la variole, ayant été presque entièrement détruites par les bienfaits de la vaccine ; cependant elle n'est encore que trop commune, aussi les procédés opératoires pour la guérir ont été très-multipliés ; on peut les réduire à trois principaux : 1° rétablir le canal nasal dans son état normal ; 2° lui substituer un conduit artificiel ; 3° en créer un nouveau par la perforation de l'os unguis.

Le premier paraît le plus simple et le plus naturel, mais il est le plus long, aussi est-il généralement abandonné. Cependant l'on peut espérer de rétablir le conduit nasal par des moyens rationnels administrés d'après la nature de l'altération de ce même canal, comme je l'ai indiqué pour la tumeur ; mais dans la fistule on doit ajouter les injections à travers l'ulcère fistuleux que l'on peut dilater avec l'éponge préparée, ensuite introduire dans le canal des bougies de cordes à boyau, imprégnées d'extraits médicamenteux, comme je l'ai fait dans deux cas de fistules qui étaient destinées à être opérées : le succès fut complet (1).

Le deuxième procédé paraît plus prompt ; un conduit métallique remplace le conduit naturel. La forme et la composition de ce conduit ont varié, mais ils ont tous la même destination. Les hommes les plus distingués n'ont pas dédaigné de s'occuper de la perfection de ce procédé (2) qui, malgré leurs efforts, ne laissent pas que d'offrir quelques inconvéniens (3), tels que la difficulté de bien assujétir la canule, l'influence qu'elle exerce comme corps étranger, etc., etc. (4).

Le troisième procédé a été repoussé par quelques auteurs, tandis que plusieurs autres ont exalté ses avantages, surtout St-Yves, Pott et Scarpa. Pour perforer l'os unguis, on a employé divers moyens : un trois-quart, une sorte d'alène, un cautère actuel, un emporte-pièce. Ce dernier moyen a été généralement adopté, c'est la méthode de Hunter. Quant au cautère actuel, espèce de poinçon rougi, on doit le rejeter comme insuffisant et très-douloureux.

Je ne chercherai pas à discuter sur la supériorité de chaque méthodes ni sur la préférence que l'on doit donner à l'une ou à l'autre. J'admet, que la route artificielle a été préférée ou choisie, soit par conviction, soit parce que les autres sont impraticables ou insuffisantes; alors je propose le procédé suivant, qui m'a constamment réussi et qui est celui de Hunter modifié et simplifié. L'instrument de cet auteur est difficile à diriger pour produire l'effet perforant ; dans les mouvemens nécessaires à l'opération, il décrit un cône dont le sommet est sur l'os unguis ; il est difficile d'en modérer la force, et les os sont souvent brisés sans être perforés. J'ai vu l'emporte-pièce pénétrer la cloison, malgré la lame de corne introduite dans les fosses nasales, lame qui est pour ainsi dire inutile, parce que le point d'appui qu'elle doit présenter devient illusoire par la saillie des cornets. Tous ces inconvéniens sont calculés par la trépanation.

Le trépan lacrymal dont je me sers depuis plus de seize ans (5) est formé par une virole soutenue par une aile, destinée à être fixée par le

---

(1) J'ai fait faire une canule recourbée de manière à pouvoir diriger son extrémité olivaire dans le meat : cette extrémité est criblée de petits trous d'un côté pour former une sorte de douche en arrosoir sur l'orifice du canal, etc.

(2) Je ne parle que de la fistole laycrymale, bien convaincu de la possibilité de guérir la plupart des tumeurs, etc.

(1) On pourrait monter ces petites bougies sur mancrin pour leur donner plus de force.

(2) On doit spécialement citer Dupuytren, le professeur Lallemand et le docteur Brachet, médecin de l'Hôtel-Dieu de Lyon;

(3) Les causes de ces accidens ont été parfaitement signalées par M. le docteur Pétrequin ainsi que diverses modifications soit dans la forme de la canule, soit dans la manière de la placer et de la fixer. Les changemens apportés à ce procédé me paraissent lui donner toute la perfection dont il est susceptible. Voyez *Bulletin de thérapeutique*, n° 30, janvier 1836.

(4) M. le docteur Bonnet, chirurgien en chef désigné de l'Hôtel-Dieu de Lyon, l'a vu obstruer le canal et en a pratiqué un nouveau avec mon trépan perforatif.

(5) M. Velpeau dit, dans son *Traité de médecine opératoire*, que si l'on voulait renouveler l'expérience de l'emporte-pièce, on y parviendrait facilement avec l'emporte-pièce de M. Tulrich ou celui qui se trouve chez M. sir Henry. Ce dernier est celui que j'ai fait exécuter par cet artiste, et l'autre est le même que je donnai en 1820 au docteur Seutin, chirurgien distingué de Bruxelles, seulement on y a ajouté une manivelle qui, je crois, doit le rendre très-difficile à manier. J'ai, depuis cette époque, modifié et perfectionné cet instrument qui, d'ailleurs, est signalé dans une note insérée dans le recueil des mémoires de l'Académie royale de chirurgie, tome 2, édit. in-8° 1819.

PIÈCE CURIEUSE.

« L'an 1834 et le 27 du mois de décembre à la requette de monsieur Fran. Sabast.l..... officier de santé et patente prise à la mairie d'All.... le 22 décembre 1834.... habitant precairement le village de G...b, commune d'All ... ou il fait election de domicile en sa demeure d'habitation. Nous Antoine Soulie huissier, etc...., soussignés certifions nous être transporté aux domicille est de vers les personnes de Guilhaume S... et de Jean J.... Beau père et gendre demeurant ensemble au village de G...h, commune d'All.... aux quels avons dits et declarée qu'ils ne saurait disconvenir que mon requerant en sa qualité d'officier de santé fut requis par eux et par jeanne P... epouze du sieur S...., de venir chez eux le 13 octobre 1833 pour traiter panser et medicamenter Anne S.... epouze J... leur fille aîné malade depuis plusieurs années. Ce que mon requerant fit de suite. et etant aupres de la malade; il la trouve couché dans son lit, avec une fievre lente bouche pateuse et amere eprouvant une douleur tres aigue au cote, gauche du bas-ventre depuis long temps, dont ce dernier etoit dur et balone. Ce qui constitue en elle l'affection-metrite; joint avec l'entero-peritonite cronique, compliquee de la Biliosogastrique avec suppression damenorrhée suivi de catharre vaginal dont la cause derivait de la suppression de la transpiration ; dans cest etat miserable la malade etait en coupe avec un marasme general de tout son corps ou on la considerait comme bétique derivant dune sptisie pulmonaire. qui dapres le prognostic que des gens de lart doué de connaissance supérieure avait fait contre elle ainsic que ses parents et ses voisins la regardoit comme dans un état d'incurabilité. Cependant mon requerant considérant letat de jeunesse ou cette femme etait et apres des reflections, mure et solide il entrepris la cure de cette maladie et tracha (traça) un mode de traitement a la malade qui commenca le 13 8bre 1833 et e coutinua pendant le.... et le traitement prie fin par une convalessense des plus heureuze le 18 mars 1834 apres avoir supporté dans ses yingt deux jours que le traitement des affections precité a dure un genre de panssement methodique est sagement calculee et dont mont requerant a fourni toutes les drogues et medicament utilles et nécessaires. et qu'il a fait les panssements et operations comende par l'etat de la malade. dont le tout est transcrit literalement sur le livre journal de chyrurgie de mon requerant par ordre de date a fin que M. le juge en prenent connaissance quand bon luy semblera. Ne pouvant rapporter le dit traitement dans le present acte parceque cela serait difus est trop long il a prefere en donner une copie ou extraits au sieur S.... afin quil nen pretendit pas cause diniorauce lequel. traitement sest monté seulement a la modique somme de trente trois francs trente cen'imes ; et quatre francs que les dits S... et J... doivent à mon requerant pour leur avoir fait lire Joseph J.... fils et petit fils des precité pendant le temps de trois mois et demie à partir du....jusque au ...., ou pour leur avoir achete un alphabet 50 centimes. cequi fait un total de trente sept francs trente centime, sur la quelle somme mon requerant declare avoir reçu ou vouloir leur tenir à compte primo celle de quinze francs que luy donna Jean J.... au quel mon requerant luy consentis un billet. motivé en cas de morts et dont il demande la remise. secundo celle de trois franc pour deux journee et demie de cheval. que les precité ont preté a mon requerant. tercio. pour livraison de trois quarte de chataignes quatre vingt dix centimes. ce qui fait un total de 18 franc

pouce et l'index. Dans la virole tourne un cylindre qui se termine par une pyramide de 8 lignes de longueur, sur laquelle se place une canule en acier à deot de trépan d'un côté, et se fixant par des facettes sur la base de la pyramide. La pointe de celle-ci dépasse un peu la couronne pour fixer son mouvement de rotation, tandis qu'elle offre à l'autre extrémité une espèce de bouton dans le centre duquel elle se fixe. Ce bouton est strié à sa circonférence, pour être facilement maoié entre le pouce et l'indicateur de la main droite.

Pour procéder à l'opération, je n'incise pas sur la fistule; je prends le temps convenable pour dilater son ouverture et éviter la douleur. J'introduis d'abord un morceau de corde à boyau, ensuite une espèce de guille d'éponge préparée; et quand l'orifice est assez élargi, je procède à l'application du trépan. Je dirige l'extrémité de la canule sur l'os unguis, de manière à ce que la dent du trépan porte sur la partie antérieure de cet os derrière l'apophyse montante de l'os maxillaire, au-devant des cellules ethmoïdales (1), dans le lieu même désigné par Hunter et Scarpa.

Je fixe l'instrument horizontalement dans cette position, en tenant son aile entre le pouce et l'indicateur, tandis qu'avec les mêmes doigts de la main droite, je fais tourner le bouton dont le mouvement de rotation se communique à la couronne de trépan et à la pyramide qui la fixe. L'os unguis est perforé en rond, et l'on obtient avec facilité et d'une manière régulière l'effet que l'on se propose de produire par l'emporte-pièce de Hunter. Lorsque je juge que toute l'épaisseur de l'os a été traversée, je retire l'arbre du trépan, et sa canule me sert à porter dans la fosse nasale une corde à boyau d'un diamètre convenable. Lorsqu'elle est placée, je retire la canule et je maintiens le petit appareil à l'aide d'une mouche de diachylon. Les pansemens subséquens consistent à changer une ou deux fois par jour le diachylon et la corde à boyau, à augmenter le diamètre de cette dernière, à bassiner l'orifice fistuleux avec des décoctions émollientes, et à employer des lotions du même genre dans la fosse nasale.

Cette guérison est facilement obtenue parce que la portion d'os a été enlevée nettement sans fracture; il ne reste pas dans l'ouverture des fragmens d'os capables de l'obstruer; la membrane muqueuse du sac lacrymal se réunit avec celle des fosses nasales. Daos cette ouverture artificielle, cette réunion est favorisée, ainsi que la conservation de l'ouverture, par l'action douce et dilatatrice de la bougie de corde à boyau. Le succès de cette opération est étayé par la douceur des pansemens, les médications suggérées par quelques symptômes subséquens, surtout par des injectioos émollientes, sédatives et même astringentes à travers le conduit artificiel, injections faciles à faire par rapport à la dilatation entretenue à l'aide de la corde à boyau. La guérison se fait rarement attendre au-delà de dix à quinze jours, quand le malade est convenablement pansé; je l'ai même vue une fois se faire en très-peu de jours chez un officier qui fut obligé d'ôter la corde à boyau après quatre jours de pansement, ayant été forcé de quitter l'hospice pour suivre la retraite de l'armée. Je le revis quelques mois après, et il m'assura que la fistule s'était rapidement cicatrisée sans accident. Les traces laissées par ce procédé sont moins marquées que celles des autres procédés, parce que j'emploie la dilatation au lieu de l'incision. Enfin, je n'ai jamais eu l'occasion d'observer des récidives. En préconisant ce mode de traitement, j'ai pour moi l'expérience de toute ma pratique, l'autorité de Scarpa et de plusieurs opérateurs distingués qui ont donné la préférence à la méthode de Hunter.

(1) Il est possible que ces dernières soient ouvertes, ce qui n'empêche pas de parvenir dans les fosses nasales, et de réunir la membrane des fosses nasales se cicatrisant toujours avec celles du sae.

HOPITAUX.

LEÇONS CLINIQUES DE M. FERRUS SUR LES MALADIES MENTALES, recueillies par M. DUGAST, interne à l'hospice de Bicêtre.

> Sed omni membrorum damno major dementia, quæ nec nomina servorum, nec vultum agnoscit amici eum quo præteritâ canavit noete; necillos quos genuit, quos edaxit.
>
> JUVÉNAL.

L'histoire de la démence vient se placer naturellement à côté de celle de l'idiotie avec laquelle elle offre l'analgie la plus frappaute, puis que toutes deux dépouillent l'homme de son caractère, et le livrent en proie à des impulsions qui ne laissent à l'intelligence aucun moyen de perfectibilité. Mais s'il y a presque identité entre ces deux lésions cérébrales, dans le résultat définitif qui est l'abolition de l'intellect, il n'en est pas de même dans la nature des causes productrices, et surtout dans l'époque de l'invasion, qui établit entre l'idiotie et la démence une différence essentielle. Nous procéderons dans cet examen d'une manière tout-à-fait opposée à la marche que nous avons adoptée pour l'idiotie; dans cette dernière, nous avons pris pour point de départ l'anéantissement le plus complet de l'intellect, et nous nous sommes élevés insensiblement du simple au composé, de l'idiot le plus végétatif à une intelligence appréciable; ici nous aurons recours à la méthode analytique; nous verrons l'homme doué de toutes ses facultés intellectuelles et morales, accessible à de nobles émotions, imprimant une direction sage à ses instincts, puis dépouillé brusquement de tous ses attributs, ou n'éprouvant qu'une spoliation lente et annoncée par de nombreux symptômes précurseurs; nous assisterons à sa longue agonie morale; nous suivrons pas à pas et par degrés cette décomposition physique qui s'empare du dément et paralytique en général avant que la vie ne l'ait complètement abandonné, et nous constaterons que s'il est tout à la fois pénible et intéressant d'observer l'homme déchu primitivement, et privé à sa naissance de son caractère sacramentel, il ne l'est pas moins de voir se briser pièce par pièce cet édifice si artistement combiné qu'on nomme intelligence. Dans cette étude s'il nous arrive de rencontrer quelque faculté isolée survivant à la ruine des autres, placé là comme un moyen de transition du monde physique au monde moral, unique et dernier lien qui rattache le dément à l'humanité; nous l'analyserons avec le plus grand soin dans l'espoir de trouver en elle le fil du labyrinthe que nous sommes destinés à parcourir.

90 cs imputable en faisant la remise du billet sur les 37 fr 30 cs. et au moyen de ce payement et de la remise du billet. les parties seraient respectivement quitte. mais comme mon requerant ne veut point être en démeure avec ses gens la, et qu'il veut etre payé de tout ce qui luy est legitimement dû il a formée plusieurs demandes aux sus nommes soit par la voies de ses voisin en differentes reprise et notamment le 29 du mois de 9bre dernier devant le sieur L...x de G...h. ou ils convinrent de leur qualite de debiteur. mais encorre par la voies de linvitation de Mr le juge de paix du canton de don.... on dapres de long debats il ordona la remise du biliet et le payement reclamé du temps quon avaits fait lire leur fils. et de faire donner des actes pour juger sur le fond; mais comme tons ces procédés honettes ont été inutiles : en vers les dits S.. et J... jusque meme de la part de mon requerant a voulour sen rapporter a la sagesse et descissions. de l'arbitre quil auroit plu au dit S.... et J .. de nommer sans que jamais il ait voulu y acquiesser quoique reconnoissant la légitimité de la demande. et comme de tels procedés de leurs part napartien qua des recarssitrant et mauvais payeur qui sans respect pour la justice; force mon requerant à les y traduire par les voies legales; c'est pourquoi nous avons citées les dits S... et J... a comparaitre en personne etc... etc... »

Pour ne pas vous gâter l'effet de ce charmant spécimen de littérature médico-légale, nous terminerons ici notre lettre. Nous voulions vous régaler du récit d un autre proces qui nous promet une récréation délicieuse, mais comme il s'agit de la phrenologie, vous ne trouverez pas etonnant que nous prenions du temps pour y reflechir; et, si les circonstances se montrent favorables, ce sera l'objet d'une prochaine lettre.

— La Société médico-qratiqoe de Paris a proposé le sujet de prix suivant :

> « Faire connaître la valeur des purgatifs dans les maladies
> » aiguës; etudier leur mode d'action; préciser, à l'aide
> » de l observatinn clinique, l'nppurtunité et la mesure
> » de leur emploi. »

A une époque de la science où la thérapeutique a pris une importance nouvelle, mais surtout où les modes de traitement les plus opposés sont préconisés avec une chaleur égale contre les mêmes maladies, la société médico-pratique a pensé qu'il importait avant tout au médecin de bien connaître les médications en elles-mêmes. En appelant l'attention sur l'action des purgatifs dans les maladies aiguës, la societe desire que ce soit surtout l'observation clinique qui serve de base au travail qu'elle appelle, et qui touche par tant de points aux questions les plus importantes de l'art de guerir.

Le prix est une medaille d'or de la valeur de 300 franes.

Les mémoires, en latin ou en français, doivent être rendus (*francs de port*), avec les formes académiques ordinaires, chez M. le docteur Alphée Cazenave, secretaire géneral de la société, rue St-Anastase, n° 3, avant le 1er octobre 1838

La démence est l'abolition des facultés intellectuelles, morales et instinctives, survenant après l'époque de la puberté au moment où chacune d'elles se posait d'une manière distincte comme type du beau et du perfectionnement; c'est une sorte de débilité apparaissant d'une manière insensible ou avec la rapidité de la foudre, brisant plus ou moins tous les rapports qui unissent l'homme au reste de l'univers.

Les caractères de la démence confirmée sont en général assez tranchés pour qu'il ne soit pas possible de la confondre avec les autres formes de l'aliénation mentale; toutefois, comme les distinctions théoriques sont d'une grande utilité pour l'intelligence des distinctions pratiques, et qu'un examen comparatif est très-propre à les mettre en relief, il me semble préférable d'établir le diagnostic différentiel des maladies mentales le plus généralement admises, telles que la manie, la monomanie, etc., avant de m'occuper exclusivement de la démence; cette méthode me paraît offrir plusieurs avantages dans des leçons essentiellement cliniques, elle vous rappelle à grands traits l'histoire de l'idiotie, elle pose les bases de la démence que vous allez étudier, elle vous fait préjuger des affections que nous étudierons plus tard, et vous fournit les moyens de porter votre diagnostic sur les nombreux malades qu'un mouvement rapide fait passer chaque jour sous vos yeux.

Dans l'idiotie les facultés intellectuelles n'ont jamais existé ou ont été anéanties avant leur entier développement par des causes éloignées le plus souvent indépendantes de l'enfant, et qui n'ont agi sur lui que par retentissement, tandis que la cause immédiate consiste ordinairement dans un vice de conformation. L'idiotie est toujours primitive, jamais on ne l'a vue succéder à la manie, etc.; elle n'est pas susceptible de diminution lorsqu'on ne dirige contre elle aucune action thérapeutique, et dans le cas contraire le perfectionnement reste dans d'étroites limites. L'idiot offre des goûts dépravés; sa constitution est scrophuleuse; l'incurabilité fut et sera toujours son partage; sa vie considérée dans son ensemble est courte puisqu'elle dépasse rarement la trentième année; la durée de sa dégradation est comparativement très-longue; la cause de sa mort habituellement étrangère au vice de conformation cérébrale; la phthisie, le scorbut, les dyssenteries et diarrhées chroniques sont les maladies qui viennent l'assaillir et mettre un terme à son existence.

Dans la démence les causes éloignées sont le plus souvent individuelles; la cause prochaine consiste dans une altération accidentelle du cerveau; une grande stérilité règne dans la production des idées; les jugemens sont nuls ou peu nombreux, mais toujours exacts lorsque la démence n'est point compliquée de manie ou de monomanie; dans quelque cas il n'y a point de jugement ni vrais, ni faux; la pensée est abolie sans retour complet, quoi qu'on l'ait vue quelquefois sortir partiellement et momentanément de sa léthargie, soit d'une manière spontanée, soit sous l'influence d'un traitement perturbateur. En vain le dément trahit ainsi sa perfection passée, il est marqué pour toujours du sceau de la faiblesse ou de la nullité et destiné à s'éteindre par une sorte d'épuisement de l'innervation.

La stupidité, telle que nous l'entendons et ainsi que nous ne tarderons pas à vous l'exposer, consiste dans l'abolition accidentelle, subite, et complète des facultés intellectuelles, morales et instinctives et des mouvemens. Elle reconnaît pour cause une secousse physique ou morale violente et brusque; elle se distingue de la démence par la rapidité de son apparition, l'intensité de ses symptômes, leur rémission et leur exaspération fréquente, et surtout par la possibilité d'une guérison complète.

Dans la manie et la monomanie les facultés de l'entendement sont lésées en plus au lieu de l'être en moins; il y a, sans aucun doute, impressions fugaces et jugement incorrect; mais les idées, quoique erronées, s'associent et s'enchaînent; le malade compare, raisonne, et se rend involontairement ou volontairement compte non-seulement de ses propres idées, mais encore de celles qu'il entend exprimer aux autres; il n'y a donc point absence, mais erreur d'opérations intellectuelles. Si le délire roule sur un grand nombre d'idées, il porte le nom de manie; il prend au contraire celui de monomanie lorsqu'il est exclusif et borné à une idée principale, quel que soit le nombre d'idées secondaires que celle-ci rallie autour d'elle. Comme la démence est presque constamment une transformation que sont destinées à subir la manie et la monomanie chroniques, il en résulte que ces dernières présentent plus ou moins rapidement un état d'affaissement moral, d'hébétude et de lenteur dans les mouvemens qui devient le signe avant-coureur des troubles intellectuels plus profonds qui caractérisent la démence. C'est alors que le médecin doit emprunter au traitement physique de nouveaux auxiliaires pour prévenir une terminaison aussi fatale, et c'est dans le but de vous faire sentir l'à propos et la nécessité d'une thérapeutique énergique, que nous vous signalons une période morbide qui touche de si près à la démence.

La démence a été soumise à de nombreuses divisions; on a distingué des démences complètes et incomplètes, partielles et générales primitives et consécutives, continues, intermittentes et rémittentes, aiguës et chroniques, simples et compliquées; on a également admis une démence sénile dont nous discuterons plus tard la fréquence. Comme la plupart de ces divisions reposent sur la nature des causes, l'époque de l'apparition, l'intensité de l'affection, sur son invasion partielle et générale et sur des variétés de durée, il nous suffira de les examiner lorsque nous traiterons des circonstances qui leur ont servi de base; nous n'allons maintenant formuler notre pensée que sur la démence simple ou compliquée, aiguë et chronique, et sur deux nuances psychologiques observées dans la démence.

On dit que la démence est simple lorsqu'il y a seulement affaiblissement plus ou moins prononcé de l'intelligence; elle est au contraire compliquée lorsqu'elle coïncide avec des troubles intellectuels variables tels que la manie, la monomanie, ou avec des lésions de mouvemens, comme l'épilepsie, la paralysie générale et les convulsions épileptiformes.

La démence peut être aiguë ou chronique; pour nous démence aiguë n'est point synonyme de stupidité, mais indique une invasion récente de la maladie mentale, quelle que soit d'ailleurs l'intensité des symptômes; quant au mot chronique, nous lui conserverons ici le sens général qu'il présente en pathologie.

Lorsqu'on analyse avec soin l'état de l'intelligence chez les démens, on observe dans son abolition deux variétés principales qui portent également sur la démence simple et sur la démence compliquée, mais avec de légères nuances dans leur rapport de fréquence avec ces dernières. L'une de ces variétés, plus voisine de l'idiotie, et presque constamment associée à la paralysie générale, consiste dans l'abolition complète du plus grand nombre des facultés intellectuelles; parmi celles qui survivent, les unes sont entières, les autres ne présentent qu'un léger affaiblissement dans leur manifestation et permet ent encore au dément de se livrer à une opération intellectuelle où se trouvent esquissés tous les actes de l'entendement humain. La deuxième forme se rapproche de la manie par la vivacité des mouvemens, la mobilité de la physionomie, mais surtout par l'inutile fécondité de l'intelligence, apte encore à être ébranlée par des idées isolées et disparates, mais incapable de les associer de manière à établir un jugement; l'observation suivante me paraît propre à faire apprécier cette variété de la démence.

DÉMENCE NON PARALYTIQUE; CARACTÈRES REMARQUABLES.

Obs. I. — P. Armand D..., âgé de 50 ans, né à Paris où il exerça la profession de graveur, fut placé à Bicêtre, il y a neuf ans, dans un état maniaque qui fit bientôt place à la démence. La taille de ce malade est élevée, sa constitution robuste, son tempérament sanguin et sa tête bien conformée. Sur sa figur règne constamment une expression mélangée de joie et de politesse; ses cheveux sont noirs et rares, ses yeux bleus expriment la plus grande douceur. Y aurait-il entre la coloration des yeux et des cheveux et certaines formes de la folie un rapport constant qu'on pourrait utiliser pour l'étiologie et le pronostic des maladies mentales? Cette question, d'une solution encore éloignée, est naturellement soulevée par l'examen des démens qu'on rencontre à Bicêtre; chez presque tous les démens ou maniaques qui tendent à la démence, on observe des yeux d'un bleu clair, tandis que leurs cheveux sont noirs ou châtain foncé. Le sommeil de D... est excellent; son appétit ordinaire et provoqué seulement par la présence des substances alimentaires, reste toutefois dans de justes bornes. C'est une chose remarquable que cette indifférence pour les alimens de la part de cette variété de démens; elle contraste singulièrement avec la voracité de la plupart des aliénés paralytiques. Les mouvemens sont énergiques et la sensibilité cutanée exquise, les organes des sens offrent une bonne conformation, et les sensations sont perçues. A quoi donc faut-il attribuer l'état psychologique de D.. si ce n'est à une lésion de l'organe central des opérations intellectuelles? aussi faut-il nécessairement remonter jusqu'à lui pour expliquer la confusion de ses actes. Lorsqu'on approche de D... on est frappé de l'expression de bonhomie et de joyeuse insouciance que respire son visage; on le croirait dominé par des conceptions intellectuelles d'un ordre regulier; mais bientôt l'erreur est mise à nu; rien n'est saccadé, confus, brisé comme sa conversation; une idée ne se complète jamais dans son langage, soit que le cerveau ne l'ait point élaboré complètement, ou qu'elle soit heurtée par une autre idée qui se confond avec elle, l'intellect présente l'image du chaos. Lorsqu'on lui parle, il semble écouter avec attention, et cependant sa réponse n'est point en rapport avec ce qu'on lui a demandé; peut-être il n'a point compris la pensée nouvelle qui vient de surgir, ou bien son intelligence n'est pas apte à travailler sur des sensations nouvelles. La mémoire des mots et des sensations passées est la moins altérée dans son essence et paraît fournir à D... les élémens de sa conversation animée. Toutes les fonctions nutritives s'exécutent chez lui d'une manière satisfaisante, aussi son teint est vif et animé, son œil brillant, sa peau chaude et son embonpoint bien proportionné; si on ajoute à ces conditions extérieures avantageuses une figure riante, une voix mielleuse et des manières polies, on concevra qu'une distance considérable le sépare des démens paralytiques. Et cependant quelle barrière plus infranchissable s'est élevée entre lui et les êtres en possession du libre exercice de l'intelligence! ce sourire qu'il adresse à tous est automatique, aucun lien affectueux ne le transporte au-delà de l'enceinte qu'il habite, ne l'attache à l'un de ses camarades. Chez lui point d'écho pour la pensée des autres, point de traces de moralité dans les actes, nulle conscience du présent, aucune inquiétude de l'avenir. Quelques souvenirs incomplets du passé, quelques mots décousus subsistent seuls comme des ruines, et semblent attester que l'intelligence

aussi, cet être si subtil, si digne de notre admiration, ne peut se manifester quand l'organisation est en défaut.

Vouloir exprimer toutes les causes physiques et morales de la démence, serait s'exposer à énumérer le plus grand nombre de celles de l'aliénation mentale ; pour développer l'étiologie de la démence d'une manière large, il faudrait apprécier non-seulement l'influence des agens physiques, mais encore celle des institutions politiques, morales et religieuses ; on comprend que dans un cours essentiellement pratique, nous croyons devoir parler d'un point moins élevé et ne nous attaquer qu'aux causes plus immédiates et plus faciles à apprécier. Ces causes sont prédisposantes ou efficientes ; parmi les premières se rangent l'hérédité, l'âge, le sexe, certaines formes de la folie, telles que la manie, la monomanie, une activité intellectuelle désordonnée, la profession, le tempérament sanguin, pléthorique et hémorrhoïdaire, la constitution athlétique, la faiblesse native de l'intelligence, une grande sensibilité avec disposition à verser des larmes, l'ambition et autres influences morales. Les causes efficientes sont l'épilepsie et surtout la forme qu'on désigne sous le nom de petit-mal ; l'apoplexie, quelques maladies dans lesquelles les troubles de l'innervation sont très-prononcés, telles que la peste, le choléra, le typhus et la fièvre typhoïde ; l'encéphalite, les excès vénériens et alcooliques, le vice d'Onan, la syphilis, l'abus du mercure, la rétrocession de la goutte, et la suppression des hémorrhoïdes chez l'homme, celle des règles et des lochies chez la femme, enfin toutes les causes débilitantes et surtout les saignées abondantes et nombreuses. Si le temps nous le permettait, nous efforcerions d'établir la valeur individuelle, et autant que possible les rapports souvent hypothétiques de cause à effet qu'on rencontre chez la plupart d'entre elles ; mais comme il n'y a pas de proportion entre les instans que vous destinez à l'observation des maladies mentales et l'immensité du sujet, je crois convenable de n'insister que sur les causes dont la discussion doit vous intéresser davantage.

Si l'influence de l'hérédité sur la production de l'idiotie nous a paru incontestable, elle ne l'est pas moins dans l'apparition de la démence ; les exemples ne nous manqueront pas parmi la population de démens que vous aurez à examiner ; et si nous voulions sortir de cette enceinte, si nous ne craignions d'éveiller des douleurs que quelquefois bien hautement placées, il nous serait facile de vous montrer dans les mêmes familles l'imagination la plus riche à côté de la stérilité la plus grande, toutes deux placées à une immense distance aux yeux de l'homme du monde, mais rapprochées et presque confondues pour le médecin qui se rend facilement compte de toutes les inégalités du génie et de la raison.

A quel âge la démence apparaît-elle le plus souvent ? La plupart des observateurs conviennent qu'elle est plus fréquente de 40 à 50 ans ; mes propres observations m'ont conduit au même résultat, et vous pourrez constater vous-mêmes que non-seulement les démens sont nombreux de 40 à 50, mais encore de 30 à 40 ans. Malgré toutes nos recherches il nous a été impossible de trouver parmi les vieillards de cette division un seul cas bien tranché de démence sans complication de paralysie générale, et même il nous est facile de vous assurer que la démence compliquée de lésions de mouvemens porte principalement sur des adultes. A quoi donc attribuer l'opinion d'un homme dont le talent d'observation est généralement reconnu, et le nom précieux à l'histoire des maladies mentales, lorsqu'il avance que la démence est pour ainsi dire la maladie des gens avancés en âge ? A-t-il pris le mot démence dans son acception la plus rigoureuse, ou l'a-t-il choisi seulement comme expression de la tendance au repos des facultés intellectuelles chez le vieillard, et de la rapidité moindre de leur manifestation ? Si cette dernière opinion est celle qu'il a voulu exprimer, nous nous y conformons pleinement ; mais nous ne pouvons nous rallier à la première, parce que nos propres observations et nos lectures nous mettent en opposition avec elle. Dans tous les temps la vieillesse s'est fait remarquer par la prudence et l'excellence de ses déterminations, et gouverna par la raison et la sagesse ; c'est parmi les vieillards qu'Homère a choisi le sage Nestor ; on sait que dans l'antiquité les assemblées qui présidaient aux destinées des nations étaient composées d'hommes avancés en âge ; lorsque Brennus conduisit les Gaulois dans l'enceinte de Rome, ces barbares furent d'abord saisis d'admiration et de respect à la vue de ces vénérables sénateurs en qui les glaces de l'âge n'avaient point affaibli l'amour de la patrie, et qui attendaient la mort avec calme et dignité. Durant la tourmente révolutionnaire, les mesures les plus sages ont été souvent proposées ou appuyées par les hommes dont la raison était mûre et les passions étouffées par les années. La vieillesse est l'âge du jugement et des pensées sérieuses. Mon opinion est d'ailleurs en rapport avec la raison publique ; le 17e siècle a battu des mains lorsque son grand comédien a flagellé le vieillard qui reniait ses cheveux blancs ou sa tête chauve ; et le 19e poursuit impitoyablement de sa critique ou de son mépris celui qui dans ses actes montre les goûts ou les passions du jeune homme. Le désir d'établir mon opinion sur des bases inébranlables m'a engagé à faire quelques recherches ; j'ai observé à Bicêtre une centaine d'individus parmi les plus âgés, j'ai pris des notes sur chacun d'eux, et, chose remarquable, nulle part l'intelligence ne portait le cachet de la démence. J'ai lu dans une revue américaine un recensement à peu près semblable, portant sur un grand nombre de savans avancés en âge et conduisant aux mêmes résultats. Un de mes amis a bien voulu diriger des recherches dans le même but sur les artistes les plus fameux des diverses écoles ; et quoique ceux-ci, plus dévorés de passions et doués d'une imagination plus vive, aient offert des conditions moins avantageuses, cependant le plus grand nombre de ceux qui sont arrivés à un âge avancé, conservèrent jusqu'à la fin, sinon le feu sacré de leurs compositions, du moins le jugement correct et le goût exquis qui les dirigeaient dans la recherche du beau. On voit par là que le vieillard est loin de ressembler à la peinture chagrine qu'en a tracée Juvénal, et que le poète latin a moins consulté la vérité que cédé à la teinte sombre et caustique de son imagination. Si la vieillesse présente quelques points de ressemblance avec la démence, ils ne consistent que dans le peu d'énergie des sensations actuelles, et dans la vivacité du souvenir des sensations passées ; observation psychologique qui n'a point échappé à deux écrivains, tous deux frondeurs, et séparés par des siècles ; car la même pensée est exprimée dans le *Laudator temporis acti* d'Horace, et la pêche qui paraît moins grosse qu'autrefois au vieux seigneur espagnol dont parle Lesage.

Nous allons terminer ce que nous aurions à dire sur la démence sénile par les deux observations de ce genre les plus tranchées que nous ayons pu rencontrer dans un service aussi vaste ; elles achèveront, j'espère, de vous prémunir contre l'importance que vous pourriez accorder à la vieillesse dans la production de la démence sénile.

DÉMENCE SÉNILE ; GAITÉ DÉSORDONNÉE ; GOUT DES LIQUEURS ALCOOLIQUES.

Obs. II. — Aj. D., 73 ans, charron, yeux bleus, tête presque chauve, tempérament sanguin, forte constitution, est né en Champagne d'une famille aisée ; un de ses frères servit avec distinction dans les armées de la république française, gagna tous ses grades sur le champ de bataille, fut successivement colonel d'un régiment de cuirassiers, puis général de brigade, et mourut au champ d'honneur. Ce fut sans doute en considération des services de son frère que D. obtint plus tard la fourniture des affûts d'une grande partie de l'artillerie, où il fit des bénéfices considérables. Mais sa fortune reposait sur un sable mouvant : la guerre qui l'avait fait riche le ruina plus tard, et de fournisseur il devint simple charron. Ces revers n'altérèrent en rien sa bonne humeur, il avait appris de son père, intrépide buveur champenois, que le vin était un remède très efficace contre les chagrins et la mélancolie ; et soit condescendance filiale, soit philosophie, il suivit largement le précepte paternel. Ses fréquentes libations réussirent d'abord complètement à prévenir le chagrin ; mais bientôt elles dépassèrent le but qu'il s'était proposé ; sa raison s'altéra, et il présenta d'une manière permanente, ce qui d'abord n'était chez lui qu'un état transitoire. Dans un de ces momens durables d'aliénation, le souvenir de son ancienne position le prit au cœur, il s'écria que l'armée avait besoin de matériel, et mit en réquisition toutes les voitures qu'il rencontrait dans les rues. Bientôt il fut arrêté et envoyé à Bicêtre, où un mois de sobriété ramena son patriotisme à de justes bornes, et permit de le rendre à sa famille.

Dans la nuit du 22 au 24 mars 1836, le septuagénaire D. revenait de voir à Passy un vieil ami comme lui joyeux compère, lorsqu'il fut rencontré à 2 heures du matin par quelques sergens de ville, et sommé brusquement de répondre aux questions d'usage. Cette inquisition déplut à l'allure franche de D. : il répondit avec toute l'énergie d'un buveur indépendant : Qu'est-ce que cela vous f.... Il fut arrêté et conduit immédiatement à la préfecture de police. Lorsque les fumées du vin furent dissipées et qu'il eut décliné son nom, sa profession et ses antécédens, on vit qu'on avait pris pour un vagabond récalcitrant un vieillard d'une imagination trop riante et d'une constitution encore pleine de verdeur. Cet état parut anormal, et l'on envoie à Bicêtre pour plus complètes appréciations. Là on s'assura que D. était loin de jouir de toutes ses facultés intellectuelles ; il se croyait riche de plusieurs mille francs, et étourdissait de ses créances tous ceux qui l'approchaient ; ses demandes n'étaient pas d'ailleurs exorbitantes. Mes six sous, rendez-moi mes six sous, s'écriait-il. Il pensait également avoir des droits sur ses voisins, et leur dérobait une portion de leurs alimens. Sa mémoire, inexacte sur son âge et sur les dates, était assez précise sur les événemens dont il avait été le jouet ; les renseignemens qu'il fournissait s'accordaient avec ceux obtenus d'autre part. Les mouvemens étaient encore énergiques, et aucune maladie antérieure n'avait déterminé leur abolition ou leur perversion ; la vie organique offrait partout des conditions aussi avantageuses.

On trouve dans cette observation l'association incomplète de deux formes des maladies mentales ; agitation, gaîté désordonnée, insouciance, goût des liqueurs alcooliques, etc. ; voilà pour l'état maniaque ; souvenir d'une ancienne position tellement vivaces qu'ils font croire à son existence actuelle, mémoire affaiblie sur tout le reste ; telle est la part de la démence, part bien faible si on la compare à tout ce qui a été dit jusqu'à présent sur cette maladie, et à ce qu'on ajoutera plus tard. Il en sera de même pour l'observation suivante, dont les rapports

avec la démence seront si peu nombreux, que nous croyons pouvoir nous dispenser de la faire suivre d'aucune réflexion.

ALIÉNATION PRÉSUMÉE; APPRÉCIATION DES FONCTIONS MENTALES.

OBS. III. — Pierre G., 69 ans, tisserand, taille peu élevée, formes grêles et débiles, quitta, il y a cinq ans, le département de l'Allier pour venir demander à son fils qui habite Paris, du pain et un asile que son travail ne pouvait plus lui faire obtenir. La dernière espérance ne tarda pas à lui échapper : le fils sur lequel il comptait trouvait à peine dans son travail de quoi subvenir aux dépenses de sa femme et de ses enfans; aussi se vit-il dans la nécessité d'abandonner son père à la commisération publique. Relégué dans une petite chambre, le malheureux vieillard devint bientôt un objet de terreur pour ses voisins, parce qu'il manqua plusieurs fois d'incendier la maison qu'il habitait. Aussi de vives réclamations furent dirigées contre lui, et déterminèrent son placement dans la division des aliénés de Bicêtre. Depuis le jour de son entrée, son état mental et son habitude physique n'ont point changé; il répond lentement, mais avec justesse aux questions qui lui sont adressées; il possède tout le sentiment de sa misère; et lorsqu'on lui parle de sa position, de ses moyens d'existence, il pleure et gémit. On lui a demandé s'il était riche, et il a fait observer avec amertume que s'il avait quelque argent, il ne soupirerait pas après un asile à Bicêtre. Il parle peu par timidité ou défiance; mais lorsqu'on l'interroge sur la plupart des événemens qui ont marqué dans sa vie, il répond avec netteté. Cet homme n'a présenté jusqu'à présent que deux conditions désavantageuses, l'une qui consiste dans sa maladresse ou son imprévoyance, qui l'exposèrent plusieurs fois à incendier la maison qu'il habitait; l'autre caractérisée par sa facilité à verser des larmes aussitôt qu'il devient l'objet d'une attention directe. Mais on peut attribuer cet excès de sensibilité à la conscience de sa misère actuelle ou à ses appréhensions pour l'avenir. Quant à l'état physique de ce vieillard, il diffère peu de celui qu'on observe chez ceux dont l'intelligence est le mieux conservée. Sa taille est petite, sa conformation normale, les organes de la nutrition présentent de bonnes conditions; les mouvemens sont libres et réguliers, quoiqu'empreints de lenteur et de faiblesse, ce qu'on ne peut logiquement attribuer qu'à l'âge du malade et à sa constitution, que tout porte à considérer comme primitivement débile. Quoique cet homme soit déplacé dans une maison d'aliénés, on ne le rendra point à sa misère, qui deviendrait une cause suffisante d'aliénation; mais les portes ne s'ouvriront pour lui que lorsqu'on lui aura ménagé un asile où les anxiétés du présent et de l'avenir cesseront de s'ajouter au souvenir déchirant du passé.

Le sexe paraît avoir une grande influence sur la production de la démence, puisqu'on a observé dans tous les établissemens d'aliénés que le nombre des hommes en démence était beaucoup plus considérable que celui des femmes. A quoi peut tenir cette différence? Admettra-t-on qu'elle dépend de la rareté de l'apoplexie chez la femme? Mais pour que cette raison eût quelque valeur, il faudrait que cette méthode fût exclusivement déterminée par l'apoplexie, ce qui n'a point lieu. Dira-t-on que les causes qui déterminent la démence chez l'homme, agissent chez la femme de manière à produire la stupidité, beaucoup plus fréquente chez elle? Mais cette explication n'est pas rigoureuse, puisqu'elle tend à substituer un inconnu à un autre inconnu. On ne doit pas attacher plus d'importance aux excès alcooliques; car si des hommes pris dans toutes les conditions sociales s'y abandonnent, on voit aussi la femme en subir la contagion à mesure qu'on descend dans les régions inférieures de la société; et comme son organisation lui permet moins de résister à ce genre d'excès, il en résulte que l'intensité d'action chez elle en balance la fréquence chez l'homme, et que toute différence est annulée. Les excès vénériens me sembleraient tendre davantage à la solution de cette question; c'est en effet un point généralement admis, qu'ils provoquent chez l'homme une débilité plus grande que chez la femme, débilité d'autant plus dangereuse que les secousses épileptiformes du coït sont suivies d'un état de prostration qui indique un épuisement considérable du système nerveux.

Qui croirait, en voyant un maniaque s'épuiser en gestes énergiques et en vociférations effrayantes, que ce même homme qu'une forte camisole ou plusieurs hommes robustes étreignent avec peine, tombera, après un temps variable, affaissé sur lui-même; qu'à sa loquacité succédera le plus profond silence; que cet esprit si varié et si fécond sera frappé de monotonie et de stérilité, et que ses membres si agiles seront cloués par la paralysie? Qui s'imaginerait rester dans le vrai et compléter l'histoire du monomaniaque si éloquent, si habile à donner les couleurs de la vérité au rêve de son imagination en délire, en le représentant pâle, abattu, chancelant, l'œil terne, la langue embarrassée et la pensée morte? Et cependant il n'est que trop vrai que c'est parmi les maniaques et parmi les monomaniaques chroniques que la démence va recruter ses victimes. J'ai déjà indiqué quels symptômes présageaient infailliblement cette fatale métamorphose; j'ajouterai que dans quelques cas elle s'annonçait par le rétablissement subit des phénomènes nutritifs, par une sorte d'embonpoint ou d'empâtement qui surcharge le malade et s'accompagne de lenteur dans les mouvemens et les opérations intellectuelles.

Pinel a parfaitement tracé l'incohérence, le disparate, l'exagération, l'inconséquence, le désordre et la légèreté de l'homme qui porte en lui-même tous les symptômes précurseurs de la démence; son tableau restera toujours comme la peinture la plus exacte et la plus vraie de ce genre de prédisposition; aussi nous éviterons de le surcharger de commentaires inutiles, et nous nous contenterons d'examiner avec attention un homme qu'il semble avoir voulu dépeindre, et qui nous a fourni l'observation suivante.

ORIGINALITÉ DE CARACTÈRE; ALIÉNATION; DÉLIRE RÉPÉTÉ; DÉMENCE CHRONIQUE AVEC DES CIRCONSTANCES REMARQUABLES.

OBS. IV. — Alexandre B. est une preuve remarquable de toutes les transformations que l'intelligence est susceptible de présenter chez le même individu; il étudia le droit avec succès et se rangea de bonne heure parmi les avocats distingués du barreau de Paris. Malheureusement chez lui l'imagination l'emporta sur le jugement; les événemens politiques et les accidens de la vie privée qui ne sont que de piquans sujets d'observation pour les esprits froids et judicieux, ébranlèrent trop fortement cette âme exaltée, et il ne tarda pas à montrer dans les événemens les plus simples de la vie domestique une originalité voisine de l'aliénation mentale. Son caractère devint inégal, ses manières bizarres et singulières; incapable d'analiser sa haine ou son affection, son estime ou son mépris, plaçant indistinctement l'un et l'autre, et les retirant sans motif; d'une joie immodérée pour la cause la plus légère, très-souvent sombre lorsque tout respirait autour de lui le calme ou la gaieté; en opposition ou en harmonie avec ceux qui l'entouraient suivant la teinte de son humeur, il irrita les indifférens, aliéna ses amis ordinaires et affligea ceux qui avaient pour lui une affection sincère. A cette époque le vulgaire ne préjugeait rien encore de sa raison, mais déjà l'homme habitué à observer et à distinguer tous les travers de l'esprit humain, aurait vu gronder l'orage dans le lointain et deviné les prodrômes du délire qui éclata plus tard, et nécessita un long séjour dans plusieurs maisons de santé. La thérapeutique fut impuissante contre des désordres intellectuels et moraux rendus plus tenaces par une incubation prolongée; la manie ne tarda pas à faire place à la démence, et peu de temps après la révolution de juillet, il fut placé à Bicêtre. Alors son âme n'était point encore soustraite à l'action de toutes les impulsions extérieures peu vives; la vue des cocardes tricolores que portaient les fusiliers stationnés à Bicêtre, lui causa une telle émotion, que son intelligence sortit de la torpeur où elle était plongée, il pensa de nouveau un peu sainement, malheureusement cette amélioration est de peu de durée, une nouvelle rechute porta le dernier coup à cette raison chancelante, et il arriva rapidement à l'état de démence qu'il présente aujourd'hui.

Maintenant B... est confondu avec les aliénés qu'on désigne sous le nom de gâteux, il rend involontairement l'urine et les matières fécales, et a échangé la robe d'avocat contre le jupon de toile. Ses mouvemens sont faciles, la sensibilité cutanée peu vive, les organes des sens bien conformés, et les sensations perçues, mais d'une manière tellement fugitive qu'elles ne font que provoquer l'apparition d'idées qui ne peuvent se compléter. La même instantanéité se fait remarquer dans la mémoire, et c'est probablement à ces deux circonstances que doit être attribué le caractère particulier de l'état mental de B.. ; il parle presque constamment et avec vivacité, mais il entremêle les fractions d'idées les plus décousues et les plus disparates; jamais sa réponse n'est en rapport avec la question qu'on lui a posée; en quelques minutes les mots poignard, Manuel, déclaration de guerre, arrestation, code civil, droit romain, etc., se sont pressés dans sa conversation; mais ce luxe d'idées qui ferait la gloire d'une tête assez bien organisée pour les comprendre et les associer, ne sert qu'à montrer les déplorables résultats de l'aliénation mentale. La figure de B.. est régulière et souvent pleine de finesse, ses yeux sont d'un bleu remarquable et d'une grande vivacité; ses manières distinguées contrastent avec les mouvemens lourds des autres gâteux; il a conservé un grand nombre de ses gestes d'orateur, et se pose quelquefois avec grâce, ou lève la tête avec énergie ou fierté comme s'il remuait encore tout un auditoire par son éloquence. Lorsqu'on entre pour la première fois dans le lieu qu'il habite, on le distingue rapidement de ceux qui l'entourent, et le premier mouvement de sympathie et de curiosité est pour lui : on semble deviner un exemple frappant de la fragilité de cette supériorité intellectuelle dont l'homme est si fier; mais peu d'heures après cet homme qu'avait animé un instant une lueur de perfection, est étendu au milieu d'idiots et d'épileptiques, l'avocat a disparu, le gâteux seul reste, et il n'est personne qui, à la vue d'un contraste aussi effrayant, ne se sonde avec frayeur, et n'éprouve un sentiment profond d'angoisse et d'humilité.

L'affaiblissement ou la perte de la mémoire, une ambition irréfléchie chez un être faible doivent faire redouter une démence prochaine. La faiblesse intellectuelle est toujours une mauvaise condition parce qu'elle exclut la sagacité et le courage; l'homme faible choisit une vie remplie d'écueils, et se berce ordinairement d'espérances incertaines, sans songer aux obstacles; eux-ei viennent-ils le heurter de front! il tombe anéanti; les intelligences fortes entrevoient au contraire toutes les conditions du succès, et se raidissent contre tout ce qui tend à lui nuire. Les êtres faibles manquent de philosophie dans l'adversité et de dignité dans le bonheur; combien d'individus ont été accablés pour toujours par un revers inattendu; combien d'autres ont perdu la raison en passant d'une manière subite de la misère à l'opulence, ou en apprenant que leurs vœux les plus ardens étaient comblés. Quelquefois il suffit d'une légère marque de bonté exagérée et interprétée de la manière la plus favorable pour bouleverser une raison fragile. A l'appui de cette assertion nous allons rapporter l'observation d'un domestique sur lequel le patronage d'un grand seigneur a eu l'influence la plus fâcheuse.

CONGESTIONS APOPLECTIQUES RÉPÉTÉES; DÉLIRE; HALLUCINATIONS FACHEUSES; DÉMENCE; TRAITEMENT APPROPRIÉ; COMPLICATIONS GRAVES.

OBS. V. — Thomas M..., 40 ans, célibataire, taille moyenne, faible constitution, caractère doux, issu d'une famille pauvre qui a compté plusieurs aliénés, est

placé depuis plusieurs années en qualité de cocher chez M. de M... Sa conduite était régulière, son attachement à son maître très grand, et il s'acquittait très-bien du service qui lui était confié. Il y a environ deux ans qu'il fut pris sur son siége d'une congestion intense et renversé sous les pieds de ses chevaux; après cette chute, séjour au lit pendant un mois. Quelque temps après, nouvelle congestion survenant dans les mêmes circonstances, nouvelle chute, séjour au lit durant le même temps. Il y a environ quinze mois qu'il présenta sans symptôme précurseur immédiat, un léger embarras dans l'articulation des sons qui, depuis, n'a point cessé; quatre mois après survint, sans cause physique ou morale appréciable, un délire aigu avec hallucinations effrayantes de la vue et de l'ouïe; entre autres erreurs de sensations, il se croyait poursuivi par des gendarmes qui avaient ordre de le mettre à mort; cette particularité fut attribuée au souvenir de messages fréquens qu'apportaient à M. de M... des gardes municipaux. Deux mois s'écoulèrent dans cet état d'agitation; des soins actifs administrés soit chez son maître, soit dans une maison de santé, ne produisirent aucune amélioration et il fut envoyé à Bicêtre durant le mois de mai 1836. Peu d'heures après son arrivée, on le trouva dans l'état suivant: yeux brillans, sclérotiques injectées, paupières chassieuses, pouls plein et fréquent, symptômes de bronchite intense, excrétion involontaire de l'urine et des fèces, agitation excessive qui le pousse à gesticuler malgré son extrême faiblesse; efforts pour sortir du lit dans le but d'éviter un grand danger. Lorsqu'on lui adresse des questions, il fait signe qu'il ne veut s'exprimer qu'à voix basse, et si on approche l'oreille, il parle de gendarmes qui veulent l'arrêter, le mettre à mort, et envelopper M. de M... et sa famille dans une ruine commune. De temps en temps les hallucinations se prononcent davantage, la terreur devient plus grande, il s'écrie en balbutiant: vous tuez la plus belle famille du monde, et parle d'arrestations, de chaînes, et de juges de paix. D'ailleurs les renseignemens qu'il fournit sur sa famille paraissent exacts, quoique donnés avec une lenteur de conception d'autant plus apparente, que l'articulation des sons offre aussi une gêne très-marquée. Après huit jours d'un traitement dans lequel les grands bains avec affusions graduées sur la tête, ont été associées aux boissons nitrées et aux évacuations sanguines modérées, une amélioration remarquable se prononce dans l'état physique en même temps que d'importantes modifications s'établissent dans le moral; cet homme qui était dévoué à son maître et qui n'en parlait qu'avec un profond sentiment de dépendance et de vénération, oublie la distance qui les sépare, il n'y a plus de terreurs à redouter pour M. de M..., elles ont fait place à la conviction d'être M. de M. lui-même, ambition tout-à-fait inoffensive et qui fait d'un pauvre hère un majestueux duc et pair. Cependant de temps en temps le sentiment de son infériorité se réveille, il fait lui-même justice de ses ridicules prétentions, et se défend d'avoir parlé avec aussi peu de respect de son maître, qui est en même temps son parrain, et qui l'a traité avec la plus grande bonté. L'amélioration ne porte malheureusement que sur l'état mental, et semble ne se développer qu'en raison inverse du physique; chaque jour les mouvemens s'embarrassent davantage, en même temps une bouffissure générale produit un embonpoint factice; aujourd'hui M... est obligé de rester constamment couché parce que la station verticale est impossible, il peut à peine faire entendre quelques paroles que sa langue se refuse à articuler, et rend involontairement l'urine et les matières fécales. Malgré ces désordres son appétit est vif, son sommeil excellent, la sensibilité cutanée vive, son visage jovial, son indifférence pour le passé, le présent et l'avenir complète, et l'on n'est averti de sa prochaine dissolution que par l'affaisement qui s'opère dans ses traits, et le marasme qui l'envahit avec rapidité.

Cette observation est remarquable sous plusieurs rapports; d'abord elle est relative à un homme dont la famille compte plusieurs aliénés, et forme ainsi un nouvel argument en faveur de l'hérédité; nous voyons ensuite la prédisposition à la démence se déceler par de fréquentes congestions qu'accompagne bientôt de la gêne dans les mouvemens de la langue; puis les hallucinations viennent compliquer la paralysie générale, et indiquent par leur nature la pusillanimité de M... et surtout sa présomption aveugle dont le développement a été activé par les bontés de M. de M...

L'épilepsie conduit à la démence dans un très-grand nombre de cas, soit positivement, soit consécutivement à la manie dont elle a provoqué l'apparition. Ce résultat n'étonne point lorsque, dans une attaque d'épilepsie, on assiste à l'anéantissement de la pensée; chez tous les épileptiques, la période de coma est accompagnée d'un état de stupeur et d'hébétude qui ne varie que sous les rapports de l'intensité et de la durée; les yeux reposent vaguement sur les objets, les sons ne sont perçus que d'une manière confuse, il y a intermittence complète dans l'action des sens et des opérations intellectuelles; après un temps variable, les sensations deviennent distinctes, l'épileptique apprécie les personnes et les choses qui l'entourent; et si son visage exprime l'étonnement, c'est que, n'ayant point la conscience de son accès, il ne peut se rendre compte de l'état où il se trouve et de l'appareil de soins et de sollicitudes qu'on a déployé autour de lui. Chez quelques malades, l'abolition de l'entendement dure plusieurs jours, chez d'autres il se perpétue, et la démence qui n'était d'abord qu'un épiphénomène, devient la maladie principale; c'est alors une pénible observation que celle d'un malheureux que deux maladies s'acharnent à détruire, l'observation suivante vous permettra d'ailleurs de constater toute l'étendue de leurs ravages.

ONANISME HABITUEL; ÉPILEPSIE EFFRAYANTE; DÉCRÉPITUDE PRÉMATURÉE; DÉMENCE; STUPIDITÉ; MORT; AUTOPSIE; HYPÉROSTOSE; TUMEURS INTRA-CRANIENNES.

OBS. VI. — Pierre O., né à Clermont-Ferrand en 1808, passa dans cette ville les huit premières années de sa vie, et vint ensuite habiter Paris, où il apprit l'état de tailleur. A l'époque de la puberté, sa constitution était excellente, ses membres robustes et son intelligence saine, quoiqu'il fût adonné depuis plusieurs années à l'onanisme. Mais à cet âge, les passions dévorantes du jeune homme donnant plus d'activité à son goût pour de grossières voluptés, il s'abandonna à la masturbation avec une sorte de rage, et ne tarda pas à recevoir le châtiment de ses jouissances solitaires. L'épilepsie, cette affreuse maladie qui anéantit l'action musculaire et tue la pensée, sévit sur lui avec fureur, et plus d'une fois, au lieu du spasme voluptueux qu'il cherchait à provoquer, il n'obtint que d'horribles convulsions. Cet état durait depuis plusieurs années, lorsqu'il entra à Bicêtre. Alors sa raison avait en partie triomphé de sa sensualité, et des conseils nombreux ou d'effrayantes descriptions achevèrent de le détacher de sa funeste habitude. Mais déjà il était trop tard; un ébranlement durable avait été déterminé dans les centres nerveux. O. était voué pour toujours aux terribles attaques de l'épilepsie; chaque jour cette affreuse maladie le priva du sentiment et tortura ses membres, et il devint un des épileptiques les plus remarquables par la fréquence et l'intensité des accès. Aussi quel changement s'est opéré dans son habitude antérieure! Quelle modification profonde dans son intelligence! Au moment de son entrée, ses formes étaient encore belles, ses traits agréables, ses mouvemens faciles, son esprit assez vif; maintenant, son corps s'est courbé, des rides profondes sillonnent son front, ses cheveux sont durs et raides, ses paupières bouffies, ses yeux injectés, ses narines largement ouvertes, ses lèvres tuméfiées, noirâtres et trop volumineuses pour être en contact, mais renversées en dehors et ne reposant l'une sur l'autre que par leur partie la plus profonde; tous ses traits sont gorgés et rendus livides et grossiers par l'afflux répété d'un sang que les troubles de l'hématose ont noirci; sa bouche entr'ouverte laisse continuellement échapper une bave souvent sanguinolente; ce n'est qu'avec peine qu'il peut articuler un petit nombre de mots, tellement sa langue est volumineuse et sillonnée par de profondes morsures; sa physionomie est stupide et sa malpropreté proverbiale. Les muscles semblent avoir subi l'hypertrophie du reste du corps; mais de quelle utilité peuvent être des puissances musculaires en apparence robustes, lorsque la volonté est impuissante pour les mettre en mouvement. Aussi les membres thoraciques sont-ils pesamment suspendus le long du tronc, et dans la progression les pieds ne se détachent-ils qu'avec peine du sol. Chaque accès semble flétrir davantage son intelligence, subordonnée au plus ou moins de fréquence des attaques. Lorsque celles-ci ont été nombreuses et rapprochées, O. est plongé durant plusieurs jours dans un état de stupeur; il est impossible d'obtenir de lui aucune réponse; il se contente de soulever ses paupières épaisses, et de diriger sur celui qui l'interroge des yeux ternes et vitreux. Les accès deviennent-ils plus rares? alors l'intellect s'élève de quelques degrés, la mémoire renaît un peu et lui permet de fournir quelques renseignemens imparfaits sur sa famille et sur la cause de son affection; mais bientôt de nouveaux accès surviennent et le replongent dans l'abrutissement moral qu'il présentait d'une manière si effrayante.

Quelques jours s'étaient écoulés depuis que M. Ferrus avait signalé ce malade comme type de l'influence de l'épilepsie sur la production de la démence, lorsque O. devint la proie d'un nouveau paroxisme épileptique. Quel spectacle effrayant que celui de ce malheureux ne sortant d'un accès que pour retomber dans un autre plus terrible! Quel lugubre tableau que celui d'une hideuse et longue agonie! Toutes les quinze ou vingt minutes on voit ses doigts gauches se fléchir lentement dans la paume de la main, l'avant-bras correspondant se rapprocher avec lenteur du bras de manière à former un angle aigu, la tête et la face s'incliner sur l'épaule gauche, les globes oculaires dirigés convulsivement en haut et à gauche, la commissure labiale tiraillée du même côté, les mâchoires se rapprocher avec force, et les arcades dentaires frotter avec bruit l'une contre l'autre. Deux secondes s'écoulent et la scène a changé; une seule contraction domine tout le système musculaire; les membres déjà fléchis se fléchissent avec plus de force; ceux qui sont restés étendus se raidissent et s'étendent d'une manière convulsive; le corps courbé représente à gauche cette variété tétanique connue sous le nom de pleurosthotonos; les articulations craquent; la respiration est suspendue; le cœur cesse de palpiter; tous les vaisseaux superficiels se dilatent et menacent de se rompre; la figure est turgescente; la peau et les muqueuses prennent une teinte violacée; on semble assister à la transformation qu'éprouve le sang soustrait à l'action de l'air atmosphérique; tout à coup, à cette contraction unique et générale succèdent des contractions partielles, saccadées, envahissant simultanément tous les membres, mais plus apparentes dans la moitié gauche du corps; la tête semble tiraillée à gauche par une puissance dont l'action est rapidement intermittente; le rectum et la vessie se vident spontanément; en même temps les pupilles sont énormément dilatées et immobiles; la langue dépasse les arcades dentaires; les dents s'engagent dans son tissu, et le sang qui s'en écoule donne à l'écume qui s'échappe de la bouche une teinte rougeâtre plus foncée; aucun agent extérieur n'éveille les organes des sens; la pupille reste immobile lorsqu'on approche une lumière à deux lignes de la cornée, et on peut tordre, pincer et piquer la peau sans susciter la moindre douleur; les contractions sont tellement énergiques, qu'une force considérable ne parvient pas à les annuler, et les mains qui fixent le membre de cet épileptique perçoivent encore les secousses convulsives dont ils continuent à être le siége. Après une ou deux minutes de durée, cet état fait place à la période de résolution; la respiration renaît précipitée, bruyante, stertoreuse; les narines se dilatent énormément pour donner passage à l'air; le cœur se contracte avec énergie et rapidité; les paupières se rapprochent; les membres tombent dans l'inertie la plus grande, et le coma s'établit; mais bientôt il est interrompu par un nouvel accès qui plonge le médecin dans l'incertitude, le spectateur dans de nouvelles anxiétés, et le malade dans les mêmes désordres. Pendant trois jours que dura ce paroxisme, on compte plus de cent accès d'épilepsie, le malade conserva le décubitus en supination, fut inondé par une sueur visqueuse fétide, montra la plus grande insensibilité et ne prit aucun aliment.

La thérapeutique consista dans l'administration de quelques cuillerées de tisane de valériane, dans l'usage de lavemens où entraient l'assa fétida et l'opium, et dans l'application de sangsues aux apophyses mastoïdes; une saignée de trois palettes pratiquée au moment où la congestion était la plus intense, n'apporta aucune rémission dans les accidens. Enfin les accès, d'abord plus rares, cessèrent complétement; pendant les jours qui suivirent, la face resta livide, la langue sèche et noirâtre, les dents fuligineuses, le pouls petit et fréquent, les membres

dans la révolution, et l'appréciation des objets extérieurs nulle. Peu à peu la connaissance revint avec intermittence, puis d'une manière durable; ce fut vainement, l'atteinte avait été trop forte pour que l'amélioration pût s'étendre au physique; la nature était définitivement vaincue, et O. succomba en conservant jusqu'à la fin le peu d'intelligence qu'il avait recouvrée si péniblement.

Autopsie. Raideur cadavérique très-marquée; cuir chevelu très-épais, abreuvé de sucs et facilement secable; épaisseur considérable des os du crâne, dont le diploé est abondant et pénétré d'un sang noir; dure-mère offrant à sa face interne et sur les côtes de la partie moyenne de la face, deux tumeurs pédiculées du volume d'un gros pois, et logées dans de petites excavations de la surface cérébrale, dans lesquelles elles ont refoulé les membranes; sinus distendus par du sang noir; cavité de l'arachnoïde ne renfermant que quelques gouttes de sérosité. Les membranes sont enlevées avec facilité, et n'ont contracté aucune adhérence avec la surface du cerveau; au-dessous d'elles on remarque que le sommet des circonvolutions est plane, et que les circonvolutions sont tellement rapprochées les unes des autres, que les anfractuosités semblent ne plus exister. En avançant plus profondément dans le cerveau, la substance grise paraît très-rouge, non par imbibition, mais par sa combinaison intime avec le sang; la substance blanche n'étant au contraire que rarement ponctuée; dans l'intervalle, de petites gouttelettes sanguines qui venaient sourdre; à la surface elle présentait une blancheur resplendissante; son élasticité était remarquable; sa quantité plus prononcée que dans l'état habituel, ce qui contribuait à effacer les cavités ventriculaires qui furent trouvées très-étroites. On remarqua dans le ventricule latéral droit deux petits corps de forme conoïde, du volume d'un pois, très-rapprochés l'un de l'autre, implantés largement à la voûte de la corne supérieure, et vers sa partie moyenne; ces petites productions anormales, assez semblables, au premier abord, à des végétations syphilitiques, criaient sous le scalpel et offraient toutes les propriétés physiques du tissu squirrheux. La protubérance était volumineuse; la moelle ferme partout; la substance grise fort injectée dans tous les points du cerveau où on la rencontre; le cervelet ne paraissait pas avoir éprouvé un développement proportionnel à celui du cerveau.

Lorsqu'on parcourt les commémoratifs fournis par ce malade pour y trouver la cause de son affection, on s'arrête naturellement à la masturbation comme à la cause la plus évidente, à celle qui permet le mieux d'établir une relation de cause à effet. Ne trouve-t on pas le plus grand rapport entre l'épilepsie et certaines convulsions physiologiques provoquées par le spasme érotique? La privation des actes vénériens et de tout ce qui tend à susciter le système nerveux n'a-t-elle pas été considérée comme propre à diminuer ou à faire cesser les désordres qui portent sur la sensibilité et la motilité? M. Ferrus est loin de nier l'influence de l'excitation cérébrale qu'on vient de signaler; mais ayant remarqué chez la plupart des épileptiques un appétit vénérien précoce et une grande tendance à la masturbation antérieure à l'épilepsie, il a été porté depuis longtemps à considérer ces prédispositions comme liées à la modification cérébrale qui doit plus tard déterminer l'affection épileptique. On comprend que cette remarque, fondée sur des observations nombreuses, peut avoir sur le traitement préservatif de l'épilepsie une immense influence; puisqu'elle permettra d'attaquer avec plus de succès, durant son incubation, une maladie contre laquelle échoue le plus souvent la thérapeutique la plus active et la plus ingénieuse.

Dans l'énumération des dispositions anatomiques par lesquelles O. paraissait s'éloigner de l'état normal, il en est quelques-unes qui fixent plus spécialement l'attention, savoir : l'hypertrophie de la boîte osseuse et celle de la substance cérébrale. Ces phénomènes qu'on rencontre à l'autopsie de presque tous les épileptiques, s'expliquent assez naturellement par les congestions sanguines dont la tête est si fréquemment le siége, et dans ce développement excessif, le crâne et le cerveau ne cessent pas d'être soumis aux lois ordinaires de la nutrition; nous négligerons donc la marche de cette hypertrophie pour nous attacher de préférence à signaler quelques-uns de ses résultats et leurs rapports avec la démence. Qui ne voit dans la disposition plane des circonvolutions, dans leur excessive contiguité et dans la faible capacité des ventricules une conséquence du développement du cerveau et du rétrécissement de la cavité destinée à le loger? Aussi le cerveau constamment placé entre deux forces opposées, l'une excentrique et l'autre concentrique, et de plus en plus comprimé, doit-il être privé d'une portion plus ou moins grande de ses facultés, de même que dans certains cas de conformation anormale ou morbide de l'axe cérébro-rachidien, ou dans certaines vivisections on détermine à volonté par la compression une perte de connaissance dont on peut faire varier la durée et l'intensité. Si on objecte que dans l'épilepsie cette compression s'exerçant d'une manière lente et insensible, le cerveau peut ainsi s'habituer à son action comme tendent à le prouver des observations analogues, nous répondrons que quelques exceptions ne s'opposent pas à la généralisation d'un phénomène, et que si, parmi les épileptiques, on a également rencontré un petit nombre d'individus dont les facultés intellectuelles avaient conservé leur intégrité, quoique le cerveau eût subi l'hypertrophie habituelle, cela dépend de ce que les limites imposées à cette compression sont variables suivant les individus. Il se passe ici ce qu'on rencontre fréquemment dans les autres maladies; ne voit-on pas des pneumonies peu étendues déterminer rapidement la mort dans certains cas, tandis que dans quelques autres une inflammation beaucoup plus considérable du poumon est suivie de la guérison? les mêmes faits ont été observés dans la phthisie, dans l'apoplexie, le cancer de l'estomac, etc., et si nous le désirions, nous pourrions puiser des observations analogues dans les maladies de tous les organes.

Si l'on se rappelle l'âge dans lequel la démence survient le plus souvent, et si l'on tient compte de l'influence que les anciens ont attribuée à la vieillesse dans la production de l'hémorrhagie cérébrale, on se persuadera difficilement que cette lésion des centres nerveux soit rangée parmi les causes les plus ordinaires de la démence; c'est néanmoins un phénomène de causalité que nous sommes obligés d'admettre, et que nous nous efforçons de constater aussitôt qu'un dément est placé dans la division; presque toujours avant qu'aucun renseignement n'ait été fourni par le malade ou sa famille, le défaut de symétrie des trois faciaux, l'embarras de la parole, la faiblesse plus grande dans l'une des deux moitiés latérales du corps nous ont éclairé sur l'existence primitive d'une hémorrhagie cérébrale, et sur la nature des désordres qu'elle a déterminés. C'est une chose digne de remarque que ces derniers portent plus spécialement sur la motilité et n'atteignent que consécutivement l'intelligence comme nous aurons occasion de le développer plus tard, c'est une observation non moins remarquable que celle de la fréquence de l'apoplexie chez les jeunes sujets qui tombent plus tard en démence, fréquence telle que si on ne jugeait de l'âge des apoplectiques que par celui des gens chez lesquels elle a provoqué la démence, on considérerait l'hémorrhagie cérébrale comme une maladie des adultes. A quoi peut tenir cette particularité? Est-ce que l'état du cerveau qui dispose à la démence prédisposerait aussi à l'apoplexie? ou bien la démence étant la conséquence presque inévitable de l'apoplexie, ne se montrerait-elle plus rarement chez le vieillard que parce que ce dernier succombe rapidement à des désordres cérébraux auxquels l'homme adulte résiste plus longtemps? La première de ces deux opinions aurait quelque valeur à nos yeux, s'il était permis d'apprécier l'altération spéciale des centres nerveux qui précèdent l'établissement de la démence, mais dans l'incertitude où nous sommes encore sur l'anatomie normale ou morbide du cerveau, nous croyons devoir hasarder la seconde comme celle qui mérite le plus de confiance.

Nous terminons ce que nous avions à dire sur les causes de la démence en appelant votre attention sur le danger des émissions sanguines trop nombreuses et trop rapprochées; malgré tout ce qu'a écrit Pinel sur l'impéritie des médecins qui saignent à outrance les aliénés; malgré tout ce qu'ont répété, depuis l'illustre nosographe, des hommes spécialement chargés d'un service du même genre; malgré les excellentes mesures qui ont été prises pour qu'on dirige le plus rapidement possible sur une maison de fous les gens dont la raison est égarée; il nous est arrivé souvent et il nous arrive encore quelquefois d'observer à leur entrée à Bicêtre, des maniaques couverts de morsures sangues, et dont les bras portent les marques nombreuses de saignées pratiquées récemment. Les médecins auxquels ces malheureux sont d'abord confiés, ne possédant pas de notions saines sur le traitement des maladies mentales, et placés en face d'un aliéné aux mouvements désordonnés, à la tête brûlante, à la face injectée, aux menaces ou vociférations furibondes, à la circulation accélérée, se hâtent de lui soustraire une abondante quantité de sang dans l'espoir de diminuer ou de mettre fin à son délire; trompés bientôt dans leur attente, ils attribuent leur peu de succès à l'insuffisance de la saignée, et se hâtent d'en pratiquer une seconde, une troisième, une quatrième, qui ne produisent aucune amélioration; alors ils appèlent à leur aide les sangsues, les ventouses scarifiées et une diète sévère et n'abandonnent leur malade que lorsque son agitation a fait place à l'accablement, et sa loquacité au plus profond silence : c'est alors qu'on les envoie dans un service spécial, à une époque et dans un état d'épuisement qui interdit toute espérance de guérison, alors qu'ils sont arrivés dans la période intermédiaire à la manie et à la démence, et que leur cerveau est tombé dans une sorte de collapsus par la soustraction brusque du fluide qui le comprimait. Il s'est passé dans ce cas un phénomène analogue à celui qu'on a observé dans quelques exemples de fongus, d'hydrocéphale, lorsqu'on détermina une perte plus ou moins complète de connaissance par la soustraction d'une portion ou de la totalité de la tumeur ou du liquide dont la compression était devenue nécessaire au cerveau. On ne saurait donc trop vous prémunir contre une médication aussi funeste puisqu'elle tend à reléguer dans la masse des aliénés incurables, une foule de malheureux qu'un traitement plus rationel en exclurait souvent pour toujours.

(La seconde partie au prochain numéro.)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 24 OCTOBRE.

TRANSMISSION DES RAYONS CHIMIQUES DU SPECTRE A TRAVERS DIFFÉRENS MILIEUX.

Dans une des dernières séances de l'année précédente, M. Melloni avait fait connaître des expériences qui prouvent que les rayons solaires peuvent, en conservant toutes leurs propriétés lumineuses, perdre, au contraire, toutes leurs facultés calorifiques. M. Arago, après avoir fait ressortir toute l'importance de cette expérience, ajouta que la question pouvait encore être envisagée sous un autre point de vue ; qu'il restait à chercher si les procédés employés par M. Melloni, ou si des moyens analogues ne conduiraient pas à priver aussi les rayons solaires de leurs facultés chimiques. Les expériences, poursuivit M. Arago, conduiraient certainement à des résultats curieux, et je les ferais si je ne pensais qu'il est dans l'intention de M. Melloni de les entreprendre pour compléter son travail.

Aujourd'hui M. Arago, en rappelant les motifs qui l'avaient ainsi empêché de se livrer à des recherches dont il avait déjà arrêté le plan, dit que sans doute les mêmes motifs ont fait que les physiciens français s'en sont également abstenus. On sent bien, ajoute-t-il, qu'une semblable réserve ne pouvait être commandée aux savans étrangers. Madame de Sommerville, bien connue de l'Académie par ses travaux en physique et en mathématiques, me transmet les résultats des expériences qu'elle a faites sur ce sujet.

L'influence des milieux sur la transmission des rayons chimiques a été appréciée au moyen de l'effet produit sur du chlorure d'argent. Ce chlorure était étendu très-uniformement sur une feuille de papier.

Un morceau de verre d'un vert très-pâle, parfaitement transparent et ayant moins d'un vingtième de pouce d'épaisseur, n'a laissé passer aucun rayon chimique; après une demi heure d'exposition à un soleil très-chaud, le chlorure d'argent, placé derrière le verre n'offrait aucun changement de couleur. Le même effet eut lieu avec différens verres d'épaisseurs diverses et de teintes plus ou moins foncées ; or, comme M. Melloni avait déjà reconnu que les verres verts arrêtent les rayons calorifiques les plus réfrangibles, il en résulte que ces verres jouissent de la propriété d'intercepter en totalité la partie la plus réfrangible du spectre solaire.

Des lames de mica vert sont aussi à peu près imperméables aux rayons chimiques, rayons qui, cependant, passent très-facilement ou très-rapidement à travers le mica blanc. On aurait pu croire de là que le pouvoir d'arrêter les rayons chimiques appartenaient en commun à toutes les substances vertes ; mais l'expérience faite avec une plaque assez épaisse d'émeraude, a démontré que cette substance n'apportait pas d'obstacle sensible à la transmission des rayons chimiques.

Le sel gemme, comme on était fondé à le supposer, possède à un très-haut degré la propriété de transmettre les rayons chimiques. Les verres blancs, bleus et violets la possèdent presque au même degré, tandis que le verre et le mica verts en sont presque dépourvus. Entre ces deux extrêmes, il y a beaucoup de degrés intermédiaires, et qui ne peuvent être prévus d'avance, car souvent deux corps de même couleur et de même tranparence exercent une action très-différente sur les rayons chimiques. Par exemple, le verre rouge foncé ne laisse passer que très-peu de rayons chimiques, tandis que le grenat également rouge foncé les laisse passer presque en totalité. La topaze blanche ainsi que la bleue, le béril bleu pâle, la cyanite, le spath pesant, l'améthyste, et diverses autres substances, transmettent avec beaucoup de facilité les rayons chimiques ; mais le béril jaune n'en transmet, pour ainsi dire, point, et la tourmaline brune comme la tourmaline verte, ont fait si peu de perméabilité, que madame Sommerville a échoué dans les différens essais qu'elle a faits pour polariser les rayons en question.

ÉLECTIONS.

L'Académie procède par voie de scrutin à la présentation d'un candidat pour la place de professeur d'analyse et de mécanique devenue vacante à l'école polytechnique par le décès de M. Navier. La section de géométrie a fait la présentation suivante : en première ligne, MM. Duhamel et Liouville ; en seconde, M. A. Comte.

Au premier tour de scrutin, 42 votans : M. Duhamel obtient 20 suffrages, M. Liouville, 19 ; M. Comte, 2 ; un billet blanc. Au second tour, 43 votans : M. Duhamel obtient 23 suffrages, M. Liouville 20. M. Duhamel est en conséquence le candidat présenté par l'Académie.

NAIN D'ILLYRIE

M. Geoffroy annonce qu'il vient d'arriver à Paris un nain âgé de 22 ans, et dont la taille ne dépasse pas un mètre. Cet individu nommé Mathias Gulia est né en Illyrie, non loin de Trieste. Il paraît, d'après ce que rapportent les parens qui l'ont accompagné à Paris, que, jusqu'à l'âge de cinq ans, il ne présentait dans ses dimensions rien de particulier, et que ce fut seulement à cette époque qu'il cessa de croître. Il se distingue de la plupart des nains en ce que son corps est très-bien proportionné. Son esprit est cultivé et il parle cinq langues, l'allemand, le français, l'italien et deux des dialectes qu'on parle sur les bords de l'Adriatique.

MANNE DU CIEL.

C'est sous ce nom qu'on a souvent désigné une substance sucrée qu'on trouve dans quelques parties de l'Asie, attachée aux branches de certains arbustes, et qu'on a cru tombée de l'atmosphère. M. de Mirbel présente un échantillon de cette matière qui lui a été donné par M. Marius Outrey, fils du consul de France à Trébizonde. Cette matière est produite, à ce que pensent les botanistes, par l'*hedysarum alaghi* ; elle a été récoltée dans le Curdistan. Elle est habituellement mêlée avec des débris de feuilles qui lui donnent une couleur d'un brun tirant sur le vert. Il paraît que lorsqu'elle est débarrassée de ces débris, elle est blanchâtre. Sa saveur est sucrée et assez agréable.

Cette substance sera remise à M. Chevreul, qui se propose d'en faire l'analyse.

EXPÉRIENCES SUR LA TORPILLE.

M. Colladon lit une note contenant les résultats d'expériences sur la torpille, qu'il a faites au mois d'août 1834, à La Rochelle.

Les premières expériences ont eu pour but de reconnaître la nature de l'électricité fournie par les différens points du corps de l'animal, et de prendre des moyennes pour les variations d'intensité des courans.

Ces essais ont été faits avec le galvanomètre isolé décrit dans les *Annales de physique et de chimie*, septembre 1829, et qui avait servi à l'auteur pour des recherches sur l'électricité atmosphérique. M. Colladon a opéré sur plus de 40 torpilles dont la largeur moyenne était de 12 à 15 centimètres, mais quelques individus avaient jusqu'à 20 et même 30 centimètres de largeur.

Voici de quelle manière l'électricité se distribue dans les différentes régions du corps du poisson :

1° Tous les points du dos sont positifs lorsqu'on les met en communication avec un point quelconque du ventre, et que la torpille donne sa commotion. Le courant diminue d'intensité à mesure que ces points s'éloignent, et à la surface de la queue il est presque nul.

2° Deux points dissymétriques du dos ou deux points également dissymétriques du ventre, sont presque toujours électrisés différemment et donnent un courant au galvanomètre ; la déviation est quelquefois de 30 ou 40 degrés. Le point le plus voisin des organes donne au fil l'électricité positive ou négative, selon que l'on opère sur le dos ou sous le ventre.

3° En touchant deux points symétriques de la région du dos ou de celle du ventre, on n'a point de déviation au galvanomètre.

« Le première de ces lois que je crois, dit M. Colladon, avoir observée le premier, a été publiée par d'autres physiciens ; les deux dernières paraissent leur avoir échappé. Si M. Matteucci n'a pas trouvé de courant en touchant deux points du dos ou du ventre, c'est probablement parce que les deux points étaient à peu près symétriquement placés.

» Les résultats qui viennent d'être exposés portent à penser que le corps de la torpille sert à réunir les deux fluides séparés dans les organes électriques, et ils semblent indiquer aussi que la torpille n'a pas la faculté qu'on a supposé appartenir aux poissons électriques, de diriger la secousse vers différens points. »

Le minimum du temps qui sépare deux secousses a paru à l'auteur à peu près égal à un tiers de seconde : il donne l'expérience suivante comme exemple de la série de secousses que l'on peut obtenir d'une torpille lorsqu'elle est légèrement excitée et tenue dans une position qui ne la contrarie pas trop gravement.

« Je plaçai, dit-il, sur ma main, en la posant sur le ventre, une petite torpille de onze centimètres de diamètre ; avec l'extrémité du pouce, je touchai légèrement son dos près du centre d'un de ses deux organes. La torpille lança en deux minutes soixante-dix-huit commotions sensiblement égales et équidistantes. Ces commotions étaient réparties ainsi qu'il suit : première demi-minute, 24 commotions ; deuxième, 22 ; troisième, 19 ; quatrième, 13. Chacune de ces petites décharges était accompagnée d'un léger mouvement dans les yeux et dans la colonne vertébrale.

» Dans les vingt secondes suivantes il n'y eut plus que trois faibles secousses, puis il y eut un intervalle de quinze secondes. Je pressai alors plus fortement la torpille pour l'irriter ; elle fit un effort violent, plia son dos et me lança une commotion telle, que je la laissai échapper et qu'elle retomba dans son baquet. Remise sur ma main et fortement excitée, elle ne me donna plus de secousses ; ce ne fut qu'après plusieurs minutes de repos dans de l'eau tiède qu'elle recouvra un peu de pouvoir électrique. »

L'auteur a fait plusieurs fois passer le courant d'une torpille fortement excitée à travers le corps d'autres torpilles très-fraîches et légèrement essuyées. Celles-ci n'en ont point paru affectées. M. Davy a constaté, de son côté, que le courant d'une pile ne paraît pas faire souffrir ceux de ces poissons qui sont interposés dans le courant. L'effet d'une bouteille de Leyde n'a pas encore été essayé.

En plaçant la torpille sur un corps isolé et réunissant par un fil de platine la surface supérieure ou inférieure de l'organe avec le condensateur d'un électromètre à double feuille, l'auteur n'a pu, dans des expériences répétées, apercevoir le moindre écartement des lames.

D'autres expériences ont été faites dans le but de s'assurer si une torpille épuisée par plusieurs excitations, donnerait encore des secousses lorsqu'elle serait profondément blessée. Des blessures profondes dans les chairs n'ont produit d'abord aucun effet ; mais la lésion du cervelet sur deux animaux mutilés, a, dans les premiers essais, donné lieu à une violente secousse.

LARVE VIVANTE VOMIE PAR UN ENFANT.

Nous avons, dans le compte-rendu d'une des précédentes séances, parlé d'une communication de M. Robineau Desvoidy, relative à des larves d'Aglosse qui paraissaient avoir été vomies par une femme malade. A cette occasion, M. Lemaout adresse quelques détails sur un fait analogue.

En 1817 ou 1818, le docteur Depasse, de Guingamp, ayant administré l'émétique à un enfant malade, celui-ci rejeta, avec les matières du vomissement, une larve vivante qui ressemblait à une larve de hanneton, et que M. Lemaout a eue plusieurs jours en sa possession.

M. Lemaout parle d'un autre fait encore plus étrange, et que nous reproduirons dans les termes mêmes où il le donne.

« En 1830, en retirant de la carrière les quatre colonnes qui forment le péristyle de St-Brieuc, les ouvriers trouvèrent dans l'endroit où le granit était le plus compacte et le plus homogène et loin de toute infiltration quelconque, une larve vivante renfermée dans un espace moulé exactement sur son corps, et taillé dans le roc à 4 mètres au moins de toute communication extérieure. »

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 25 OCTOBRE.

Présidence de M. Louyer-Willermay.

Correspondance officielle.

1° Lettre ministérielle du 18 octobre, avec envoi de quelques bouteilles d'une source que le sieur Guibert dit avoir découverte sur sa propriété près du bel établissement minéral de Grevoulx.

2° Lettre *idem, idem*, avec envoi de la recette et de l'échantillon d'une tisane purgative proposée par la dame Raphanel.

3° Lettre *idem, idem*, avec envoi d'une notice sur les heureux effets des fumigations de tabac contre la goutte.

4° Lettre *idem, idem*, avec envoi d'un rapport sur une épidémie de fièvres puerpérales qui a régné dans la commune de Rimbing.

5° Lettre *idem, idem*, avec envoi d'une boîte contenant un remède secret proposé par madame Pouchot.

6° Lette *idem, idem*, avec envoi d'une nouvelle méthode de traiter le choléra, proposée par le docteur le Ray, de Nantes.

7° Lettre *idem, idem*, avec envoi des états de vaccination du département de la Seine.

Correspondance manuscrite.

1° Lettre de M. Bouvier sur l'opération de l'empyème, avec envoi d'un trois-quart avec lequel on n'a pas à craindre l'introduction de l'air dans la poitrine.

2° Lettre du même, contenant quelques réflexions sur l'inoculation de la variole aux vaccinés.

5° Lettre de M. Robert, de Marseille, annonçant qu'il a reçu des nouvelles de Naples qui lui annoncent l'apparition du choléra dans cette ville.

4° Lettre de M. Fabien Thomas : il se porte comme candidat aux places de correspondant, et envoie l'observation d'une amputation de cuisse.

5° Lettre de M. Moreau, avec envoi d'un tableau numérique des malades traités à Bone, en Afrique, pendant les années 1833, 1834 et 1835.

6° Lettre de M. Etoc-Demazy : il se porte comme candidat aux places de correspondant, et envoie deux mémoires manuscrits intitulés : l'un, *Sur les formes de la folie et ses rapports avec la civilisation* ; l'autre, *Statistique médicale de l'asile des aliénés en* 1835.

7° Lettre de M. Vigier, de Pontoise : il se porte comme candidat aux places de membre correspondant, et envoie un manuscrit intitulé : *Ponction recto-vésicale.*

8° Lettres de MM. Malapert : même objet.

9° Lettre de M. Houdart : même objet.

Après le dépouillement de la correspondance, le bureau propose la composition de la commission qui, à la demande de M. Louis, doit rédiger une instruction sur la phthisie. Elle sera composée de M. Louis, Villermé, Guersent, Gerardin, Roche, Bouillaud et Rochoux.

— M. Roux demande à rectifier quelques inexactitudes qui lui sont échappées dans la dernière séance. Il a dit qu'il avait pratiqué la ponction trois ou quatre fois sur l'unique malade qu'il ait opéré de l'empyème avec succès : c'est une erreur ; il n'a fait qu'une seule ponction, après quoi il introduisit et laissa dans la plaie une petite sonde de gomme élastique, pour donner issue au liquide. Au surplus, M. Roux a pris des notes très-circonstanciées sur son malade, et il en promet l'histoire pour la prochaine séance, qui aura lieu jeudi au lieu de mardi, à cause de la Toussaint.

RECHERCHES CHIMIQUES ET MÉDICALES SUR L'URINE DE L'HOMME; par G. DUVERNOY, médecin à Stuttgard.—Rapport de M. Laurent.

Persuadé de la nécessité d'étudier les urines, soit pour apprendre à connaître les maladies, soit pour en prévoir l'issue, M. Duvernoy s'est livré à de nombreuses recherches. Sous le point de vue chimique, il n'a rien ajouté à ce qu'en a dit Berzelius. A l'égard de la séméiotique, il établit que, dans les maladies fébriles,

1° L'urine sécrétée en petite quantité est d'une couleur foncée ;

2° Au déclin de la fièvre, l'urine dépose un sédiment plus ou moins considérable qui offre les colorations variées du rouge de sang, de la brique ou de la rose.

Il établit en outre que la fièvre développe des acides qui ne se retrouvent pas au même degré dans l'état de santé.

M. CHEVALLIER. Si j'ai bien entendu, l'auteur du mémoire dont on vient de nous rendre compte, attribue l'abondance des acides qu'il a trouvés dans les urines à un état pathologique. J'ai lieu de croire qu'en cela il s'est trompé. Il faut savoir que l'acide urique est naturellement très-abondant, et qu'il le devient encore davantage après bien des circonstances, comme par exemple après une marche forcée, un repas copieux, etc.

Les eaux de Vichy ont une merveilleuse propriété pour dissoudre les calculs formés d'acide urique. J'ai expérimenté qu'un calcul pesant 34 grains, plongé dans l'eau de Vichy, avait perdu 26 grains au bout de quelques jours.

M. BOUILLAUD. L'étude des urines est assez négligée par les médecins, c'est une chose à regretter. Je m'en suis quelque peu occupé, non pas en chimiste, mais en médecin, et j'ai obtenu quelques résultats qui me paraissent dignes de vous être communiqués. Vous savez que naturellement les urines sont acides ; elles conservent ce caractère dans toutes les maladies inflammatoires. Il en est autrement dans la fièvre typhoïde, que j'appelle *entérite folliculeuse.* Si, dans la première période, les urines restent acides, elles deviennent franchement alcalines dans la seconde ; mais comme cet état ne leur est pas naturel, elles reprennent leur acidité à mesure que la convalescence approche. Je n'ai pas besoin de dire que j'ai fait mes expériences au moment où, les urines venant d'être rendues, étaient encore toutes chaudes. J'ai rarement trouvé les urines bourbeuses, jumenteuses dont parlent les auteurs, excepté peut-être dans les phlegmasies qui sont déjà en suppuration.

M. ORFILA : Dès 1824, j'ai constaté les mêmes variations dans l'urine que M. Bouillaud, et je n'ai pas attendu que les urines fussent dans le vase pour faire mes expériences ; au moment de l'émission, j'exposai au jet un morceau de papier bleu de tournesol, et je l'ai vu devenir rouge ou vert suivant qu'elles étaient acides ou alcalines.

L'alcali qu'elles contiennent est du carbonate d'ammoniaque, lequel provient de l'urée ; ce qui prouve que les substances animales peuvent se décomposer du vivant du malade

M. MARTIN-SOLON : Il faut, dans ces expériences, donner une grande attention au vase qui reçoit les urines. Dans les hôpitaux, ces vases, ordinairement en métal, ne sont pas toujours très-propres, et il se fait à l'instant une décomposition qu'on pourrait prendre pour l'effet d'un état pathologique. Quoi qu'il en soit, il est certain que les urines subissent des variations considérables par l'effet des maladies. A la liste des maladies propres à les rendre alcalines, j'ajouterai les maladies des reins.

M. DUPUY : Je ne m'étonne pas que M. Bouillaud ait rarement trouvé les urines jumenteuses : c'est un caractère fort commun dans les chevaux et dans tous les animaux herbivores, parce que les urines de ces animaux contiennent beaucoup de sous-carbonate de chaux ; mais les urines de l'homme n'en contiennent point, ou n'en contiennent que très-rarement.

M. BLANDIN : Ce n'est pas seulement dans les maladies des reins que les urines sont alcalines ; je me suis assuré qu'elles ont le même caractère dans toutes les phlegmasies des voies urinaires soit des reins, soit des urétères, soit de la vessie. Il suffit d'introduire une sonde dans la vessie pour les rendre alcalines d'acides qu'elles étaient.

M. OLIVIER : M. Dupuytren avait fait une observation inverse : il avait remarqué que dans les paraplégies et dans toutes les paralysies de la vessie, l'acide urique devient si abondant, qu'il se dépose en couches épaisses sur toutes les parois de la vessie.

M. BARON : J'ai à citer un fait qui ne saurait s'accorder avec ce que vient d'avancer M. Dupuy. Un homme essentiellement hypochondriaque souffrait de la vessie, ses urines indiquaient, en effet, une lésion assez grave ; elles étaient troubles et blanches. J'ai prié M. Boudet fils de faire ces analyses ; il y a trouvé une assez grande quantité de carbonate d'ammoniaque pure trempe, je voulais dire de carbonate de chaux.

M. GUIBOURT : On dit que les urines se décomposent facilement lorsqu'elles sont sorties de la vessie ; il faut s'entendre. Lorsqu'on a soin de les enfermer toutes chaudes dans un vase bien clos, elles s'y conservent au contraire assez longtemps avec leurs qualités propres ; elles ne deviennent alcalines que par leur exposition au contact de l'air.

M. ROUX : Je ne crois pas que l'urine se décompose tant qu'elle est enfermée dans la vessie ; ce qu'il y a de certain, c'est que je l'ai vu sortir claire et parfaitement limpide, après toute espèce de rétention ; mais alors il peut se faire que la membrane muqueuse s'irrite ; cette irritation appelle une abondante sécrétion de mucus, et c'est cette matière qui se décompose et produit de l'ammoniaque.

M. SÉGALAS. Je n'ai pas dit que l'urine devînt alcaline par le seul fait de sa rétention dans la vessie, j'ai dit ce que vous venez d'entendre de la bouche de M. Roux, quoiqu'en d'autres termes. Au surplus, il n'est pas étonnant que l'urine reste claire et limpide, car il se fait très-peu d'absorption dans la vessie. J'ai pu introduire dans la vessie d'un chien jusqu'à 2 gros d'extrait alcoolique de noix vomique sans déterminer des accidens graves, tandis que tout le monde sait qu'il suffit d'en ingérer quelques grains dans l'estomac pour produire la mort.

Après cette discussion, le rapport de M. Laurent, mis aux voix, est adopté.

RÔLE QUE JOUE L'ACARUS DE L'HOMME DANS LA PRODUCTION DE LA GALE; par M. ALBIN GRAS. — Rapport de MM. Biett, J. Cloquet et Maury.

A l'entrée de son mémoire, M. Albin Gras se fait une série de questions qu'il discute dans la suite, et auxquelles il répond par les conclusions suivantes.

1° L'acarus existe sur la grande majorité des galeux, et très-probablement sur tous tant qu'ils n'ont pas commencé le traitement ;

2° Après la destruction des acarus, la démangeaison et l'éruption vésiculeuse ; pustuleuse et papuleuse peut persister quelquefois et se reproduire pendant un temps plus ou moins long, et ne céder enfin qu'à un traitement méthodique ; mais le mal n'est pas contagieux.

3° Les acarus sont les agens de la contagion de la gale.

4° Les insectes occasionent très-probablement cette maladie non-seulement par l'irritation locale qu'ils excitent, mais encore d'une manière spécifique et inconnue

— M. EMERY. Je réclame en faveur de M. Renucci le mérite d'avoir retrouvé l'acarus : il a fait plus, il nous a appris où il se tient, en sorte qu'aujourd'hui chacun peut se donner le plaisir de le voir à peu près quand il veut. C'est encore M. Renucci qui a établi que l'acarus donne la gale. M. A. Gras a répété les mêmes expériences ; il a essayé d'inoculer la gale en plaçant cet insecte sur la peau, et il dit qu'il y est parvenu. Mais d'une part, ces expériences sont au nombre de deux seulement, et de l'autre, il est douteux pour moi que ce qu'il a pris pour la gale soit en effet la gale. Quoi qu'il en soit, après avoir regardé l'acarus comme formant l'essence de la gale, M. Gras cherche comment il se transmet : est-ce en agissant mécaniquement ? est-ce en produisant un virus particulier ? Et il incline vers cette dernière opinion, ne pouvant comprendre autrement pourquoi il n'existe nuls rapports entre le nombre des acarus et celui des vésicules. Mais j'ai des raisons de croire qu'on confond ici les vésicules de la gale avec l'eczéma. Il est rare, en effet, que la gale existe dans son état de simplicité ; presque toujours il s'y trouve mêlé une foule de petites vésicules qui peuvent en imposer à des gens peu exercés, mais qu'il est facile de distinguer avec de l'habitude.

M. BIETT. On m'a fait dire que la gale présentait des symptômes tels qu'ils indiquaient quelquefois la présence de l'acarus quoique cet insecte n'existe pas. Je n'ai pas dit cela. Je me suis prononcé à cet égard avec une extrême réserve. J'ai fait pendant long-temps des recherches pour trouver l'occasion sans pouvoir y réussir ; mais je l'admettais sur la foi de quelques auteurs recommandables, et notamment de Morgagni. M. Renucci n'a pas le mérite d'avoir découvert l'acarus, d'autres avant lui avaient fait cette découverte ; mais il a celui d'avoir indiqué les lieux où il se tient. Jusqu'ici on cherchait toujours dans les vésicules, et nous savons aujourd'hui que c'est à côté qu'il est. Ce n'est pas non plus M. A. Gras qui a

dit le premier qu'il n'y avait pas de proportion entre le nombre des pustules et celui des acarus. Un médecin anglais a fait à Madère des expériences qui l'ont conduit à la même conclusion.

M. Marjy. On ne peut élever aucun doute sur la possibilité de transmettre la gale en transmettant l'acarus. M. Pariset a fait faire cette espèce d'inoculation sur deux aliénés, et elle a si bien réussi, que l'un d'eux a transmis ensuite la maladie à sa famille; l'autre, ajoute M. Pariset, a recouvré promptement l'usage de ses facultés intellectuelles.

— M. Amussat présente un instrument inventé par M. Tompson pour pratiquer la suture.

— Le même présente deux squirrhes du sein dont il a fait l'extirpation. Il dit à ce propos que ces malades attendent en général beaucoup trop avant de se faire opérer. Il a fait la torsion des artères dans les deux cas.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

OBSERVATION DE GANGRÈNE SÉNILE DE LA JAMBE GAUCHE; mort; expériences qui prouvent que la température du cadavre est moins élevée que celle d'un membre sphacelé. Observation recueillie dans le service de M. Blandin, à l'Hôtel-Dieu, et communiquée par M. Boinet, interne.

Quelle est la température d'un membre frappé de gangrène? est-elle supérieure ou inférieure à la température du cadavre? Cette question vivement débattue dans une argumentation d'un concours de la faculté de médecine de Paris, a trouvé des adversaires et des défenseurs et n'a pas été résolue d'une manière satisfaisante pour tout le monde. Les uns ont soutenu et essayé de prouver que la température d'un membre gangréné, était de plusieurs degrés, inférieure à la température du cadavre; ou autrement dit, qu'une partie gangréné était plus froide que le cadavre. Sans rappeler les raisons qu'ils ont avancées pour soutenir cette opinion, je dirai d'avance que c'est une erreur. *La température d'un membre gangréné, non seulement n'est pas inférieure, ni même égale à celle du cadavre; elle lui est supérieure de plusieurs degrés.* Il est d'ailleurs facile de donner l'explication d'une pareille erreur; et on conçoit aisément comment on peut la commettre; puisque l'impression de froid qu'on éprouve en touchant alternativement et en même temps des parties vivantes et des parties mortes, est telle, qu'il nous semblait à nous qui étions convaincues du contraire par les expériences que nous faisions, que la sensation de froid que nous éprouvions en palpant la partie gangrénée, était plus forte que celle que nous aurait fait éprouver le toucher d'un cadavre. Lorsqu'on examine une partie atteinte de gangrène, un membre par exemple, on trouve comparativement et en même temps des endroits doués de toute leur chaleur, et d'autres qui en sont privés, sinon totalement, au moins en très-grande partie, ainsi que le prouve l'observation que nous allons rapporter. Alors la sensation de froid qu'on éprouve en touchant alternativement une partie chaude et une partie froide, est d'autant plus vive et plus sentie qu'on passe plus subitement du chaud au froid, et *visce versa*; quand, au contraire on palpe un cadavre, si la sensation de froid paraît moins forte que dans le cas de gangrène, c'est parce qu'on n'a jamais fait la comparaison dont je viens de parler.

Obs. — Le 4 septembre 1836, on reçut à l'Hôtel-Dieu, salle St-Jean, nº 26, la nommée Pellegas, âgée de 74 ans, marchande de layettes.

D'une complexion encore assez bonne pour son âge, jouissant ordinairement d'une bonne santé, cette malade conserve un embonpoint ordinaire; ses règles se sont établies difficilement, et à un âge déjà avancé, vers 20 ou 22 ans à peu près. Elle s'est mariée après 30 ans, et a eu quatre enfans; elle avait 33 ans quand elle accoucha pour la première fois; elle n'a jamais essuyé de graves maladies; elle est veuve depuis quinze ou seize ans; de tout temps elle a continué son état de layettière, jouissant d'une bonne santé; elle mangeait peu, se nourrissait mal, et buvait de temps en temps un peu de vin pour la soutenir et aider ses digestions; elle n'en a jamais fait excès; d'ailleurs son extérieur l'annonce. Depuis cinq années environ elle éprouve de la difficulté à respirer librement, elle est devenue asthmatique, ce qu'elle attribue à une pression entre deux voitures. Toute sa vie, dit-elle, a été semée de peines et de chagrins; jusqu'à son entrée à l'Hôtel-Dieu elle a continué le même genre de vie, c'est-à-dire faisant de petits ouvrages de lingerie, puis allant les vendre quand ils étaient confectionnés. Deux jours avant d'entrer à l'hôpital elle vaquait encore à ses occupations; seulement elle sentait de la raideur et de l'engourdissement dans la jambe gauche. Depuis plus d'un mois elle éprouvait froid au pied, et ne pouvait se réchauffer; ce froid a commencé par les orteils, la plante du pied, et ensuite la jambe.

Voici son état à son entrée. La figure n'est pas amaigrie; rien dans le facies n'exprime le malaise ni la souffrance; la respiration s'entend parfaitement, mais elle est courte et prompte; point de matité dans aucun endroit de la poitrine; le cœur n'a que des bruits réguliers, vites et peu forts; le pouls bat 95 par minute; il n'y a pas de fièvre; la peau est fraîche; le ventre est souple, ni ballonné, ni douloureux à la pression; les selles, sans diarrhée, ont lieu deux fois dans les 24 heures.

A l'exception de la jambe gauche qui présente de vives douleurs au niveau du mollet, tous les autres membres paraissent dans l'état normal.

Cette jambe gauche, dans toute sa partie inférieure, depuis l'extrémité de ses orteils jusqu'à la réunion de son tiers inférieur avec les deux tiers supérieurs, est froide, insensible; la sensation du froid est telle, qu'elle paraît au toucher plus considérable que sur le cadavre; au-dessus des parties que je viens d'indiquer, la sensibilité et la chaleur deviennent apparentes, et le contact le plus léger détermine des douleurs si vives dans ces parties, que le poids seul des draps est insupportable pour la malade, à plus forte raison la pression la plus légère avec la main, ce qui lui arrache des cris atroces. On peut impunément pincer sur le pied, les orteils et la partie inférieure de la jambe, tordre même la peau pour que la malade en ait conscience, aucun signe à l'œil ne fait distinguer les parties mortes de celles qui ne le sont pas, c'est-à-dire les parties sensibles de celles qui ne le sont pas; il n'y a que le toucher. La coloration de la peau est partout la même; quelques lignes rougeâtres, flexueuses, qui indiquent le trajet des veines superficielles, sont apparentes. La malade dit elle-même que son pied est mort et qu'elle ne le sent pas; elle croit seulement éprouver quelques élancemens qui commenceraient au milieu de la jambe, pour aller se terminer dans sa partie inférieure et dans le pied. Ces élancemens d'ailleurs ne sont pas douloureux et n'ont lieu que de loin en loin.

Trois applications de sangsues au nombre de 60 ont été faites les premiers jours de son arrivée sur le point le plus douloureux, c'est-à-dire au milieu du mollet; puis des cataplasmes de farine de graine de lin sur le milieu de la jambe et sur sa partie inférieure et le pied, des cataplasmes de poudre de quinquina arrosés d'eau-de-vie camphrée. Ce traitement, qui a été continué jusqu'au 16 septembre, n'a produit aucun résultat avantageux. Pendant cette période de temps, rien n'a changé dans l'aspect du membre; seulement les douleurs, quoique très-vives encore, ont diminué d'intensité, et semblent s'être étendues vers le creux du jarret.

Le 16 septembre, des cataplasmes de farine de graine de lin arrosés de 50 ou 60 gouttes de laudanum, ont été mis sur tout le membre, depuis le pied jusqu'au genou. Pendant les deux premiers jours de ces nouvelles applications, il n'y a pas eu d'amélioration; mais le troisième jour, le 18 septembre, le froid de la jambe semble moins prononcé, et les douleurs sont aussi moins vives au dire de la malade. Mais à cette époque on remarque sur le gros orteil, tout-à-fait à son extrémité et sur différens points du pied et de la partie inférieure de la jambe, des plaques noirâtres, violacées comme des ecchymoses; quoique la chaleur soit un peu revenue, il y a toujours absence de sensibilité, et la malade est indifférente à toutes les pressions, à tous les pincemens qu'on fait sur sa partie gangrénée; pourtant elle croit sentir son pied, et assure que les élancemens qu'elle éprouve sont devenus plus fréquens et plus forts.

Depuis qu'elle est à l'hôpital, son sommeil n'est qu'une espèce d'assoupissement souvent interrompu, encore est-elle obligée de rester assise sur son séant, appuyée sur un de ses coudes et la tête portée en avant.

Le pouls est toujours développé, rapide; il varie entre 95 et 100 pulsations; il n'y a pas de fièvre, le moral est tranquille, la physionomie naturelle, les fonctions digestives sont dans un bon état; pas de douleur dans le ventre, pas de coliques; les digestions se font bien, le peu qu'elle mange ne l'incommode pas; elle mange peu et sans appétit, et ne peut prendre pour nourriture qu'un peu de laitage, des légumes, des pruneaux et un peu de vin. Il y a quatre ans qu'elle n'a mangé de viande; dans les 24 heures il y a deux ou trois selles semi-liquides, plus souvent deux que trois.

Le 18 septembre. La température du membre a été mesurée de la manière suivante : Je mesurai d'abord la température de l'amphithéâtre et celle des cadavres qui s'y trouvaient; je trouvai également 12 degrés et demi pour l'amphithéâtre et pour les cadavres.

Température de la salle où était la malade, 17 degrés au-dessus de zéro.

Température du membre dans la partie gangrénée, 19 degrés.

Température du membre dans le point à peu près où la gangrène se terminait et commençait la sensibilité, 21 degrés.

Température à un pouce au-dessus du point où se termine la gangrène, 24 degrés; c'est environ à la moitié de la jambe un peu au-dessus.

Température à deux pouces plus haut, c'est-à-dire environ à la réunion du quart supérieur avec les trois quarts inférieurs, 29 degrés.

Température au niveau du genou devant la rotule, dans une partie saine, 26 degrés.

Température du creux du jarret, 33 degrés.

Température de la région inguinale du membre malade, 35 degrés.

Température de la région inguinale, membre sain, 35 degrés.

Température de la partie antérieure de la cuisse saine, 33 et demi.

Température de la partie antérieure de la cuisse malade, 32 et demi.

J'ai répété plusieurs jours de suite ces expériences, tantôt sans le contact de l'air ambiant, d'autres fois avec le contact de l'air ambiant, et j'ai toujours à peu près trouvé les mêmes résultats.

Le 4 octobre. Nouvelles expériences.

Température de la salle, 16°.

Température du pied malade, 17 et demi.

Température de la partie inférieure de la jambe, 18 degrés.

Ce jour la physionomie n'est plus naturelle; le pouls est toujours développé et sans fièvre, il bat 105 par la minute; le moral est tranquille; les fonctions digestives sont en moins bon état, il y a 4 ou 5 selles en diarrhée dans les 24 heures; le sommeil est toujours nul; les douleurs du mollet ont diminué d'intensité; la mortification de la jambe et du pied est plus avancée; la ligne de démarcation qui sépare les parties saines des parties mortes est plus marquée; sur la peau, un peu au-dessus de cette ligne de démarcation que je viens de signaler, on remarque quelques taches, de petites ecchymoses noirâtres de la largeur d'une pièce de 20 sous, d'un sou. La pression au niveau du mollet n'est plus aussi sensible et la malade la supporte sans trop se plaindre, ce qui n'est pas la même chose, si l'on remonte vers le creux du jarret où la température n'est plus que de 30 degrés.

A la visite du soir, elle lutte avec la mort; le visage et les mains sont très-froids et couvertes de sueur également très-froide; elle meurt dans la nuit.

Le lendemain matin, 5 octobre, 9 heures après la mort, je mesure la température du membre gangrené, celle de la salle, et voici les résultats :

Température du pied et de la partie inférieure de la jambe, 15 degrés.

Température du point où se trouve la ligne de démarcation des parties malades des parties saines, 17 degrés.

Température au niveau de la jarretière et au-dessus, 18 degrés.

Température de la salle, 15 degrés et demi.

AUTOPSIE 33 HEURES APRÈS LA MORT PAR UN TEMPS HUMIDE.

Le cerveau et les poumons sont sains.

Le foie est dur, se déchire inégalement en morceaux chagrinés, irréguliers; il offre un aspect graniteux très-remarquable; en somme il est pâle et décoloré. La rate ne paraît pas malade.

Rien dans les intestins

Le cœur, d'un petit volume, est mou, flasque et ne contient ni sang liquide, ni en caillots; ses parois sont minces et très-souples; celles du ventricule gauche principalement. Les oreillettes sont également très-petites.

L'aorte pectorale et abdominale sont vides de sang; on trouve seulement à la crosse deux caillots non-adhérens placés de champ, l'un noir, violacé, peu consistant et supérieur plus près du cœur; l'autre plus inférieur offre un aspect charnu, rougeâtre, n'est pas organisé et contient du pus bien formé, bien lié et de bonne nature dans son intérieur.

Dans tout le reste de l'aorte on ne trouve plus rien. A sa bifurcation on trouve à cheval sur l'éperon qui sépare les deux iliaques, un caillot noirâtre, couleur gelée de groseilles. Ce caillot est peu solide et très-effilé. On note pourtant au côté gauche, à la naissance de l'iliaque primitive, une substance dure, osseuse, de la largeur d'une lentille, qui n'est pas recouverte par la membrane séreuse de l'artère qui est détruite dans ce point seulement.

Dans l'iliaque droite et dans la fémorale du même côté, on rencontre quelques caillots peu considérables et libres.

Dans la fémorale gauche, à partir de l'endroit où elle fournit l'artère fémorale profonde, on remarque une oblitération qui s'étend jusqu'aux orteils, dans tous les vaisseaux du membre soit veineux, soit artériels. Le tissu cellulaire ambiant qui unit ces vaisseaux aux parties environnantes, est dur, épaissi, infiltré; les parois des veines et des artères dont le calibre est considérablement diminué, sont également épaissies; lorsqu'on les coupe en travers, on voit sortir un petit cylindre, qui se remplit exactement et représente le suif injecté qui sort des vaisseaux lorsqu'on les coupe en travers. Ce cylindre est noir à sa circonférence et devient blanchâtre au fur et à mesure que l'on approche de son centre, il est mou, casant, et offre des granulations. Si l'on fend soit les artères, soit les veines, dans le sens de leur longueur, le coagulum qu'elles contiennent et qui forme le cylindre est rougeâtre, granuleux et a la couleur du ciment fait avec la brique. Ce coagulum n'est pas adhérent avec les parois des veines et des orteils, si ce n'est dans tous les endroits où sont les orifices des collatérales où il envoie des prolongemens qui se comportent absolument de la même manière. Les parois internes des vaisseaux qui sont évidemment épaissies, sont blanchâtres et ne présentent aucune altération, ni ramollissement, ni rides, ni injection, aucun signe, en un mot, d'inflammation; l'épaississement paraît avoir lieu surtout dans le tissu cellulaire environnant.

En incisant le mollet et la peau qui recouvrait les gastrocnémiens, on voit s'écouler en grande quantité un liquide roussâtre couleur chocolat clair, qui occupe la place des muscles du mollet et de la jambe, dont il ne reste plus que la trame qui flotte lorsqu'on verse de l'eau sur ces parties. Les nerfs et les tendons ainsi que les orteils et les veines sont conservés; les tendons ont perdu ce brillant qui les caractérise, et offrent une couleur blanche sale, un peu sombre; ils paraissent comme rouis et plissés longitudinalement; au milieu de ce détritus, on remarque de nombreuses gouttelettes de graisse sans doute, mêlées à ce liquide, ce qui lui donne l'apparence d'un mélange d'huile et de vinaigre, à cela près de la couleur.

Il est donc hors de doute, d'après cette observation, que le cadavre est toujours plus froid qu'une partie gangrénée; que cette partie gangrénée n'est pas encore tout-à-fait corps inerte, puisqu'elle conserve une température supérieure à celle du lieu où elle se trouve renfermée. Probablement qu'elle doit cette élévation de température à la chaleur qui est communiquée par les parties voisines qui jouissent encore de toutes leurs forces vitales. Je ne terminerai pas sans dire un mot sur la nature de la cause de cette gangrène; est-elle le résultat d'une artérite purement et simplement, ou bien a-t-elle été produite par une diminution des forces vitales. J'avoue qu'il me semble difficile de trancher la question, et ce point de pathologie a besoin d'être éclairci par de nouvelles et consciencieuses recherches; cet engourdissement qu'éprouvait la malade, ce froid qui a commencé par le gros orteil, puis par le pied; cette gangrène enfin sans fièvre et sans aucun désordre de fonctions, n'offre-t-elle pas l'exemple d'une débilité locale, dans laquelle la nature jouissant de toute son énergie, ne peut plus reprendre la vie dans une partie, par la vie même de cette partie, qu'elle oublie, qu'elle abandonne à sa propre faiblesse. D'un autre côté, ces vives douleurs ressenties dans le mollet, l'oblitération complète des vaisseaux, ces phénomènes sont-ils la preuve d'une inflammation artérielle. Cette opinion pourrait être soutenue, mais elle nous paraît très-contestable. Car, si à l'autopsie nous avons trouvé la crurale oblitérée jusqu'au point où naît la profonde; si l'oblitération est, comme le veulent certains pathologistes, le résultat de l'inflammation, et les douleurs vives, les symptômes de cette inflammation, ne peut-on pas se demander pourquoi les douleurs n'ont pas suivi le trajet de la crurale (la partie interne de la cuisse n'était pas sensible aux plus fortes pressions), et pourquoi elles ont été constamment locales; je crois qu'on pourrait les attribuer avec plus de raison à l'inflammation des tissus environnans où la nature s'efforçait de faire le travail d'élimination. Ces considérations sont de la plus haute importance pour le traitement, qui devra varier selon qu'il y aura inflammation des artères ou diminution, soit locale, soit générale, des forces vitales, quand les gangrènes séniles ne tiennent pas à la prostration et à la diminution générale des forces, il est possible de les guérir quelquefois, en déterminant par un régime tonique et des topiques stimulans cette réaction solitaire, cette inflammation locale, qui sépare ce qui est gangrené de ce qui est sain, et empêche que la mort ne continue d'empiéter sur le domaine de la vie.

BIBLIOGRAPHIE.

PARALLÈLE DES DIVERS MOYENS DE TRAITER LES CALCULEUX, par M. CIVIALE (1).

On se souvient de la discussion longue et animée qui eut lieu dans le sein de l'Académie de médecine, entre les partisans de la lithotritie et quelques chirurgiens qui lui étaient moins favorables; et l'on regrettait que M. Civiale, alors en Italie, n'eût pas pu prendre part à ces débats où sa pratique avait été si souvent mise en cause. M. Civiale se réservait de prendre la parole à son tour, et de réviser la question agitée dans des sens si divers. C'est là l'origine de ce livre. Il ne faudrait pas cependant s'attendre à n'y trouver qu'une œuvre de polémique : M. Civiale a voulu y tracer d'une manière dogmatique les progrès de la lithotritie, discuter à la fois et ses inconvéniens et ses avantages, et la comparer aux divers procédés de taille en usage de nos jours. Une première partie est consacrée à la lithotritie; une seconde à la taille; la troisième au parallèle de ces deux opérations; enfin, dans un appendice, l'auteur traite de quelques cas réservés à la cystotomie et du traitement médical de l'affection calculeuse.

Nous ne nous arrêterons point sur l'historique de la lithotritie, ni sur la description des principaux instrumens propres à chacune de ses méthodes, et sur la manière de les employer; toutes choses suffisamment connues, bien que M. Civiale ajoute ici quelques détails intéressans à son procédé opératoire. Mais l'important est la question pratique sur laquelle nous insisterons spécialement.

M. Civiale partage les affections calculeuses susceptibles d'être traitées par la lithotritie, en deux grandes classes, les cas simples, les cas compliqués. Les cas simples comprennent trois séries. Dans la première se rangent les *sujets d'une bonne constitution, portant ou bien une pierre solitaire de dix lignes au plus de diamètre, ou plusieurs petits calculs, mais sans lésions organiques ni dérangement dans la santé.* Ce sont là les circonstances assurément les plus favorables. Sur quatre malades atteints de calcul solitaire, dont l'auteur rapporte les observations, trois furent guéris en une seule séance, et le calcul fut broyé avec la pince à trois branches, sans perforation préalable; chez l'autre, la pierre, trop résistante, dut être perforée d'abord; mais à la seconde séance, l'écrasement s'en fit sans difficulté. Quand il y a plusieurs calculs, l'opérateur ne peut indiquer à l'avance ni quel est leur nombre, ni conséquemment combien de séances seront nécessaires. Dans les deux faits de ce genre dont l'auteur donne l'histoire, la cure fut terminée en trois et cinq séances.

La deuxième série comprend *les adultes et les vieillards d'une bonne constitution, portant une pierre solitaire de 15 lignes au plus de diamètre et d'une dureté moyenne; ou plusieurs calculs, et toujours sans lésions organiques.* Les calculeux qu'on rencontre le plus fréquemment dans la pratique présentent ces conditions, moins avantageuses que les précédentes, mais toutefois favorables en général à la lithotritie. Alors les séances se multiplient; il faut, avec la pince à trois branches, commencer toujours par des perforations plus ou moins nombreuses, et prendre certaines précautions. L'état moral du malade exige surtout une attention spéciale. M. Civiale a opéré un grand nombre de savans, entre autres des médecins, et il a remarqué qu'ils supportent l'opération avec courage, mais que le moment qui la précède est pour eux extrêmement pénible. Il s'est bien trouvé alors

(1) Un vol. in-8° avec trois planches. Paris, 1836. Chez J.-B. Baillière, rue de l'Ecole-de-Médecine, n° 13 *bis*.

de leur exposer d'abord tous les détails de la manœuvre, et de ne pas leur faire connaître l'instant qu'il a choisi, chose d'autant plus facile que l'opération n'exige aucun préparatif. Du reste le résultat est toujours satisfaisant, et la lithotritie, dans les circonstances données, n'entraîne à sa suite aucun désordre ni local, ni général.

A la troisième série appartiennent *les adultes et les vieillards jouissant d'une bonne santé, sans lésions organiques apparentes, portant un calcul de 15 à 25 lignes, ou plusieurs calculs volumineux.* Alors on peut encore avec succès recourir aux perforations; mais il faut les faire trop nombreuses; et souvent même chaque fragment a besoin d'être perforé à son tour. C'est surtout dans les cas de grosses pierres que la méthode par percussion est appelée à rendre des services. En effet, le nouvel instrument permet d'embrasser un calcul volumineux et de le faire éclater malgré sa dureté; et la pierre une fois moulée rentre dans les conditions des séries précédentes. Déjà M. Civiale a employé plusieurs fois, en pareil cas, le percuteur.

Comme on le voit, quel que soit le nombre et quel que soit le volume ou la dureté des calculs, tant qu'ils ne dépassent pas 25 lignes, M. Civiale les fait rentrer dans la catégorie des cas simples; la condition de simplicité consiste spécialement dans l'état sain de la vessie et de la prostate, et dans le maintien de la santé générale. Les cas compliqués, divisés également en trois séries, sont ceux dans lesquels la vessie ou la prostate est affectée.

La première série comprend les cas où *les parois de la vessie sont épaissies et sa capacité diminuée*. Alors on peut encore tenter la lithotritie, si la pierre est petite ou friable, et si elle n'a besoin pour être broyée que de quelques séances. C'est là, selon M. Civiale, une des principales conditions de succès, avec beaucoup de calculs ou une pierre très-volumineuse, la lithotritie serait impraticable. Il y a aussi une précaution d'une haute importance à employer, c'est de faire les séances plus nombreuses, mais très-courtes; l'auteur s'est comporté ainsi chez le sujet de sa 11e observation, chez lequel la pierre aurait pu être brisée en une seule séance. Mais raccourcir les séances, même en les multipliant, c'est le plus sûr moyen d'éviter les accidens, surtout lorsque les organes jouissent d'une grande irritabilité, et que déjà il existe une phlegmasie plus ou moins intense. Loin d'être nuisible à la santé générale, l'opération ainsi ménagée a pour premier effet de remonter le moral, et de produire même au physique une amélioration manifeste, soutenue et progressive. Lorsque le calcul est trop gros ou que les pierres sont en trop grand nombre, la lithotritie ne convient plus. M. Civiale cite cependant deux cas de ce genre dans lesquels il fut forcé, selon son expression, d'essayer le broiement par l'horreur qu'inspirait aux malades l'idée seule de la taille. Il réussit, mais avec des accidens et des contrariétés qui retardèrent longtemps la guérison.

Dans la seconde série, l'auteur range les cas de calculs *avec atonie des parois de la vessie et augmentation de sa capacité.* C'est un état fort peu connu de la vessie, dans lequel elle ne se vide jamais entièrement, et qui exerce une grande influence sur les symptômes de la pierre qui sont presque nuls, et sur les suites des opérations. La vessie se trouve atteinte d'une phlegmasie lente mais profonde, que la plus légère secousse fait repasser au mode aigu, et c'est alors surtout que le cathétérisme entraîne quelquefois de grands accidens. On reconnaît cet état aux signes suivans: l'urine est chargée, épaisse et surtout fétide; c'est en commençant plutôt qu'en finissant d'uriner que le malade souffre; et en introduisant la sonde immédiatement après que le malade a uriné, on trouve que la vessie contient encore une certaine quantité de liquide. Tel était le cas de notre célèbre chirurgien, M. A. Dubois, dont M. Civiale rapporte ici l'observation. Voici d'ailleurs ce que l'expérience lui a appris au sujet de la lithotritie appliquée dans ces conditions. Elle est presque toujours applicable avec succès lorsque l'atonie date d'une époque peu reculée, que la phlogose est peu intense, et que la destruction de la pierre ne doit pas exiger un long traitement. Dans tous les cas il faut procéder par un traitement préparatoire, faire les séances fort courtes, et surveiller avec soin les moindres accidens.

Enfin la dernière série comprend les cas *où la prostate est engorgée*, ce qui fait dévier l'urètre et rend le diagnostic un peu plus difficile.

J'interromprai ici la marche adoptée par l'auteur pour indiquer quels sont, selon lui, les cas exclusivement réservés à la lithotomie. Quand les pierres ont un diamètre dépassant 25 lignes, ou quand même avec un diamètre un peu moindre elles sont cependant d'une très-grande dureté, la lithotritie est absolument impraticable. Il a ajouté précédemment le cas où la vessie malade et épaissie contiendrait une grande quantité de calculs. Comme on le voit, les exceptions sont rares, trop rares peut-être; et il faut faire la part de la prédilection bien naturelle de l'auteur pour son opération. Voyons seulement quels sont les accidens que la lithotritie peut entraîner, premier point de départ pour la comparer à la lithotomie.

M. Civiale en fait quatre parts. Les uns sont supposés; d'autres appartiennent à l'opérateur; d'autres sont étrangers à l'opération même; enfin il en est qui lui sont propres et qui sont bien avoués. Les accidens supposés sembleraient devoir rentrer dans la deuxième ou la troisième catégorie; en effet, dans le chapitre qu'il leur consacre, l'auteur se borne à rétablir la vérité de quelques faits inexactement présentés dans les journaux ou les Académies, et à repousser le reproche de n'avoir opéré que des malades de choix. Ce reproche, en thèse générale, serait fort étrange sous la plume d'un chirurgien; et si l'on a voulu dire que M. Civiale n'opérait que les cas les plus favorables, nous le comprendrions moins encore, nous qui pensons qu'il a peut-être trop étendu les applications de la lithotritie.

A l'opérateur appartiennent: le brisement des instrumens dans la vessie, le pincement de la muqueuse vésicale, l'arrachement même d'une portion de cette muqueuse, les déchirures de l'urètre, etc. Bien qu'on ne puisse rendre la lithotritie absolument responsable de semblables malheurs, il faut bien avouer cependant que ces dangers doivent être mis en ligne de compte par le chirurgien et le malade qui hésitent entre la lithotritie et la taille; de même que nous mentionnerons, en parlant de la taille, le danger de percer le rectum, bien que l'opération bien faite doive laisser cet intestin intact. Parmi les accidens mis à tort sur le compte de la lithotritie, M. Civiale place la phlébite, la péritonite et l'infiltration urinaire. Nous conviendrons avec lui qu'au moins ce sont des accidens fort éloignés de l'opération, et qui peuvent tout au plus faire suite à des accidens plus directs.

Quels sont enfin les accidens inhérens à l'opération même? M. Civiale en compte six: 1.° les instrumens et plus rarement les fragmens de calculs irritent la muqueuse urétrale, et quelquefois jusqu'à déterminer une uréthrite légère; mais chez des sujets mal disposés, et le simple cathétérisme peut en occasionner autant; 2° cette irritation peut se propager aux testicules; et en effet l'orchite n'est point rare pendant le traitement des calculeux par la lithotritie; mais rarement elle se termine par suppuration. M. Civiale a vu chez quelques-uns de ses malades l'affection du testicule se compliquer d'un commencement d'hydrocèle; 3° dans les points les plus rétrécis de l'urètre, des fragmens de calculs arrêtés au passage peuvent développer des accidens inflammatoires et nerveux, qui paraissent même être devenus quelquefois assez graves pour déterminer la mort, avant que l'expérience eût appris la marche à suivre. Aujourd'hui l'opinion des praticiens doit être bien arrêtée sur ce point; dès qu'un fragment de pierre s'engage dans l'urètre, il faut l'extraire, l'écraser s'il a trop de volume, ou le repousser dans la vessie. Les injections sont alors fort utiles; 4° chez certains sujets la muqueuse vésicale est disposée à exhaler au moindre frottement une petite quantité de sang, suffisante quelquefois pour former des caillots; voilà ce que quelques chirurgiens ont comparé à l'hémorrhagie qui suit la taille! Mais cette sorte d'épistaxis vésical est sans importance comme sans danger. Lorsque la vessie est malade, nul doute aussi que les manœuvres de la lithotritie peuvent aggraver les symptômes, et par suite provoquer tous les désordres auxquels l'affection calculeuse donne naissance lorsqu'elle arrive à son dernier période. On doit surtout tenir compte de cette circonstance quand le volume et la dureté de la pierre exigent un traitement long, et qu'après chaque séance les contractions vésicales sont fortes et prolongées. Souvent en pareil cas, *il ne faut pas hésiter à pratiquer la taille de préférence à la lithotritie.* Les cas dont il s'agit se trouvent sur les limites de la sphère d'application de la nouvelle méthode; le chirurgien doit donc ici surtout agir avec prudence, et s'arrêter dès qu'il juge qu'il y aurait danger à aller plus loin. La rétention d'urine à laquelle peut donner lieu le spasme du col vésical est bien moins grave, et ne réclame que l'introduction d'une sonde ordinaire; 5° on a surtout fait grand bruit des douleurs qui accompagnent la lithotritie; des accès fébriles et des mouvemens nerveux qui succèdent aux séances; ces derniers accidens arrivent en effet chez quelques sujets irritables, mais ce sont des exceptions très-rares et d'ailleurs sans aucun danger; 6° enfin les organes de la digestion, déjà influencés par les douleurs de la pierre, le sont aussi par celles de l'opération qui ont le même caractère, un peu plus développé seulement. Quand les souffrances sont grandes, la digestion se trouble, des gaz se développent dans les intestins; la langue a une teinte pâle et d'un blanc sale sans être précisément chargée; le pouls peut devenir intermittent et irrégulier. Ces symptômes annoncent une disposition spéciale des organes et avertissent le chirurgien de procéder avec ménagement.

Telle est la série des accidens propres à la lithotritie; et en définitive, en comparant ce tableau avec celui que M. Blandin a dressé dans sa thèse de concours, M. Civiale n'a passé qu'une lésion sous si-

lence, l'inflammation de la prostate qui se rallie d'ailleurs à celles de l'urètre et de la vessie. D'où vient que chez l'un des deux auteurs ces accidens ont une teinte si effrayante, tandis que l'autre les réduit à si peu de chose? Se contenter ici de cette raison facile, que le premier n'avait aucun intérêt dans la cause et que le second au contraire ne saurait être impartial, ce serait porter sur les personnes un jugement que la science demande uniquement sur les faits. M. Blandin s'appuyait surtout sur des observations de vieille date, empruntées à tous les lithotriteurs sans distinction, et lorsque tous en étaient encore à leurs premiers essais; aussi M. Blandin déclare-t-il qu'une nouvelle ère a commencé pour la lithotritie avec les instrumens de Jacobson et de M. Heurteloup. M. Civiale se révolte contre une semblable manière de voir; bien qu'il adopte pour quelques cas le percuteur, il garde cependant toute sa prédilection pour la pince à trois branches à laquelle il a dû tant de triomphes. Mais M. Civiale aussi distingue deux périodes dans l'histoire de la lithotritie; et la seconde est surtout caractérisée, selon lui, par une plus grande réserve du chirurgien à la moindre apparition de symptômes menaçans, et par cette amélioration trop peu appréciée et qui est à elle seule une révolution tout entière, l'abréviation des séances, qui ne doivent pas durer chacune plus de cinq minutes.

Et puisque l'occasion se présente de donner notre avis sur les avantages que la lithotritie nouvelle a sur l'ancienne, nous hésiterons d'autant moins à le faire, que, le premier peut-être entre les critiques du continent, nous avons dans ce journal même proclamé la supériorité de l'instrument de M. Heurteloup, en manifestant le désir de voir la compression réunie à la percussion, et le lit rectangle écarté. Mais qu'est-ce qu'un instrument préféré à un instrument, un procédé à un procédé? Quelque chose sans doute pour arriver plus promptement, plus sûrement, plus facilement au terme de l'opération elle-même; peu de chose pour atteindre le but réel qui est la guérison. Pour broyer la pierre, le percuteur nous paraît préférable à la pince à trois branches; et nous concevons cependant très-bien que M. Civiale, aussi maître qu'il l'est de son instrument, ne veuille pas le changer pour un autre; l'habileté de l'opérateur est bien au-dessus de toutes les améliorations de l'instrument. Mais pour éviter ou diminuer les accidens, pour les combattre et les dissiper, que peut tel ou tel instrument de plus qu'un autre? Rien; c'est à la thérapeutique chirurgicale qu'il faut recourir; et voilà, selon nous, ce qui rend la lithotritie de notre époque bien supérieure à celle des premières années. Le choix des sujets, la préparation convenable, l'art de s'arrêter à temps, mais par dessus tout peut-être, ce grand principe des courtes séances, c'est là ce qui réduit tant d'accidens si redoutables à la proportion de complications prévues qu'on peut éviter ou arrêter presque à son gré; et voilà ce qui a agrandi le domaine de la lithotritie.

Il est superflu, après cela, de rechercher avec M. Civiale si la lithotritie peut devenir mortelle; car si on lui attribue des morts dues à des circonstances inexplicables comme celles qui succèdent à une saignée, à un simple cathétérisme, on n'aura fait qu'ajouter une preuve de plus à cet axiome chirurgical, qu'il n'est pas d'opération, même parmi les plus légères, qui ne puisse être suivie de mort. Si on recherche seulement, et c'est là le seul côté philosophique de la question, si, dans des circonstances favorables et où les résultats n'appartiendront qu'à l'opération, elle peut développer des accidens et des lésions mortelles, évidemment non; et cette réponse ne serait pas aussi absolue pour la lithotomie. Que si enfin les accidens de l'opération se surajoutent à ceux d'une affection déjà existante, certes la lithotomie peut devenir fatale; mais elle offre encore cet immense avantage, qu'on peut s'arrêter au milieu des tentatives et conjurer ainsi l'orage qui ne fait que menacer encore; tandis que la taille, sa rivale, va inévitablement jusqu'au bout, et, dans les circonstances difficiles, court un égal danger à s'arrêter devant son œuvre incomplète ou à l'accomplir.

Nous ne suivrons pas M. Civiale dans l'histoire des principales méthodes de taille et le parallèle qu'il établit entre elles et la lithotritie. On ne saurait arriver dans ces généralités à des conclusions bien précises; c'est au lit des malades qu'il faut balancer les avantages et les inconvéniens des deux opérations. Les statistiques de morts et de guérisons ne nous paraissent ni tout-à-fait si frivoles, ni si convaincantes non plus que le veulent quelques esprits extrêmes. Ainsi nous ne pensons pas que la proportion générale de la mortalité après la taille puisse être si négligée; cette proportion qui effrayait Dupuytren, bien qu'il ne la connût pas même aussi considérable que des recherches plus exactes l'ont révélé depuis. D'une autre part, de quelque manière que l'on arrange les résultats donnés par la lithotritie, il en ressort toujours ce fait, qu'elle est moins dangereuse dans la plupart des cas que la taille. Je trouve dans les calculs de M. Civiale d'autres chiffres qui ne sont pas sans intérêt: sur 506 calculeux qui se sont présentés à M. Civiale, 307 seulement lui ont paru dans des conditions propres à être lithotritiés; c'est les trois cinquièmes. Pour ceux qui ont reproché à la lithotritie de n'opérer que des sujets de choix, il y aurait donc trois cinquièmes des calculeux qui pourraient prendre rang dans cette élite; et la question de savoir si la lithotritie doit s'appliquer par choix à plus de calculeux que la taille, serait résolue très-avantageusement pour la première.

Ce livre est écrit avec méthode, avec clarté; nourri de faits et de déductions pratiques; et nous le considérons comme un des meilleurs ouvrages qui aient été publiés sur la lithotritie. Nous signalerons à M. Civiale une erreur historique qui lui est échappée à propos du lithotomiste Ammon; il rapporte à Hippocrate le peu de détails que Celse nous donne sur cet opérateur. Il fait aussi deux personnages d'Albucasis et d'Alsaharavius; Freind a fait voir que ce sont deux noms d'un même auteur, et son opinion est du moins généralement adoptée. Nous avons regretté aussi que M. Civiale ne donnât pas en détail les sept observations de morts qu'il a eu à déplorer dans sa pratique; la rareté même de ces insuccès aurait donné à leur relation un grand intérêt. Peut-être la critique pourrait-elle encore signaler quelques autres *desiderata*; mais ce sont des taches légères qui ne nuisent point à l'effet général du livre, et qui ne l'empêcheront pas de survivre aux circonstances qui en ont fourni l'idée à l'auteur.

VARIÉTÉS.

— *Le Moniteur* publie aujourd'hui le rapport suivant de M. le ministre de l'instruction publique :

Sire,

Paris, 25 octobre 1836.

« La Faculté de médecine de Montpellier, déjà célèbre dans le moyen-âge, a été pendant plusieurs siècles sans rivale en Europe. Sauvage, Astruc, Borden, Grimaud, Fouquet, Barthez, et tant d'autres médecins illustres, versés dans l'étude des lettres et de la philosophie, ont imprimé à son enseignement un caractère particulier qui en fait la force. C'est par la recherche des principes les plus élevés de la médecine, considérée comme science et comme art, et par la haute critique historique et philosophique des divers systèmes, que la Faculté de médecine de Montpellier s'est constamment distinguée des autres grandes écoles médicales. Il importe, sire, de lui conserver cette originalité propre, tant en y assurant le continuel progrès des études spéciales, pathologiques, physiologiques et chimiques, qui occupent si justement aujourd'hui, dans l'enseignement de la médecine, une si grande place.

» C'est pour atteindre à ce but qu'il me paraît nécessaire de créer à Montpellier une chaire de pathologie et de thérapeutique générales, dont l'objet serait l'enseignement philosophique des vérités générales de la science. Cette chaire a déjà existé dans la Faculté de Montpellier, sous la dénomination d'instituts de médecine et d'hygiène. Elle fut supprimée en 1826, à l'époque de la création de la chaire spéciale d'hygiène. La plupart des universités étrangères, notamment celles des Pays-Bas et de l'Allemagne, possèdent un enseignement analogue; et la Faculté de médecine de Paris doit à la sollicitude de Votre Majesté pour les hautes études, l'institution d'une pareille chaire. J'ajouterai qu'en 1835 la commission des finances de la chambre des députés, dans son rapport spécial sur le budget de l'instruction publique, appela l'attention du gouvernement sur cette lacune dans l'enseignement médical de Montpellier.

» Si Votre Majesté daigne approuver les motifs de ce rapport, j'aurai l'honneur de lui soumettre le projet d'ordonnance suivant :

» Art. Ier. Une chaire de pathologie et de thérapeutique générales est instituée dans la Faculté de médecine de Montpellier.

» 2. Le professeur sera nommé, pour la première fois, par notre ministre secrétaire-d'état de l'instruction publique. »

Ce rapport et ce projet d'ordonnance ont été approuvés par le roi.

— Dans l'hiver, cette saison des phlegmasies bronchiques, le lait devient à la fois aliment et médicament; mais le lait de Paris, extrait des vaches privées d'exercice, le lait apporté des campagnes voisines, falsifié de mille manières, est loin de seconder les vues du médecin qui le prescrit. Peut-être trouvera-t-on dans un établissement qui vient d'être formée, rue Richelieu, n° 42, sous le nom de *Laiterie des familles*, un moyen d'obvier aux inconvéniens pour ne pas dire aux dangers que peut faire naître le lait qu'on débite dans les rues et même chez les laitiers. Dans cet établissement le lait est apporté de l'Ile-Adam, dans des vases de cristal cachetés. Toutes les précautions sont prises pour qu'il n'éprouve ni altération, ni falsification. On fournit aux abonnés les moyens de reconnaître la pureté du lait. Nous devions signaler cette amélioration qui doit profiter à l'hygiène et à la thérapeutique.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

PARIS. — IMPRIMERIE ÉVERAT ET COMPAGNIE, RUE DU CADRAN, N° 16.

Gazette Médicale
DE PARIS.

La Gazette médicale de Paris (*Gazette de santé* et *Clinique des hôpitaux* réunies) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et équivaut à 6 feuilles in-8°. Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois. Pour l'Étranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Poissonnière*, n° 5, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

THÉRAPEUTIQUE.

EXPÉRIENCES COMPARATIVES SUR L'EMPLOI THÉRAPEUTIQUE DE LA KRÉOSOTE ET DE L'EAU DE GOUDRON DANS LE CATARRHE PULMONAIRE CHRONIQUE ET DANS LA PHTHISIE A DIVERS DEGRÉS; par M. Petrequin, D.-M. P.

Chaque fois qu'un remède nouveau énergique est introduit dans la thérapeutique, une sorte d'enthousiasme saisit une partie du monde médical, et trop souvent on le doue de vertus qu'il n'a pas; puis tôt ou tard il se fait une réaction d'autant plus intense que l'impression première a été plus profonde, et fréquemment alors on lui refuse des propriétés que réellement il possède. Après toutes ces révolutions de la science, le praticien indécis au milieu de tant d'opinions opposées, et ne sachant trop sous quel drapeau se ranger, hésite à employer un moyen qu'à vrai dire il ne peut pas connaître. C'est à cette époque surtout que de nouvelles expériences, faites pour ainsi dire dans le silence des partis, peuvent être avantageuses pour l'art, auquel elles restent acquises. C'est là ce qui arrive, ce semble, pour la kréosote; l'opinion a besoin d'être plus éclairée sur cet agent thérapeutique; j'ai pris une partie du problème. Ayant recueilli avec soin nombre d'observations sur l'emploi comparatif de la kréosote et de l'eau de goudron dans différentes maladies de la poitrine, je viens essayer aujourd'hui de jeter, si je puis, quelque lumière sur ce sujet.

§ I. EMPLOI DE LA KRÉOSOTE.

On sait que la kréosote, découverte en 1833 par le chimiste allemand Reichenbach de Blansko, dans l'acide pyro ligneux et dans tous les goudrons, est un liquide huileux, incolore, transparent, d'une odeur empyreumatique très pénétrante, soluble dans l'eau, l'acide acétique, l'alcool, etc.

Pour étudier ses propriétés avec plus de méthode, et en rendre l'analyse plus complète et plus précise, j'examinerai son action : 1° dans le catarrhe pulmonaire chronique; 2° dans la phthisie commençante; et 3° dans la phthisie avancée.

A. DANS LE CATARRHE PULMONAIRE CHRONIQUE.

Obs I. — Une ouvrière en soie, âgée de 42 ans, entra, le 22 octobre 1833, à l'Hôtel-Dieu de Lyon, avec un catarrhe chronique de deux ans, qu'on traita par la tisane de dattes et de jujubes, les juleps, les pilules de cynoglosse, etc.

23 décembre. Deux gouttes de kréosote dissoutes dans 2 onces d'eau bouillante, édulcorées avec une once de sirop de gomme. Voici quel était alors l'état

Feuilleton.

NOTICE BIOGRAPHIQUE SUR A.-P. DEMOURS.

Antiquâ homo virtute ac fide.
(Terent.)

Il est des hommes d'une vie irréprochable, d'un beau caractère, d'un savoir aussi profond que varié, qu'on ne connaît bien cependant que lorsqu'on a presque vécu avec eux, qu'on a pénétré dans leur intimité, qu'on a vu de près et à fond, leur cœur, leurs pensées et leurs actions; tel est celui dont je vais retracer brièvement ici la vie et les travaux.

P. Demours naquit à Paris le 16 décembre 1762, de Pierre Demours, docteur en médecine, oculiste célèbre et membre de l'Académie des sciences. Le jeune Demours, après avoir fait de brillantes études, se décida à suivre la carrière de la médecine, et il dut y trouver beaucoup de facilités, car Bouvart, Maloët, Lorry, Desbois de Rochefort, Desessarts et autres praticiens distingués de l'époque, étaient les collègues, les amis et souvent les commensaux de son père. D'ailleurs, son esprit vif, sa mémoire heureuse et son goût pour le travail, lui aplanirent bientôt tous les obstacles. A partir de 1782, il fut reçu successivement bachelier, licencié, et enfin docteur. Revêtu de ce dernier titre, il hésita quelque temps s'il exercerait toutes les parties de la médecine, comme il en avait le droit, ou s'il se livrerait exclusivement à l'étude des maladies des yeux; son père le décida à prendre ce dernier parti, et il obtint même pour son fils la survivance de la place qu'il avait à la cour. Depuis cette époque, jusqu'à celle de sa mort, c'est-à-dire, pendant plus de cinquante ans, M. Demours concentra donc ses travaux, ses recherches, ses méditations sur les maladies de l'organe de la vue. Or, qu'on juge l'expérience qu'il dut acquérir dans cette difficile partie de l'art, avec sa sagacité naturelle, son zèle extrême, son infatigable application qui chez lui ne provenait pas d'une simple activité turbulente, mais d'une extrême assiduité, suivant et étudiant son objet avec méthode et persévérance. Pénétré de cette grande maxime, qu'il faut apprendre aux autres ce qu'on veut bien savoir soi-même, il fit des cours sur l'anatomie de l'œil et les affections de cet organe. Mais sa réputation croissant rapidement, il fut obligé d'y renoncer pour se livrer à l'exercice de son art. Cependant, en 1788, il lut à l'Académie des sciences un mémoire sur les filamens voltigeans, dont La Hire et Maître-Jan (1) s'étaient déjà

(1) Et non Maître-Jean, comme l'écrivent ceux qui ne connaissent pas l'ouvrage remarquable de ce chirurgien.

de la malade : toux intense ; dyspnée; expectoration abondante; points pleurétiques vagues; douleurs sternales; râles bronchiques ; bouche mauvaise ; anorexie ; vomissemens de glaires dans les efforts de la toux ; diarrhée intermittente ; céphalalgie ; peu de sommeil; apyrexie.

26 décembre. Toux moindre ; dyspnée et expectoration à peu près comme auparavant ; soif; ardeurs intestinales ; inquiétudes la nuit.

29 décembre. Toux ; oppression et expectoration moindres ; soif; bouche sèche ; ardeurs dans l'œsophage, l'estomac et les intestins ; elle dit sentir quelque chose *qui lui brûle le ventre*.

1er janvier 1834. La malade, dégoûtée, demande la suppression du remède. L'amélioration du côté du catarrhe persista pendant quelques jours.

Obs. II. — Une ouvrière en soie, âgée de 17 ans, ayant ses règles supprimées depuis huit mois, entra, le 25 novembre 1833, avec un catarrhe chronique et une diarrhée intermittente ; Traitement : looch, tisane béchique, vésicatoire au bras, etc.

25 décembre. Deux gouttes de kréosote.

28 décembre. Amélioration du côté de la poitrine ; moins de toux, de dyspnée et d'expectoration ; dégoût prononcé ; la tisane a été vomie le 26.

4 janvier 1834. Le mieux continue pour l'expectoration, la dyspnée et surtout la toux ; douleurs thoraciques moindres; sommeil; pas de soif; appétit; quelques coliques depuis deux jours ; dégoût. On suspend l'emploi de la kréosote à la demande de la malade.

L'amendement se soutient durant quelques jours ; les malaises reparaissent ensuite.

18 janvier. Deux gouttes de kréosote.

25 janvier. La malade tousse presque autant, crache moins, mais est toujours oppressée, surtout le soir. Etat satisfaisant de l'appétit et de la digestion ; diarrhée intermittente; faiblesse; vomissemens glaireux dans les efforts de la toux, presque tous les jours La malade demande la suppression du remède, qui n'a pas produit, dans cette seconde administration, l'effet qu'il avait eu lors de la première. Nous reviendrons sur cet essai à l'obs. 17.

Obs. III. — Une femme âgée de 50 ans, privée de ses règles à 42 ans, et malade depuis quatre mois, entra à l'hôpital le 19 janvier 1834, avec un catarrhe chronique, toux fréquente avec douleur sous-sternale, expectoration puriforme, râles muqueux sibilans, sonoréité médiocre du thorax, expansion vésiculaire incomplète, apyrexie.

20 janvier. Potion avec la kréosote.

22 janvier. Malaise augmenté ; crachats sanguinolens. Suppression.

24 janvier. Reprise de la kréosote.

26 janvier. Nouvelle irritation ; ardeurs dans la poitrine.

28 janvier. Retour des crachats sanguinolens Suppression.

C'est un phénomène digne de remarque, que cette apparition à deux reprises différentes de crachats sanguinolens. C'est le seul exemple que j'aie recueilli de ce fait.

Obs. IV. — Une domestique, âgée de 29 ans, accouchée depuis 4 mois, et non menstruée depuis cette époque, entra le 3 octobre 1833, avec un catarrhe chronique intense. Tisane et potion pectorales, emplâtre stibié cotre les épaules, cautère au bras gauche.

23 décembre. Deux gouttes de kréosote. Voici quel était l'état de la malade : toux forte, simulant parfois la coqueluche; dyspnée; gêne au gosier ; expectoration assez facile ; râles bronchiques ; céphalalgie ; peu de sommeil ; soif ; anorexie; diarrhée sans coliques ; plusieurs vomissemens pendant la toux ; érysipèle au bras depuis le 20.

25 décembre. Les 24, 25, 27, 28 et 29, la kréosote est vomie.

2 janvier 1834. Après dix doses de kréosote dont cinq n'ont pas été vomies, toux, dyspnée et expectoration d'abord moindres, redevenues ensuite aussi fortes; soif augmentée; anorexie ; goût de kréosote partout ; diarrhée persistante. La malade demande la suppression de la kréosote, qui l'incommode sans la soulager notablement.

3 janvier. Ouverture d'un abcès à l'aisselle, suite de l'érysipèle du bras.

Je ferai remarquer que l'érysipèle qui s'accompagne si souvent d'embarras gastrique, ne fut pas, sans doute, sans influence sur les vomissemens qui se répétèrent cinq fois durant l'administration du remède, mais qui s'étaient déjà manifestés auparavant. Notons aussi que le dévoiement ne fut pas modifié par l'emploi de la kréosote ; nous allons trouver dans l'observation suivante un effet opposé.

Obs. V. — Une femme, âgée de 70 ans, entra le 9 janvier 1834, avec un embarras gastrique et un catarrhe bronchique de trois mois ; toux fréquente, expectoration abondante, râles muqueux sibilans, etc.

13 janvier. Une goutte de kréosote, deux gouttes le 17.

30 janvier. Toux et expectoration moindres.

4 février. Ardeurs dans la région épigastrique; constipation opiniâtre. Suppression. Tisane d'orge miellée; potion mucilagineuse.

7 février. Selles revenues naturellement, sans lavement:

Ici une irritation évidente porta sur le canal intestinal, dont elle supprima la sécrétion et l'excrétion ; il y eut peu d'amélioration dans les accidens thoraciques ; cela tient-il à la surexcitation morbide qui se déclara dans l'appareil digestif? La même chose se remarque dans l'observation qui suit sans que cette complication ait eu lieu.

Obs. VI. — Un homme, âgé de 36 ans, entre le 16 janvier 1834, avec un catarrhe chronique intermittent datant de 6 ans ; toux fréquente ; expectoration mucoso-puriforme abondante ; points douloureux dans la poitrine ; râles sibilans et ronflans ; expansion vésiculaire peu nette ; sonoréité moindre, égale du reste des deux côtés; soif ; état satisfaisant de la digestion; apyrexie.

17 janvier. Une goutte de kreosote; deux gouttes le 24 ; 3 gouttes le 29.

30 janvier. Point de soulagement marqué. Suppression.

Après avoir examiné l'action de la kréosote dans le catarrhe simple et compliqué de diarrhée, d'embarras gastrique, ou d'érysipèle, il peut être intéressant de l'étudier dans un cas où il coïncide avec un anévrisme du cœur.

Obs. VII. — Une ouvrière en soie, âgée de 38 ans, malade depuis dix ans, néanmoins bien réglée, mais sujette à des coliques de *miserere* dont elle eut en trois ans cinq crises qui lui laissèrent chacune une convalescence d'un mois, entra, le 17 décembre 1833, dans l'état suivant : toux fréquente depuis deux ans ; expectoration médiocre ; point pleurétique gauche, sans hémoptisie ni épistaxis; thorax peu sonore, surtout au sommet ; râles sibilans dans toute la poitrine ; respiration comme craquante à gauche ; un peu d'asthme ; battemens du cœur larges, faibles, ne repoussant pas la main, tumultueux, précipités, non isochrones au pouls qui est petit ; palpitations depuis trois ans ; dyspnée; œdème des jambes ; hydropisie abdominale depuis trois semaines; peu de sommeil ; état satisfaisant de l'appétit et de la digestion ; ventre libre. Tisanes diurétiques ; looch avec le sirop diacode et la teinture de digitale ; vésicatoire au bras, etc.

21 janvier 1834. Peu d'amendement ; palpitations moindres. Deux gouttes de kréosote.

25 janvier. Toux diminuée ; expectoration plus facile ; oppression moindre ; un peu plus de sommeil ; même appétit ; selles plus rares.

En somme, l'amélioration fut peu tranchée, comme on devait s'y attendre, et ne put empêcher la malade de mourir quelques jours plus tard des progrès de l'anévrisme et de ses suites.

Quelles inductions pratiques découlent de l'examen de ces divers essais thérapeutiques? du côté du thorax, la kréosote paraît agir plus spécialement sur la toux qu'elle affaiblit souvent (obs. I, II, V, VII), mais qui peut aussi résister (obs. IV, VI) ; sur l'expectoration qu'elle diminue (obs. I, II, V), ou facilite (obs. VII), mais qui parfois ne change pas (obs. IV, VI), et qu'elle a même paru rendre sanguinolente (obs. III) ;

---

occupés, et que ce dernier avait désigné sous le nom bizarre, mais expressif, d'*imaginations perpétuelles*. M. Demours s'attacha à prouver que cette maladie ne consistait ni dans des corpuscules flottans dans l'humeur aqueuse, ni dans certaines irrégularités de la cornée ; il en plaça le siége dans l'humeur de Morgagni, opinion aujourd'hui contestée, mais qu'on n'a pas réfutée. Toutefois ses remarques pratiques sur cette maladie présentèrent beaucoup d'intérêt. il fit voir que ce vice de la vision était beaucoup plus commun qu'on ne le croyait ; il le décrivit avec soin, s'attacha surtout à le bien caractériser, car ces filamens voltigeans, plus effrayans que dangereux, sont souvent confondus avec d'autres taches et corpuscules, précurseurs d'une foule de maladies graves de l'œil.

Depuis la publication du mémoire dont je viens de parler, M. Demours se consacra entièrement à la pratique, et il acquit au bout de quelques années une réputation véritablement européenne, car on le consultait de toutes parts. Dans les premières années de ce siècle, il consentit même à se rendre à La Haye, où il resta quelques temps pour donner des soins à M. Schimmelpenninck, grand pensionnaire de Hollande.

On se tromperait néanmoins en croyant que le mouvement et la fatigue d'une pratique fort étendue, que les soins de sa fortune détruite par la révolution, fissent perdre de vue à M. Demours les intérêts de la science. Loin de là, notant tous les faits remarquables qui se passaient sous ses yeux, toutes les observations qui lui paraissaient dignes d'intérêt, il recueillit avec soin, accumula sans confusion d'immenses materiaux qu'il ne tarda pas à mettre en œuvre, en les fondant dans un seul ouvrage. Ce fut en 1818 que parut son grand *Traité des maladies des yeux*, travail immense et remarquable sous plusieurs rapports. Recherches laborieuses et complètes, description exacte quoique rapide des affections pathologiques des yeux, étude attentive des détails, érudition choisie, classification d'une heureuse simplicité, juste appréciation des meilleurs moyens thérapeutiques, conclusions sages et réservées, telles sont les principales qualités de ce travail ; elles prouvent que l'auteur n'avait été que l'interprète fidèle de l'observation, que sa théorie n'est que l'expression pure, la filiation naturelle et expérimentale des faits. Cet ouvrage fit sensation dans le monde médical ; on y remarqua un grand sens, une rare intelligence du sujet, enfin un cachet d'originalité qui démontre que ce livre est bien le résultat des propres observations de l'auteur. On admira en outre le nombre, la beauté, la scrupuleuse exactitude des planches qui représentent et l'anatomie de l'œil d'après l'ouvrage de Sœmmering, et les maladies de cet organe telles que M. Demours en avait fait exécuter les modèles en émail ; rien de pareil, rien de plus beau, n'avait encore paru sur la médecine oculaire. C'était un véritable monument que l'auteur voulait élever à cette partie de notre art, et il y parvint. Toutefois, il fallait son zèle dévorant, sa persévérance, son incroyable activité pour mettre à fin une telle entreprise. Aussi n'épargna-t-il ni ses soins, ni ses démarches, ni son temps, ni ses travaux de toute espèce pour en venir à bout. On l'a vu passer des nuits entières avec les ouvriers, établir des primes parmi eux, soit pour activer leur travail, soit pour obtenir cette exactitude, cette frappante ressemblance avec la nature qu'on admire dans ces magnifiques gravures coloriées. Il y a telle planche qu'il a fait graver jusqu'à dix fois pour atteindre le point de perfection qu'il concevait et désirait. On doit aisément présumer les dépenses où devaient l'entraîner de semblables travaux ; mais M. Demours avait pris à cet égard une résolution positive, l'art avant tout, l'argent après, disait-il, et en conséquence d'un pareil principe, ce traité des maladies des yeux lui a coûté plus de quarante mille francs ; mais que ne peut

sur la dyspnée qui par suite devient moindre (obs. I, II, VII), mais qui a aussi persisté (obs. IV, VI); enfin sur les douleurs thoraciques qui ont parfois faibli (obs. II, V).

Quant à l'appareil de la digestion, après son influence sur la soif qu'elle a augmentée (obs. IV, V) et fait naître (obs. I), bien que dans un cas elle ne l'ait pas modifiée (obs. II), le phénomène le plus sensible qui ait eu lieu consiste dans les ardeurs qu'elle détermine dans le tube digestif (obs. I, III, V), et dans la poitrine (obs. III). J'ajouterai que bien que dans deux cas elle n'ait pas notablement influé sur la diarrhée coexistante (obs. II, VI), elle a évidemment deux fois rendu les selles rares (obs. V, VII); qu'elle n'a pas été étrangère à la production des vomissemens (obs. II, IV); et qu'en général elle inspire du dégoût (obs. I, II, IV).

En résumé, le plus souvent elle a plus ou moins soulagé (obs. I, II, IV, VII); parfois elle n'a rien produit (obs. VI), ou même a paru aggraver l'état du malade (obs. V).

Je passe à l'étude de l'action de la kréosote.

B. DANS LA PHTHISIE COMMENÇANTE.

OBS. VIII. — Une ouvrière en soie, âgée de 18 ans, malade et mal réglée depuis 5 mois, entra le 5 janvier 1834, avec une irritation bronchique due à des tubercules.

Le 13 janvier. 2 gouttes de kréosote. État de la malade : toux avec douleur sous-sternale; expectoration peu abondante; oppression, surtout le soir; sueurs nocturnes; pas d'hémoptysie; percussion du thorax indolore et sonore; sauf en haut, sans râles ni résonnance bien marquée de la voix; commencement d'amaigrissement; soif; vomissemens par l'effet de la toux, ventre libre, apyrexie.

Le 16 janvier. Toux moindre; expectoration plus facile; oppression diminuée; appétit augmenté.

Le 19 janvier. Poitrine plus dégagée; moins d'oppression; expectoration toujours la même; douleurs intra-scapulaires dans la toux.

Le 26 janvier. Expectoration glaireuse, toujours la même; toux stationnaire; dyspnée revenant le soir; douleurs thoraciques moindres; appétit, mais impossibilité de manger le soir à cause de l'oppression; ventre libre, sans coliques; pas d'ardeurs vives.

Ici l'amélioration, quoique réelle, fut peu prononcée; l'amendement qui eut lieu dans les accidens bronchiques persista quelques jours encore. (Voy. obs. XIX). On trouve un résultat plus tranché dans l'observation suivante.

OBS. IX. — Une couturière âgée de 32 ans, mariée et mère, entra le 27 janvier 1834, avec un catarrhe bronchique, des tubercules pulmonaires et une leucorrhée ancienne. Toux fréquente, par crises, souvent avec nausées; légères hémoptysies il y a cinq ans; disposition aux rhumes; deux extinctions de voix depuis un an; douleurs sternales et intra-scapulaires, sueurs nocturnes sur le thorax; expectoration spumoso-glaireuse, abondante; dyspnée, surtout le soir; thorax exploré à travers une camisole de flanelle, sonore en bas, un peu mat en haut; résonnance de la voix au sommet avec respiration bronchique; là le parenchyme paraît semé de tubercules; quelques râles tubaires; leucorrhée; douleurs aux lombes et à l'hypogastre; métrorrhagie il y a un mois; apyrexie. Tisanes pectorales; potion calmante; cautère à la cuisse, etc.

Le 12 février. Même état à peu près. 2 gouttes de kréosote.

Le 18 février. Expectoration moindre; toux affaiblie; dyspnée presque nulle; quelques douleurs thoraciques; après la dose ardeur à l'épigastre, avec bouffées de chaleur à la face et fourmillemens dans les membres; sommeil plus calme.

Le 25 février. Même amélioration; poitrine plus dégagée; douleurs thoraciques nulles, sauf à gauche; expectoration presque nulle durant une semaine; règles depuis 3 jours; leucorrhée persistante; forces augmentées.

Le 2 mars. Le mieux général continue; la leucorrhée persiste, ainsi que e fourmillemens dans les membres.

Je trouve ici un phénomène digne de remarque dans les fourmillemens qui se manifestèrent dans les membres durant l'emploi de la kréosote; celle-ci resta sans influence sur la perte blanche; mais il faut dire qu'elle paraissait tenir à un commencement d'altération organique de l'utérus. L'amendement dans le catarrhe fut très-satisfaisant; la malade sortit quelque temps après notablement soulagée. L'emploi de la kréosote ne fut pas toujours aussi heureux, témoin les deux observations qui suivent :

OBS. X. — Une dévideuse, âgée de 18 ans, malade depuis 3 mois, époque de la suppression de ses règles, fut reçue à l'Hôtel-Dieu de Lyon le 4 janvier 1834, dans l'état suivant : toux fréquente; dyspnée; points pleurétiques; sueurs nocturnes; douleurs entre les épaules; une hémoptysie ancienne; matité et éclat de la voix, au sommet des poumons; parfois crampes dans les jambes, etc.; diarrhée intermittente.

Le 5 janvier. 2 gouttes de kréosote.

Le 10 janvier. Dyspnée un peu moindre; toux et expectoration sans changement; un peu de sommeil; sueurs la nuit; après la prise, ardeurs épigastriques et intestinales; selles plus rares; quelques coliques; approche présumée des règles; suppression demandée.

OBS. XI. — Une couturière, âgée de 28 ans, régulièrement menstruée, fut amenée à l'hôpital le 16 janvier 1834. Gibbosité vertébrale, déviation à droite; toux depuis un an à la suite d'une couche; maigreur; toux sèche, fréquente; sonoréité du thorax, sauf au sommet; respiration bronchique en haut sans pectoriloquie, avec quelques craquemens à droite; céphalalgie; diarrhée intermittente.

Le 20 janvier. 1 goutte de kréosote en deux pilules; 3 gouttes le 24.

Le 25 janvier. Ardeurs de poitrine, néanmoins 4 gouttes de kréosote.

Le 26 janvier. Irritation augmentée; toux plus fréquente; suppression.

Le 4 février. La surexcitation est peu à peu tombée; la toux, la dyspnée et l'expectoration n'ont pas été modifiées d'une manière marquée; les règles coulent.

Le 7 février. La malade sort non soulagée.

Je ne trouve pas dans mes notes si la kréosote eut quelque influence sur la diarrhée; elle en exerça une évidente dans l'observation X, en rendant les selles plus rares, comme nous l'avons déjà vu (obs. V, VII).

Pour résumer les résultats de ces derniers essais, on peut dire que, si la toux est devenue plus intense une fois (obs. XI), elle a été plus souvent affaiblie (obs. VIII, IX); que l'expectoration a été rendue plus facile (obs. VIII) et moins abondante (obs. IX), sans avoir jamais été augmentée; que la dyspnée a été plus ou moins amendée (obs. VIII, IX, X); qu'enfin les douleurs thoraciques ont été deux fois soulagées (obs. VIII, IX). J'ajouterai que la kréosote a déterminé encore des ardeurs à l'épigastre (obs. IX, X), et dans la poitrine (obs XI), et dans un cas des bouffées de chaleurs et des fourmillemens dans les membres (obs. IX).

En somme, un soulagement faible (obs. VIII, X) ou marqué (obs. IX), a eu lieu plus souvent que l'état des malades n'a été aggravé (obs. XI).

Il me reste à étudier l'action de la kréosote.

C. DANS LA PHTHISIE AVANCÉE.

OBS. XII. — Une ouvrière en soie, âgée de 15 ans, portant des écrouelles ulcérées au cou, fut admise à l'Hôtel-Dieu de Lyon le 11 novembre 1833; elle était atteinte d'une phthisie scrophuleuse fort avancée, contre laquelle on employa la tisane d'escargot, les loochs, le suc de cresson, un cautère au bras; frictions avec la pommade de Coindet sur les écrouelles.

---

l'accomplissement actif et perpétuel d'une seule pensée, étendre et perfectionner la pathologie oculaire.

On a reproché à cet ouvrage de n'être pas assez didactique et positif; ce reproche est mal fondé, car il renferme les préceptes les plus importans sur les maladies des yeux. A la vérité, on y chercherait en vain de ces assertions hardies, de ces témérités paradoxales qui frappent le lecteur et l'étourdissent; mais on y trouve ce que la science a de mieux prouvé sur les maladies dont il s'agit. L'intention de M. Demours était de publier un traité entièrement pratique, uniquement fondé sur les faits; il a par conséquent multiplié ces derniers. Il semble dire voici l'œuvre de la nature dans cette maladie, en voilà la représentation exacte dans telle planche; en avez-vous saisi l'idée, compris la forme? eh bien! voilà ce que l'art peut faire pour combattre cette affection à tous ses degrés et dans toutes ses variétés. Que veut-on de plus pour donner du poids et de la valeur à cet ouvrage? N'est-ce pas là véritable logique scientifique, la logique armée de faits et d'inductions?

Toutefois M. Demours prévoyant que l'étendue de son livre et la magnificence des planches qui l'accompagnent, le mettrait au-dessus des ressources de beaucoup de praticiens, conçut aussitôt le plan d'un autre ouvrage où il réunirait les préceptes les plus positifs de la science, prouvés et démontrés par sa propre et longue expérience. Son *précis théorique et pratique sur les maladies des yeux* fut publié en 1821. Je ne crains pas de l'assurer, ce livre est un véritable modèle dans son genre, parce que la théorie et la pratique y sont toujours mis en regard et se fortifient naturellement, parce que le fait y sert constamment de support au précepte, parce qu'enfin la vérité clinique, celle qui résulte de l'observation judicieuse et raisonnée, y apparaît à chaque instant comme un guide certain et éclairé.

Cette publication terminée, M. Demours ne songea plus qu'à perfectionner ses ouvrages, par tout ce que la pratique lui présentait de plus remarquable; il lui répugnait d'ailleurs d'être sous le joug des mêmes idées, des mêmes faits, ce qu'il appelait se renfermer dans le *cachot* de la science. Il porta donc son attention sur une infinité de points de la médecine des yeux, points obscurs où le praticien reste indécis, parce que les données positives l'abandonnent. Il serait impossible d'entrer à ce sujet dans de grands détails, car notre cadre est nécessairement étroit. Je dirai seulement que M. Demours fut un des premiers à employer la belladone, non-seulement pour dilater la pupille dans l'opération de la cataracte, mais contre l'adhérence de la marge pupillaire de l'iris à la capsule du cristallin. La keratonixis lui est en partie due, bien que depuis il ait entièrement renoncé à ce mode opératoire pour la cataracte. Il caractérisa avec plus de précision qu'on ne l'avait fait avant lui, la *mydriase*, cette maladie qui prend la forme de l'amaurose et néanmoins en diffère si essentiellement. J'ai vu accourir chez lui, plein d'effroi, un chirurgien distingué, atteint de cette affection et qui s'en retourna tranquille et satisfait, aussitôt que l'habile oculiste lui eut démontré la nature de sa maladie et dont il guérit en assez peu de temps. C'est à M. Demours que l'on doit peut-être les premières opérations de pupille artificielle; cette hardie et curieuse opération qui élève si haut l'art de rendre la vue aux aveugles. Il en fit une au commencement de ce siècle, avec tant d'habileté et de bonheur que, bien qu'il lui répugnât, selon son expression, de *théâtriser* sa pratique, il en montrait le sujet avec orgueil au public et à ses confrères. Il en fit même faire un tableau, comme un trophée dû à la puissance merveilleuse de la chirurgie oculaire.

Mais une maladie qui a long-temps fixé ses méditations est le *glaucome*, affec-

Le 23 décembre. 2 gouttes de kréosote. Etat de la malade : amélioration du côté du cou ; toux et dyspnée intenses, surtout le soir ; crachats puriformes, avec des grumeaux ; sueurs nocturnes ; pectoriloquie, pas d'hémoptysie ; amaigrissement, etc.

Le 26 décembre. Toux plus rare ; dyspnée moindre ; expectoration toujours la même ; soif plus forte ; salive devenue salée ; ardeur épigastrique, coliques depuis trois jours.

Le 30 décembre. Toux rare, expectoration moindre ; oppression augmentée ; soif ; salive toujours salée ; coliques de suite après l'ingestion de la dose ; agitation la nuit.

Le 2 janvier 1834. Il y a moins de toux et d'expectoration mais plus d'oppression et d'embarras dans la poitrine ; soif plus vive ; suppresion.

L'amendement fut manifeste pour la toux et l'expectoration ; mais à mesure que les crachats diminuèrent, l'oppression augmenta. Est-ce là un rapport de coïncidence ou de causalité? Sans décider la question, je dirai que souvent ce résultat s'observe dans des cas analogues lors d'une diminution rapide dans la sécrétion bronchique. La kréosote, au reste, n'exerça aucune influence sur la marche de la phthisie ; la malade dépérit de jour en jour ; et mourut le 29 janvier. Je ferai remarquer la singulière modification opérée dans la salive qui devint et resta salée durant le cours du traitement ; j'ajouterai que je crois avoir observé que l'hémoptysie est aussi rare dans la phthisie scrophuleuse qu'elle est commune dans les autres.

Obs. XIII. — Une dévideuse, âgée de 23 ans, étant, par suite d'une chute, accouchée le 6 décembre 1833, d'un enfant vivant né entre les 7e et 8e mois, fut apportée à l'hôpital le 16 décembre dans un état de faiblesse, d'amaigrissement et de dyspnée extrêmes. Phthisie avancée ; looch ; décoction de lichen ; potion calmante avec addition de sirop de tolu.

Le 24 décembre. 2 gouttes de kréosote.

Le 27 décembre. Expectoration moindre ; dyspnée variable ; toux presque nulle ; soif ; ardeur épigastrique : dégoût de la potion ; retour des règles, auxquelles la malade attribue le malaise momentané qu'elle éprouve et qui dure jusqu'au 29, jour où l'écoulement sanguin s'arrêta.

Le 30 décembre. Toux un peu revenue de même que l'oppression ; peu de sommeil ; nuit pénible.

Le 31 décembre. Faible amélioration ; le malaise général et le dégoût persistent ; suppression.

L'époque avancée de la phthisie ne permit pas à l'amendement de se soutenir long-temps (V. obs. XXII) ; on ne pouvait pas espérer beaucoup dans ce cas, non plus que dans les suivans.

Obs. XIV. — Un brodeuse, âgée de 26 ans, malade depuis quinze mois, époque de ses couches, fut reçue à l'hôpital le 27 décembre 1833 ; elle portait une phthisie avancée, compliquée d'une irritation gastro-intestinale ; toux ; points pleurétiques ; dyspnée ; expectoration puriforme ; pectoriloquie ; pas d'hémoptysie ; diarrhée depuis un an.

Le 3 janvier 1834. Même état. 2 gouttes de kréosote.

Le 10 janvier. Profond dégoût pour la kréosote ; peu de changement dans la toux, et surtout dans la dyspnée et l'expectoration ; peu de sommeil ; pas de soif ni d'ardeurs intestinales ; diarrhée un peu moindre ; suppression demandée.

Obs. XV. — Une ouvrière, non menstruée depuis 4 mois, entra le 2 janvier 1834, avec des tubercules ramollis ; toux de 3 trois mois ; sueurs nocturnes ; matité, respiration bronchique et bronchophonie au sommet des poumons ; crachats puriformes, etc.

Le 20 janvier. 1 goutte de kréosote ; 3 gouttes le 23 ; 4 gouttes le 25 ; 5 gouttes le 26.

Le 27 janvier. Irritation ; ardeurs dans l'œsophage et l'estomac ; pas de diminution dans l'expectoration ; toux plus fréquente ; suppression le 28.

Le 29 janvier. La cuisson du gosier diminue, la toux aussi.

Notez qu'ici la plus grande intensité de la toux paraît tenir, non point à l'augmentation du malaise pulmonaire ; mais à l'irritation que causait dans le pharynx le passage de la kréosote.

En résumé, la toux a paru faiblement (obs. XIV), ou notablement (obs. XII, XIII) amendée sans avoir augmenté dans aucun cas ; l'expectoration, restée deux fois la même (obs. XIV, XV), a diminué dans un troisième cas (obs. XII). L'oppression, peu modifiée (obs. XIV) en général, est devenue plus forte dans l'observation XII.

Pour ce qui est de l'appareil digestif, la kréosote a déterminé souvent des ardeurs intestinales (obs. XII, XIII, XV), augmenté la soif (obs. XII, XIII), et inspiré du dégoût (obs. XIII, XIV), etc.

En somme, le soulagement, presque nul dans un cas (obs. XIV), a été faible dans deux autres (obs. XII, XIII) ; on peut dire que l'état de la malade a empiré dans l'observation XV.

Ces résultats sont moins satisfaisans que ceux de l'article précédent ; et cela aurait pu se deviner *à priori* ; la phthisie commençante doit laisser plus d'espoir que la phthisie ulcérée. Mais nulle part nous ne voyons ces cures radicales qu'on avait annoncées ; le kréosote a souvent soulagé, mais n'a jamais guéri. Il y a loin de là à un spécifique contre la phthisie pulmonaire, quand on l'a bien constatée ; ce remède reste impuissant, comme les autres, contre cette terrible maladie ; néanmoins il peut souvent être utile (1).

Telles sont les conclusions pratiques que donne l'analyse rigoureuse des expériences tentées avec la kréosote, abstraction faite de tout ce qu'on a écrit sur ce sujet. Je vais maintenant étudier l'action de l'eau de goudron dans les mêmes circonstances, et je comparerai ensuite les effets obtenus par ces deux agens thérapeutiques.

§ II. EMPLOI DE L'EAU DE GOUDRON.

On sait que le goudron, produit de la combustion lente du bois de sapin (particulièrement du pinus maritima, et du pinus sylvestris) préalablement épuisé de térébenthine, est un composé de résine mêlée d'huile empyreumatique, de kréosote, d'huile essentielle de térébenthine, d'acide pyro-ligneux et de beaucoup d'impuretés. L'eau de goudron se prépare en faisant macérer, pendant huit jours, une once de goudron dans une pinte d'eau, qu'on agite fréquemment, et qu'on filtre ensuite. Cette eau, à laquelle le goudron cède particulièrement son acide, a été coupée avec du lait et donnée à la dose de huit à douze onces par jour, dans les observations suivantes.

M. Léopold Deslandes écrivait en 1833 : la nature de l'eau de goudron, et ce que les auteurs ont dit de ses propriétés, indiquent qu'elle a pu réussir et qu'on pourrait encore l'utiliser. Pour fixer sa valeur, il faudrait de nouvelles expériences. (*Dict. de méd. et de chir. prat.*, t. XI, 233.) Je ne me flatte pas de résoudre définitivement le problème ; je vais essayer du moins d'en faciliter la solution, en examinant un à un les divers élémens qui le composent :

(1) On peut là-dessus consulter, entre autres ouvrages, les *Arch. gén. de méd.* de 1834, sur l'usage médical de la kréosote, par A. Buchner, de Munich, t. 6, p. 124 et 151, et GAZETTE MÉDICALE, 1833, n° 74 ; 1834, n° 26 et 31 ; 1835, n° 1, 21, 33 et 41, etc.

---

tion terrible, détruisant irrémédiablement l'organe de la vue dans d'atroces douleurs. M. Demours avait acquis sur cette maladie une foule de données, si nettes, si neuves, si positives, que des médecins recommandables, notamment feu Boisseau, sont venus l'étudier à sa clinique. Quand le glaucome est presque parvenu à son summum d'intensité ; il n'est pas plus difficile de le reconnaître, que d'en pronostiquer les suites fatales. Mais M. Demours le voyait de loin pour ainsi dire, et l'annonçait sur les indices les plus légers. Il ne se laissait pas induire en erreur, par ces retours de vue, ces éclairs de lumière, qui dans cette cruelle affection séduisent les malades et trompent le praticien vulgaire. Avec une inexorable prévision, il annonçait, ou faisait entendre qu'une extinction totale, permanente de la vue, ne tarderait pas à avoir lieu et l'événement justifiait sa prédiction. Cependant n'ayant foi qu'aux déductions strictement logiques, il ne chercha jamais à expliquer la cause prochaine du glaucome ; en fait de pratique, le *démontré vrai* autant que possible, lui paraissait la limite où l'on devait s'arrêter. C'est ainsi que dans toutes les maladies des yeux, si nombreuses, si variées, si difficiles à saisir et dans leurs nuances locales, et dans leurs rapports avec l'état général de l'organisme ; M. Demours apportait le même soin d'investigation, la même attention, le même désir de rester dans l'observation pure des faits, un jugement droit et sain, une grande pénétration d'esprit, et cette sagacité intuitive qui voit si avant et si juste, si vite et si bien, ordinaire aux intelligences d'élite, lui avaient donné dans sa spécialité une expérience consommée, un tact exquis, une incontestable supériorité. La grande réputation dont il jouissait avait donc de solides fondemens, ainsi que les titres et les honneurs dont on le combla : les rois Louis XVIII et Charles-X, le choisirent comme un des membres de leur faculté ; il fut décoré de la Légion-d'Honneur ; il fit partie de beaucoup de sociétés savantes, nationales et étrangères ; on le nomma titulaire de l'Académie de médecine dès la formation de cette compagnie ; aujourd'hui son nom fait autorité et ses opinions ont du poids dans la science. Quoique sur la fin de sa vie M. Demours vit moins de malades qu'autrefois, on le consultait toujours comme un homme qui ayant beaucoup vu et bien vu, possédait nécessairement ces trésors d'expérience qu'une longue et judicieuse pratique peut seule amasser et on ne se trompait pas. Un grand nombre de confrères voulaient avoir son avis sur les cas les plus graves, les plus difficiles des maladies des yeux, et tous n'ont eu qu'à s'applaudir de ses conseils. S'il ne partageait pas le sentiment du médecin qui lui présentait un malade, il le faisait avec tant de prudence et de discrétion que la dissidence paraissait à peine. Aussi me disait un praticien des plus habiles : il m'arrive quelquefois de n'être pas d'accord avec M. Demours, au commencement d'une consultation, je ne sais pourtant comment cela se fait, mais à la fin je suis toujours de son avis.

Au reste, quiconque l'a beaucoup connu, sait qu'il apportait en tout une rectitude de vues, une netteté d'appréciation qui étonnaient souvent. L'esprit vif, le cœur chaud, la raison forte, sous l'apparence d'un certain laisser-aller, il appliquait aux actes de sa vie ces bonnes et hautes qualités. Jamais il ne manqua une occasion d'agrandir le domaine de ses connaissances, et jamais on ne le vit étaler avec faste le résultat de ses observations et de ses recherches. En général, et surtout dans les trente dernières années de sa vie, son caractère paraissait grave et réfléchi ; c'était une de ces belles natures qui ne connaissent ni le transport des passions, ni leurs sophismes, ni leur funeste bonheur. Toutefois, si dans un petit cercle d'amis la discussion s'animait, M. Demours paraissait alors un tout autre homme ; non seulement il déployait les richesses de son savoir, mais il avait cette verve de bon sens et de bonne foi, cette vivacité, ce *brio* de la conversation qui la rend animée,

1° DANS LE CATARRHE PULMONAIRE CHRONIQUE.

OBS. XVI. — Une revendeuse, âgée de 43 ans, régulièrement menstruée, malade depuis cinq mois à la suite d'un refroidissement qui lui laissa un rhume bronchique, vint à l'hôpital le 5 décembre 1833. Malaise pulmonaire augmenté depuis un mois; toux fréquente; douleurs sternales; oppression, surtout le soir; expectoration catarrhale; râles tubaires; pas d'hémoptysie; appétit; quelques vomissemens dans les efforts de la toux; ventre libre; céphalalgie; parfois insomnie. Tisane de dattes et de jujubes; looch; vésicatoire au bras; à partir du 22, quelques pilules de Morton.

30 décembre. Oppression un peu moindre; ventre resserré; du reste, même état. Une dose d'eau de goudron coupée avec du lait.

4 janvier 1834. Toux moindre; expectoration toujours la même; poitrine plus dégagée et siége de moins de cuisson; grand appétit; ventre redevenu libre; sommeil.

10 janvier. Toux affaiblie; expectoration minime; appétit augmenté; digestions bonnes, avec la précaution de peu manger le soir; selles un peu rares; sommeil bon.

13 janvier. Point d'oppression; presque pas de toux et fort peu d'expectoration; point de céphalalgie; sommeil la moitié de la nuit; l'appétit persiste; ventre redevenu libre; quelques douleurs à l'hypogastre; les règles doivent paraître le 14. Suppression de l'eau de goudron.

On voit que l'amélioration fut ici des plus marquées; tous les accidens pulmonaires furent amendés; le mieux devint général, et se soutint jusqu'au 16 janvier, jour où la malade sortit parfaitement soulagée. Un résultat satisfaisant se retrouve aussi dans l'expérience suivante.

OBS. XVII. — Cette expérience est relative à la jeune fille de l'obs. 2, qui, entrée le 25 novembre avec un catarrhe chronique et une diarrhée intermittente, avait éprouvé du soulagement une première fois par l'administration de la kréosote (du 25 décembre au 4 janvier), et qui n'avait pas vu son état s'améliorer à une seconde tentative (du 18 au 25 janvier 1834). La toux, la dyspnée et l'expectoration étaient redevenues aussi fatigantes qu'auparavant; l'oppression reparaissait tous les soirs; parfois maux de cœur et vomissemens glaireux.

30 janvier 1834. Deux doses par jour d'eau de goudron coupée avec du lait, chacune de 8 onces.

4 février. Après dix doses, toux et dyspnée moindres, même le soir; expectoration diminuée; douleurs sternales enlevées; pas de soif, ni de nausées, ni de vomissemens; un peu d'appétit; quelques coliques; ventre libre; pas de céphalalgie; sommeil.

9 février. Peu d'expectoration; point d'oppression, même le soir; toux moindre; appétit; digestion bonne; point de coliques; ventre libre; les urines ne sont ni plus, ni moins abondantes; point de maux de tête comme il y en avait pendant l'emploi de la kréosote; sommeil; le mieux est général; les forces reviennent; la malade se lève et marche seule; auparavant elle avait de la peine à se tenir quelque temps sur ses jambes.

11 février. Elle a repris meilleure mine, se trouve beaucoup mieux, et part pour son pays (Jura).

Ces deux observations me paraissent assez concluantes. La malade ici avait remarqué qu'auparavant elle était obligée de se tenir presque assise dans son lit, et que le décubitus dorsal occasionnait de la suffocation, des nausées et parfois des vomissemens; depuis, elle se couchait impunément sur le dos, et s'endormait dans cette position.

OBS. XVIII. — Une couturière, âgée de 40 ans, malade depuis six mois et accouchée depuis cinq, entra le 16 janvier 1834, avec un catarrhe pulmonaire chronique, râles sibilans dans tout le thorax, toux fréquente, forte oppression, expectoration mucoso puriforme, douleurs sternales, décubitus dorsal suffocant. Anorexie; vomissemens dans la toux; un peu de diarrhée; perte alternativement rouge et blanche; céphalalgie; un peu de surdité; parfois insomnie.

20 janvier. Eau de goudron et lait.

27 janvier. Toux affaiblie; expectoration plus facile; dyspnée moins forte le soir; douleurs thoraciques moindres poitrine sonore; point de râles sibilans; respiration normale à droite, encore un peu embarrassée à gauche, où une résonnance sourde de la voix pourrait peut-être faire soupçonner un commencement d'altération tuberculeuse. Appétit; vomissemens quotidiens du 9 au 18, nuls depuis le 20 janvier; selles plus rares, une tous les deux jours; perte nulle depuis le 23. Mieux général; sommeil. Suppression.

La malade s'enrhume; l'oppression revient; les douleurs sternales reparaissent; l'expectoration devient difficile; il y a un peu de dévoiement.

Le 5 février. Reprise de l'eau de goudron coupée avec du lait; deux doses par jour.

Le 9 février. Toux plus rare; presque plus d'oppression; elle ne revient que par la marche ascensionnelle; expectoration plus facile; poitrine moins embarrassée; état satisfaisant de l'appétit et de la digestion; la diarrhée continue; quelques coliques; urines ni plus ni moins abondantes; sommeil, mais interrompu. Au total la malade se sent mieux.

Le 14 février. Toux affaiblie; dyspnée plus légère ne revenant que dans les efforts de la marche; expectoration diminuée; le matin embarras sur la poitrine qui se dissipe par l'expuition de quelques crachats épais. appétit; diarrhée moindre, sommeil sans agitation; surdité presque nulle; mieux progressif.

Le 19 février. Toux rare et sans irritation; expectoration moindre; dyspnée plus légère; poitrine plus dégagée; appétit; digestions bonnes; selles irrégulières; quelques coliques à leur approche; sommeil plus tranquille; les forces reviennent; suppression.

Ainsi, à deux reprises, l'eau de goudron a amené un soulagement sensible, quoi que moins tranché que dans les deux cas précédens.

En somme, cette médication a toujours amélioré l'état de la toux (obs. XVI, XVII, XVIII); diminué (obs. XVI, XVII), ou facilité (obs. XVIII), l'expectoration; affaibli (obs. XVIII) ou enlevé (obs. XVI, XVII) la dyspnée; et enfin amendé (obs. XVI, XVIII), ou guéri (obs. XVII) les douleurs thoraciques.

J'ajouterai qu'elle a paru arrêter les vomissemens (obs. XVII, XVIII) sur lesquels la toux n'était pas sans influence; qu'elle a fait naître (obs. XVII, XVIII), ou augmenté (obs XVI) l'appétit; qu'elle a diminué la diarrhée (obs. XVIII); rendu le ventre libre (obs. XVI, XVII); et qu'elle a ramené le sommeil (obs. XVI, XVII, XVIII). J'ai noté qu'elle n'a pas modifié la sécrétion urinaire (obs. XVII, XVIII), ni allumé la soif, ni causé ces irritations et ces dégoûts que provoquait souvent la kréosote.

2° DANS LA PHTHISIE COMMENÇANTE.

OBS. XIX. — Cette expérience continue l'histoire thérapeutique de la jeune fille de l'observation huit, malade et mal réglée depuis 5 mois, qui, entrée le 5 janvier avec une irritation bronchique assez intense due probablement à des tubercules, éprouva un soulagement sensible mais de peu de durée par l'usage de la kréosote (du 13 au 26 janvier). La toux revint: l'oppression augmenta; il y avait peu de sommeil et une expectoration mucoso-glaireuse abondante.

Le 30 janvier. Eau de goudron coupée avec du lait; deux doses par jour.

Le 3 février. Toux et expectoration moindres; dyspnée plus faible, revenant encore le soir; thorax sonore sauf en haut; surtout à droite où il y a une résonnance sourde de la voix, et quelques craquemens; respiration complète ailleurs; très-peu de râles; appétit; ventre libre; un peu de sommeil; sueurs thoraciques pendant le sommeil.

Le 11 février. Toux moindre bien que fréquente encore le soir; il en est de même de la dyspnée; les crachats ne sont que de la salive; les douleurs thoraciques persistent; appétit; digestions bonnes. avec la précaution de peu manger le soir; ventre libre; urines comme à l'ordinaire.

Le 17 février. Toux moindre la nuit; expectoration moins abondante: dyspnée stationnaire depuis sa diminution; douleurs thoraciques affaiblies; thorax sonore en bas, un peu mat en haut; voix bronchique et respiration mêlée de craquemens au sommet des poumons; pas de râles; sommeil sans agitation; bon état

---

pétillante et spirituelle. Aimant la science pour elle même, exempt de toute prétention, il ne portait dans les relations de la société ou avec ses confrères que ce qu'une instruction solide et variée, un tact exercé, ajoutent d'agrément et de richesses à un esprit naturellement prompt à saisir les objets, à en apercevoir tous les rapports, à en calculer toute la portée, et à exprimer souvent avec finesse les jugemens qu'il porte. Sans jamais asservir ses opinions à celles d'autrui, personne n'était plus éloigné que M. Demours de cette raideur, de cette inflexibilité qui ne souffrent point de contradiction et qui ne sont pas tellement l'apanage des partis politiques ou des sectes religieuses, qu'elles ne se retrouvent où il ne s'agit que d'opinions ou de systèmes scientifiques. Il s'éloignait autant que possible du fracas des doctrines militantes et des controverses, ayant surtout en aversion cette sotte figure de rhétorique qu'on nomme exagération. Son principe était, qu'en général, il vaut mieux comprendre que critiquer, sympathiser que blâmer; voilà pourquoi il a vécu sans ennemis et même sans envieux malgré sa célébrité. Mais aussi qui plus que lui a possédé cette bienveillance expansive, ces formes agréables, cette politesse sans affectation qui lui attachaient quiconque avait occasion de le voir et de le fréquenter. Une physionomie distinguée, mais bonne, douce, affable et gracieuse, reflétait exactement la quiétude de son ame, et les rides de son front n'y furent jamais gravées par les soucis de l'intrigue ou les tortures de l'ambition. Il y avait en lui quelque chose de franc, d'ouvert, de conciliant qui prévenait en sa faveur et lui faisait nombre d'amis. Tous les médecins, ses confrères, qui ont connu son obligeance, son activité, son zèle, sa singulière assiduité aux sociétés dont il fut membre, peuvent affirmer si dans cette simple narration, l'éloge est outre mesure, s'il est contraire à la vérité. Mes paroles peuvent être un hommage à sa mémoire, mais ne sauraient être une flatterie, j'en atteste la puissante voix de l'opinion publique.

Cette voix eut toujours sur M. Demours une grande influence; son goût pour l'ordre, ce fond de raison droite et ferme qui ne l'abandonnait jamais, lui en faisaient un devoir. Largement doué du sens critique des choses humaines, il les appréciait avec une grande liberté de jugement; il connaissait la société dans ses hauteurs et dans ses abîmes, et sut toujours conserver sa dignité d'homme et de médecin dans le rang où ses talens l'avaient placé.

Mais c'est surtout avec ses nombreux malades que les qualités dont il fut doué par la nature se montrèrent dans toute leur étendue. Bien peu de médecins ont porté plus loin que M. Demours l'art de persuader ceux qui se confiaient à ses soins, de faire naître l'espérance et de l'entretenir aussi long-temps qu'il était nécessaire. D'ailleurs, mettant aux choses de sa profession toute la gravité convenable, il écoutait les malades avec attention, avec intérêt, avec patience; il s'identifiait si bien avec eux et leurs maux, qu'au bout d'un grand nombre d'années, il les reconnaissait, les nommait, décrivait leurs maladies avec une telle précision, que tous en étaient frappés d'étonnement. Aussi la confiance que la plupart avaient en lui fut-elle sans bornes; ce qu'il disait était autant de paroles oraculaires, de jugemens sans appel auquel il fallait se soumettre.

Ce n'était pas cependant par ces seules qualités qu'il attirait la reconnaissance de ses cliens: son désintéressement y eut aussi une grande part. Il y avait en lui un principe instinctif de bonté, quelque chose de ces sentimens élevés, de cet esprit saint qui souffle dans toutes les belles âmes et leur inspire de nobles actions. C'est quand il s'agissait d'honoraires, qu'on reconnaissait ce qu'il y avait au fond

de l'appétit et de la digestion; la malade commence à manger un peu le soir sans être aussi fatiguée.

Le 24 février. Oppression moindre; expectoration muqueuse; toux stationnaire; douleurs thoraciques moindres; ventre libre, indolore; sommeil la moitié de la nuit; suppression.

Le 4 mars. Mieux progressif, crachats plus épais, moins abondans; dyspnée plus faible; toux beaucoup moindre; douleurs thoraciques amendées; appétit plus grand; le repas du soir ne fatigue plus: ventre libre; sommeil plus tranquille.

Le 7 mars. La malade sort notablement soulagée.

Evidemment l'efficacité de la kréosote avait été moins manifeste, moins générale et s'était moins soutenue que celle de l'eau de goudron; et c'est un cas qui permet d'autant mieux de juger de leur action respective que la même malade a été soumise successivement à l'emploi des deux médications.

Obs. XX. — Une ouvrière, âgée de 15 ans, non réglée, ayant la poitrine fatiguée depuis 4 ans, entra le 29 decembre 1833, avec une phthisie commençante. Toux ancienne, douleurs sternales: point pleurétique droit; peu d'expectoration; face pâle, etc.; bouche amère; soif; anorexie; épigastre et abdomen indolores; pas de diarrhée; céphalalgie: peu de sommeil.

Le 2 janvier Eau de goudron et lait.

Le 6 janvier Expectoration plus facile; toux moindre; oppression plus faible, mais revenant le soir et s'opposant au sommeil; un peu d'appétit; point de diarrhée.

Le 13 janvier. Presque pas de toux; peu d'oppression; moins d'expectoration; elle ne se plaint plus de douleurs thoraciques, et prend meilleure mine; appétit; pas de soif; point de céphalalgie; sommeil.

Le 18 janvier. Mieux progressif; elle a fort peu d'oppression, beaucoup moins de toux, ne crache presque plus, et dort la nuit. Etat satisfaisant de l'appétit, de la digestion et des selles; la malade devant sortir le 20, on supprime l'eau de goudron.

Elle s'enrhume le 19 et ne sort pas. Tisane béchique; bouillon pectoral; mélange calmant; vésicatoire au bras.

Le 26 janvier. Elle sort en aussi bon état qu'on pouvait l'espérer, avec des tubercules, du souffle bronchique, une résonnance éclatante de la voix et une respiration craquante au sommet de la poitrine.

Nous trouverons un résultat à peu près semblable dans l'expérience suivante:

Obs. XXI. — Une ouvrière en soie, âgée de 26 ans, malade depuis 6 mois, entra le 19 février, avec des tubercules Toux depuis 3 mois; dyspnée; pas de palpitations; sueurs nocturnes; quelque hémoptysie depuis 2 mois; points pleurétiques vagues: mâtité en haut; extinction de voix incomplète; état passable de l'appétit et de la digestion; quelques vomissemens causés par la toux, qui occasionne aussi l'insomnie; selles quotidiennes.

20 février Eau de goudron et lait.

2 mars Toux moindre, surtout la nuit; presque plus d'extinction de voix; expectoration plus facile; douleurs thoraciques affaiblies; oppression diminuée; sueurs nocturnes; appétit; digestions bonnes; depuis le 20, un seul vomissement par l'effet de la toux: selles normales; un peu plus de sommeil.

3 mars. Poitrine plus libre; mieux général; léger sentiment de cuisson au pharynx Suppression.

6 mars. Mieux progressif; sommeil; oppression presque nulle n'augmentant pas le soir; toux, expectoration et douleurs thoraciques moindres; aphonie intermittente; point d'hémoptysie ni de vomissemens.

Dans cette seconde série d'expériences, l'eau de goudron a produit encore des effets plus tranchés et plus soutenus que la kréosote; l'état de la toux a été constamment amélioré (obs. XIX, XX, XXI); l'expectoration facilitée (obs. XXI) ou diminuée (obs. XIX, XX); la dyspnée affaiblie (obs. XIX) ou presque enlevée (obs. XX, XXI); enfin les douleurs thoraciques qui tiennent ici à une lésion organique, plus (obs. XX) ou moins (obs. XIX XXI) amendées.

Il faut remarquer qu'elle a arrêté les vomissemens que causait la toux (obs XXI), qu'elle a paru apaiser la soif (obs. XX); qu'elle a fait naître (obs. XX) ou augmenté (obs. XIX) l'appétit; qu'elle a rendu la digestion plus facile (obs. XIX), sans doute en diminuant l'oppression; qu'elle n'a pas influencé la sécrétion urinaire (obs. XIX); qu'elle a ramené le sommeil, etc.

3° DANS LA PHTHISIE AVANCÉE.

Obs. XXII. — Nous reprenons ici l'histoire de la malade de l'obs. 13, qui, entrée le 15 décembre avec une phthisie avancée, avait éprouvé un soulagement léger et de peu de durée par l'emploi de la kréosote (du 24 au 31 déc). L'oppression revient; la toux est intense, l'expectoration abondante; il n'y a pas de sommeil, pas d'appétit; le malaise va en augmentant; l'adynamie est très-grande J'ai déjà dit (obs. XIII) qu'on devait peu espérer dans ce cas.

13 janvier. Eau de goudron et lait.

18 janvier. Après cinq doses, la toux et l'oppression ont beaucoup diminué peu à peu; expectoration beaucoup moindre; poitrine moins douloureuse depuis qu'il y a moins de toux; persistance des sueurs nocturnes; un peu d'appétit; quelques coliques et diarrhée intermittentes; peu de sommeil Les forces reviennent; la malade a commencé à se lever, ce qu'elle n'avait pas fait depuis longtemps.

20 janvier. Mieux général; la toux et l'oppression sont presque nulles; la malade, qui se dégoûte vite de tout, demande la suppression de l'eau de goudron.

L'amélioration rapide qui eut lieu ici fut d'autant plus étonnante qu'on avait moins droit de s'y attendre; car c'était un cas sans espoir, de même que le suivant:

Obs. XXIII. — Une lingère, âgée de 34 ans, malade depuis quinze mois et ayant ses règles supprimées depuis cinq, fut apportée à l'Hôtel-Dieu de Lyon le 16 décembre 1833, dans un état désespéré de phthisie avancée. Toux fréquente; oppression; crachats puriformes; douleurs thoraciques; légères hémoptysies depuis deux ans; extinction de voix; cuisson à la gorge; gargouillement, etc. Peu d'appétit; digestions variables, diarrhée intermittente; assoupissement; face jaune; faiblesse; amaigrissement. Looch; tisane d'escargot; lait; gargarisme émollient. Pas de changement.

29. décembre. Eau de goudron et lait.

3 janvier 1834. Toux et expectoration peu modifiées; expectoration aussi abondante; seulement la malade est moins assoupie, mais elle décline toujours; les douleurs du gosier ont empiré.

4 janvier. Mort dans la nuit.

A coup sûr, l'eau de goudron ne fut pour rien dans cette issue inévitable; ce qu'on peut dire c'est qu'elle n'a pas pu retarder la mort.

Ce serait se répéter que de multiplier davantage le nombre des expériences; celles que j'ai rapportées me paraissent assez variées et assez nombreuses pour qu'il soit permis rigoureusement d'en tirer quelques inductions pratiques.

RESULTATS COMPARATIFS.

Après avoir considéré en détail l'action de la kréosote et de l'eau de goudron dans les groupes que j'ai établis, je vais maintenant jeter un coup-d'œil d'ensemble sur les effets qu'elles ont produits, non plus spécialement sur le catarrhe ou la phthisie à divers degrés (j'ai fait cet

---

de sa conscience de délicatesse et de probité. Selon son opinion, c'est au riche à payer et à bien payer, car rien n'est au-dessus de la santé, mais le malheureux ne doit rien; on est assez récompensé, disait-il, par le sentiment du bien qu'on fait. Puis, il ajoutait ces paroles admirables de St-Ambroise: *utilis pecunia, sed pretiosa est misericordia*, maxime si capable de rehausser la profession de médecin, et M. Demours y fut fidèle tant qu'il vécut Quoique actif et laborieux, la vie n'eut bien longtemps pour lui ni secousses vives, ni espérances déçues; il la prit de bonne heure pour ce qu'elle vaut, ne la dorant pas trop d'illusions, ne la rembrunissant pas trop de dégoûts et de désenchantemens Certes avec la paix de l'âme, une belle position, l'amour de l'étude, l'estime publique, le souvenir du bien qu'il avait fait, M. Demours devait être heureux, et il l'était en effet. Mais cette vie aussi utile, aussi remplie, aussi égale, fut bien cruellement troublée à son déclin; son fils périt tout à coup de la manière la plus affreuse C'est là une de ces douleurs que rien ne peut rendre ni exprimer, et il la sentit dans sa poignante profondeur. Tout s'efface au cœur du jeune homme, car l'avenir est là avec de nouvelles joies, de nouvelles douleurs; il n'est de regrets durables que pour le vieillard qui ne peut plus rien ressaisir. M. Demours en fit la cruelle expérience; à la lettre, au physique comme au moral, la perte de ce fils chéri, attendu si longtemps, sur lequel il avait réuni tant d'espérances, fut pour lui un *crève-cœur* dans toute la force de cette lugubre expression. Depuis cette époque, bien que son esprit conservât toute sa présence, son âme toute son énergie, une mélancolie, un abattement profond et concentré, d'inexprimables amertumes remplirent ses jours et ses nuits; la maladie dont il avait le germe fit subitement des progrès. Il appela à son secours la patience, le temps, la force morale, la soumission aux décrets de la Providence, mais inutilement; il eut beau montrer du courage jusqu'à l'héroïsme, de l'abnégation jusqu'au martyre, ce fut en vain, le trait mortel était enfoncé trop avant; il ne fit que languir et souffrir; enfin il succomba le quatre octobre, soixante-dix-huit jours après l'événement fatal cause de tous ses maux.

O Demours! ami cher et regrettable! sans doute une voix plus éloquente que la mienne pourra élever à votre mémoire un monument digne de vos talens et de vos vertus. Quant à moi, j'ai moins consulté mes forces que mon zèle et les souvenirs d'une longue amitié qu'aucun nuage n'a jamais troublée. Mais quelque faible que soit cette esquisse, elle sera du moins un témoignage public de mes regrets et de ma douleur Ces regrets, je l'affirme, dureront autant que moi, car, tant qu'un peu de vie m'animera, votre image restera au fond de mon cœur. Non, l'adieu de la mort n'est pas le dernier adieu.

Reveillé-Parise.

— M. Leroux de Vitry-le-Français, à qui l'on doit la découverte de la salicine, vient, conjointement avec M. le docteur Cagnon, de découvrir un nouveau principe immédiat dans une plante de la famille des lépidinées (crucifères de Tournefort), qu'il a appelé la *lépidine*. MM. Leroux et Cagnon ont fait avec cette substance des expériences thérapeutiques, et ils en ont obtenu des résultats très-satisfaisans contre les fièvres intermittentes.

examen après chaque article), mais sur chacun des genres de symptômes étudiés isolément, abstraction faite de la nature de la maladie. Cette analyse comparative nous donnera une idée plus complète des propriétés générales de ces deux substances.

1° On peut les considérer comme des modificateurs puissans de la sécrétion pulmonaire. Le plus ordinairement la kréosote a facilité (obs. VII, VIII) ou diminué (obs. I, II, V, IX, XII) l'expectoration; quelquefois cependant elle ne l'a pas modifiée (obs. IV, VI, XIV, XV), et même a paru la rendre sanguinolente dans un cas (obs. III).

L'eau de goudron l'a toujours facilitée (obs. XVIII, XXI), ou diminuée (obs. XVI, XVII, XIX, XX, XXII), sans jamais produire d'accidens.

2° Le plus souvent la kréosote a plus ou moins affaibli la toux (obs. I, II, V, VII, VIII, IX, XII, XIII); parfois cependant elle ne l'a pas influencée (obs. IV, VI, XIV), ou même l'a rendue plus intense (obs. XI, XV.)

L'eau de goudron, au contraire, l'a constamment amendée d'une manière plus tranchée et plus soutenue (obs. XVI à XXII).

3° Généralement la kréosote a plus ou moins diminuée (obs. I, II, VII, VIII, IX, X) l'oppression qui cependant lui a résisté quelquefois (obs. IV, VI, XIV), et qui est devenue plus intense dans un cas (obs. XII).

Nous avons vu que l'eau de goudron l'a toujours soit amendée (obs. XVIII, XIX, XXI, XXII). soit presque enlevée (obs. XX), soit même fait disparaître (obs. XVI, XVII) complètement.

4° Quant aux douleurs thoraciques, la kréosote les a assez souvent soulagées (obs. II, V, VIII, IX).

Ce soulagement a été bien plus constant avec l'eau de goudron qui les a ordinairement affaiblies (obs. XVI, XVIII, XIX, XXI, XXII), on même enlevées (obs. XVII, XX). Ce résultat pouvait se prévoir, car l'agent qui diminuera le plus l'expectoration, la toux et la dyspnée qui sont la cause première et principale de ces douleurs, devra aussi exercer le plus d'influence sur ces dernières.

Ainsi pour ce qui regarde la modification des accidens pulmonaires, la comparaison est toute à l'avantage de l'eau de goudron. Voyons maintenant ce qu'il en est pour le reste de l'économie.

5° Plusieurs fois la kréosote a fait naître (obs. I) ou augmenté (obs. IV, V, XII, XIII) la soif.

Cela n'a pas lieu avec l'eau de goudron qui semble même l'avoir apaisée dans un cas (obs. XX).

6° Souvent la kréosote a provoqué des ardeurs et de l'irritation dans le tube digestif (obs. I, III, V, IX, X, XI, XII, XV). Je rappellerai qu'une fois elle a rendu la salive salée (obs. XII), et une autre, occasionné des fourmillemens dans les membres et des bouffées de chaleur à la face (obs. IX).

Je n'ai que des résultats négatifs en ce genre à inscrire pour l'eau de goudron.

7° La kréosote a souvent inspiré du dégoût aux malades (obs. I, II, IV, XIII, XIV); elle n'a pas toujours été étrangère à la production des vomissemens (obs. II, IV).

L'eau de goudron n'a pas causé de dégoûts, à l'exception peut-être de la phthisique de l'obs. XXI. Quant aux vomissemens, elle a paru au contraire les arrêter (obs. XVII, XVIII, XXI).

Il y a plus, l'eau de goudron a exercé une influence marquée sur l'appétit; plusieurs fois elle l'a fait naître (obs. XVII, XVIII, XX, XXII), ou notablement augmenté (obs. XV, XIX).

Rien de semblable n'est noté pour la kréosote.

8° Avec la kréosote, les selles sont devenues plus rares dans 3 cas (obs. V, VII, X); une fois elle a diminué (obs. XIV) la diarrhée préexistante, qui deux fois est restée la même (obs. II, IV).

Dans un cas, l'eau de goudron a diminué la diarrhée (obs. XVIII), et dans trois, rendu le ventre libre (obs. XVI, XVII, XIX).

9° L'usage de l'eau de goudron a constamment procuré plus ou moins de sommeil (obs. XVI à XXII).

Cela n'a eu lieu que trois fois avec la kréosote (obs. VII, IX, X).

10° Enfin, avec la kréosote, le soulagement a été généralement faible (obs. I, II, VII, VIII, X, XII, XIII), plus marqué dans un seul cas (obs. IX), et nul dans trois (obs. IV, VI, XIV). L'état du malade a été plusieurs fois aggravé (obs. III, V, XI, XV).

Avec l'eau de goudron le soulagement a toujours été plus ou moins marqué (obs. XVI à XXII), sans que l'état ait jamais empiré; et remarquez qu'elle a été employée dans trois cas où la kréosote avait produit peu d'effet.

Ainsi la comparaison reste à l'avantage de l'eau de goudron.

C'est ici le lieu de discuter les assertions de quelques auteurs, que M. Léop. Deslandes a reproduites sous la forme dubitative. «L'eau de goudron, dit-il, aurait pour effet immédiat, chez les uns, d'exciter l'appétit, chez quelques autres, de causer des nausées, des vomissemens et de la diarrhée. Elle provoquerait en outre la sécrétion des urines, la transpiration cutanée, et produirait une stimulation des diverses membranes muqueuses.» (*Dict. de méd. et de chir. prat.*, 1833, t. XI, p. 232.)

Nous avons vu qu'elle a exercé une influence manifeste sur l'appétit (obs. XV, XVII, XVIII, XIX, XX, XXII), et qu'elle a même rendu la digestion plus facile (obs. XIX.)

Elle n'a occasionné de nausées chez aucune des malades.

Loin de produire les vomissemens, elle m'a paru les arrêter (obs. XVII, XVIII, XXI), soit en diminuant la toux, soit autrement.

Quant à la diarrhée, je rappellerai qu'elle l'a diminuée (obs. XVIII), et qu'elle a rendu le ventre libre (obs. XVI, XVII, XIX).

Pour ce qui est de la sécrétion urinaire, j'ai noté qu'elle n'a été ni diminuée ni augmentée (obs. XVII, XVIII, XIX).

PETREQUIN, D.-M. P.

HOPITAUX.

LEÇONS CLINIQUES DE M. FERRUS SUR LES MALADIES MENTALES, recueillies par M. DUGAST, interne à l'hospice de Bicêtre.

SYMPTOMATOLOGIE.

(Deuxième et dernier article. — V. le n° 44.)

Maintenant que nous avons énuméré ou discuté les causes efficientes et prédisposantes de la démence, nous allons entrer dans le cœur même du sujet, et vous montrer le dément, non point avec le caractère vague d'aliénation qu'on lui assigne dans le langage ordinaire, mais en nous conformant à l'esquisse exacte et précise que nous en avons déjà tracée. D'après ce que nous avons dit de la fréquence de cette maladie, il vous deviendra facile d'observer sous des jours variés les stigmates indélébiles qu'elle imprime sur toutes ses victimes, et vous pourrez compléter son historique en empruntant aux nombreux malades que nous avons sous les yeux des symptômes plus individuels et plus isolés.

Déjà nous avons vu la démence être la transformation d'une autre maladie mentale, et revêtir deux formes particulières que nous avons eu soin de mettre en relief; l'une remarquable par la prodigieuse variété de mots étrangers l'un à l'autre qui abondent dans le langage du malade, l'autre caractérisée par la possibilité d'émettre un petit nombre d'idées dépourvues de vivacité et d'énergie; elle peut aussi apparaître d'une manière primitive; et comme la rapidité avec laquelle elle s'établit est très-variable, il devient souvent facile de saisir dans les habitudes du malade une révolution dont il s'étonne et s'afflige quelquefois lui-même. Son caractère devient difficile, sa susceptibilité très-vive et son humeur très-variable; il hait, méprise et dédaigne ce qu'il aimait ou estimait auparavant; il passe subitement de la joie à la tristesse, du calme à l'emportement pour le motif le plus frivole; ses passions et ses désirs s'éteignent; ses affections deviennent languissantes; son imagination se flétrit; ses conceptions, autrefois vastes et grandioses, deviennent si mesquines et si rétrécies, qu'il ne peut se livrer aux sciences et aux arts qu'il cultivait auparavant avec succès; la lenteur et le peu de précision de ses mouvemens le rendent incapable d'exercer aucune profession manuelle.

C'est une étude intéressante que d'épier dans les écrits d'un homme en démence tous les progrès du mal, de voir le talent du peintre, du sculpteur, du poète, s'affaiblir et s'éteindre. Souvent, avec ces désordres dans l'intelligence et les mouvemens, coïncident une activité intellectuelle et un besoin d'agir qui ne font que les rendre plus saillans; il marche sans cesse, entasse projets sur projets, ne rêve qu'entreprises et spéculations, s'habille d'une manière bizarre, perd toute dignité et toute considération par sa conduite ridicule, et éprouve de singulières distractions. C'est ainsi qu'un dément placé aujourd'hui à Bicêtre, débuta en vidant spontanément un vase plein d'urine dans le lit où il était couché avec sa femme. Quelques-uns éprouvent un besoin irrésistible de ramasser tous les chiffons qu'ils trouvent sous leurs pas; d'autres font succéder l'avarice à la dissipation, ou les dépenses les plus folles à l'économie la plus stricte et à la cupidité. On en a rencontré qui jouaient avec du feu comme des enfans, sans songer aux dangers qui pouvaient en résulter. On a également signalé comme prodrômes de la démence une sensibilité exagérée, une grande tendance au larmoiement ou au sommeil, une grande facilité à se congestionner et un babil intarissable. Mais de tous les symptômes précurseurs de la démence, le

plus important, sans aucun doute, est le délire ambitieux, si caractéristique de la démence, et la paralysie générale, qui fournit l'élément de diagnostic le plus sûr et la preuve la plus irréfragable de l'incurabilité des malades. L'époque de son apparition est très-variable : tantôt il succède à la manie et devient le présage de la métamorphose qu'elle va subir, tantôt il n'apparaît que lorsque la démence est déjà confirmée, et rend ainsi le diagnostic plus inébranlable; souvent aussi il naît isolément et ne rallie que consécutivement autour de lui tous les désordres qui constituent la démence et la paralysie générale. Rien de varié comme ce délire. Vous rencontrerez dans ce vaste sépolebretum toutes ses formes les plus originales. L'un croit posséder toutes les dignités divines et humaines, de nombreux palais, tous les diamans de l'Eldorado, des trésors immenses, et commande à des armées innombrables; l'autre parle toutes les langues, aucune science ne lui est inconnue, tout cède à sa force physique, sa taille est gigantesque; il peut cependant grandir à volonté, et jouit du privilége de faire grandir les autres; celui-ci est persuadé qu'il est beau comme l'Apollon du Belvedère, sa femme est un composé des grâces les plus séduisantes, ses enfans sont de petits amours, et ses vêtemens sont tissus d'or, de paillettes et de soie; cet autre a la prétention d'accoucher par le rectum les quadrupèdes les plus volumineux.

Souvent le délire ambitieux prend la forme la plus comique; c'est ainsi qu'un aliéné s'imaginait déjeuner tous les matins avec un éléphant à la chicorée; un autre se faisait appeler le prince Manche, et croyait être promené sur un char traîné par des cerfs; un ancien tambour annonçait qu'il allait passer la revue de toutes les gardes nationales du royaume. Telle est la ténacité de ce délire, qu'on ne parvient pas à le modifier en cherchant à les convaincre de leur erreur. L'ambition déploie habituellement une grande subtilité à la défendre; quelquefois cependant il poursuit son but sans s'inquiéter des contradictions qu'il présente dans ses moyens pour y parvenir; on peut souvent, avec un peu d'adresse, lui faire abandonner un titre pour un autre, ou lui faire élever jusqu'à des chiffres énormes une somme qui d'abord n'était point exorbitante, ou mettre en opposition son ancienne profession avec sa nouvelle dignité. Tel était le cas d'une aliénée de la Salpêtrière qui prétendait être Marie-Louise. On feignit un jour d'en convenir avec elle, et on lui demanda brusquement : Que faisiez-vous auparavant? —Je vendais du poisson, répondit-elle. Une remarque qui m'a habituellement frappé dans l'examen de la conformation des démens, c'est la coïncidence du délire ambitieux avec la saillie de la portion du crâne que les phrénologistes ont assignée à l'estime de soi, à la fierté, à l'indépendance; vous pourrez constater ce renflement sur quelques crânes qui ont appartenu à des ambitieux remarquables, et il vous sera également facile de vérifier mon observation sur plusieurs démens ambitieux, et principalement sur celui dont on va rapporter l'observation.

DÉLIRE AMBITIEUX; DÉMENCE PARALYTIQUE; TRAITEMENT ANTIPHLOGISTIQUE; BAINS AVEC AFFUSION.

OBS. VII. — Antoine X..., taille peu élevée; yeux bleus et cheveux noirs, marié et père de plusieurs enfans tous en bonne santé, fut placé à Bicêtre durant le mois de janvier 1836. Au moment de son entrée il offrit tous les symptômes de la démence et paralysie générale, et se distingue des autres aliénés par son intarissable babil, en dépit de l'hésitation qui précédait l'articulation de chaque mot, par l'absence presque complète de la mémoire, la faiblesse musculaire, la diminution de la sensibilité, l'instantanéité des sensations et surtout par le délire ambitieux. Il a été boutonnier, nous dit-il; mais il cumulait en même temps la profession d'empereur; il ajoute, en versant des larmes et d'une voix attendrissante, qu'avec les quinze sols qu'il gagnait par jour, il parvenait à faire la félicité de ses peuples dont il était l'idole. Il résume en sa personnes toutes les dignités, Dieu, soleil, empereur, roi, général en chef, maréchal de France et boutonnier. Comme son délire est accompagné de coloration vive de la face, d'accélération dans le pouls, et de beaucoup d'agiation, vingt sangsues sont appliquées aux angles de la mâchoire inférieure, et le malade est mis fréquemment au bain avec affusions graduées sur la tête, et soumis à une boisson nitrée Peu de jours après le délire a complètement changé d'espect; X... n'est plus une divinité miséricordieuse, un potentat clément et généreux qui épanchent des bienfaits sur leurs créatures bien-aimés, mais un dieu terrible et vindicatif, et une majesté sanguinaire, qui ne respirent que châtimens, meurtre et carnage, et qui non content de crier, tue, fusille, massacre, demande des pistolets pour détruire son propre ouvrage et tremper ses mains dans le sang de ses sujets. Bientôt son front se déride de nouveau, il distribue des grâces à pleines mains, et donne de l'argent et des places à tous ceux qui l'entourent. Cependant, malgré la bonne opinion qu'il a de lui-même, il éprouve un sentiment profond d'humilité et de reconnaissance en présence des médecins; et dans le commencement de son séjour à Bicêtre, chaque matin il s'empressait de leur baiser la main; singulier mélange d'orgueil et d'abaissement, ou plutôt confusion hiérarchique qui servirait à éclairer le diagnostic, si déjà son infaillibilité n'était complète. X... est d'ailleurs fort content de sa nouvelle demeure et des gens de sa maison; il croit habiter un palais somptueux; il se nourrit de mets exquis, ne boit que les vins les plus fins et couche dans la batiste Autour de lui se pressent des généraux, colonels, ministres, princes et autres dignitaires de son empire, auxquels il distribue les millions et les milliards; les nouveaux venus comme les anciens ont part à ses libéralités, il suffit de l'approcher pour qu'il vous accable sous le poids de dix mille millions. De temps en temps il rompt la monotomie de sa cour et en bannit toute étiquette en entonnant une chanson patriotique, que la paralysie de sa langue et la perte de la mémoire l'obligent bientôt à interrompre Ce majestueux empereur est sujet à une infirmité qui serait bien déplacée au milieu d'une cour attentive à se parfumer et à se lisser les ongles; il rend partout et involontairement l'urine et les matières fécales; je ne doute pas que son heureuse imagination ne transforme en manteau de pourpre la grande robe blanche dont on l'a revêtu. On le voit se promener la tête haute et le regard fier au milieu de son peuple de gâteux; si l'un d'eux l'aborde familièrement et la casquette sur la tête, il le découvre lui-même, et s'éloigne satisfait d'avoir donné une leçon de respect et de convenance. Depuis le moment de son arrivée jusqu'au jour de sa mort, X... montra la même ténacité dans son délire ambitieux; en vain la paralysie générale embarrassa sa langue, en vain la démence diminua l'énergie de sa pensée, il continua à répéter ses prétentions d'une voix cassée et chevrotante, et le 20 juin, jour qui termina cette lente décomposition, déjà le froid avait glacé ses extrémités, déjà le pouls était insensible, que sa langue faisait encore des efforts pour articuler les mots dont l'expression lui était devenue si familière.

Xavier était sans contredit un des plus intéressans malades de la division des aliénés; il avait non seulement le privilége de faire rire quelquefois jusqu'aux larmes, mais encore de provoquer une émotion pénible et douloureuse. Un jour nous avons été en proie à d'amères réflexions en voyant T. X. se donnant la main, tous deux n'ayant pas dépassé l'âge de 35 ans, et cependant tous deux arrivés à une décrépitude précoce; ils ressemblaient à deux enfans que leurs parens conduisent à la promenade, satisfaits et joyeux de marcher en compagnie, l'un dément et paralytique soutenant l'autre plus dément et plus paralytique encore; ils se regardaient avec une expression intelligente d'affection et de secours mutuel, et semblaient se comprendre. Les démens auraient-ils donc aussi leur langage? Oui, je le répète, il y a quelque chose d'amer dans ce triple assemblage et dans ce triple contraste de l'habitude extérieure de l'homme fait, de la décrépitude du vieillard et de la joyeuse insouciance de l'enfant. Il y a également matière à des réflexions psychologiques palpitantes d'intérêt dans le tableau d'un homme faible, débile, la figure exaltée par le bonheur le plus pur. Le bonheur et la paralysie générale associés, quel contre-sens! et cependant quelle vérité! Que les amis de l'humanité se consolent, il y a des gens véritablement heureux sur la terre; on en rencontre dans une maison de fous.

On n'a point oublié que nous avons établi deux variétés de la démence; l'une qu'on pourrait appeler maniaque, parce qu'elle succède presque toujours à cette maladie, et s'en rapproche beaucoup par le luxe désordonné du langage, la vivacité de la physionomie et l'activité musculaire; l'autre qu'on pourrait appeler paralytique, parce qu'elle se lie toujours à un affaiblissement de la motilité. Dans l'analyse de ces deux nuances, on trouve véritablement des différences assez tranchées pour justifier leur séparation dans la classification des maladies mentales, mais comme elles se confondent par l'impossibilité d'associer des idées de manière à former un ou plusieurs raisonnemens et par beaucoup d'autres points secondaires, nous croyons convenable de les envelopper dans la dénomination générique de démence, en ne négligeant point toutefois d'établir leur parallèle lorsqu'il deviendra nécessaire.

Tous les actes de l'entendement humain portent, chez le dément, le cachet de la rareté et de la faiblesse; il éprouve des idées, mais ou elles sont en petit nombre, ou elles se succèdent avec tant de rapidité qu'elles ne laissent aucune trace de leur passage. Lorsqu'elles sont peu nombreuses, elles ont entre elles une relation assez intime pour donner naissance à un jugement correct; l'opération intellectuelle se poursuit alors, il y a comparaison, puis raisonnement; mais toutes ces combinaisons de la pensée s'effectuent avec difficulté et incertitude; le dément hésite, consulte ses souvenirs avec défiance, les associe péniblement, et si on ne trouvait dans les traités de philosophie des divisions tranchées sur la marche que suit l'esprit humain pour former un raisonnement, il serait facile de les emprunter à l'examen des démens, tellement la lenteur que déploie la pensée dans sa manifestation est favorable à l'analyse. A quoi peut-on attribuer cet état de langueur du travail intellectuel? Est-ce à la faiblesse des sensations? Mais cette explication à peine applicable au raisonnement qui porte sur les sensations actuelles, est insuffisante pour celui qui a rapport à une époque où les sensations étaient exquises. Sera-ce à l'affaiblissement prononcé qu'a éprouvé la mémoire, ou bien à la difficulté que le dément rencontre à rattacher une idée au signe du langage qui lui correspond? Mais toutes ces explications ne donnent aucune solution satisfaisante, et nécessitent elles-mêmes de nouveaux développemens et de nouveaux appels à leur principe de causalité. L'impuissance du raisonnement, la faiblesse des sensations, la perte de la mémoire, la difficulté du langage sont autant d'anomalies solidaires entre elles, et se rattachant à la même cause, cause occulte jus-

qu'à ce jour, insaisissable, inappréciable dans son essence, et ne livrant que ses effets à l'examen et à l'analyse. Les organes des sensations sont, en général, bien conformés chez les démens; l'ouïe, la vision, l'odorat, le goût, le toucher ont faiblement perdu de leur finesse, et l'on peut même dire que dans quelques cas ils en ont acquis davantage; on s'explique ce résultat d'une manière assez satisfaisante en songeant que le dément n'étant point concentré ou préoccupé par un travail intellectuel, mais abandonné complètement au contact ou à l'impulsion des agens extérieurs, augmente la somme de ses relations avec eux et donne plus d'étendue à ses sens; mais, dans ce cas, l'éducation est uniquement matérielle, elle diffère essentiellement de cette perfection raisonnée de sens qu'on rencontre, par exemple, chez le peintre distingué et le musicien habile; il n'y a point cette réaction intellectuelle qui s'applique sur les objets, en analyse toutes les propriétés et y puise tous les élémens d'un raisonnement fertile en déductions; il voit et entend, mais sans se rendre compte volontairement de ses sensations; l'image et le son deviennent bientôt confus, et s'évanouissent sans laisser aucune trace de leur passage. Les démens parlent le plus souvent avec beaucoup de lenteur, et plusieurs causes plus ou moins probables semblent concourir à ce résultat; d'abord l'envahissement de la paralysie générale que nous ne tarderons pas à décrire, l'oubli des signes du langage destinés à représenter leurs idées, la difficulté du travail intellectuel et l'impuissance de la mémoire qui ne permet pas de saisir d'une manière durable la relation qui existe entre une demande et la réponse qu'elle a provoquée, et souvent entre le commencement et la fin de cette dernière. Aucune faculté intellectuelle ne ressent autant l'influence de la démence que la mémoire; elle présente chez tous les malades des degrés variables dans son affaiblissement, et chez quelques-uns des phénomènes d'une étrange singularité. Quelques démens ont tout oublié, nom, âge, famille, pays, habitation, profession, et parmi ces derniers les uns ne font aucune réponse aux questions de ce genre qu'on leur adresse, les autres donnent des renseignemens erronés et variables d'un instant à l'autre; ainsi le même individu se dit âgé de deux ans, de quatre ans, de trente ans, etc.; un autre, en parlant des événemens qui ont marqué dans son existence, mêle les dates de telle sorte que l'une contredit l'autre, et qu'un fait détruit un autre fait. L'habitude qui supplée en partie chez l'idiot à tout progrès intellectuel, ne devient pas même chez le dément un obstacle à l'affaiblissement de la mémoire; on voit des malades qui ne peuvent retrouver leur lit ou leur siége, qui oublient l'heure du repas, et dont tous les actes ont besoin d'une direction étrangère; d'autres ne se rappellent plus l'usage des objets les plus indispensables; c'est ainsi qu'un des démens que vous avez sous les yeux, porte à sa bouche le vase dans lequel il venait d'uriner. L'un d'eux, ancien cordonnier, interrogé sur son état, ne put l'indiquer qu'en montrant les chaussures de ceux qui l'entouraient; vous faisiez des souliers? lui demanda-t-on. Oui, répondit-il. Eh bien! comment nommez-vous ceux qui les fabriquent? Et le malheureux de faire des efforts inouis pour répondre à cette question sans y parvenir, et lorsqu'on prononça le mot cordonnier, de répéter avec joie, oui, oui, cordonnier. Cet homme nous rappelle l'observation recueillie par Pinel, d'un ancien notaire qui avait oublié son propre nom et celui de sa femme, et cependant se souvenait des objets qui avaient été relatifs à sa profession. On a observé communément que le souvenir des événemens arrivés long-temps avant la démence était plus vif que celui des faits plus récens, et que les connaissances acquises surtout par le secours des sens, s'évanouissaient moins complètement que celles qui avaient nécessité des recherches tout-à fait du domaine de l'intelligence. On a également lieu de constater la prédominance de quelques souvenirs sur les autres; ainsi on n'aborde jamais un de nos malades, fort amateur autrefois de spectacles, sans qu'il demande : êtes-vous allé aux Français? Avez-vous vu jouer le Mariage de Figaro, le Barbier de Séville, Tartuffe et le Malade Imaginaire? Et sans qu'il ajoute, que les prêtres n'aiment pas Tartuffe, et que le Malade imaginaire est une spirituelle critique dirigée contre les médecins. Quelques malades peuvent encore jouer avec habileté certains jeux, d'autres continuent à se livrer à une occupation favorite : on en voit qui lisent continuellement et peuvent se rendre immédiatement compte de leurs lectures; mais peu d'instans après tout est oublié, tout a été sacrifié au présent, comme si l'intellect avait la prescience des limites étroites imposées à l'avenir du dément. Tous les rapports de ce dernier avec le monde social ne sont pas toujours définitivement rompus; il distingue encore la beauté de la laideur, non point cette beauté et cette laideur morales qui ne peuvent être appréciées qu'à l'aide de la réflexion et par les personnes de goût, mais le beau et le laid vulgaire, celui qui tombe sous l'action immédiate des sens, tel qu'une infirmité physique, une peau blanche, un corps velu, une taille extraordinaire, un habit neuf, une camisole d'une grande blancheur, etc.; il conserve aussi quelques notions vagues sur le juste et l'injuste, et sur les positions sociales des personnes qui l'abordent; ainsi il montre du respect et de la docilité envers le médecin et se laisse diriger par l'infirmier auquel il est confié, direction d'autant plus nécessaire que son indifférence pour les besoins du présent et de l'avenir se prononce chaque jour davantage. Quelques-uns conservent une affection très-vive pour leurs parens et leurs amis, et reçoivent leurs visites avec de grandes démonstrations de joie, quelquefois même ils n'ont point oublié les devoirs qui leur sont imposés par les liens du sang, et nous avons vu l'un de nos démens solliciter chaque jour vivement sa sortie pour aller gagner de quoi nourrir sa vieille mère plongée dans une misère profonde. Toutefois cette sensibilité que n'a pu anéantir la démence, ne se rapporte plus qu'au passé, on ne voit pas le dément éprouver quelque sentiment de préférence pour l'un de ses compagnons d'infortune; il ne s'émeut point à la vue de leur agonie, et la mort peut frapper autour de lui sans qu'il témoigne la moindre pitié pour les autres, et le moindre retour sur lui-même. Cette infirmité qui dégradrait une intelligence saine est sans contredit une compensation à l'état d'abjection dans lequel se trouve l'être en démence; quel affreux supplice n'eût-il pas éprouvé en voyant la tombe insatiable choisir chaque jour autour de lui ses victimes, et menacer à chaque instant de l'engloutir lui-même? L'insouciance prend chez quelques-uns un caractère de gaîté semblable à celui qu'on observe dans la plus tendre enfance; l'un éprouve une joie bruyante lorsque l'infirmier le place entre ses jambes et le fait avancer comme un enfant auquel on apprend à marcher; l'autre répète avec satisfaction l'air qu'on fredonne près de lui; parmi ces derniers on distingue surtout un homme dont l'observation vous intéressera pas la jeunesse du sujet, l'invasion brusque du mal, et surtout par la folle gaîeté que nous venons de vous signaler.

CHAGRIN; INSOMNIE; DÉLIRE AMBITIEUX; DÉMENCE PARALYTIQUE; DÉCRÉPITUDE PRÉMATURÉE.

Obs. VIII.—Charles T..., âgé de 36 ans, sa taille est élancée et ses formes grêles; avant d'entrer à Bicêtre, il vivait de son état de menuisier et donnait en même temps quelques leçons d'escrime. Ses parens n'ont offert aucune trace de maladies cérébrales, et on affirme qu'il ne s'est jamais livré à aucun excès alcoolique ou vénérien, même durant plusieurs années de service dans un régiment de cavalerie légère, assertion qui ne mérite pas un grand degré de certitude; car on n'ignore pas que dans les régimens, les maîtres d'armes font le plus souvent un usage immodéré des boissons alcooliques. Rentré dans ses foyers avec des certificats honorables et un congé de maréchal des logis, T... reprit son ancienne profession de menuisier, se marie et montre une conduite fort régulière. Ayant manqué d'ouvrage durant l'hiver de 1835 à 1836, il en éprouva un si violent chagrin qu'il perdit le sommeil au commencement du mois de février, et après quelque temps d'insomnie présenta du désordre dans ses facultés intellectuelles. Il parlait constamment d'un voyage qu'il voulait faire à Nancy pour y visiter un de ses parens; en vain sa femme chercha à le retenir par la considération du mauvais état de ses finances, il persista dans sa résolution, et partit sans être muni d'argent ni de passeport. Arrêté comme vagabond aux environs de Paris le lendemain de son départ, il fut retenu en prison parce qu'il ne put donner aucun renseignement sur ses antécédens, et ce fut seulement quinze jours après que sa femme instruite de sa détention le réclame et le fit entrer à Bicêtre où il arriva le 13 mars 1836. Au moment de son arrivée sa figure était douce et calme; il montrait la plus grande indifférence pour tout ce qui se passait autour de lui dans son nouvel asile, et répondait avec difficulté quoique avec justesse aux questions qu'on lui posait avec adresse; toutefois on n'arrivait à ce résultat qu'après lui avoir présenté la même demande sous plusieurs faces. Les membres étaient bien conformés, mais grêles et maigres; ses mouvemens pleins de lenteur; d'ailleurs point d'hallucinations; pour un observateur superficiel, T... n'eût été qu'un convalescent d'une maladie ordinaire; mais le voile fut bientôt soulevé, son langage hyperbolique ne connut plus d'entraves; il se proclame le premier maître d'armes de France, dépeint sa femme comme la plus belle des créatures et ne compte que par millions et milliards. Un examen rigoureux ne permit bientôt plus de conserver le moindre doute, chaque jour il devint plus facile de constater l'affaiblissement de la mémoire; le peu d'énergie des sensations actuelles, et l'impossibilité de raisonner longuement sur les sensations passées. Cependant on ne pouvait se persuader que cet homme dans l'âge de la force et de la vigueur, ex-sous-officier de cavalerie, et reçu maître en une science qui demandait de l'agilité, fût dépouillé pour toujours de la pensée et du mouvement; on chercha à le stimuler et à le tonifier au physique et au moral par un exercice qui avait eu pour lui quelque charme; mais cet espoir eut peu de durée; à peine conserve-t il la force de se mettre en garde, et les parades de tierce et de quarte étaient les seules qui ne fussent pas effacées de sa mémoire. Chaque jour apporte un degré de plus à l'affaiblissement général de T...; bientôt il rendit involontairement l'urine et les fèces, et se livra à des extravagances qui avaient pour origine quelque souvenir de son ancienne profession; ainsi quelquefois il se croyait à une manœuvre de cavalerie, poussait le cri, *au galop*, et courait avec autant de vivacité que pouvaient le lui permettre ses jambes faibles et chancelantes. Aujourd'hui, cet homme arrive à sa 36e année, ressemble à un faible enfant qu'on amuse en le plaçant à cheval sur un bâton; la chose la moins importante le distrait vivement; c'est ainsi qu'ayant remarqué qu'un autre dément portait sur la poitrine une grande quantité de poils, il ne cessa d'en faire la remarque. Parions que je pleure, s'écrie-t-il de temps en temps, et aussitôt il contracte sa figure comme une personne qui verse des larmes; puis laisse échapper un grand éclat de rire. Si on lui donne des souliers neufs, un bonnet blanc, si on change sa camisole qu'il souille en rendant

sous lui ses excrémens, il parle constamment et avec joie de ses jolis petit souliers, de son joli petit bonnet, de sa jolie camisole, et sauterait de joie si la paralysie ne le fixait irrévocablement à la terre.

On comprend que, d'après les nombreux rapports qui existent entre le physique et le moral, des modifications aussi profondes ne peuvent s'établir dans l'intelligence sans retentir sur la nutrition. Durant l'invasion de la démence, et lorsqu'elle n'est point encore arrivée à son plus haut degré, il semble que l'activité des fonctions nutritives soit destinée à balancer l'apathie des facultés intellectuelles et morales; le malade a l'œil brillant, le regard vif, la face pleine et très-colorée, la graisse surcharge ses tissus, son appétit est excellent, mais il mange avec propreté et n'avale les alimens qu'après les avoir suffisamment mâchés; la digestion est facile; l'excrétion de l'urine et des fèces volontaire, la respiration libre et la circulation plus rapide, quoique cependant les battemens du pouls offrent moins de force et de plénitude, ce qui est d'ailleurs en rapport avec une remarque faite assez généralement chez les individus nerveux, dont le pouls perd en développement ce qu'il acquiert en fréquence. La chaleur de la peau est normale, et le sommeil très-prolongé.

Cette surabondance de vie est moins prononcée chez le dément maniaque que chez le dément paralytique; mais en revanche sa durée se prolonge chez le premier durant plusieurs années, tandis que chez le second elle est bornée à quelques mois. Après un temps variable chez l'un et l'autre, cette santé si florissante fait insensiblement place à des troubles aussi prononcés dans la nutrition que dans l'intelligence; l'œil devient terne et larmoyant, et la face très-pâle; les pupilles se dilatent, les traits s'affaissent, le mucus des fosses nasales est abondamment sécrété, et cette supersécrétion qui nécessite des soins de propreté dont le dément est incapable, le rend un objet de dégoût pour tout autre que le médecin; l'appétit s'est transformé en voracité; le sentiment de la réplétion n'existe plus; les alimens sont engloutis sans mastication préalable, et en si grande quantité qu'ils s'engagent tout à la fois dans le larynx et le pharynx, et ont ainsi déterminé plusieurs fois une asphyxie rapidement mortelle, malgré les secours les plus pressans et même l'opération de la trachéotomie. L'embonpoint est remplacé par une maigreur extrême; et comme la rétraction de la peau n'est point en proportion avec celle du tissu adipeux et l'atrophie musculaire, elle semble se détacher des tissus sous-jacens, et les parties molles contractent beaucoup de flaccidité.

Cet amaigrissement paraîtrait étonnant si l'on ne tenait compte que de la quantité des alimens, sans s'inquiéter de la manière dont la digestion s'effectue; mais en réfléchissant à la fréquence et au volume considérable des selles, on présume avec raison que toutes les combinaisons que traversent les substances alimentaires sont troublées dans leur essence, opinion que ne tardent pas à confirmer les maladies qui surgissent dans le tube intestinal. L'urine et les matières fécales sont rendues involontairement; la circulation s'effectue avec lenteur; le pouls, quelquefois si faible qu'on peut à peine l'apprécier, offre de 50 à 60 pulsations, et chez un grand nombre de démens, les artères donnent au toucher la sensation qu'elles fournissent dans la vieillesse, lorsqu'elles ont éprouvé un commencement d'ossification. La peau est habituellement sèche et très-froide; la sensibilité est diminuée, mais non pas anéantie; la coloration des parties exposées à la lumière est assez foncée chez quelques démens pour faire supposer qu'ils sont nés dans les régions équinoxiales; cela dépend de ce que, durant les grandes chaleurs, ils trouvent une sorte de volupté à s'étendre et à s'acroupir aux rayons du soleil. Cette insolation, lorsqu'elle n'est pas trop prolongée, peut avoir de grands avantages en tonifiant et en activant les fonctions des organes qui y sont exposés; mais il faut prendre garde que le soleil ne darde pas trop longtemps ses rayons sur la tête, car il détermine alors des congestions qui rendent la marche de la démence plus rapide. Le sommeil, quoique toujours prolongé, n'est plus réparateur, ce n'est pas ce sommeil si utile et salutaire à l'homme en santé, durant lequel la mémoire fournit dans les rêves les élémens d'une nouvelle existence; c'est une sorte de stupeur et de coma qui termine dignement le tableau du dément dans l'état de veille.

Pour compléter l'énumération des désordres physiques qu'entraîne après elle la démence, il nous reste à parler de ceux qui portent spécialement sur la motilité, et qu'on a désignés sous le nom de paralysie générale. Quoique nous plaçions cette dernière au nombre des symptômes de la démence qu'elle accompagne nécessairement, on doit bien se garder de croire qu'elle lui est toujours consécutive et qu'elle coïncide nécessairement avec elle; il arrive au contraire assez fréquemment qu'elle apparaît d'emblée chez un homme dont l'intelligence n'a point encore subi de désordres, et que ceux-ci ne se montrent que lorsque les caractères de la paralysie générale sont des plus évidens. Dans d'autres cas la démence et la paralysie générale naissent en même temps; on a même vu dans quelques circonstances rares celles-ci exister isolément et parcourir toutes ses périodes sans que les facultés intellectuelles aient presque rien perdu de leur énergie; c'est ce qui est arrivé à un jeune homme placé dans notre service, que les chagrins, les fatigues et l'inconduite ont poussé de bonne heure vers la paralysie générale. Ce malheureux, privé de l'usage de ses membres, couché sans cesse en supination, rendant involontairement l'urine et les matières fécales, comprend toute l'horreur de sa situation et se reproche sans cesse son infortune; pour lui la démence serait une heureuse complication, puisqu'elle mettrait fin à son repentir et l'arracherait aux angoisses de sa longue agonie. Cependant, comme la paralysie générale succède le plus ordinairement à la démence, la marche que nous avons suivie nous paraît la plus naturelle parce qu'elle nous fournit les moyens de constater les rapports qui existent entre l'affaiblissement de l'intelligence et celui de la motilité réunis chez les mêmes individus; et nous permet de simplifier ainsi notre cadre nosologique.

Quoique toutes les causes que nous avons assignées à la démence soient applicables à la paralysie générale à quelque époque qu'elle se manifeste, on a remarqué cependant que, lorsqu'elle précédait la démence, elle était plus spécialement soumise à quelques-unes d'entre elles. Ainsi les apoplectiques, les militaires retirés du service, les négocians qui ont quitté le commerce, les ouvriers qui ont remplacé un état qui exigeait un grand déploiement de force par un autre beaucoup moins pénible, tous ceux, en un mot, qui ont fait succéder brusquement une vie calme à une existence agitée et le repos à l'activité, présentent le plus souvent d'une manière primitive les symptômes de la paralysie générale.

Les femmes sont moins exposées à cette dernière que les hommes; d'abord parce que chez elles la démence est également moins fréquente, et peut-être parce qu'elles sont de beaucoup inférieures à l'homme sous le rapport des puissances de la motilité. Nous sommes loin d'attacher une grande importance à cette dernière explication; mais nous hésitons à la rejeter complètement, en nous rappelant que nous avons rangé la constitution athlétique parmi les causes prédisposantes de la démence et de la paralysie générale. Lorsque celles-ci surviennent ensemble, on a remarqué que les troubles intellectuels étaient moins intenses que ceux qui portaient sur la motilité, tandis qu'on observe une disposition inverse lorsqu'ils succèdent à une autre maladie mentale.

Si rien n'est facile comme le diagnostic de la paralysie générale lorsqu'elle a acquis son développement, il n'en est pas de même au début de cette maladie. D'abord l'articulation des sons est moins distincte, puis, après quelques jours ou bien quelques mois, les membres inférieurs supportent plus difficilement le tronc, enfin l'affection gagne les membres thoraciques, et la paralysie s'est généralisée. Cette marche existe-t-elle dans la nature ou seulement dans nos descriptions? et si elle existe dans la nature, est-elle réelle ou apparente? On peut répondre que la description est conforme à la marche sensible de la nature; mais il n'est point aussi facile de décider si les moyens d'observation ne nous trompent pas; car il pourrait bien se faire que l'envahissement de la langue par la paralysie ne fût d'abord apparente que parce que les mouvemens nécessaires au langage sont fort délicats; ce qui servirait à le prouver, c'est que, dans le principe, si on fait sortir la langue de la bouche, on n'aperçoit aucune déviation ni aucun tremblement. Une observation qui militerait encore en faveur de la généralisation primitive de la paralysie, c'est que la faiblesse musculaire doit naturellement se manifester moins rapidement dans les membres supérieurs que dans les inférieurs destinés à supporter le poids du corps. A mesure que la paralysie fait des progrès, elle se manifeste davantage dans les points primitivement envahis; le malade balbutie; ses jambes chancelantes cèdent sous le poids de son corps; il conserve difficilement sa base de sustentation, et ses mains serrent faiblement les objets, malgré des efforts visibles. Bientôt l'affection se prononce à tel point, qu'il est difficile de remarquer une différence dans l'intensité des désordres suivant les régions; la parole n'est plus qu'un bredouillement; la pression des mains est à peine sensible; les mouvemens manquent de précision; la station verticale est impossible, et le paralytique est obligé de demeurer constamment assis ou couché. C'est alors que, par suite du décubitus prolongé en supination, on voit se manifester au sacrum, aux tubérosités ischiatiques et aux talons, de larges et profondes escarres gangréneuses dues tout à la fois à la compression durable des parties et à l'atonie générale. Ce résultat est très-remarquable chez l'un de nos malades âgé de 30 ans environ, homme d'une taille remarquable, renommé autrefois pour sa force herculéenne, et que des excès vénériens et alcooliques ont conduit à une décrépitude précoce. On serait dans une grande erreur, si

on croyait que la paralysie porte seulement sur la langue et les membres : non-seulement les grands muscles du tronc se paralysent et contribuent à augmenter les difficultés de la station verticale, mais encore les muscles qui se trouvent sur les limites des deux os, ne se contractent qu'imparfaitement; et c'est en partie à cette cause qu'on doit attribuer la distension de la vessie par l'urine, l'excrétion involontaire des matières fécales et quelquefois le passage des alimens dans le larynx. Qu'on se garde bien toutefois d'attribuer entièrement ces phénomènes au peu d'énergie de la contractilité musculaire, car la diminution de la sensibilité joue également ici un rôle important; c'est par elle qu'on explique comment des paralytiques dont la vessie fait saillie à l'épigastre et ne laisse échapper l'urine que par regorgement, n'éprouvent cependant aucune douleur; comment ils ne s'aperçoivent pas qu'ils viennent de rendre sous eux les matières fécales, et ne sont pas avertis de la difficulté que le bol alimentaire éprouve à franchir le pharynx.

La paralysie générale ne conserve pas toujours les mêmes caractères et la même intensité non-seulement chez le même individu, mais encore dans les diverses régions de ce dernier; on la voit quelquefois diminuer momentanément dans une moitié du corps, et se prononcer davantage du côté opposé; puis abandonner ce dernier pour envahir de nouveau avec plus de force le côté qu'elle avait d'abord déserté; on la voit éprouver une rémission générale et inespérée, sans qu'on puisse deviner la cause d'un changement qui prolonge la vie d'un individu voué auparavant à une mort très-prochaine. Ces rémissions et ces exaspérations sont principalement subordonnées à l'existence et à la cessation de violentes congestions cérébrales qu'on doit s'attacher à prévenir parce qu'elles ont pour effet de provoquer de l'agitation maniaque et d'accélérer la marche de la paralysie générale. Lorsque la démence et la paralysie générale ont fait des progrès notables, le diagnostic n'offre aucune difficulté; mais il n'en est pas de même si cette affection ne paraît avoir encore altéré que l'articulation des sons, si le mal est longtemps stationnaire, si la faiblesse intellectuelle est peu prononcée; si le malade placé alors dans une position nouvelle pour lui; c'est ce qui est arrivé à l'occasion du malade suivant, dont l'affection parut éprouver une rémission passagère lors de son entrée à Bicêtre.

DÉMENCE MANIAQUE; AMÉLIORATION APPARENTE; PARALYSIE MENAÇANTE.

Obs. IX. — R..., âgé de 40 ans, fabricant de parapluies, né de parens sains, marié, avait une conduite régulière, et se faisait remarquer par son amour pour le travail, son économie et sa sobriété, lorsqu'il y a dix-huit mois, on observa dans son caractère de profondes modifications. Il s'imagina brusquement être possesseur de sommes considérables, se mit à dépenser follement son argent, et s'irrita contre sa femme lorsqu'elle tenta de l'arrêter dans ses dépenses désordonnées. Sa sobriété fit place à un usage immodéré des boissons alcooliques; à son goût pour une vie calme et sedentaire succeda un besoin excessif d'agitation et de mouvement; il voulait voyager, parcourir le monde, et un jour il disparut pour faire le tour du globe. Sa femme inquiète fit de nombreuses recherches, et parvint à le retrouver dans un état de denuement excessif et d'abattement extrême; ses vêtemens étaient en lambeaux, et différaient de ceux qu'il portait lors de sa disparition; il est probable que dans un moment de détresse, il avait troqué ses habits contre de méchantes guenilles. Comme son désir de voyager n'avait rien perdu de sa force, et qu'il parlait toujours avec le même sang-froid de ses immenses capitaux, ses amis songèrent à le faire placer dans une maison de santé; et pour se précautionner contre la lutte qu'il fallait engager avec lui, ils l'attirèrent dans un corps-de-garde où il fut arrêté et de là conduit à Bicêtre.

R... est d'une taille médiocre, mais fortement constitué; plusieurs fois il a fait des tentatives d'évasion qui ont nécessité son passage dans une partie de la division où la garde est plus sévère; ses mouvemens offrent de la lenteur, mais les contractions musculaires sont encore énergiques, la sensibilité cutanée est vive; les organes des sens bien conformés, les sensations vives; la mémoire exacte; la parole traînante, et les opérations intellectuelles peu rapides. Lors de son arrivée, il était calme, souriant de pitié à la vue des extravagances de quelques autres aliénés, et fournissait sur les événemens qui l'avaient conduit à Bicêtre des renseignemens empreints d'exagérations, mais auxquels sa parole calme imprimait le cachet de la vérité. Ainsi il racontait qu'en sortant du spectacle, il était entré dans un corps-de-garde pour allumer sa pipe, et que le chef du poste l'ayant repoussé, et lui ayant fait observer qu'un corps-de-garde n'était point un estaminet, il avait riposté avec une pièce de bois de chauffage qu'il trouva sous sa main, et avait mis dix gardes nationaux hors de combat, avant qu'on pût se rendre maître de lui. La bonhomie avec laquelle il donna ces renseignemens, le fit considérer comme la victime d'une méprise par quelques personnes peu exercées au diagnostic des maladies mentales; mais elles ne tardèrent pas à revenir de leur erreur, lorsqu'il porta son exagération sur un autre terrain; il annonça qu'il avait une fortune immense, qu'il allait charger plusieurs navires pour se livrer au commerce maritime; avant de partir il doit donner un repas chez Desnoyez et répand à profusion les invitations. Toutes les fois qu'on le rencontre, il demande sa sortie avec instance pour se rendre à la foire de Beaucaire avant son grand voyage aux Indes. Sa langue offre déjà une hésitation très-manifeste; ses jambes sont faibles, mais supportent encore facilement le poids du corps; ses bras se remuent avec une lenteur dans laquelle on démêle plus que de la faiblesse; déjà on entrevoit un manque de précision, et dans tout son être, je ne sais quoi d'indéfinissable qui déjà renferme pour l'observateur exercé tous les élémens de la paralysie générale.

TERMINAISONS ET TRAITEMENT.

Deux ordres de complications peuvent survenir dans la démence et paralysie générale, l'un qui se rapporte à l'intelligence consiste dans la manie, la monomanie et les hallucinations; l'autre qui a trait aux mouvemens, renferme l'épilepsie et les convulsions épileptiformes. Ces deux genres de complication sont extrêmement fâcheux, parce qu'ils sont provoqués ou activés le plus ordinairement par les congestions cérébrales dont nous avons déjà signalé la funeste influence, et perpétuent ces dernières à leur tour, rendent ainsi les désordres plus graves.

Nous ne répéterons pas ce que nous avons dit à l'occasion de l'idiotie, sur la nature des maladies qui se montrent chez les êtres à intelligence très-affaiblie ou nulle; la connaissance des symptômes de la démence et paralysie générale doit déjà faire préjuger que l'atonie est le caractère dominant des affections qui la compliquent. Le dément et paralytique général succombe rarement à des accidens cérébraux immédiats; presque toujours sa mort reconnaît pour causes dernières le scorbut, la dysentérie, les inflammations chroniques des intestins, la pleuro-pneumonie et quelquefois la gangrène du poumon. Cette dernière n'est point très-rare, presque toujours méconnue durant la vie parce qu'elle n'ajoute rien à la prostration et à la fétidité du malade; on la constate facilement après la mort à l'aide des caractères physiques qui ne permettent pas de la confondre avec une autre altération; nous en avons observé deux cas remarquables: dans l'un la gangrène n'avait déterminé qu'un pneumo-thorax; dans l'autre le tissu du poumon sphacélé et détruit offrait une ouverture qui communiquait largement avec une des divisions principales de l'artère pulmonaire et quelques tuyaux bronchiques, et avait déterminé dans la cavité de la plèvre une hémorrhagie considérable avec pneumo-thorax. A quoi faut-il attribuer la fréquence de cette gangrène? Sera-t-on disposé à la considérer avec M. Foville, comme le résultat du transport dans le poumon d'une partie des sues putrides qui pénètrent les escarres du siége, des talons et des tubérosités ischiatiques? Rangera-t-on avec M. Guislain la débilité générale au nombre de ses principales causes? ou bien fera-t-on jouer le rôle essentiel à l'absorption par les voies respiratoires des gaz qui corrompent l'air au milieu duquel séjourne le dément et paralytique général? Nous pensons que les divers modes d'absorption ainsi que la débilité générale doivent être pris en considération, et qu'on aurait tort d'attacher à l'une de ces explications une importance exclusive.

Si les maladies dans lesquelles la chute des forces et l'abolition de la pensée ne sont que momentanées, offre néanmoins tant de gravité, que sera-ce donc de la démence et paralysie générale, dont les désordres sont destinés à se perpétuer jusqu'à ce que la mort vienne y mettre un terme. Il est peu de questions dans l'histoire des maladies mentales où l'opinion soit plus unanime que sur celle de l'incurabilité de la maladie qui nous occupe; observez la nature, étudiez les auteurs qui ont dirigé leur attention sur ce point, et partout vous trouverez les preuves de cette affligeante certitude. M. Royer-Colard, pendant une pratique de vingt années, n'a pas vu guérir un seul paralytique général. M. Esquirol n'a obtenu qu'un très-petit nombre de guérisons; M. Calmel n'en possède que deux exemples, et nous n'en comptons nous-même que deux ou trois cas bien tranchés; l'un, très-récent, concerne un jeune homme dont la démence et paralysie générale étaient consécutives à l'asphyxie par le charbon; l'autre est relatif à un gendarme qui, en juillet 1830, éprouva un tel chagrin d'avoir ébargé sur ses concitoyens, qu'il tomba rapidement en démence et paralysie générale; cet état fut combattu par les purgatifs et surtout par les aloétiques afin de reproduire des hémorroïdes qui s'étaient supprimés, et nous eûmes le bonheur d'obtenir une guérison complète. Si on remonte à une époque assez reculée, époque à laquelle le traitement des maladies mentales était abandonné à des empiriques et ne reposait pas sur des bases saines et rationnelles, et lorsque les aliénés n'avaient pour tout asile que des prisons dont le régime de fer contribuait à aggraver leur état, on comprend cette incurabilité; mais aujourd'hui qu'il existe de nombreuses maisons particulières où le zèle, le talent et le vrai savoir se réunissent pour rendre à un malheureux la raison qu'il est menacé de perdre irrévocablement, aujourd'hui que chez toutes les nations civilisées on substitue, autant que possible, l'hôpital à la prison, et que les gouvernemens dirigent leur attention sur ce point, on se rend difficilement compte du grand nombre d'aliénés incurables. Néanmoins pour que cette évaluation soit rigoureuse, il importe de ne pas perdre de vue deux circonstances qui doivent contribuer à rendre le nombres des aliénés plus considérable, c'est d'une part l'augmentation rapide de la population, et, d'autre part, les progrès de la civilisation, qui, en perfectionnant les arts et les sciences et en éclairant les masses, développe et active les passions dévorantes qui ont une si grande influence sur la production des maladies mentales. Le peu de

succès du traitement dans la démence et paralysie générale confirmée, doit engager le médecin à ne rien négliger pour retarder cette funeste terminaison. La thérapeutique variera suivant la cause de l'affection, la constitution des malades et l'intensité des symptômes ; si la démence et paralysie générale est encore à son début, si elle reconnaît pour cause de fréquentes congestions, et si le malade est fort et pléthorique, on aura recours à la saignée du bras, du pied, et de la jugulaire, à l'application de sangsues aux apophyses mastoïdes, aux bains de pied sinapisés et à de légers purgatifs; la faiblesse est-elle au contraire très-grande, la maladie reconnaît-elle des causes débilitantes ? Un régime tonique, des exutoires sur la tête, la nuque et la colonne vertébrale ; des purgatifs violens présenteront alors de grands avantages. A-t-on à combattre une démence et paralysie générale placée sous l'influence de quelques causes spéciales, comme la suppression d'un épistaxis, celle des hémorroïdes, des règles et des lochies, c'est à rappeler ces dernières qu'on doit surtout mettre ses soins. La démence et paralysie générale est-elle des plus avancées, les facultés morales et intellectuelles sont-elles presque nulles, le décubitus en supination est-il devenu nécessaire ? Le médecin ne doit point encore se rebuter, et proportionnant l'énergie du traitement à l'intensité du mal, il ébranlera le malade par les drastiques les plus violens et surtout l'huile de croton tiglium, par les exutoires multipliés autour de l'axe cérébro-rachidien, et il soutiendra ses forces à l'aide d'un vin généreux et d'une nourriture succulente. C'est à l'aide de ces moyens qu'on obtenu fréquemment la rémission des symptômes, et qu'on a pu rendre la condition du sujet moins déplorable ; lors même qu'on n'attendrait que ce résultat, on devrait se féliciter de l'avoir obtenu, et y trouver un encouragement à tenter de nouveaux efforts à l'égard des autres malades. Mais quelle sera la joie du médecin s'il peut opérer une cure complète ? quelle satisfaction n'éprouvera-t-il pas d'avoir fait son devoir, sans se laisser décourager par de nombreux insuccès, et de s'être rendu digne de la noble mission que lui a confiée l'humanité. Persévérons-donc dans des efforts qui peut être, nous mettront sur la voie d'une thérapeutique plus efficace, ne désespérons d'un malade que lorsque nous serons pleinement convaincus de son incurabilité, et alors donnons une autre direction à notre sollicitude, qui ne lui est pas devenue moins nécessaire ; entourons-le de soins hygiéniques, que son linge soit sec et fréquemment changé, qu'on ne le laisse pas croupir au milieu de ses excrémens, qu'il soit lavé fréquemment, qu'on s'assure si la vessie n'est pas distendue par l'urine, qu'on varie sa position dans le lit et qu'on le place de temps en temps dans un fauteuil pour prévenir la formation des escarres ; qu'on ait soin d'écarter le plus possible du plan sur lequel il repose, et qu'on recouvre de diachylon gommé les points que frappe communément la gangrène ; si, malgré ces précautions, la mortification s'empare des parties molles qui recouvrent le sacrum, etc., on doit panser avec l'onguent styrax et la poudre de quinquina, faire des lotions avec l'eau chlorurée et rapprocher les pansemens. On aura soin de renouveler l'air des salles, on surveillera le malade durant ses repas pour prévenir les effets funestes de sa voracité, et c'est par un dévouement aussi soutenu qu'on parviendra à le préserver de toute douleur et à diminuer le spectacle terrible de ses derniers momens.

La durée de la vie dans le cas de démence simple est plus longue que dans le cas de démence compliquée de paralysie générale ; dans cette dernière il est fort rare que la maladie se prolonge jusqu'à la fin de la troisième ou quatrième année ; la mort survient presque toujours avant cette époque, et si l'on tient compte du grand nombre de démens et de paralytiques qui encombrent les maisons d'aliénés, du renouvellement rapide de leur population et de leur excessive mortalité, on est porté à croire qu'il devient facile de puiser dans de nombreuses autopsies des notions positives sur la nature et le siége de la démence et paralysie générale. Mais comme la démence est rarement isolée de la paralysie générale, il en résulte qu'on doit facilement confondre les altérations que provoque cette double lésion de la pensée et des mouvemens ; aussi n'est-on point encore arrivé à indiquer d'une manière précise la part d'anatomie pathologique que chacune d'elles réclame, et serons-nous obligés de les énumérer sans pouvoir faire ressortir leur importance exclusive.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Le cuir chevelu offre une épaisseur variable ; son état d'humidité et de sécheresse présente aussi beaucoup de variétés, et l'on ne peut également rien conclure du plus ou moins de facilité qu'on éprouve à le détacher de la calotte osseuse. Le crâne est rarement symétrique ; son épaisseur est habituellement prononcée ; mais on ne trouve pas la même constance dans sa densité, tantôt compacte ou spongieux, sec ou abreuvé de sang ; il cède ou se brise en éclats sous le choc du marteau. Sa surface interne est communément lisse, quelquefois elle est rendue inégale par de petites saillies stalactiformes, ou par des cavités creusées dans son épaisseur par les glandes de Pacchioni. La dure-mère est dans quelques cas assez adhérente aux os du crâne pour qu'on ne puisse l'en détacher, et qu'on soit obligé de l'inciser circulairement pour arriver à mettre à nu les autres membranes et le cerveau. Dans les cas nombreux où nous avons pu lui conserver sa forme et ses rapports, naturels, on a trouvé quelquefois que sa capacité était trop vaste pour les organes qu'elle renfermait ; elle flottait alors sur le cerveau ou formait des plis prononcés, surtout dans sa portion correspondante aux lobes antérieurs ; elle était au contraire fortement distendue, lorsque l'arachnoïde contenait une grande quantité de sang ou de sérosité, et lorsque le cerveau était hypertrophié comme chez les épileptiques. La cavité de l'arachnoïde renfermait de quatre à six onces de sérosité ; nous y avons rencontré plusieurs fois tantôt un seul kyste, recouvrant un hémisphère ou se prolongeant sur celui du côté opposé en passant sous la faux, tantôt deux kystes, un pour chaque hémisphère ; ces kystes ont une étendue variable, ils dépassent rarement la petite circonférence de la tente du cervelet ; leur surface adhère aux feuillets pariétal et viscéral de l'arachnoïde, mais on les détache facilement à l'aide d'une traction légère, et dans cette opération on voit se rompre de petits cordages qui établissaient l'union des kyste avec la surface arachnoïdienne, lorsqu'on les a ouvert largement et étalés, on trouve que leur face interne offre la plus grande analogie avec la surface externe du placenta, et qu'ils renferment tout à la fois de la sérosité sanguinolente, des masses fibrineuses, et des portions de sang dont l'organisation se décèle par une sorte de feutrage. Les parois de ces kystes se déchirent facilement ; leur épaisseur varie dans différens points de leur étendue, elles peuvent quelquefois être séparées à l'aide de légères tractions en plusieurs lames membraneuses offrant chacune une grande ressemblance avec certains points de la circonférence du kyste, transparente comme eux, ayant beaucoup d'analogie avec une membrane séreuse, et parcourues par de nombreuses ramifications vasculaires. Sur la surface interne du feuillet arachnoïdien qui recouvre la dure-mère, on remarque assez fréquemment de petites plaques sanguinolentes de forme et d'étendue variables ; si on vient à les gratter avec la lame d'un scalpel, tantôt elles restent intimement fixées aux tissus sous-jacens, ou bien on les soulève sous la forme de pellicules membraneuses, offrant un commencement d'organisation. Le feuillet arachnoïdien qui se trouve en contact avec la pie-mère est plus épais et moins transparent que dans l'état normal ; cette opacité et cette épaisseur paraissent dépendre tout à la fois d'un mouvement nutritif intérieur et de l'exhalation sur la face viscérale de couches albumineuses qui s'organisent plus tard et s'unissent d'une manière intime à l'arachnoïde, ce qui rend cette explication probable, c'est qu'on remarque sur cette surface de petits reliefs blanchâtres, dont la forme, l'étendue et la saillie présentent de nombreuses variétés. Ce mode d'altération n'existe pas au même degré sur toutes les parties du cerveau ; celles qui le présentent de la manière la plus prononcée, sont la scissure de Sylvius, les côtes de la grande scissure du cerveau, et la face inférieure du plancher du ventricule moyen. L'arachnoïde adhère assez intimement à la pie-mère sur les circonvolutions pour qu'on ne puisse les séparer qu'avec difficulté, et en déterminant des déchirures sur l'une ou l'autre de ces membranes ; aussi lorsqu'on cherche à dépouiller le cerveau de ces dernières, la pie-mère et l'arachnoïde s'enlèvent elles simultanément, et ne prend-on une idée exacte des propriétés physiques de cette dernière qu'en l'examinant dans l'intervalle des circonvolutions au moment où elle se détache de la pie-mère qui va tapisser les anfractuosités. Dans les mailles de la pie-mère et surtout au niveau de l'intervalle des circonvolutions, on trouve une grande quantité de sérosité transparente et d'un aspect gélatineux ; si on vient alors à piquer ou à déchirer les membranes dans plusieurs points, cette sérosité s'écoule en grande partie, et les membranes s'affaissent ; dans quelques cas ce liquide est moins abondant, et sur plusieurs points des hémisphères existent des plaques rougeâtres qu'on croirait appartenir complétement au cerveau, et qui, cependant, en sont indépendantes, puisqu'on peut les faire varier de siége par la simple pression du doigt ; ces plaques dépendent de l'exaltation d'une certaine quantité de sérosité sanguinolente, et dans quelques circonstances se lient au ramollissement et à la rougeur de la portion correspondante du cerveau. A quelle époque doit-on faire remonter l'apparition de ce liquide dans les mailles de la pie-mère ? Y a-t-il été déposé primitivement, et par la compression qu'il exerçait sur le cerveau a-t-il déterminé son atrophie ou troublé ses fonctions, ou bien celui-ci a-t-il éprouvé primitivement et d'une manière spontanée une diminution de volume, et la sérosité n'a-t-elle été déposée à sa surface que pour combler un vide que la boîte osseuse ne pouvait effacer assez rapidement,

par l'écartement de ses deux tables? Chacune de ces deux opinions a rallié de nombreux partisans qui, selon moi, ont eu le tort d'être trop exclusifs. On sait qu'en physiologie comme en pathologie les mêmes causes n'engendrent pas toujours les mêmes effets, et que la nature ne s'asservit pas constamment aux mêmes moyens pour arriver à son but; pourquoi donc récuser ces principes dans l'appréciation des désordres primitifs de la démence?

Si l'on observe l'état habituel des membranes chez les vieillards et chez un grand nombre de malades qui ont succombé à une méningite aiguë, on trouve dans les deux cas une infiltration très-prononcée de la pie-mère, coïncidant de plus avec une diminution de volume du cerveau chez les vieillards. Dans le premier cas il paraît naturel de conclure que le cerveau a diminué de volume sous l'influence de modifications nutritives, et qu'alors la sérosité s'est amassée dans les mailles de la pie-mère pour y faire disparaître le vide qui résultait du retrait du cerveau; dans le second, il semble rationnel de considérer l'accumulation de sérosité comme primitive. Si on rapproche maintenant ces deux états de ce qui a lieu dans la démence et la paralysie générale, on est fondé à admettre par analogie que la sérosité a précédé toute diminution de volume dans le cas où l'invasion a été brusque et la marche de la maladie rapide, et qu'au contraire son accumulation n'a été qu'un phénomène secondaire lorsque l'affection n'a paru et ne s'est développée qu'avec lenteur. La pie-mère offre, sur les côtés de la grande scissure du cerveau et dans la partie la plus élevée de cet organe, une végétation remarquable des glandes de Pacchioni; elles atteignent et dépassent quelquefois le volume d'un pois, font une trouée dans l'arachnoïde et la dure-mère, et se logent dans de profondes excavations qu'elles creusent sur la face interne du crâne. La pie-mère adhère presque toujours à la substance grise des circonvolutions dans un grand nombre de régions du cerveau, telles que la face interne des hémisphères, le long des cornes d'Ammon, les côtés de la grande scissure et toute l'étendue des lobes antérieurs du cerveau; c'est dans l'intervalle de ces adhérences que reflue la sérosité dont nous avons parlé, et qu'on remarque la dilatation des vaisseaux qui serpentent au niveau des anfractuosités et fournissent la preuve des troubles qu'a éprouvés la circulation encéphalique. Lorsqu'on cherche à séparer la pie-mère du cerveau, on n'arrive à ce résultat qu'en entraînant avec elle une couche de substance grise de l'épaisseur d'une ligne, et on peut constater alors que cette érosion correspond seulement aux circonvolutions, et que ce n'est que dans des cas très-rares et considérés comme exceptionnels qu'elle a lieu au fond des anfractuosités. Soit qu'on examine la face interne de la pie-mère ou la surface des circonvolutions au niveau des points primitivement adhérens, on trouve une surface granuleuse en relief sur la membrane, creusée et taillée à pic sur la circonvolution, et le plus souvent ponctuée en rouge sur l'une et l'autre. Cette dénudation offre toujours la même profondeur, et, chose remarquable, on peut la produire artificiellement sur quelques points où l'adhérence n'existait pas, en soulevant avec la pointe du bistouri une sorte d'écorce cérébrale; et ce résultat est d'autant plus aisément obtenu, que la portion de substance grise sur laquelle on agit est plus rouge et plus enflammée. On se rend assez facilement compte des adhérences de la pie-mère et de la substance grise, en songeant que l'une ne peut s'enflammer sans l'autre, et que la turgescence qu'elles éprouvent, en tendant encore plus intime leur juste position, est une condition favorable à leur réunion réciproque. Rien n'est variable comme la coloration de la substance grise. Si l'affection a parcouru ses périodes d'une manière lente et insensible, on trouve cette substance uniformément pâle dans toute son épaisseur, et se rapprochant beaucoup de la coloration de la substance blanche; mais si la maladie a présenté des rémissions et exacerbations nombreuses, si elle a été fréquemment aggravée par des congestions survenues principalement dans les derniers temps de la vie, alors la substance corticale a subi des modifications notables dans sa couleur qui varie depuis le rose jusqu'au lie de vin, et offre suivant les individus toutes les nuances qui séparent ces degrés extrêmes. Cette couleur n'est point le résultat de l'imbibition, mais celui d'une combinaison nutritive; pour qu'il fût possible de faire jouer ici un rôle à l'imbibition, il faudrait que la périphérie du cerveau se trouvât toujours en contact avec un liquide sanguinolent, que sa partie la plus excentrique fût la plus colorée, et qu'elle le devînt moins à mesure qu'on se rapproche de la substance blanche. Or, de semblables conditions sont complétement opposées à ce qu'on remarque dans la plupart des autopsies; la sérosité est habituellement citrine; ce n'est que dans des cas très rares qu'on observe des plaques sanguinolentes dont on peut faire varier le siége en les refoulant avec le doigt, mais qui, primitivement, correspondaient à des points du cerveau réunissant au plus haut degré tous les caractères de l'inflammation. La substance grise est quelquefois uniformément colorée dans toute son épaisseur; d'autres fois sa rougeur est plus intense superficiellement et finit d'une manière brusque; dans quelques cas c'est dans la portion la plus voisine de la substance blanche qu'on rencontre la couleur la plus foncée, et sa ligne de démarcation avec le reste de la substance grise est tracée par un petit filet blanc très-manifeste. Combien les phénomènes de l'imbibition sont différens! avec quelle facilité on peut les apprécier, lorsqu'on rencontre, par exemple, dans la cavité arachnoïdienne, les kystes sanguins dont nous avons parlé! La pie-mère et la surface cérébrale ont alors une teinte jaune très-prononcée, et à mesure qu'on pénètre dans l'épaisseur du cerveau, on voit cette couleur s'affaiblir par des dégradations insensibles avant de disparaître complétement. La consistance de la substance grise est variable; lorsqu'une forte compression a été exercée, sa densité est très-grande, mais dans le cas contraire le ramollissement est manifeste dans les points les plus enflammés, comme aux lobes antérieurs, sur la partie antérieure de la grande circonvolution du corps calleux, et sur celle de la corne d'Ammon. En râclant avec un bistouri et une pression faible et toujours égale, on arrive rapidement à dénuder la substance blanche sans parvenir à l'entraîner, à moins qu'on n'emploie une pression plus forte; la substance grise est alors réduite en une véritable bouillie sur laquelle l'eau tombe et filtre sans désassocier les molécules cérébrales. Si on fait rouler un filet d'eau sur la surface granuleuse qui résulte de la séparation forcée de la pie-mère, l'eau ne pénètre pas, s'écoule en nappe, et on voit se dresser de petites houppes mobiles formées par la substance grise. Pour se former une idée exacte de la coloration de cette substance enflammée, il est important d'examiner le cerveau aussitôt qu'il a été dépouillé de ses membranes, parce que le contact de l'air déterminant une rougeur plus intense, il en résulte des marbrures très-apparentes qui indiquent à la vérité dans quelle proportion les diverses régions de la surface cérébrale sont enflammées, mais en même temps induisent en erreur sur l'intensité réelle de cette inflammation. Cet effet n'a point lieu dans certains cas où les adhérences de la pie-mère sont très-rares, et la couleur de la substance grise plus pâle que dans l'état normal; mais il se produit fréquemment dans la substance blanche si la congestion a été très-forte dans les derniers instans de la vie. Chez quelques démens et paralytiques on a observé des altérations singulières sur les circonvolutions; tantôt celles-ci offrent une ou plusieurs atrophies de 5 à 6 lignes d'étendue, éparses à la face supérieure du cerveau; tantôt l'atrophie portait sur une ou plusieurs circonvolutions dans l'étendue de plusieurs pouces; en même temps celles-ci avaient contracté une consistance presque cornée et une teinte jaunâtre. Sur un cerveau nous avons trouvé ces désordres portant sur une des circonvolutions antérieures et embarrassant le lobe frontal dans une étendue de 3 pouces; la circonvolution altérée était divisée en deux petites lames jusqu'à une profondeur de 2 lignes, et dans un pouce de sa longueur environ. Nous avons rencontré quelquefois une petite portion de circonvolution transformée en une coque pleine de sérosité et à parois denses et jaunâtres, ou bien encore un kyste séreux développé à la surface du cerveau, logé dans une anfractuosité et ayant pénétré, dans un cas, jusqu'au corps strié. Chez un malade qui nous avait présenté de la contracture, existait un ramollissement caséiforme dont le plus grand diamètre en surface était d'un pouce et demi, et qui pénétrait à 5 lignes de profondeur. Chez un autre qui avait offert durant un mois des alternatives de résolution et de contracture dans une moitié du corps, on trouve sur la partie supérieure de l'hémisphère du côté opposé une plaque noirâtre, longue d'un pouce et confondue avec la pie-mère; cette membrane ne put être enlevée sans entraîner avec elle une portion de la substance cérébrale altérée; au-dessous, le cerveau avait la consistance d'une bouillie peu épaisse, et sa couleur noirâtre s'éteignait insensiblement en passant par le noir-jaune, le jaune, le jaune clair, et pénétrant dans la substance blanche, ne recouvrait sa coloration normale qu'à 3 ou 4 lignes de profondeur. Plusieurs fois nous avons senti, en palpant la surface du cerveau, une résistance anormale dans quelques points très-circonscrits; et en continuant nos recherches, nous avons découvert et soulevé de petites masses squirrheuses situées superficiellement et reposant sur un tissu plus rouge et plus ramolli que les autres régions du cerveau. La consistance absolue de cet organe est en général faible; si on le fait alors reposer sur un plan uni sans soutiens latéraux, le corps calleux et la voûte à trois piliers se déchirent par la seule traction spontanée des hémisphères qui s'affaissent eux-mêmes. Cet état, qui coïncide presque constamment avec une abondante sérosité contenue dans les ventricules latéraux, et la pâleur de la substance blanche se montre dans le plus grand nombre des cas où la démence et la paralysie générale sont consécutives à l'apoplexie; alors se présentent dans diverses régions de l'encéphale, mais surtout dans les corps striés, des kystes apoplectiques, à tissu feutré et semblable à de

l'agaric préparée, pénétrés d'une sérosité diffuse ou circonscrivant une cavité dans laquelle elle est accumulée. Ces cicatrices doivent être distinguées de petites cavités disséminées souvent en grand nombre dans la substance blanche et surtout dans les corps striés; ces dernières ne renferment pas de sérosité; leurs parois sont denses, mais non membraneuses; elles semblent résulter d'une raréfaction partielle du tissu cérébral, et coïncident avec son induration. La mollesse du cerveau est quelquefois tellement prononcée, qu'il tremblote comme une masse gélatineuse. Ce phénomène nous a été offert par un dément et paralytique général dont la mort fut précédée d'une prostration très-marquée durant plusieurs jours; de plus, le cerveau avait une teinte verdâtre et exhalait une odeur marécageuse des plus prononcées. La substance blanche présente-t-elle au contraire de la densité, comme cela a lieu dans le plus petit nombre des cas; tantôt la coupe qu'on pratique sur elle est très ponctuée de sang, et alors une congestion cérébrale ou une vive inflammation du cerveau ont précédé la mort; tantôt elle se montre exsangue sous l'influence d'une forte compression exercée durant la vie.

Nous possédons les résultats d'une autopsie dans laquelle l'hémisphère gauche, refoulé par un vaste kyste sanguin contenu dans l'arachnoïde, présentait sur la face interne un renflement ovoïde qui occupait les deux tiers de sa longueur et s'était logé dans une cavité de même forme, qu'il avait creusée sur la face interne de l'hémisphère du côté opposé; la substance blanche était dans ce cas d'un blanc mat, et on ne pouvait en exprimer aucune gouttelette sanguine. Quelquefois la paroi supérieure d'une des cornes ventriculaires contracte des adhérences avec l'inférieure dans une étendue variable, et il en résulte une oblitération partielle du ventricule. Nous rapporterons à ce sujet une explication fort ingénieuse de M. Esquirol, qui s'est demandé si on ne pouvait pas rattacher à des adhérences de cette nature certaines douleurs céphaliques, de même qu'on a expliqué de la même manière, par des adhérences pleurétiques, les douleurs vagues qui naissent sur quelques points de la circonférence du thorax.

On rencontre assez fréquemment dans les ventricules et surtout dans le quatrième de petites granulations très-rapprochées qui hérissent leurs surfaces, et leur donnent une rudesse offrant de l'analogie avec la langue d'un grand nombre de quadrupèdes. Nous n'insisterons pas sur les altérations qu'offrent la protubérance, le cervelet et la moelle pour éviter de fastidieuses répétitions, nous nous contenterons de dire d'une manière générale que les propriétés physiques des substances blanche et grise dans ces diverses régions de centres nerveux sont généralement en rapport avec celles des parties du cerveau que nous avons envisagées d'une manière plus spéciale, et que cette relation est encore plus apparente pour le corps strié, la corne d'Ammon et les principaux organes qu'on a admis dans le cerveau.

Quant à l'anatomie pathologique des autres cavités splanchniques, elle peut se résumer en quelques mots; pour la poitrine, pneumonies hypostatiques nombreuses, épanchement séreux dans le péricarde, et adhérences pleurétiques; pour l'abdomen, quelques onces de sérosité dans la poitrine, distension de la veine, inflammation des gros intestins variable depuis la simple rougeur jusqu'à l'ulcération de toute l'étendue de leur membrane muqueuse, et depuis l'hypertrophie à peine apparente de leurs tuniques, jusqu'à l'oblitération presque complète de la cavité qu'elles circonscrivent. Nous passerons rapidement sur ces désordres que nous n'indiquons que parce quils complètent ce que nous avons avancé des maladies qui viennent assaillir le dément et paralytique général.

Maintenant que nous avons indiqué sommairement la plupart des altérations observées dans la démence et paralysie générale, nous voudrions pouvoir distinguer celles qui appartiennent à la démence de celles qui se rattachent plus spécialement à la paralysie générale; mais nous sommes forcé d'avouer que jusqu'à ce jour il nous a été impossible de décider si les troubles de l'intelligence et de la motilité tenaient à des altérations de la périphérie du cerveau ou de ses parties profondes, et nous ne faisons que partager sur ce point l'incertitude qui règne dans la science; les uns font jouer un grand rôle à l'épaississement des membranes et à la sérosité périphérique dans la production de la paralysie générale; les autres accordent avec M. Calmel une grande importance à l'adhérence de la pie-mère avec la substance corticale, tandis que M. Foville rattache cette lésion des mouvemens à l'adhérence réciproque des plans fibreux du cerveau. A quoi donc attribuer cette divergence d'opinions, si ce n'est à la multitude et à la variété des lésions observées dans les centres nerveux, et à la difficulté qu'on rencontre à acquérir des notions exactes, sur leurs propriétés physiques aux diverses époques de la paralysie générale simple, de la démence isolée de toute complication, et de l'une et de l'autre au moment où elles se compliquent mutuellement. Comment prétendre imposer, dans l'état actuel de la science, une seule origine à des désordres que plusieurs altérations peuvent produire, lorsqu'on constate dans le cerveau du vieillard un épaississement des membranes, de la sérosité à la surface, et quelques adhérences de la pie-mère avec la substance grise sans autres symptômes que la lenteur des mouvemens et des déterminations; et lorsqu'on voit, dans l'idiotie, l'intelligence étouffée dans son berceau par des causes variées telles que des tubercules, une collection de sérosité, ou l'arrêt de développement d'une portion de l'encéphale. Convenons donc que si la démence et paralysie générale doivent reconnaître chacune une cause toujours identique, cette cause est encore inconnue; et que si nous l'emportons sur nos devanciers, par la découverte d'un grand nombre d'altérations qui leur échappèrent, il nous reste à compléter notre œuvre, en les produisant au grand jour devant lequel toute objection devra s'anéantir.

H. Dugast, interne à Bicêtre.

TRAVAUX ACADEMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 31 OCTOBRE.

RESPIRATION DES VÉGÉTAUX.

M. Dutrochet expose les résultats de ses nouvelles recherches sur ce sujet. L'auteur avait commnnique, en 1831, des observations relatives aux organes respiratoires de végétaux. Il avait vu dans le *lymphea lutea* ces organes contenir un air d'autant plus pauvre en oxygène qu'ils étaient plus éloignés des feuilles, ce qui portait à croire que c'était des feuilles que l'oxygène se répandait dans toutes les parties du végétal de la même manière que cela a lieu dans les insectes.

Les physiologistes ne sont pas bien d'accord sur les fonctions des trachées. M. Amici a prouvé par des expériences délicates que ces tubes spiraux contiennent de l'air et qu'il en est de même des tubes prétendus lymphatiques que M. Decandolle nomme *tubes ponctués* et *tubes rayés* ou fausses trachées. M. Dutrochet a constaté que les trachées du rosier sont véritablement des tubes pneumatiques. J'ai vu sans aucune difficulté chez le *potamogeton sericeum* et chez l'*hydrocharis morsus-ranæ*, que les gros tubes ponctués dont les canaux pneumatiques, et que des tubes ponctués dont le diamètre est trois fois plus petit sont des tubes séveux; ainsi, les ponctuations dont certains tubes sont couverts, ne sont point un indice de leurs fonctions.

Les stomates tendent à se fermer par le contact de l'eau, ainsi que l'a annoncé M. Amici; lorsque leur occlusion est faible ou incomplète, l'air contenu dans les feuilles tenues à l'état de submersion sous la pompe pneumatique, sort par les ouvertures de ces stomates, mais lorsque l'occlusion des stomates est complète, l'air soutiré par la pompe pneumatique sort tout entier par les canaux pneumatiques du pétiole, canaux qui communiquent avec les cavités aérifères situées à la face inférieure de la feuille. Lorsque tout l'air est sorti de la feuille submergée, si on lui rend la pression atmosphérique, l'eau s'introduit par la pétiole dans tous les organes pneumatiques de la feuille et les remplit par une véritable injection. Cette propriété des stomates des feuilles, de se fermer sous l'eau, est commune à toutes les plantes aquatiques. Parmi les plantes non aquatiques, M. Dutrochet n'a trouvé que le camellia dont la feuille offrit ce phénomène.

Il résulte de ces remarques, dit M. Dutrochet, que si les feuilles submergées dégagent de l'oxygène à la lumière, ce n'est point par les stomates que ce gaz doit sortir, et qu'en plongeant par exemple une feuille de nymphea sous l'eau, et l'exposant à l'action de la lumière, le dégagement devait avoir lieu par l'extrémité coupée du pétiole, c'est-à-dire par les ouvertures des tubes pneumatiques qui sont en communication directe avec les cavités pneumatiques du limbe de la feuille. C'est effectivement ce qui est arrivé. Cette expérience et toutes celles qui vont suivre ont été faites par une température supérieure à + 19° cent.

L'appartement était bien éclairé, mais la lumière du soleil ne frappait jamais sur les bocaux de verre bien diaphane dans l'eau desquels étaient plongées les feuilles en expérience. La feuille de nymphea ayant sa face supérieure dirigée latéralement vers la fenêtre, dégagea de l'oxygène par bulles qui se succédaient rapidement, et qui toutes sortaient par l'extrémité coupée du pétiole. Ce phénomène, qui continua pendant un grand nombre de jours, se suspendait pendant la nuit. La feuille de l'*hydrocharis morsus-ranæ*, les tiges garnies de feuilles du *potamogeton sericeum* et du *myriophyllum spicatum*, ont offert le même phénomène. Chez ces dernières plantes, l'oxygène sortait exclusivement par l'extrémité inférieure et tronquée de la tige submergée, là où les tubes pneumatiques de la tige étaient ouverts. Cette émission d'oxygène par l'extrémité coupée du pétiole cessait chez les feuilles de *nymphea* et d'*hydrocharis* lorsqu'on les laissait flotter à la surface de l'eau comme dans l'état naturel. Alors les stomates s'ouvraient probablement, parce qu'étant situés à la face supérieure de la feuille, ils n'étaient plus en contact avec l'eau; alors l'oxygène produit était versé dans l'air par l'ouverture de ces stomates.

Les feuilles versant l'oxygène qu'elles produisent à la lumière dans leurs organes pneumatiques qui communiquent avec ceux de la tige, il en devait résulter que ces organes contiendraient un air plus riche en oxigène, que ne l'est l'air atmosphérique. Or, M. T. de Saussure a trouvé que l'air extrait des végétaux par la pompe pneumatique, est très-pauvre en oxygène. M. Dutrochet a fait la même remarque par rapport à l'air extrait des feuilles, des rhizomes et des racines du nymphea; donc l'action vitale du végétal consomme une partie de l'oxygène qui est versé dans ses organes pneumatiques. Ainsi les végétaux respirent comme les animaux, c'est-à-dire en s'assimilant l'oxygène qu'ils introduisent dans leurs orga-

nes respiratoires; mais au lieu d'emprunter cet oxygène au milieu ambiant, comme la font les animaux, ils le fabriquent, et celui qu'ils versent au dehors n'est véritablement que le trop-plein de leurs organes respiratoires.

Les cavités pneumatiques des feuilles sont en général situées à la face inférieure, et l'on sait que cette face est maintenue. Dirigées vers la lumière, les feuilles meurent. Il était intéressant de rechercher à quoi cela pouvait tenir. M. Dutrochet fit l'expérience suivante. La face inférieure d'une feuille submergée de nymphea fut dirigée vers la lumière; au bout d'un quart-d'heure, l'émission d'oxigène par l'extrémité du pétiole, émission qui, avant le retournement de la feuille, était de 24 bulles par minute, fut réduite à 10 bulles. Le lendemain, l'émission n'était que de 5 à 6 bulles par minute; le troisième jour, il n'y avait plus que 2 bulles par minute; le quatrième jour, il n'en sortait plus du tout.

L'émission avait cessé complètement depuis sept jours, lorsque le bocal fut retourné de manière à ce que la face supérieure de la feuille se trouvât dirigée de nouveau vers la fenêtre éclairante; ce jour et les deux suivans, il n'y eut aucune émission d'oxygène; mais cette émission commença à se manifester dans le courant du quatrième jour, et elle continua pendant les jours suivans Il résulte de là que les feuilles retournées cessent peu à peu de produire l'oxygène nécessaire à leur respiration, et meurent asphyxiées.

Durant la nuit ou dans l'obscurité, les feuilles absorbent l'oxigène atmosphérique, et c'est là ce que M. Dutrochet nomme le *mode subsidiaire* de leur respiration, mode imparfait, dit-il, et qui ne peut suffire long-temps à l'entretien de la vie végétale. Le mode normal consiste dans la production de l oxygène sous l'influence de la lumière, et dans son introduction dans les organes pneumatiques. C'est ce *mode normal* de la respiration générale qui seul peut donner de la durée à la vie végétale; cette vie est éphémère dans les parties qui, comme les corolles, ne fabriquent point d'oxigène respiratoire, et qui ne respirent par conséquent qu'au moyen de l'absorption de l'oxygène.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

PLAIE DU COL CAUSÉE PAR LES BOURRES D'UN PISTOLET CHARGÉ A POUDRE; MORT INSTANTANÉE; ÉJACULATION spermatique; observation communiquée par M. JOLY, docteur-médecin à Clermont (Oise).

OBS. — Le nommé Auguste Dautard, âgé de 58 ans, ancien conducteur de diligences, aubergiste à Clermont, d'une taille moyenne, d'une constitution robuste, d'une assez forte corpulence, faisait partie d'une noce le 27 septembre dernier; quelques-uns des conviés déchargeaient en l'air des armes à feu, lorsqu'un coup de pistolet, chargé à poudre seulement, fut par maladresse tiré sur lui à bout portant au moment où il était baissé et jouait à la boule. Dautard fut frappé à la partie supérieure et esterne du côté droit du col; il y porta la main, s'assit par terre et succomba au bout d'une minute sans avoir proféré une parole. J'arrivai sur les lieux dix minutes environ après l'accident : la plaie du col avait rendu une grande quantité de sang qui, au dire des assistans, avait coulé à flots. J'examinai le pistolet : il avait à peu près le calibre d'une arme de guerre Les personnes qui étaient présentes au moment de l'événement m'affirmèrent qu'il n'avait été chargé qu'à poudre, mais qu'on y avait introduit plusieurs bourres qui avaient été violemment comprimées; personne n'avait vu la distance de laquelle la coup avait été tiré, ni comment l'arme était partie.

Chargé par le juge d'instruction, conjointement avec mon confrère M. W... de l'examen légal du cadavre, nous y procédâmes le 29 septembre, à sept heures du matin.

Le cadavre encore habillé avait été transporté immédiatement après le décès dans une pièce fermant à clé; une assez grande quantité de sang s'était écoulée de la plaie et imprégnait la partie voisine des vêtemens et l'oreiller sur lequel reposait la tête. Le collet du gilet et celui de la chemise offraient une perforation d'un pouce environ de diamètre; autour de la solution de continuité le gilet noirci et brûlé par la poudre prouvait que l'explosion devait avoir eu lieu à fort peu de distance de Dautard; celui-ci ne portait ni habit, ni cravate, au moment de l'événement.

La plaie était située à un pouce au-dessous et en arrière de l'apophyse mastoïde; en arrière et près de son attache supérieure le muscle sterno-cleido-mastoïdien avait été déchiré. La blessure d'une forme arrondie avait quinze lignes de diamètre; elle était dirigée en dedans, en avant et un peu en bas; sa profondeur était d'environ deux pouces et demi; ses bords étaient fortement contus, réduits en bouillie, et l'infiltration sanguine s'étendait aux tissus voisins. La plaie était remplie de caillots et de sang encore liquide; à quelques lignes de son orifice, on apercevait une des bourres couverte de sang; deux autres bourres furent trouvées un peu plus profondément avec les morceaux du gilet et de la chemise.

La direction de la blessure, l'hémorrhagie foudroyante qui l'avait suivie nous portaient à penser qu'une des artères carotides avait été divisée; nous procédâmes donc, après avoir enlevé le côté droit de l'os maxillaire inférieur, à la dissection des deux carotides et de leurs principales branches; une infiltration sanguine de la tunique externe de l'origine de l artère maxillaire interne qui se trouvait limiter la blessure en haut, nous fit d'abord penser qu'elle avait été ouverte; néanmoins, après l'avoir fendue dans toute sa longueur avec des ciseaux, nous pûmes nous assurer que sa membrane interne ne présentait aucune solution de continuité. Nous continuâmes la dissection des parties plus profondes dans les environs de la blessure qui s'étendait jusqu'aux muscles constricteurs du pharynx, qui cependant n avaient pas été perforés et jusqu'à la colonne vertébrale; c'est alors seulement que nous reconnûmes la cause de la mort. Frappées obliquement d'arrière en avant et de dehors en dedans, les apophyses transverses droites des deuxième et troisième vertèbres cervicales en totalité et en partie celle de la quatrième étaient réduites en plusieurs fragmens. Entre la troisième et la quatrième vertèbre, la capsule des apophyses articulaires était ouverte de ce côté, et les deux vertèbres écartées de quelques lignes laissaient voir et toucher les enveloppes de la moelle intacte, mais infiltrées de sang. L'artère vertébrale était détruite dans l'espace compris entre la première et la quatrième vertèbres. Pressés par le temps, nous ne pûmes ouvrir le canal rachidien dans tout son étendue. La chemise du défunt, qu'il avait mise pour la première fois le matin même de son décès, présentait des taches de sperme assez larges; il y avait eu éjaculation au moment de la mort.

Ce cas me parut assez remarquable pour m'engager à faire quelques expériences sur les effets d'une bourre chassée par une arme à feu : voici quel en a été le résultat :

Le pistolet qui avait servi à commettre le meurtre fut chargé, comme il l'avait été, avec trois bourres en papier imprimé et fortement enfoncées; tiré à deux pouces d'une planche de peuplier de six lignes d'épaisseur, les bourres la traversèrent. Je me servis ensuite d'un pistolet de cavalerie que je chargeai avec un gros de poudre fine et deux bourres de papier imprimé, pesant ensemble trente grains; à trois pouces de distance une planche de bois blanc, de quatre lignes d'épaisseur, fut traversée et vola en éclats; à un pied, les bourres y firent un trou irrégulier et la traversèrent; à deux pieds la planche était noircie dans une étendue d'environ six pouces; au milieu de la tache noire, un espace d'un pouce un peu moins coloré faisait voir que c'était là qu'avait frappé la bourre; du reste on ne remarquait aucune dépression en cet endroit; à cinq pieds de distance, les bourres n'arrivaient pas jusqu'à la planche. Je plaçai ensuite à deux pouces en avant de la planche qui me servait à mes expériences, un grillage de fil de fer semblable à ceux dont on se sert pour garantir les vitres; je tirai à un pouce de distance; à l'endroit où il avait été frappé, le grillage présentait un enfoncement conique au fond duquel deux fils de fer étaient rompus; de plus, la planche qui se trouvait derrière avait été traversée par les deux bourres. Ayant enfin chargé l'arme avec une bourre très-légère, suffisante à peine pour retenir la poudre, et tiré à deux pouces de distance, la planche fut noircie, brûlée, incrustée de grains de poudre non enflammés, mais ne fut pas traversée.

Il est donc constant que les armes à feu, chargées à poudre seulement, peuvent cependant produire des désordres assez graves pour occasionner la mort. J'ai vu en 1831, à l'Hôtel-Dieu de Paris, un enfant qui succomba à une plaie pénétrante de l'abdomen produite par la bourre d'un fusil tiré à quelque distance; j'ai entendu citer au cours de M. Marjolin, l'observation d'un soldat qui se fit sauter la cervelle avec son fusil chargé à poudre seulement. Les désordres seront d'autant plus graves que la bourre sera plus dure et plus fortement enfoncée, que l'arme aura une plus grande longueur et sera déchargée à une plus petite distance. Dans l'observation précédente, trois bourres fortement enfoncées ont pu, après avoir traversé une assez grande épaisseur de parties molles, fracturer en partie la colonne vertébrale. Mais, si l'explosion a lieu à quelques pieds de distance, les effets de la bourre comme corps vulnérant sont nuls; la résistance de l'air devenant de plus en plus forte à mesure que la bourre en se dépliant offre une plus grande surface, celle-ci tombe bientôt à quatre ou cinq pas de distance.

Une circonstance remarquable de l'observation précédente est l'éjaculation qui a eu lieu au moment de la mort. Ce cas vient à l'appui de ceux relatés par le docteur Ollivier dans son *Traité de la moelle*, où des blessures de la moelle épinière ont causé des érections; ce qui prouve que si, comme l'a annoncé Gall, l'instinct de la reproduction, le désir réside dans le cervelet, c'est à la moelle épinière qu'il faut rapporter les phénomènes physiques de l'érection et de l'éjaculation, qui peut avoir lieu sans désir.

N. du R. Plusieurs circonstances rendent cette observation digne de figurer dans les annales de la chirurgie. D'abord le siége de la blessure. On possédait, il est vrai, les détails de quelques coups de feu de la colonne cervicale qui s'étaient également terminés par la mort, mais dans aucun cas que nous sachions, la mort n'était arrivée subitement. C'est toujours à compter du cinquième au quinzième jour, époque ordinaire de la chute de l'escarre, que ces blessés étaient morts, d'hémorrhagie provenant de l'artère vertébrale. Deux ou trois cas de cette espèce ont été observés en 1830, à l'Hôtel-Dieu, dans le service de Dupuytren. Dans le fait de M. Joly, au contraire, la mort paraît avoir été presque instantanée, par la compression des nerfs phréniques, comme après la luxation de la première vertèbre cervicale sur la seconde. En outre, dans toutes les observations publiées, la balle n'avait frappé la colonne cervicale qu'en entrant par une des ouvertures naturelles de la face, comme par la bouche ou par le nez. Nous ne disons pas cependant que la même lésion ne puisse pas avoir lieu par toute autre direction, ainsi que le fait ci-dessus le prouve; nous en faisons la remarque à dessein, car il pourrait bien se faire que par des raisons

anatomiques les balles n'atteignissent que difficilement le haut de la colonne cervicale par les régions postérieure et latérale.

Ensuite la nature du corps vulnérant n'est pas moins digne de remarque. Il est prouvé que la bourre, surtout lorsqu'elle est fort comprimée dans l'arme, produit à bout portant les mêmes effets qu'une balle métallique. Les expériences, pareilles à celles de M. Joly, que Dupuytren fit faire en 1830, ont mis ce fait hors de toute contestation. Mais on ne connaissait pas encore une seule observation de l'action aussi profonde et aussi grave de la bourre d'un pistolet ou d'un fusil sur le corps de l'homme. Nous disons d'un pistolet ou d'un fusil, car on sait que dans les exercices à feu des canonniers, la bourre de la gargouse a plusieurs fois tué sur-le-champ des militaires qui en ont été atteints. Il est vrai qu'il y a, en outre dans toutes ces occurrences, à considérer l'action même de la poudre en explosion et de celle qui frappe les tissus sans être enflammée, ce qui fait aussi l'office de projectile. Quant au cas de Dupuytren, que notre confrère cite dans sa lettre, il nous est parfaitement connu, puisque nous avons suivi le malade à l'Hôtel-Dieu; mais ce fait n'est pas à comparer avec ceux dont on vient de parler, car le jeune homme en question ne mourut que d'une péritonite accidentelle à une époque où les accidens primitifs de la blessure étaient déjà dissipés.

SUR L'OPÉRATION DE LA CATARACTE PAR ABAISSEMENT; par M. le professeur Serre, de Montpellier.

M. le professeur Serre vous prie de publier la lettre suivante, qu'il vient d'adresser à l'Académie royale de médecine.

Au moment où l'ophthalmologie semble à la veille de recevoir en France une nouvelle impulsion, il ne sera peut-être pas sans intérêt pour l'Académie d'apprendre que, depuis trois ans que je suis chargé du service de l'hôpital Saint-Eloi de Montpellier, j'ai eu occasion de faire dans cette seule maison 70 opérations de cataracte dont 62 ont été couronnées de succès. Je ne parle à dessein que des malades opérés dans l'hôpital, afin que personne ne puisse contester l'authenticité des faits que j'avance. Au reste, les résultats heureux que j'ai obtenus dans ce genre d'opérations sont devenus si saillans, qu'ils ont déjà fixé depuis long-temps l'attention de tous les élèves de la clinique.

Parmi les 70 sujets que j'ai été à même d'opérer, 6 seulement l'ont été d'après la méthode par broiement; chez tous les autres, j'ai eu recours à celle par déplacement. Mais, chose digne de remarque, je ne pratique jamais l'opération que sur un seul œil, sur le gauche de préférence.

Quant à l'inflammation que l'on redoute tant à la suite de l'opération de la cataracte, je puis affirmer qu'elle a été presque nulle dans tous les cas, et qu'il a le plus souvent suffi d'une ou deux saignées préventives pour la faire avorter. Quelquefois, il est vrai, j'ai eu à lutter contre la réascension du cristallin; mais il m'a été en général facile de triompher de ce contre-temps, et je ne me suis jamais aperçu que la seconde opération fût plus grave que la première; j'ai eu même, dans une circonstance, la satisfaction de rendre la vue à un malade qui avait été déjà opéré deux fois par un autre chirurgien.

Le seul accident dont je n'ai pas toujours pu me défendre, et qui m'a fait échouer dans quelques cas, est l'opacité partielle ou totale des enveloppes du corps lenticulaire; aussi ne saurais-je trop recommander aux praticiens qui suivent la méthode par déplacement, de déchirer avec soin la membrane cristalloïde antérieure, avant de chercher à déplacer le cristallin.

Qu'il me soit permis de me borner à signaler ces faits à l'attention de l'Académie. Je me propose de publier sous peu, dans les journaux, tout ce que j'ai pu recueillir d'intéressant ou de nouveau sur cette matière.

Serres,
professeur de clinique chirurgicale.

VARIÉTÉS.

— La séance publique annuelle pour la distribution des prix a eu lieu le 2 novembre, à l'École-de-Médecine, sous la présidence de M. Orfila, doyen de la Faculté.

Après le discours d'usage prononcé par M. Cruveilhier et dans lequel ce professeur a fait avec un rare talent l'éloge de feu M. de Jussieu, professeur honoraire de la Faculté, et a traité ensuite de la moralité des médecins, les noms des lauréats ont été proclamés dans l'ordre suivant :

PRIX DE L'ÉCOLE PRATIQUE.

Prix (ex æquo). — MM. Debron, Toussaint, de Pontivy (Morbihan); Pressat, Joseph, Eléonore (de Paris).

Mentions honorables. — MM. Diday, Charles, de Bourg (Ain); Bouchet, Edouard, de Lyon (Rhône).

Prix des sages-femmes. Madame Lecomte, née Elise Brullé, d'Atray (Loiret).

Mentions honorables. — Mesdames Lehèvre, Louise, de Vienne-le-Château (Marne); Langlois, Marie-Elisabeth Corrain (de Paris); Clément, Catherine-Edouard, de Villefranche (Rhône).

Prix Corvisart. — M. Guilbert, Nicolas (de Paris).

Médaille d'encouragement. — M. Ponchel, Louis, de Mark (Pas de-Calais).

Prix Monthyon. — M. le docteur Chassinat, de Buzançais (Indre).

Mention honorable. — M. Boinet, de Coudray (Maine-et-Loire).

Nous reviendrons sur cette solennité à laquelle assistait une foule immense. Nous rendrons compte du beau discours de M. le professeur Cruveilhier.

— Monsieur Piorry, médecin de l'hôpital de la Pitié, etc., commencera, le mercredi, 9 novembre, dans les salles St-Thomas et St-Léon de la Pitié, ses leçons de clinique interne. La visite se fera à 7 heures précises, la leçon aura lieu tous les jours à 8 huit heures, les jeudis et dimanches exceptés.

— *Traité de diagnostic et de séméiologie*, contenant la nomenclature organo-pathologique; des considérations générales sur le diagnostic, la séméiologie et le pronostic; un tableau sur l'interrogation méthodique des malades; l'exploration des organes chargés de la circulation (cœur, aorte, artères, veines, vaisseaux capillaires, vaisseaux lymphatiques, sang); l'exploration des organes chargés de la respiration (fosses nasales, larynx et trachée-artère, bronches, poumons et plèvres); contenant enfin les principaux caractères diagnostiques des états organo-pathologiques que ces diverses parties peuvent présenter. Par P. A. Piorry. 1 vol. in-8°. Prix : 7 fr.

A Paris, librairie de Pourchet, rue des Grès-Sorbonne, 8.

—*Répertoire annuel de Clinique médico-chirurgicale*, ou résumé de tout ce que les journaux de médecine français et étrangers renferment d'intéressant sous le rapport pratique, rédigé par Ch. F. J. Carron du Villards, docteur en médecine et en chirurgie, membre de plusieurs sociétés savantes, nationales et étrangères; quatrième année, 1836, un fort volume in-8°. prix 8 fr. Paris, librairie des sciences médicales de Just Rouvier et L. Bouvier, 8, rue de l'Ecole de Médecine.

— *Etudes médicales méthodiques.* Le cours d'anatomie complet conçu par M. Sanson Alphonse, et à l'exécution duquel il appelle toutes les notabilités de l'anatomie, chaque savant traitant la branche de la science qu'il a avancée, commencera le jeudi 17 novembre, à deux heures, amphithéâtre n° 5 de l'école pratique. M. Raspail, sur l'invitation de M. Sanson Alphonse, prendra la parole. Il traitera de l'anatomie microscopique. On n'entrera pour éviter l'encombrement qu'avec des cartes, qui seront délivrées le vendredi 11 et le samedi 12, même amphithéâtre, à deux heures. Le programme des études sera publié dans notre prochain numéro.

— *Cours complet d'anatomie descriptive.* M. de Lignerolles commencera ce cours le 3 novembre 1836, à cinq heures, dans l'amphithéâtre, n° 1, de l'école pratique.

— *Dictionnaire de médecine usuelle et domestique* à l'usage des gens du monde, par une société de médecins praticiens; la rédaction principale est confiée à MM. les docteurs

BAYLE et GIBERT,

Agrégés de la Faculté de Paris, etc., etc.

Deux volumes de 700 pages, format Jésus, à deux colonnes.

Aujourd'hui que la publication de cet ouvrage est presque terminée, nous pouvons en parler avec connaissance de cause. Les auteurs, praticiens versés dans la connaissance du monde, ont su parfaitement garder les limites qu'ils s'étaient imposées, et cependant nous sommes convaincus que les médecins eux-mêmes trouveront dans la lecture de ce livre agrément et profit.

Le Rédacteur en chef, Jules Guérin.

PARIS. — IMPRIMERIE ÉVERAT ET COMPAGNIE, RUE DU CADRAN, n° 16.

N° 46. (TOME IV. — 1836.) SAMEDI 12 NOVEMBRE 1836.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La Gazette médicale de Paris (*Gazette de santé* et *Clinique des hôpitaux* réunies) parait tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et équivant à 6 feuilles in-8°. Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois. Pour l'Étranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Poissonnière*, n° 5, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

CHIRURGIE PRATIQUE.

MÉMOIRE SUR LE TRAITEMENT DES LUXATIONS SPONTANÉES et des inclinaisons latérales du bassin; par M. Mathias Mayor.

Dans l'ouvrage que je viens de publier sur l'usage en chirurgie du fil de fer et du coton (1), j'ai dû discuter, dans maint article, les questions les plus graves qui se rattachent au traitement des fractures du col du fémur, soit qu'elles se présentent comme bien évidentes, ou plus ou moins incertaines et douteuses; et j'ai eu occasion en même temps d'aborder quelques points importans concernant les affections de l'articulation iléo-fémorale. Malgré la diversité de tous ces états pathologiques, j'ai eu le bonheur de pouvoir les ranger tous sur la même ligne thérapeutique, et d'établir en principe « qu'il suffit que ces désordres aient un siége commun, pour que les moyens curatifs essentiels soient identiques. » C'est du moins ce qui ressort de mes observations cliniques et des déductions assez étendues auxquelles elles ont donné lieu, et qu'on peut voir dans le livre précité. Dès-lors, ma pratique privée et à l'hôpital de Lausanne est venue confirmer ces premières données, et m'a mis à même de m'étendre d'une manière plus précise sur l'un des principaux états qui appartiennent à cet ordre de lésions. J'ai surtout été favorisé par quatre cas bien tranchés que le hasard avait réunis à cet hôpital, et que j'ai eu plus d'une heureuse occasion de présenter à des chirurgiens distingués ainsi qu'à une réunion d'entre eux lors du dernier tir fédéral. Les réflexions et objections de ceux-ci, les explications de tout genre dans lesquelles j'ai été forcé d'entrer, les démonstrations minutieuses que j'ai dû faire sur la nature du mal, sur les indications qu'il présente, sur la manière d'agir de l'instrument curatif, sur les résultats déjà obtenus; et toutes ces circonstances ont contribué puissamment à éclairer ce sujet et à me mettre en mesure de le saisir et peut-être de le faire comprendre assez bien.

Lorsqu'après avoir étendu les extrémités inférieures à côté l'une de l'autre, les deux pieds ne sont évidemment pas sur le même niveau, on dit qu'il y a raccourcissement ou allongement de celui des deux membres qui paraît ou plus long ou plus court que l'autre. Parmi le grand nombre des causes, bien connues, qui peuvent donner lieu à ce défaut

(1) Chez Germer-Baillière, à Paris, rue de l'Ecole-de-Médecine, et Cherbulier, rue St-André-des-arts, n. 68.

Feuilleton.

PROCÈS PHRÉNOLOGIQUE. — RENTRÉE DE L'ÉCOLE. — COURS DE M. BRESCHET. — RÉACTION ACADÉMIQUE. — CRÉATION D'UNE NOUVELLE CHAIRE A MONTPELLIER.

Nous n'aimons guère les procès en diffamation et calomnie, et nous avons pour cela de bonnes raisons. La ridicule accusation, dont deux honorables médecins viennent d'être l'objet et dont heureusement ils sont sortis victorieux, était une attaque à la liberté des opinions scientifiques qu'aucun organe de la presse médicale ne saurait tolérer ni excuser. Les juges, cette fois, ont très-bien compris la nature de la cause, et ont fait justice. Nous nous en réjouissons sincèrement dans l'intérêt de l'indépendance des savans et en particulier de celle des écrivains médicaux, qui depuis quelque temps n'est pas assez respectée.

Voilà le côté et le résultat sérieux du procès. Nous demandons maintenant la permission d'en montrer le côté comique (il s'agit de phrénologie), en ayant soin toutefois de ne pas nous heurter contre l'art. 10 de la loi du 9 septembre 1835; et pour cela nous n'avons qu'à suivre exactement le compte-rendu de la *Gazette des tribunaux*, qui connait les règles.

D'après le rapport unanime des journaux grands et petits qui ont rendu compte de cette affaire, il y avait foule à l'audience, et à les entendre, on aurait presque été obligé de repousser le public par la force, tant était grand l'enthousiasme excité par la cause phrénologique. Un de ces journaux *comiques et amusans*, dont parlait dernièrement M. Fossati, qui parait avoir pris sous sa protection spéciale la cranologie et les cranologues, assure gravement que désormais *la société tout entière* est intéressée à ce qui touche la phrénologie. On annonce, en outre, que l'auditoire était composé de *savans praticiens*, élèves de Gall et de Spurzheim et de personnages considérables dans la science, tels que MM. Broussais fils et Fossati. Ces officieuses communications prouvent que les phrénologistes ne laissent pas échapper les moindres occasions de faire un peu parler d'eux dans les cabinets de lecture, dans les cafés et aux foyers de théâtre. A défaut de la gloire que donne la science, ils se contentent du bruit que soulève une mode; quant au ridicule, ils le supportent avec une constance héroïque; quelques-uns s'en réjouissent par la considération qu'on s'est moqué de tout temps

de parallélisme, je ne citerai que la luxation spontanée et l'élévation morbide et permanente d'un des côtés du bassin; et ce sont essentiellement ces deux états pathologiques que j'ai en vue aujourd'hui.

Mais, afin d'éviter des répétitions inutiles et fastidieuses, je prie tout lecteur qui voudra mettre quelque intérêt à démêler ce que je vais dire, de voir ou de se rappeler mon article 12 sur la gouttière bi-fémoro-tibiale, et l'article 2 où j'indique la conduite à tenir dans les cas de fractures douteuses du col du fémur. C'est que ce qui va suivre n'est guère, en effet, que la conséquence et le complément des principes et des préceptes énoncés dans ces deux articles, et qu'il serait assez inutile de continuer la lecture de cette notice, si l'on faisait trop légèrement abstraction de son point de départ. Ce genre ne pourrait profiter qu'à ceux qui, impatiens de me critiquer, se sentiraient néanmoins tout disposés à le faire, malgré les données les plus frivoles et sans m'avoir compris ou sans vouloir me comprendre.

Abandonnée à elle-même, dans la luxation spontanée, la tête fémorale, lorsqu'elle est chassée de sa cavité, est, comme chacun sait, entraînée et placée sur la fosse iliaque; le pied se tourne en-dedans; le membre paraît d'autant plus court, que l'extrémité supérieure du fémur est plus remontée au dessus de sa position normale; et, si l'on ne s'y oppose pas, une nouvelle articulation s'établit sur le point culminant qu'a atteint la tête du fémur. Ce sont là, je le répète, des choses positives et suffisamment rebattues. Mais ce qui est plus important et bien moins connu, c'est la facilité qu'on a d'empêcher cette tête de remonter, ou celle de la faire redescendre quand on s'y prend à temps, et de la fixer par-là dans une meilleure position; c'est surtout le moyen simple de parvenir à ce double but, et qui n'a pas encore été mis en pratique ni même indiqué.

Si, ayant placé sur le dos un individu ou un cadavre bien conformé, vous étendez parallèlement ses deux extrémités abdominales, les deux pieds seront exactement sur le même plan, et les malléoles internes se toucheront. Mais si vous tirez alors sur l'un des deux pieds, vous le ferez descendre et dépasser l'autre d'environ un à deux pouces, de sorte que le membre sur lequel aura eu lieu la traction, vous paraîtra plus long de cette même quantité. C'est que le côté correspondant du bassin aura cédé et se sera incliné sous l'effort de vos mains, tandis que l'autre côté iliaque n'aura pas bougé. Il n'y aura donc plus de parallélisme entre les deux épines antérieure et supérieure de l'iléon, et l'une sera élevée au-dessus de l'autre de tout l'excès de longueur qu'on remarquera dans le membre opposé. Des phénomènes de vitalité, c'est-à-dire l'action en plus ou en moins de muscles qui s'insèrent aux côtés du bassin, amènent souvent aussi ce même résultat. Mais il est surtout important et très-heureux de noter que ce qui s'exécute si aisément à l'une ou à l'autre des extrémités inférieures à l'état normal et sain et par des moyens purement mécaniques et en dehors de l'organisme, s'obtient également avec plus ou moins de facilité sur un membre malade, lorsque l'indication consiste à ramener à la même longueur l'une des deux parties qui s'en trouve écartée. Il suffira, dans ce cas, de se rappeler comment agit le chirurgien pour arriver à ce résultat, et de faire en sorte de remplacer ou d'imiter par un moyen quelconque l'action de ses mains *intelligentes*. Or, celles-ci tirent suivant l'axe du membre qu'il convient d'allonger, et la résistance, sans laquelle ces tractions seraient de nul effet, s'opère essentiellement par le poids du corps et le frottement sur le lit. Mais ce poids et ce frottement seraient insuffisans si le moyen destiné à tirer agissait d'une manière permanente et n'était pas contre-balancé par un autre agent judicieusement répulsif. Il sera donc nécessaire que l'appareil auquel on aura recours, tout en permettant les tractions continues et graduelles sur le pied, réagisse en même temps sur le tronc et le bassin, et repousse ce dernier avec le même degré de force qu'on aura employé pour attirer le pied en sens opposé et le faire descendre. Cette répulsion d'une part, et ces tractions de l'autre, lorsqu'elles sont simultanées, permanentes et graduellement augmentées, auront pour résultat de ramener la tête du fémur vers une position meilleure et plus déclive, si du moins son départ et son expulsion de la cavité cotyloïde a donné lieu au vice qui nous occupe. Mais s'il s'agit au contraire du raccourcissement d'un membre produit par la simple déviation d'un des côtés du bassin (l'un des plateaux de la balance), la tête du fémur est hors de cause, et c'est sur la région pelvienne qui est trop élevée, qu'il s'agira d'opérer, afin de la ramener au niveau de l'autre. On ne parviendra toutefois à ce résultat qu'autant qu'on agira simultanément et par un mouvement inverse et de répulsion sur le côté du bassin, qui est évidemment plus bas. En d'autres termes, on devra fixer ce côté déclive, tandis qu'on cherchera d'abaisser l'autre qui est plus et trop élevé.

Or, le même moyen peut servir à remédier à ces deux états différens et qui ne se ressemblent que sous un seul aspect, l'apparence du raccourcissement de l'une des extrémités inférieures. Je dis apparence, parce que la longueur des os n'est pas diminuée, et que leurs rapports seuls ont subi des changemens qui leur donnent l'air de s'être rapetissés ou d'avoir grandi.

L'œil le moins exercé aperçoit bien vite la différence de longueur qui existe entre les deux membres; mais le compas ou tout autre moyen de mensuration comparative, décèlent, à part ce raccourcissement, d'autres différences bien autrement essentielles, que j'ose appeler *pathognomoniques*, et dont je dois rendre compte avant tout. Je crois ce compte-rendu d'autant plus nécessaire, qu'à ma connaissance ce sujet n'a pas encore été envisagé sous ce point de vue, et qu'il offre cependant au pathologiste et au praticien plus d'un aspect intéressant et utile sous l'important rapport du diagnostic, car il ramène, en effet, celui-ci sur le terrein des sciences exactes, à des proportions mathématiques. Afin que je sois mieux compris, et qu'on puisse aisément vérifier mes assertions, j'engage mes lecteurs à les constater par les trois moyens suivans: 1° en tirant sur le pied d'un individu ou d'un cadavre couché sur le dos, dans le but d'abaisser la région iliaque qui répond à ce même pied; 2° en effectuant sur un cadavre ou un squelette la luxation du fémur; 3° en sciant le col de ce dernier afin de simuler sa fracture, soit qu'on l'envisage comme existant encore à l'état de non-consolidation, ou comme consolidée, mais dans des rapports vicieux. Or, dans cette dernière alternative, le membre est raccourci, les épines iliaques sont au même niveau, mais le compas démontre évidemment que le trochanter se trouve rapproché de la crête iliaque, précisément de tout ce qui est en déficit vers les malléoles; et, de plus, que la distance de ce même trochanter à la ligne médiane n'offre pas de différence notable avec celle du côté opposé. Cette dernière circonstance résulte de ce que le col fémoral, fracturé ou scié, est séparé de sa tête, et qu'il est alors trop court pour pouvoir faire saillir l'éminence trochantérienne,

---

des plus belles choses et des plus grands hommes; et ceux-ci, comme on voit, ne sont pas modestes; plusieurs s'en défendent par le mépris, et ceux-là sont les plus avisés, car il n'est rien de si commode et de si facile que de mépriser; le mépris, d'ailleurs, convient aux grandes âmes, et sied bien à la supériorité. La multitude, le *vulgum pecus*, n'y fait même pas attention; il chemine tranquillement, et *secouant l'oreille*, à la suite des chefs de file. C'est cette masse moutonnière qui, dans les séances d'apparat et dans toutes les circonstances où la phrénologie se fait voir en public, applaudit aux beaux endroits les orateurs, et accompagne d'un sourire intelligent d'approbation les saillies si spirituelles et si pleines de malice de ces messieurs. Dans le dernier procès, elle avait été convoquée à domicile, comme c'est l'usage dans toutes les occasions importantes, et c'est ce qui explique l'encombrement de la salle d'audience. Tout cela est très-bien entendu. La phrénologie ne pouvant faire école, a fait une secte, ou plutôt une coterie. Elle supplée au nombre par l'activité.

On doit lui pardonner d'autant plus volontiers ces petits manèges, employés à faire connaître sa petite existence, et à faire valoir ses petites prétentions, que c'est par là qu'elle amuse et réjouit si agréablement le public. La phrénologie ne serait sans cela qu'une niaiserie scientifique fort insipide; elle n'aurait pas acquis le droit de figurer en première ligne parmi les ridicules du siecle, privilége qui a son mérite, car il est difficile de vivre dans l'histoire à quelque titre que ce soit.

Les débats de la cause ont été fort récréatifs, comme on devait s'y attendre; les juges, le barreau et le public, ont été dans une continuelle jubilation. On n'a pas tous les jours des aubaines semblables dans le redoutable sanctuaire de la justice. Les avocats des parties adverses ont si bien parlé qu'on a cru un instant qu'ils avaient tous raison. Mais l'arrêt prononcé a dissipé l'incertitude, en acquittant les prévenus et déboutant les plaignans. Cet arrêt mémorable a été mutilé dans plusieurs journaux, grâce, très-probablement, à la sollicitude des phrénologistes, qui, en tacticiens habiles, n'en ont laissé passer que ce qui était à leur convenance. Nous aurons soin de le rétablir dans son intégrité, parce qu'il soulève une question extrêmement importante que nous laisserons résoudre à ceux qui s'occupent du calcul des probabilités. On sait qu'il s'agissait d'un diagnostic moral assez défavorable porté sur une dame veuve Chéron, en vertu des règles cranioscopiques, diagnostic qui, ayant déplu aux parens et héritiers de ladite dame, a été déféré par eux au procureur du roi comme diffamatoire et calomnieux. Cette prétention a été repoussée par le jugement motivé ainsi qu'il suit:

« Attendu que si, en principe, la mémoire des morts doit être respectée, et si » dans de certaines limites qu'il appartient aux magistrats de déterminer, des héri» tiers ont une action pour la repression des outrages dirigés contre leur parent, » il ne peut cependant y avoir de délit de diffamation qu'avec l'intention de » nuire de la part de celui à qui il est imputé;

» Attendu que, dans l'espèce, c'est sans aucune intention de porter atteinte à » l'honneur et à la considération soit de la veuve Chéron, soit de sa famille..... » (La plupart des journaux mettent ici un *etc.*, mais cet *etc.* ne suffit pas, comme on va voir.) « Mais, par un zèle indiscret pour le système scientifique qu'ils profes» sent, que B dans sa lettre, et G. dans son rapport, ont raconté des faits fâ» cheux dont se plaignent les héritiers Chéron, *lesquels faits sont, au surplus,*

lorsqu'il vient à appuyer sur la fosse iliaque externe. Dans la luxation spontanée, au contraire, le grand trochanter fait une saillie considérable, en dehors de la ligne médiane, et que le compas indique d'un à deux pouces plus étendue que du côté sain. C'est que la tête tient ici à son col, et que ce prolongement angulaire de l'extrémité supérieure du fémur, au lieu d'être en partie enchassé et perdu dans la cavité articulaire, se trouve tout entier sur la face externe de l'ilium, et y met en relief l'excès de longueur qu'il a acquis par son expulsion hors de la cavité cotyloïde. Ici, du reste, tout comme dans le cas précédent, les deux épines iliaques sont sur le même plan, la protubérence trochantérienne est, de même, sensiblement rapprochée de la crête de l'os des iles, et c'est à ce rapprochement qu'est dû le raccourcissement apparent du membre, où l'élévation de la malléole correspondant au-dessus de celle du membre sain. Toute la différence topographique, si je puis m'exprimer ainsi, qui existe entre la luxation du fémur et la fracture du col de ce dernier, ne consiste donc uniquement que dans les rapports différens des trochanters, relativement à la ligne médiane. L'écartement est peu changé dans la fracture; il est considérable dans la luxation; et je viens d'indiquer les motifs de cette différence essentielle.

Mais lorsque le défaut de parallélisme des deux malléoles internes est occasionné par l'élévation d'un des côtés du bassin, le compas ne signale aucune différence dans les rapports respectifs des deux grands trochanters, soit avec les crêtes iliaques de l'un et de l'autre côté, soit avec la ligne médiane. On le comprend du reste, puisque rien n'est changé dans la position respective qu'occupent la tête, le col et le trochanter de l'un et de l'autre fémur, et qu'il ne s'agit ici que du déplacement d'un des côtés du bassin. J'ai, d'ailleurs, iodiqué (p. 80 de mon ouvrage) le moyen de bien constater cette déviation latérale pelvienne. Mais ce qu'il m'est impossible d'expliquer d'une manière satisfaisante et susceptible d'application clinique, c'est que cette élévation latérale du bassin et l'exhaussement de la malléole qui en est la conséquence, s'observent indifféremment tantôt au côté malade, et tantôt à celui qui o'est pas affecté. Je n'ai pu me rendre raison de ce fait, c'est-à-dire, des contractions musculaires morbides et permanentes sur lesquelles il repose, et, encore moins, de leur inconstance et de leur versatilité(1). Quoi qu'il en soit, on peut résumer et grouper comme suit les principaux caractères des trois genres de raccourcissement que j'ai établis: 1° Lorsqu'une extrémité pelvienne paraît plus courte que l'autre, il faut rattacher ce symptôme à une fracture actuelle ou préexistante du col du fémur, si le trochanter correspondant est plus rapproché de la crête iliaque, et si, comparé avec l'autre trochanter, on trouve qu'il ne s'écarte pas sensiblement de la ligne médiane; 2° On devra attribuer ce raccourcissement à une luxation (spontanée ou autre), si au rapprochement de la crête par le trochanter, se joint son écartement considérable de la ligne médiane; 3° on accusera enfin l'inclinaison latérale du bassin, si le raccourcissement n'est combiné ni avec le rapprochement du trochanter vers la crête de l'os des îles, ni avec son écartement de la ligne médiane. Cette inclinaison latérale, lorsqu'elle n'est pas le fait d'une gibbosité rachidienne, est le plus souvent le résultat d'une maladie de l'articulation iléo-fémorale, du moins je ne l'ai rencontrée que lorsqu'il existait actuellement l'appareil des symptômes qui caractérisent la coxalgie, ou lorsque l'ankylose annonçait assez qu'un mal grave avait sévi précédemment sur l'articulation du fémur avec le bassin. Du reste, je le répète, le raccourcissement qui se manifeste toujours, a son siége tantôt du côté du membre affecté, et tantôt en sens inverse; et ce raccourcissement peut varier et alterner sur le même sujet. L'ankylose, d'ailleurs, a constamment pu être constatée et était complète, lorsque l'affection datait depuis longtemps. Cet état maladif qui, jusqu'ici, a été désigné assez généralement et improprement sous le nom de luxation spontanée du fémur, est loin, en effet, d'offrir toujours le résultat final que présente la sortie de la tête fémorale de sa cavité articulaire. Au lieu de cette luxation, on trouve, au contraire, ordinairement, une adhérence intime des surfaces respectives de l'articulation, une solide ankylose.

Je n'ai pas à m'occuper ici des moyens de faire rentrer la tête du fémur dans les luxations traumatiques ou par cause externe, ni du traitement des fractures du col fémoral. Les indications, pour ces dernières, rentrent dans ce qui est enseigné partout, tant bien que mal, au sujet de ces lésions. Je dirai seulement que le moyen, que j'ai indiqué en exposant mes vues sur le traitement de ces fractures, est précisément celui qui me sert pour remédier aux raccourcissemens qui font le sujet de ce mémoire et qui résultent de la luxation spontanée ou congéniale du fémur et de la déviation du bassin.

L'indication qui se présente dans ces divers raccourcissemens consiste tout simplement à attirer en bas la tête du fémur, si elle a été luxée, ou à faire basculer le côté du bassin qui est trop élevé: et je viens de dire que le même moyen, que j'emploie pour le traitement des fractures du col fémoral, va me servir également pour allonger un membre abdominal qui paraît trop court. Cette coïncidence thérapeutique n'a rien qui doive surprendre; elle est même de rigueur; et j'aurais dû entrevoir sur-le-champ, lors de la publication de mon ouvrage, tout le parti que je pouvais tirer pour abaisser la tête du fémur et l'un des côtés du bassin, d'un moyen si supérieur et si facile à manier dans les fractures du col fémoral. Ce moyen est, ainsi que je l'ai déjà dit, celui décrit sous le numéro 12 de mes gouttières, et sous le nom de gouttière bifémorotibiale.

Malgré que le sujet soit neuf, je ne puis rentrer dans les détails qu'il comporte, attendu que je devrais reproduire presque textuellement tout ce que j'en ai dit ailleurs, et que ce travail dépasserait, à pure perte, les bornes prescrites par ce journal. Qu'il me suffise d'affirmer, et c'est une prévention en sa faveur, que l'appareil est également d'une heureuse et facile application: 1° dans les contusions graves des régions pelvienne et trochantérienne; 2° dans les coxalgies, avec ou sans suppuration; 3° dans les luxations du fémur et leurs suites; 4° dans les fractures douteuses du col du fémur; 5° enfin dans toutes les lésions du membre abdominal qui réclament, tout d'abord, une position convenable de ce même membre, et où il est de bonne règle que cette position soit peu susceptible de varier, peu gênante, avouée par la théorie, l'expérience et la raison, et remplissant, pour tout dire, en faveur de l'extrémité inférieure, l'office important et indispensable que l'écharpe exerce vis à vis de l'extrémité supérieure dans les circonstances analogues que je viens d'esquisser.

Je dirai, en passant, que si j'ai pu jeter quelque jour sur la matière

(1) Nous croyons avoir éclairé cette question dans une lettre adressée à l'Académie des sciences, séance du 3 avril dernier. (*N. du R.*)

» *démentis d'une manière authentique par les honorables certificats émanés* » *des autorités de la commune qu'habitait la veuve Chéron;*

» Que dès-lors, et à supposer que, par ces énonciations inconsidérées, B. et G. » aient pu causer aux héritiers Chéron un préjudice appréciable en argent, la » juridiction correctionnelle ne serait pas compétente pour faire cette apprécia- » tion, etc..., le tribunal renvoie les prévenus de la plainte, et condamne les » parties civiles aux dépens. »

Les mots soulignés dans le jugement expliquent pourquoi les phrénologistes les passent sous silence. Il a été prouvé par des témoignages authentiques que la constitution morale de la dame Chéron était toute différente de la peinture qu'en avait faite la cranologie. Au lieu d'être un petit résumé de tous les défauts, c'était un petit résumé de toutes les vertus et qualités. Voilà la phrénologie dans un bien mauvais pas, car elle est battue par ses propres armes. Elle ne s'était pas contentée d'affirmer purement et simplement en vertu de son compas d'épaisseur, elle avait en outre produit, en faveur de l'exactitude de ses inductions, des témoignages écrits, de véritables dépositions de témoins, dûment légalisées par le greffier du tribunal de Versailles; et voici qu'on oppose à ces dépositions d'autres dépositions, à ces témoignages d'autres témoignages. Comment concilier les résultats contradictoires de ces deux enquêtes avec l'infaillibilité cranioscopique? Les phrénologues contesteront la valeur des certificats produits contre eux; ils diront qu'il n'est pas difficile à des parens et héritiers de se procurer des attestations de ce genre, et qu'au moyen d'enquêtes pareilles le diable pourrait être changé en saint. Soit; mais l'enquête phrénologique est sujette à la même objection. Qui nous prouve que les premiers documens biographiques n'ont pas été recueillis dans l'intérêt du système et même un peu exagérés, arrangés dans ce but? D'ailleurs il n'y a pas parité entre les témoignages. Ceux allégués contre la crânioscopie sont bien plus nombreux, plus précis, et bien autrement authentiques. Toutes choses égales d'ailleurs, un jury impartial appelé à décider la question d'après les élémens de conviction apportés dans la cause, ne pourrait hésiter un instant à se prononcer en faveur de la dame Chéron. Le procès correctionnel est gagné, et c'est très bien; mais le procès phrénologique est perdu, et c'est mieux encore. Il reste démontré, autant que la nature des faits le permet, que la phrénologie s'est encore cette fois trompée du tout au tout; ce qui lui arrive, du reste, quatre-vingt-dix-neuf fois sur cent, terme moyen. Seulement dans cette circonstance la preuve de la mystification est d'une évidence qui ne laisse rien à désirer.

Telle est, selon nous, la conclusion qu'il faut tirer de ce procès. Les phrénologistes en feront grand bruit, parce qu'il leur sera facile de faire passer leur acquittement pour une justification publique de leur système. Nous ne pouvons, en conscience, leur permettre ce petit mensonge tout innocent qu'il soit; et c'est pour éclairer sur ce point la *société tout entière*, que nous avons élaboré les réflexions qui précèdent.

Il est temps de passer à des sujets plus sérieux.

L'ouverture du cours de M. Breschet était attendue avec quelque inquiétude. Le souvenir des scènes tumultueuses qui suivirent l'élection de ce professeur, faisait concevoir des craintes. Ces craintes n'étaient nullement fondées, ainsi que l'événement l'a prouvé. M. Breschet n'a trouvé autour de sa chaire, ni l'hostilité bruyan-

actuelle, je le dois essentiellement à la connaissance que j'ai faite du nouveau moyen de traiter les fractures des extrémités inférieures. J'ai eu encore dans cette circonstance l'occasion de constater la grande influence sur les doctrines qui ont l'apparition et la découverte d'un instrument quelconque, lorsque ce dernier est bien conçu, judicieux et basé sur des principes d'une facile application. Tel est bien celui auquel j'ai donné le nom d'*hyponarthécique*, et dont l'évidente et indispensable utilité s'est encore accrue depuis que j'en ai proposé la confection avec le fil de fer. Il est généralement admis par les chirurgiens de ce pays. Mais en France...

Apparent rari nantes in gurgite vasto.

M. Munaret de Chatillon est, je crois, le seul qui ait pris chaudement sa défense, et ait eu le bon esprit d'en apercevoir et d'en retirer tous les avantages qui en découlent. Au moyen de cette gouttière l'artiste est heureux de trouver de nombreux points d'appui, propres à varier à l'infini, les directions diverses qu'il peut être appelé à donner à un membre malade, ainsi qu'aux forces dont il dispose. Quand on en connaît le mécanisme, et rien n'est plus facile que de le saisir, on voit à l'instant que les tractions, que sur le pied en déficit, s'effectuent au moyen du montant perpendiculaire qui se trouve au bas de la machine en suspension, et que les répulsions concordantes ont lieu par le moyen de l'extrémité supérieure de la gouttière appliquée contre les ischions. Cette application ou cet agent répulsif déploiera son effet sur l'ischion correspondant au pied trop court, si le raccourcissement est l'effet de la luxation, et, au contraire, sur l'ischion opposé, si le défaut de l'allongement provient de l'élévation anormale d'une partie du bassin.

Pour rendre plus sensible cette explication de l'effet mécanique de mon moyen, formulons-le avec les mains, ainsi que j'ai coutume de le faire (1) chaque fois que je veux m'éclairer sur un sujet pareil. Soit donc donnée une luxation spontanée, où la tête fémorale est plus ou moins solidement arrêtée au-dessus de la cavité articulaire, et qu'il s'agit de déplacer et de ramener en bas. Si vous tirez sur le pied, sans repousser en même temps le côté correspondant du bassin, vous pourrez bien voir descendre ce pied là, mais ce sera probablement parce que le côté attenant du bassin, sans avoir changé ses rapports avec la tête du femur, aura suivi le mouvement imprimé au moyen des tractions. Il y aura donc illusion et déception dans ce prétendu allongement. Mais si, en même temps que vous agissez sur le pied avec une de vos mains, vous soutenez l'ischion qui lui correspond, il est clair que, si le pied descend, ce ne pourra être que parce que la tête, après avoir quitté sa position primitive, se sera rapprochée de la cavité articulaire tout en s'éloignant de la crête iliaque.

Mais s'il s'agit d'un raccourcissement, par suite de l'élévation anormale d'un des côtés du bassin, vous pourriez bien n'obtenir également aucun effet, si vous vous contentiez de tirer tout simplement sur le pied qui semble remonté; tandis que, si vous repoussez en même temps et en sens contraire le côté opposé, vous ne manquerez guère d'arriver insensiblement, et quelquefois très-rapidement, au but auquel vous voulez atteindre; c'est-à-dire à ramener au même niveau les deux malléoles internes, ou pour mieux dire, les deux épines iliaques antérieures.

Si, dans l'une comme dans l'autre suppositions vous insistez sur l'effet produit, et si vous maintenez assez longtemps l'appareil en place, il arrivera infailliblement, que, dans le premier cas, la tête du fémur aura eu le temps de se fixer dans une meilleure position, en s'y creusant une articulation nouvelle; et que, dans le second, les muscles auront été forcés et réduits à leur rôle primitif et naturel. On pourra surtout compter sur cet heureux résultat, si on tend à relâcher et calmer les appareils musculaires qui sont en excès d'action, et à raffermir ceux où la force contractile n'est pas en équilibre avec leurs antagonistes.

Dois-je rappeler l'avis précédemment donné, que, pour suivre et constater mes déductions, il convient d'être près d'un cadavre ou d'un squelette, et de mettre ceux-ci dans les conditions que j'ai indiquées. Quant à la mensuration, si nécessaire pour constater le degré d'écartement qui existe entre le trochanter et la ligne médiane, elle doit avoir lieu dans les deux sens de cette même ligne, en supposant que celle ci passe en même temps entre les deux pubis et la partie moyenne de la convexité du sacrum et du coccyx (le raphé). Dans l'état normal on n'aperçoit en général qu'une bien petite différence entre la partie centrale du trochanter et la symphise des pubis d'une part, et entre ce même point du trochanter et le raphé d'autre part; puisque le trochanter se trouve à une distance à peu près égale entre le pubis et les apophyses épineuses correspondantes. Cependant, dans l'état morbide, les nuances sont plus tranchées, de sorte que la distance du trochanter au pubis, laquelle, le plus souvent, est moindre que celle de la même apophyse fémorale au raphé, se trouve parfois, au contraire, plus considérable que cette dernière. Il conviendra donc, pour avoir les meilleures données possibles sur cette distance ou cet écartement respectifs, de porter le compas d'épaisseur constamment dans les deux sens indiqués. Il faut pourtant que j'en convienne, il existe plus d'une circonstance qui s'oppose à ce que le compas offre, dans tous les cas, une mensuration facile et très-exacte; le tissu graisseux abondant, une tuméfaction plus ou moins intense, la difficulté de tomber juste sur le point culminant de l'apophyse trochantérienne, sont, par exemple, des obstacles qui peuvent embarrasser un moment. On parvient toutefois à en triompher avec un peu d'attention, et à obtenir des résultats comparatifs suffisans, et qui laissent assez peu à désirer.

Il peut d'ailleurs se faire que la luxation soit compliquée avec l'inclinaison latérale du bassin; mais il sera toujours facile de reconnaître cet état complexe, ainsi que de le combattre simultanément et sans changer de moyen. Pour cet effet, on agira sur le pied seul qui se trouve trop haut, et on abaissera en même temps, par la tête du fémur luxée ainsi que la région trop élevée du bassin, si, du moins, celle-ci se trouve correspondre au côté raccourci. Ou bien, on tirera sur les deux pieds à la fois, si la luxation a lieu d'un côté, et l'exhaussement de l'autre.

Ces principes établis, mais surtout compris, rien ne sera plus simple que les appliquer dans chaque cas donné. Si je néglige les détails, c'est qu'ils se présenteront d'eux-mêmes, pour peu qu'on ait suivi ma pensée, qu'on ait contrôlé mes explications en présence du squelette ou du cadavre; et surtout qu'on ait quelque intelligence, du bon sens, ou du moins de la bonne volonté. Il serait d'ailleurs tout-à-fait inutile et oiseux que je m'étende davantage si le lecteur n'a fait aucun cas des

(1) Voyez page 8 de mon ouvrage précité; article concernant les fractures claviculaires.

te, ni la décourageante solitude dont quelques intéressés le disaient menacé. Il y a trouvé un auditoire nombreux, attentif, respectueux, tel enfin que le méritaient sa renommée, son âge, ses longs services dans l'enseignement, ses beaux travaux, et tous ses antécédens professionnels et scientifiques. La première leçon a justifié et sa réputation, et sa nomination; et l'approbation unanime et non équivoque des élèves a prouvé que les émeutiers qui brisent des vitres et déchirent des robes, ne sont pas les véritables représentans de la jeunesse médicale. Sa première leçon, remarquable par les vues philosophiques, l'élévation des idées, et par la forme simple, grave et véritablement scientifique de l'expression, a été écoutée avec un calme soutenu et suivie d'unanimes applaudissements. C'est un succès éclatant dont nous félicitons en même temps, et le professeur, et le jury qui l'a nommé, et la Faculté qui s'est associé, et l'école et la science.

L'Académie de médecine a enfin terminé sa laborieuse élection d'un membre titulaire. Trois des candidats présentés s'étant retirés, la lutte s'est concentrée entre MM. Dubois (d'Amiens), Joly et Téallier, ou plutôt entre les deux premiers seulement. L'assemblée était au grand complet, et a offert cet aspect animé que nous avons tâché de décrire dans un de nos précédens feuilletons. L'addition des voix a donné l'avantage à M. Dubois, qui, en conséquence, a été proclamé membre de l'Académie. Il a obtenu 72 voix sur 136. M. Joly en a eu 60. On voit que le fauteuil a été bien disputé à l'avantage commun du vainqueur et du vaincu; car le premier n'a pas triomphé sans péril, et le second n'a pas succombé sans gloire.

Nous voulions aborder aujourd'hui une autre question d'un très-grand intérêt: la création d'une chaire nouvelle à la Faculté de Montpellier. Il est probable que cette institution, que nous approuvons pleinement, sera jugée et appréciée en sens divers par la presse. Elle a déjà été attaquée. Nous n'avons pas le temps aujourd'hui de développer notre opinion sur ce sujet: nous le ferons très-prochainement; mais en attendant, nous ne craignons pas de dire hautement que cette création est un des plus grands services qu'on pût rendre à l'enseignement à Montpellier et à cette illustre école qui, pour maintenir son antique gloire, doit être ramenée à ses anciennes traditions, et ne pas se contenter d'être une pâle et insignifiante succursale de l'école de Paris. Nous attendons avec impatience que le professeur chargé de ce nouvel enseignement soit désigné. Ce choix n'est pas indifférent, car l'ordonnance d'institution de la chaire n'aura formulé qu'un vain programme, si le professeur destiné à cette haute mission était inférieur à sa tâche, soit par le talent, soit par la science, soit par son éducation médicale. Nous aimons à croire qu'on saura proportionner les moyens à la fin.

conditions que j'ai réclamées, et s'il ne se soucie pas davantage de faire connaissance avec ce que j'ai avancé aux pages 69 et 65. (1[re] et 2[e] parties de mon ouvrage.)

Il me suffit, je pense, d'esquisser à grands traits et sous le rapport seul des résultats obtenus, les observations suivantes.

LUXATION FÉMORALE; CLAUDICATION; TRAITEMENT; DEMI-GUÉRISON.

Obs. I. — Burnand, Samuel, âgé de 21 ans, d'une forte constitution, travaillant, il y a 15 mois, à un ouvrage de terrassement, est enseveli par un éboulement de terre d'où il est retiré ayant entre autres une luxation de la cuisse droite. Transporté à l'hôpital d'une ville voisine, il y reste 4 mois obligé d'user de béquilles dont il s'est servi pendant plus d'une année. Le 4 juillet 1836, il entre à l'hospice de Lausane, et offre les particularités suivantes. Le membre inférieur droit présente un alongement d'un pouce et demi; la distance prise du grand trochanter à l'épine iliaque antérieure et supérieure, et celle prise du même point à la symphise des pubis n'offrent aucune différence dans les deux membres; mais on remarque un défaut de parallélisme entre les épines iliaques antérieure et supérieure, et un abaissement d'un pouce et demi de celle du côté droit, ce qui explique l'alongement du pied de ce même côté. L'articulation coxo-fémorale droite est presque ankylosée; elle ne jouit que de mouvemens très-bornés, et encore ceux-ci sont en grande partie l'effet de la souplesse plus considérable des moyens d'union des dernières vertèbres, et le résultat de l'absence presque totale des mouvemens de l'article pendant un long laps de temps.

Le 5 juillet. Cet individu est placé sur l'appareil où l'on exerce des tractions sur le pied gauche, de manière à le ramener au niveau du droit. On y parvient sans beaucoup d'efforts en faisant descendre la crête iliaque correspondante. Les jours suivans on s'applique également à rétablir graduellement quelque mouvement vers l'articulation ankylosée, et portant le membre avec assez de force et alternativement dans la flexion, l'adduction, etc.

Ces moyens sont continués jusqu'au 18 juillet; et le malade voyant alors que ses deux membres sont de même longueur, qu'il ne boite presque plus, et qu'il a repris suffisamment de jeu dans les mouvemens de la cuisse, est sorti brusquement de l'hospice et à notre grand regret, car il y avait encore à faire et à observer dans ce cas intéressant.

CLAUDICATION COXO-FÉMORALE; TRAITEMENT; GUÉRISON PARFAITE.

Obs. II. — Mary, Marguerite, âgée de 16 ans, est entrée le 14 mars et sortie le 10 avril. Elle avait la même apparence de raccourcissement que Burnand de l'observation précédente, mais en sens inverse. Elle a été traitée d'après les mêmes principes et parfaitement rétalbie.

ANKYLOSE FÉMORO-COXALE; ASCENSION DU BASSIN; TRAITEMENT.

Obs. III. — Challet, Jean François, âgé de 7 ans, d'un tempérament lymphatique, était malade depuis 6 mois, lorsqu'il est entré à l'hôpital le 5 avril 1836. Il avait alors la cuisse droite ankylosée et formant, en dehors un angle droit avec le corps. A cet état se joignaient la rétraction des muscles fléchisseurs des deux jambes, une très-grande élévation du côté gauche du bassin, un engorgement considérable de la partie supérieure de la cuisse, des dépôts dépendant de l'affection articulaire, et tous les symptômes du marasme. J'ai suivi ici le conseil de sir Astley Cooper (voyez page 81 de mon livre); et j'ai rompu avec violence et un bruit sourd les adhérences établies entre la tête du fémur et la cavité cotyloïde, adhérences qui fixaient le membre dans une affreuse position et qui eût été incompatible avec toute progression quelconque. Plus tard, j'ai opéré l'abaissement de l'ilium du côté opposé, en faisant et maintenant de fortes tractions sur le pied correspondant, et je suis parvenu, à force de soins prodigués pendant près de 6 mois, à rétablir le niveau des pieds, le parallélisme et le mouvement des deux cuisses, ainsi qu'à mettre cet enfant à même aujourd'hui de se lever sur un fauteuil, et de s'exercer doucement à la progression au moyen de béquilles.

LUXATION SPONTANÉE DU FÉMUR; ABCÈS A LA HANCHE; APPAREIL EXTENSIF.

Obs. IV. — Tétaz, âgé de 12 ans, est à l'hôpital depuis 8 mois, pour une luxation spontanée de la cuisse droite, un dépôt par congestion, des plaies fistuleuses au pourtour de cette articulation iléo-fémorale, un raccourcissement de deux pouces et demi, le genou fléchi, et le pied déjeté en dedans. Ce malade intéressant d'ailleurs par son intelligence et sa douce résignation, souffrait constamment et on ne pouvait le remuer dans son lit sans lui arracher des cris. Mais il s'est trouvé sur le champ soulagé, et a pu se remuer en tous sens, dès qu'il a été établi sur l'appareil. C'était d'abord sur la gouttière fémoro-tibiale, décrite à l'art. 11; mais elle ne nous suffisait pas à beaucoup près, et nous dûmes recourir à la bifémoro-tibiale qui nous permit de faire, avec un plein succès, les tractions permanentes indiquées dans ce mémoire; et de ramener le pied à une bonne direction. Cependant au moment où nous nous félicitions d'un résultat aussi heureux, et où nous avions mis de côté toute espèce d'appareil et de liens, nous vîmes reparaître une série de symptômes fâcheux qui annonçaient une recrudescence du mal et qui nous forcèrent à revenir à notre gouttière. Un vaste dépôt se forma bientôt, en effet, au pli de l'aine. On vint toutefois encore à bout d'enrayer sa marche funeste, et nous nous retrouvons aujourd'hui et au bout de deux mois, au point où nous étions lorsque nous avons renoncé à tout moyen orthopédique. L'enfant commence depuis quelques jours à se lever sur un fauteuil, et à faire impunément des exercices légers et graduellement augmentés dans le genre du petit malade précédent. L'un et l'autre continuent cependant à reposer la nuit sur leur gouttière, et y subir des tractions convenables auxquelles on les soumettra pendant quelque temps encore. Mais hâtons-nous d'ajouter que l'appareil et la position qu'il exige n'ont rien de pénible ni de repoussant, et que ces enfans s'y placent toujours sans répugnance ni aucune réclamation.

Il ne saurait en être autrement; car c'est qu'en effet cette position n'a rien de bien incommode, on s'y fait vite, et le moyen de l'obtenir telle devient bientôt indispensable. Aussi n'arrive-t-il jamais que des malades, qu'on a placés sur cet appareil pour d'autres maux, tels que des affections très-graves du pied, du genou ou de la cuisse, nous demandent de les en débarrasser. Plusieurs fois je leur ai proposé de les placer différemment, en éloignant cette gouttière; mais j'ai constamment éprouvé un refus de la part des enfans tout aussi bien que des adultes. Cela se conçoit aisément, si l'on veut bien réfléchir que l'appareil remplit, exactement ici, les fonctions d'une écharpe, et qu'en pareilles circonstances le chirurgien aurait tort et serait, certe, bien mal reçu s'il en proposait la suppression, lorsqu'il s'agirait de ce même moyen de suspension et de position, appliqué au membre thoracique. Que dirait-on, par exemple, d'un homme de l'art qui, en présence d'un mal grave de l'extrémité acromiale de la clavicule, de la fracture de cet os, d'une affection de l'articulation scapulo-humérale, de l'humérus, du coude, de l'avant-bras, de la main, d'un doigt même, négligerait de mettre en usage l'écharpe ordinaire, ou qui proscrirait ce précieux moyen, alors que la raison, le bon sens et la nécessité en auraient conseillé l'emploi? Croit-on, par hasard, que la coupable légèreté ou les préceptes insensés d'un tel homme trouvassent des admirateurs, des imitateurs même, quelque haut placé qu'il fût dans la hiérarchie chirurgicale? Sa pratique cruelle ne manquerait certe pas d'être stygmatisée; et elle mériterait d'autant plus d'être vouée au mépris et à l'indignation, si ce même individu était à la tête de quelque grand enseignement clinique. Eh bien! si vous osez repousser encore l'écharpe des membres abdominaux, sans du moins en avoir fait l'essai facile, écoutez la voix du poète qui vous flétrit en s'écriant :

Mutato nomine de te fabulâ narratur.

Voici, du reste, un petit travail que M. Lecoultre a bien voulu faire pour moi, et qui, à ma connaissance, n'avait pas encore été entrepris, quoiqu'il puisse offrir quelque intérêt. Il s'agissait de connaître les distances qui, dans l'état normal, existent entre le trochanter d'un côté, et la crête iliaque, le raphé, l'épine antérieure et supérieure et la symphise des pubis, de l'autre. Or, ce jeune médecin a noté les résultats suivans que lui a fournis une mensuration exactement faite avec le compas d'épaisseur.

Sur douze hommes, 1° la distance de l'épine iliaque antérieure et supérieure au sommet du grand trochanter a varié de 4 pouces, 2 lignes, à 5 pouces; moyenne, 4 pouces, 8 lignes (mesure de France).

2° La distance, du point le plus élevé de la crête iliaque au sommet du grand trochanter, a varié de 5 pouces, 9 lignes, à 7 pouces. Moyenne, 6 pouces, 5 lignes.

3° La distance, de la partie inférieure du sacrum au sommet du trochanter, a varié de 6 pouces à 6 pouces, 10 lignes; moyenne, 6 pouces, 5 lignes.

4° La distance du trochanter au pubis est assez constamment de 2 à 4 lignes moins considérable que la même distance du trochanter au raphé.

5° La distance d'un trochanter à l'autre a varié de 11 pouces à 11 pouces, 4 lignes; moyenne, 11 pouces, 2 lignes.

6° La distance du pubis à la partie correspondante du sacrum a varié de 4 pouces, 4 lignes, à 5 pouces, 4 lignes; moyenne, 4 pouces, 10 lignes.

Sur 14 femmes, les mêmes distances que dessus, et que j'indique ici sous les mêmes numéros, ont présenté les variantes suivantes :

1° De 3 pouces, 9 lignes, à 4 pouces, 10 lignes; moyenne, 4 pouces, 3 lignes.

2° De 5 pouces à 6 pouces, 1 ligne; moyenne, 5 pouces, 6 lignes.

3° De 6 pouces, 1 ligne, à 7 pouces, 6 lignes; moyenne, 6 pouces, 3 lignes.

4° Comme chez l'homme.

5° De 10 pouces, 5 lignes, à 11 pouces, 5 lignes; moyenne, 10 pouces, 11 lignes.

6° De 4 pouces, 6 lignes, à 6 pouces; moyenne, 5 pouces, 3 lignes.

Les différences d'écartement des divers points du bassin entre eux, abstraction faite toutefois de ce qui concerne les nuances connues du bassin chez les deux sexes, ont, le plus souvent, paru tenir à l'angle plus ou moins obtus que forme le col avec le corps du fémur, qu'au plus ou moins grand évasement du bassin, ou à la hauteur de l'os coxal. M. Lecoultre a du moins été conduit à cette supposition, en observant que chez la plupart des individus soumis à la mensuration plus la distance entre le trochanter et l'épine était considérable, et plus aussi celle entre cette même apophyse et le sacrum était moindre.

Les mesures précédentes ont été prises sur des individus vivans et sur des cadavres; celle qui suit l'a été sur le squelette d'une femme:

1° Du trochanter à l'épine, 4 pouces.
2° Du trochanter à la crête, 5 pouces, 9 lignes.
3° Du trochanter au sacrum, 6 pouces.
4° Du trochanter au pubis, 5 pouces, 6 lignes.
5° Du trochanter à l'autre, 9 pouces, 9 lignes.
6° Du sacrum au pubis, 4 pouces, 8 lignes.

Voici un second tableau qui résulte d'une luxation du fémur et de la séparation de la tête de cet os, au moyen de la scie, afin de simuler la fracture de son col. Distance avant la luxation et la résection de l'os (toujours d'après la série des numéros admise ci-dessus).

1° De l'épine iliaque au point le plus saillant du trochanter, 4 pouces, 10 lignes.
2° De la crête au même point du trochanter, 6 pouces, 5 lignes.
3° Du sacrum au trochanter, 6 pouces, 8 lignes.
4° De la symphise pubienne au trochanter, 6 pouces, 8 lignes.
5° D'un trochanter à l'autre, 10 pouces, 9 lignes.
6° Du sommet du sacrum au pubis, 4 pouces, 5 lignes.
7° D'une épine iliaque à l'autre, 8 pouces, 9 lignes.

Le membre étant luxé, le compas a indiqué:

1° Du pubis au trochanter, 8 pouces, 1 ligne.
2° Du trochanter au sacrum, 7 pouces, 8 lignes.
3° Mais si le pied est tourné fortement en dedans, l'écartement est moindre.
4° De l'épine iliaque au trochanter, 4 pouces, 2 lignes.
5° De la crête au trochanter, 4 pouces, 10 lignes.

Le membre étant scié, on a:

1° Du pubis au trochanter, 7 pouces.
2° Du sacrum au trochanter, 6 pouces, 6 lignes.
3° Partout les mêmes distances qu'à l'état normal, excepté celle de l'épine et de la crête au grand trochanter, laquelle variait suivant que l'os était plus ou moins repoussé au-dessus de la cavité cotyloïde.

La fracture ainsi simulée, j'en ai profité pour démontrer clairement à quelques assistans les avantages qui résultent dans le traitement de cette affection, de la position du membre dans la double flexion. Ainsi, lorsque l'extension de la cuisse et de la jambe avait lieu, l'épine iliaque était distante de la rotule de 19 pouces, 4 lignes, mais la distance était réduite d'un pouce par l'effet de la flexion de la cuisse sur le bassin; et la distance de l'ischium à la tête du péroné, qui était de 16 pouces, 8 lignes, dans cette extension forcée, n'était plus que de 14 pouces, 5 lignes, dans la flexion.

Il n'est donc pas étonnant, lorsque, par cette position respective du bassin, de la cuisse et de la jambe, tous les muscles extenseurs et fléchisseurs de ces dernières se trouvent ainsi détendus, que le membre entier obéisse au plus léger effort qui tend à l'allonger, le tourner et le fixer. Voyez, par exemple, la rare mobilité de la rotule, quand on a relâché les muscles qui s'y attachent. Or, l'appareil à fracture, dont il est ici question, réalise cette heureuse position tout en permettant des tractions modérées et suffisantes, etc., de plus, des mouvemens précieux dont il faut avoir été témoin pour les apprécier à leur valeur.

Lausanne, ce 25 septembre 1836.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX FRANÇAIS DES DÉPARTEMENS.

I JOURNAL DE MÉDECINE PRATIQUE, OU RECUEIL DES TRAVAUX DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX.

Les quatre derniers numéros de ce journal renferment un assez grand nombre d'articles originaux: 1° *pellagre observée dans le département de la Gironde*, par M. Gintrac; 2° *observation de phlegmasia alba dolens*, par M. Arronssohn; 3° *observations médico-chirurgicales*, par M. Bernet; 4° *Fracture du crâne suivie de perte de substance cérébrale*, par M. Besse-Lalande; 5° *affection organique du tube intestinal*; par M. Rey; rien de nouveau; 6° *coriza vénérien consécutif à une blennorrhagie négligée*, par M. Priou; 7° *de l'emploi des onctions mercurielles dans l'inflammation chronique des testicules*, par M. Dubreuil; 8° *observations d'empoisonnement par des champignons*, par M. Gintrac; 9° *ophthalmie chronique parvenue à l'état de désorganisation; suppuration; extirpation de l'œil*, par M. Em. Gambric; 10° *du stétoscope*, comme moyen d'éclairer le diagnostic des anévrismes de l'aorte, à l'occasion des faits publiés par le docteur Green, par M. Coste; 11° *de l'existence du virus vénérien, et des moyens employés pour le combattre*, par M. Berne; 12° *essai sur l'endurcissement du tissu cellulaire chez les nouveaux-nés*, par M. Legendre; 13° *fistules stercorales, anus contre nature*, par M. Pouget; rien de neuf; 14° *amputation du pénis à la suite d'ulcères syphilitiques passés à l'état chronique, et ayant amené une dégénérescence squirrheuse*, par M. Em. Gambric; rien d'inconnu.

PELLAGRE OBSERVÉE DANS LE DÉPARTEMENT DE LA GIRONDE; par M. GINTRAC.

On croit généralement que la pellagre est une maladie propre au sol de la Lombardie; c'est effectivement entre les Alpes et le Pô qu'elle règne avec le plus d'intensité. Cependant on a constaté sa présence dans quelques autres localités. Le mal de la rosa, décrit par Thierry, d'après les observations de Cazal, maladie endémique dans les Asturies, a été judicieusement assimilé à la pellagre; mais l'Italie et l'Espagne ne sont pas les seules contrées où se soit montrée cette singulière dermatose.

En 1829, M. Hormean, médecin à la Teste-de-Buch, adressa à la Société royale de médecine deux mémoires pleins de détails intéressans sur une maladie dont le caractère lui paraissait incertain. M. le docteur Bonnet, chargé de faire un rapport sur ces mémoires, trouva la plus grande analogie entre l'affection qui y était décrite et la pellagre de la Lombardie.

L'une et l'autre, en effet, atteignent de préférence les habitans des campagnes pauvres, malpropres et mal nourris; leur durée est de plusieurs années; leur accroissement est progressif; elles apparaissent au printemps, et leur intensité décroît à la fin de l'été. Trois ordres de symptômes signalent ces deux maladies: 1° une phlegmasie érythémateuse avec fissure et desquammation sur les parties du corps exposées à la lumière; 2° une inflammation chronique des voies digestives, depuis la bouche, dont les parois sont rouges et sèches, jusqu'au gros intestin dont l'irritation se traduit par une diarrhée fréquente; 3° une lésion grave du système nerveux qui met en évidence des vertiges, des tremblemens, une marche vacillante, des chutes faciles, une sensation pénible le long du rachis, et une altération très-notable des facultés intellectuelles.

Non-seulement la pellagre est une maladie endémique dans le royaume lombardo-vénitien, en Espagne et dans le département des Landes; mais il est probable qu'elle peut encore se manifester d'une manière sporadique; c'est ce que M. Gintrac cherche à prouver par le fait suivant.

Obs. — Madame L... de Cavignac, âgée de 21 ans, d'une constitution lymphatique, que, menait une vie sédentaire et s'occupant de son ménage, s'exposait peu aux rayons du soleil; son régime était excitant, et elle aimait le vin. Au mois de novembre 1826, elle fit une fausse couche et un mois de mars suivant il se manifesta sur le dos des mains une rougeur qui, après plusieurs alternatives, disparut à la fin d'avril. En 1828 et 1829, cette rougeur reparut et suivit la même marche. En mars 1830, elle reparut avec plus d'intensité et gagna le visage et les pieds que la malade ne couvrait point. En 1831 et 1832, le même symptôme se reproduisit aux mains et au visage, mais non aux pieds qui n'étaient plus laissés à découvert. Voici l'état qu'elle offrit le 17 mai 1833.

La région dorsale des deux mains présente une rougeur uniforme et foncée, d'aspect érythémateux avec léger gonflement du tissu cutané. L'épiderme se détache par lambeaux ou squammes minces et larges qui s'étendent jusqu'à la région palmaire. De distance en distance on voit des fissures, surtout dans les endroits où l'épiderme est naturellement ridé par la facilité des mouvemens. Ces fissures sont douloureuses.

Les joues, le front, le nez et la partie antérieure du cou offrent un érythème analogue avec épaississement de l'épiderme.

Les organes digestifs sont à peu près à l'état normal; la tête était ordinairement pesante; il y avait des vertiges. Depuis le commencement de la maladie, les règles avaient été peu abondantes et irrégulières; il y avait eu des retards de 2, 3 et même 6 mois; elles ont reparu récemment (bains tièdes, émolliens, avec la précaution de se mettre au lit en sortant de l'eau, des boissons délayantes, quelques sangsues à l'anus pour suppléer au défaut des menstrues; régime doux; éviter l'impression de l'air vif et des rayons du soleil; enfin quelques bains sulfureux quand l'irritation de la peau aura perdu de son intensité).

Ces moyens furent mis en usage: le flux menstruel devint assez régulier, et au printemps suivant l'affection cutanée fut bien moindre que les années précédentes; mais les renseignemens obtenus en 1835 ont été bien moins satisfaisans: on a attribué l'aggravation de la maladie à l'oubli des conseils hygiéniques surtout relativement à l'usage du vin.

OBSERVATION DE PHLEGMASIA ALBA DOLENS; par M. ARRONSSOHN.

Tant d'opinions déjà ont été émises sur la cause prochaine ou la nature de la phlegmasia *alba dolens*, que toutes les nouvelles recherches sur ce sujet, tous les faits susceptibles de jeter quelque lumière sur ce point doivent être accueillis. C'est à ce titre que nous analysons l'observation suivante.

OBS. — Sabre, âgée de 37 ans, mère d'un enfant qu'elle a nourri, accoucha au huitième mois après une grossesse très-pénible, d'un enfant mort qui offrait un commencement de putréfaction. Le 16ᵉ jour de sa couche, elle entra à l'hôpital avec une pleuro-pneumonie caractérisée par la douleur de côté, la toux avec expectoration sanguine, la fièvre continue qui, en peu de jours, perdit de son intensité sous l'influence d'une médication antiphlogistique.

Le 25ᵉ jour après ses couches, la pneumonie était passée au deuxième degré; la malade dit ressentir depuis trois jours des douleurs dans l'extrémité inférieure gauche. Ce membre était dans toute sa longueur le siége d'un gonflement œdémateux et douloureux, sans rougeur, sans augmentation de température et conservant à peine l'impression du doigt. Quoique assez intense pour causer l'insomnie, la douleur n'augmente que par la pression. (Lavem. aper., pot. gomm., frict. composées de :

Prenez : Huile d'olive, 2 onces.
Teinture thébaïque, 2 gros.

Le 27ᵉ jour, le membre pelvien est moins douloureux, le ventre moins ballonné, la toux et l'oppression ont diminué, retour du râle crépitant dans toute la portion des poumons affectée.

Le 29ᵉ jour, accablement général, réponse lente, sentiment de brûlure dans le membre affecté. Les ganglions inguinaux sont très-douloureux et engorgés; la grande lèvre de ce côté n'est point tuméfiée.

Vers le 36ᵉ jour, la malade éprouve plusieurs jours de suite tantôt dans l'après-midi, tantôt dans la nuit, un accès complet de fièvre intermittente qui cède au bout de trois jours à l'usage du sulfate de quinine à la dose de 9 grains; dans les 24 heures; puis le membre pelvien droit commence à se prendre également, il est tuméfié, pâle, douloureux à la pression; soif; peau chaude, sèche; pouls fébrile.

Le 42ᵉ jour, la rougeur du pied gauche fait des progrès; la jambe droite et l'épaule gauche se tuméfient de plus en plus, et la main gauche s'infiltre.

Le 46ᵉ jour, phlyctène avec effusion de sang noirâtre sur le dos du pied donnant issue à une sérosité sanguinolente et laissant une ulcération. On aperçoit sous le genou, le long du côté interne du membre inférieur gauche, des espèces de vergetures ou de canaux semi-transparens et ressemblant à des vaisseaux lymphatiques dilatés; un vaste abcès se forme au sacrum avec décollement considérable de la peau; altération profonde des traits; suffusion sanguine noirâtre à la jambe droite, et mort le 58ᵉ jour après les couches.

Autopsie. Les vaisseaux lymphatiques de l'extrémité pelvienne gauche ayant été injectés avec le mercure, on trouva qu'ils ne contenaient ni pus ni autre liquide; le mercure les avait traversés et était arrivé aux ganglions de l'aîne qui ne sont que médiocrement tuméfiés, un peu rouges, mais sains de côté.

Le tissu musculaire présente son état normal.

La saphène à partir des malléoles, et la crurale, étaient remplies d'une grande quantité de pus qui les distendaient. Les veines iliaques externes et internes présentaient absolument les mêmes altérations. Le premier de ces tissus était ulcéré, la perforation qu'il présentait se trouvait au niveau de la branche horizontale des pubis et communiquait avec un abcès situé dans le pli de l'aine.

La veine cave était également distendue par du pus qui, mêlé à la substance fibrineuse, formait des grumeaux cylindriques, lesquels, de distance en distance, obstruaient complètement le vaisseau. Les veines émulgentes, jusqu'aux reins exclusivement, étaient remplies de cette même matière concrète. Immédiatement au-dessous du foie, la veine cave ne présentait plus rien de morbide jusqu'au cœur.

Dans le membre pelvien droit, le tissu cellulaire sous-cutané est infiltré de pus; mais les gros troncs veineux n'offrent pas d'altération appréciable.

Le canal thoracique et tout le système artériel n'offrent rien d'anormal.

Le membre thoracique gauche ne présente qu'une infiltration séreuse du tissu cellulaire sous-cutané de la main et de l'avant-bras.

La matrice était ramollie et avait le double de son volume; les veines spermatiques étaient distendues par du pus. Aucun des autres organes n'offre rien de remarquable, si ce n'est que la rate était augmentée de volume et ramollie.

Cette observation importante pourrait à la fois être invoquée par les partisans des opinions les plus opposées, puisqu'il y avait en même temps dans le membre le plus malade inflammation du tissu cellulaire, de la veine fémorale, des veines du bassin et même des veines utérines. M. Coste, qui joint à cette observation quelques réflexions judicieuses, pense que cette maladie est d'une nature particulière, qu'elle peut porter ses effets sur divers organes ou systêmes d'organes, qu'elle est à la fois une et multiple, c'est-à-dire que ses phénomènes extérieurs et sa cause prochaine sont à peu près constans, mais que les lésions anatomiques qui l'accompagnent peuvent varier et constituer diverses espèces. Il signale surtout avec un soin particulier la progression croissante des altérations pathologiques dans les parties, en raison du temps qui s'était écoulé depuis qu'elles étaient affectées. Ainsi, dans la cuisse gauche, il y avait à la fois lésion du tissu cellulaire et du système veineux, tandis que, dans la cuisse droite, qui n'avait été affectée que postérieurement, le tissu cellulaire avait été seul enflammé, et que l'extrémité supérieure, qui n'était devenue malade que dans les derniers temps, et avait cependant offert durant la vie douleur, gonflement, etc., aussi bien que la cuisse gauche, n'offrait pas d'autre altération qu'un peu de sérosité transparente. M. Coste demande si cette différence ne dépendait pas de ce que la maladie était moins avancée dans les dernières parties. Nous renvoyons cette demande aux anatomistes du jour, qui attribuent même les phases les plus éloignées des maladies, et sans balancer, à la plus petite rougeur, à la moindre altération anatomique qu'ils rencontrent.

OBSERVATIONS MÉDICO-CHIRURGICALES, par M. BERNET, aide-major à l'hôpital militaire de Bordeaux.

L'auteur de cet article rapporte trois observations, dont la première est relative à un abcès de la région temporale, qui s'est terminé par la mort; la seconde concerne un sarcocèle opéré avec succès; la troisième enfin se rapporte à une amputation de la cuisse, pratiquée très-haut, près du grand trochanter, à la suite d'un coup de feu. Nous nous arrêterons sur le plus important de ces faits.

ABCÈS À LA RÉGION TEMPORALE DROITE, MALADIE DE L'OS, MORT.

OBS. — Un soldat, âgé de 25 ans, de tempérament bilioso-nerveux, était souffrant dès son entrée dans le service. Il était atteint d'une otite chronique avec écoulement de matière purulente par l'oreille. La douleur gagna la région temporale droite où elle donna lieu à un gonflement prodigieux. Pendant vingt-et-un jours, le malade ressentit des douleurs si vives dans cette partie qu'il ne trouvait plus un moment de repos. Des cataplasmes émolliens et anodins, et le traitement antiphlogistique, tels sont les moyens qu'on a mis en usage. Le mal passa cependant à la suppuration; la collection purulente s'étendait depuis le pavillon de l'oreille, la région temporale et l'apophyse mastoïde jusqu'à l'angle de la mâchoire inférieure. L'ouverture donna issue à une livre de pus blanchâtre, légèrement sanieux, et contenant des flocons grisâtres, du volume d'un grain de maïs ou d'une aveline. Le délire, en attendant, se déclare, puis le coma; le regard est hébété; la fièvre redouble comme dans les résorptions purulentes, enfin la diarrhée colliquative a lieu et le malade meurt.

La nécropsie a démontré : 1° les tégumens de la partie profondément altérés, le tissu cellulaire sous-cutané détruit par la suppuration; 2° dénudation de la partie écailleuse du temporal dans l'étendue de 4 pouces, et destruction proportionnelle, par conséquent, du péricrâne; 3° dure-mère fortement endommagée dans la portion correspondante à l'os malade. Cette membrane présentait çà et là des granulations cartilaginiformes; 4° la partie antérieure du lobe postérieur du cerveau du côté malade était ramollie et noirâtre dans l'étendue d'une pièce de cinq francs et jusqu'à un pouce de profondeur.

Une question qui se présente naturellement à la suite de ce fait, serait de savoir quel a été le point de départ de la maladie, savoir : du conduit auditif, de l'os temporal, du péricrâne, de la dure-mère ou bien du cerveau? La réponse ne paraît pas très-facile. Si l'on veut cependant réfléchir aux symptômes encéphaliques qui ne se sont déclarés qu'aux derniers momens de la vie, et à l'état cartilagineux de la dure-mère, on serait peut-être autorisé à admettre dans cette dernière membrane l'origine de la maladie, ce qui pourrait à la rigueur s'accorder avec l'écoulement puriforme chronique que le malade offrait par l'oreille. Du reste, cette observation démontre pour la millionième fois le grand danger qui se rattache en général aux abcès sous-péricrâniens, et les transmissions réciproques et faciles qui ont lieu entre les phlogoses de la dure-mère et celles du périoste crânien. Ce qui est en attendant à regretter dans la lecture des détails qui précèdent, c'est de ne pas voir les saignées générales employées avec profusion dans une affection aussi formidable.

CORIZA VÉNÉRIEN CONSÉCUTIF A UNE BLENNORRHAGIE NÉGLIGÉE, par M. PRIOU, médecin à Nantes.

OBS. — En août 1831, M. R..., âgé de 24 ans, contracte une blennorrhagie dont il est traité par la liqueur de Van-Swieten, les pilules de Bellost, le régime doux. Ce traitement n'a duré que quinze jours; l'écoulement persiste, mais en diminuant avec des variations, ainsi que cela est ordinaire à cette maladie. En novembre, le sujet est saisi d'un catarrhe pulmonaire et d'un coryza. On revient aux remèdes mercuriaux pour quelque temps; mais le malade en est dégoûté. La fièvre se déclare alors, qu'on est obligé de combattre par plusieurs saignées. En attendant, le nez se gonfle et la sécrétion des fosses nasales est extrêmement abondante. Elle consiste dans des mucosités épaisses, la plupart du temps durcies et semblables à la matière que fournit l'*impetigo figurata*. On revient aux mercuriaux, mais le malade les rejette. Plus tard, le coryza fait de tels progrès que le malade a de la peine à respirer le matin, tant est grande l'oblitération des narines par les mucosités qui s'y amassent pendant la nuit. Les traits du visage sont altérés, le teint est jaunâtre, et une tumeur de la grosseur d'une noisette se forme au côté gauche du nez, près de l'angle des paupières; on craint une carie de ce côté. La tumeur s'ouvre au dehors, se fend et se cicatrise rapidement.

A la fin de l'été de 1832, le malade n'est pas mieux. L'écoulement est tari, mais des éphélides sont répandus sur toute l'étendue de l'organe cutanée. Il vient à Paris et consulte M. Broussais; ce médecin lui ordonne d'appliquer trois ou quatre sangsues par semaine à l'entrée des narines. 40 et quelques sangsues furent appliquées; elles firent disparaître en partie la tuméfaction du visage et la céphalée, mais l'irritation nasale continua. On a de nouveau recours aux conseils de M. Broussais qui ordonne de nouvelles saignées locales et diète rigoureuse. On constate, en attendant, une tumeur au côté gauche de la voûte palatine, ce qui fait craindre une nécrose. On soumet le malade à l'usage du Rob de Boiveau-Laffecteur (quatre cuillerées à soupe tous les matins à jeun), à la tisane de salsepareille (quatre verres par jour, une once par pinte d'eau), et à un régime approprié. Ce dernier traitement a été suivi exactement pendant deux mois, au bout desquels le malade se trouva parfaitement guéri.

L'auteur déduit de ce fait : 1° l'identité de nature entre le virus blennorrhagique et le virus syphilitique ; 2° que, si le malade avait insisté sur le principe sur l'emploi des mercuriaux, il n'aurait pas eu de symptômes consécutifs d'infection vénérienne générale ; 3° que le traitement antiphlogistique seul ne guérit pas la syphilis, et laisse agir le virus syphilitique seul dans toute sa violence.

Sans nous engager dans la question de savoir quelles sont les espèces de blennorrhagies urétrales susceptibles de donner la vérole constitutionnelle, on peut avancer qu'il est rare de voir traiter chez nous primitivement les blennorrhagies ordinaires par les mercuriaux. L'expérience démontre tous les jours que, par le seul régime doux, les boissons délayantes et le repos de la partie, nous voulons dire l'éloignement des érections, le mal guérit généralement dans l'espacede deux mois environ. Lorsque la blennorrhagie est traitée par les baumes indicos, le poivre cubèbe, les différentes potions connues, etc., le mal ne guérit pas beaucoup plus vite ordinairement. Nous avons traité des sujets plusieurs fois de la même maladie, qui l'avaient contractée à différentes reprises, tantôt par le régime et les boissons abondantes d'eau fraîche, tantôt par le baume de copahu et le poivre cubèbe à doses variées ; la marche et la terminaison ont toujours été les mêmes. Les mercuriaux eux-mêmes n'ont aucune prise dans la période aiguë de cette maladie, à moins qu'elle ne soit accompagnée d'ulcères dans le canal, ce qui est assez rare. A Naples, où la chaude-pisse est très-commune chez le peuple, on se guérit constamment en buvant abondamment, pendant quelque temps, de l'eau sulfureuse qu'on puise à une fontaine qui existe dans un quartier de la ville même (*Santa-Lucia*), ou bien en mangeant des pastèques en temps d'été. Jamais ou presque jamais on n'observe la vérole constitutionnelle à sa suite.

M. Priou paraît tenir solidement aux principes des partisans du mercure ; les conclusions, qu'il déduit cependant de son intéressante observation, ne sauraient être regardées comme rigoureuses par les médecins de l'opinion contraire.

ONCTIONS MERCURIELLES DANS L'INFLAMMATION CHRONIQUE DES TESTICULES ; par M. DUBREUILH.

On a vanté depuis quelques années les heureux résultats que l'on obtenait de la pommade mercurielle en frictions dans divers cas de phlegmasie tant internes qu'externes. Tous les praticiens savent les services immenses que ce médicament a rendus et rend journellement dans le traitement de la péritonite puerpérale, alors qu'on avait à désespérer de l'emploi des émissions sanguines réitérées et de tous les autres moyens prescrits en pareil cas. Bientôt on expérimenta ce médicament sur une plus grande échelle, et M. Serres d'Uzès publia un mémoire sur les heureux effets qu'il en avait obtenus dans une foule d'inflammations externes. M. Dubreuilh vante à son tour l'efficacité antiphlogistique de ce remède. J'ai eu souvent, dit-il, l'occasion de me servir des onctions mercurielles, soit pour combattre des ophthalmies internes, soit pour attaquer des phlegmons qui seraient arrivés inévitablement à la suppuration, etc. J'ai été, je l'avoue, étonné de la marche rétrograde des accidens, après très-peu de jours de l'emploi de ce remède. L'auteur convient cependant que ce moyen exige de la prudence, ne pouvant pas être impunément appliqué dans tous les cas. C'est, en attendant, contre les orchites chroniques que M. Dubreuilh dit avoir surtout obtenu des effets très-salutaires par les frictions mercurielles continuées très-longtemps. Il rapporte trois observations avec détail.

ORCHITE CHRONIQUE ; ONCTION MERCURIELLE ; GUÉRISON.

OBS. — M. S. fut pris d'une blennorrhagie dans le mois de novembre 1829 ; il n'apercevait plus, après deux mois de traitement, qu'un suintement très-léger ; il fit à cette époque une partie de chasse. En franchissant un fossé, la culasse du fusil vint frapper avec force le testicule gauche ; il y ressentit une douleur très-vive, mais il n'en continua pas moins la campagne jusqu'au soir, qu'il rentra chez lui souffrant. Le lendemain matin, le testicule était déjà très-gonflé, dur, douloureux ; le suintement avait disparu. Je conseillai un repos complet, une saignée du bras, une application de vingt sangsues sur le côté malade et des cataplasmes émolliens. Tous ces moyens furent employés ; les piqûres des sangsues coulèrent beaucoup. On persista dans l'usage des cataplasmes et du coucher horizontal ; après trois semaines environ, le malade était très-bien ; le suintement n'avait pas reparu ; il put reprendre ses occupations. A quelques jours de là, il voulut faire un effort que réclamait la nature de son travail ; la main, armée d'un corps dur, vint frapper avec violence le testicule naguère malade. Une douleur très-vive se développa de nouveau, le gonflement, la dureté, la chaleur, ne cédèrent point aux applications réitérées de sangsues, aux cataplasmes, aux demi-bains frais, au repos. Le testicule devint très-dur et très-sensible ; le malade y ressentait un poids considérable ; sa surface devint inégale, plusieurs veines la sillonnaient dans tous les sens.

M. S. était dans cet état depuis quelque temps ; il s'était amaigri ; son visage avait pris une teinte jaunâtre, lorsque je commençai à faire usage des onctions mercurielles sur la tumeur que je recouvris d'un cataplasme de farine de lin. La famille désira faire une consultation. Contrairement à mon opinion, le praticien, qui fut appelé, pensa que le malade était affecté d'un sarcocèle, que nous n'avions rien à espérer de tous les moyens topiques, puisque la tumeur avait résisté à tous ceux mis en usage jusqu'à ce jour, et qu'il n'y avait d'autre espoir de guérison que dans l'amputation du testicule. Cette opinion, bien qu'elle vînt d'un homme habitué à voir beaucoup de malades, ne m'ébranla point dans la croyance où j'étais, surtout avec la connaissance des antécédens que je n'avais pas négligé de lui faire connaître. Comme il n'y avait pas de péril à ajourner une opération, si elle devenait utile, je demandai à continuer, pendant un mois, le moyen que je venais tout récemment de commencer, et que, dans le cas où il n'y aurait pas d'amélioration, une nouvelle consultation aviserait à de nouveaux moyens. Cela me fut accordé. Le malade continua les onctions mercurielles. Deux gros étaient étendus soir et matin sur toute la tumeur qui était recouverte immédiatement d'un cataplasme.

Après quinze jours de ce traitement, il y eut une diminution notable dans le volume et la dureté du testicule ; les douleurs devinrent presque nulles. On continua encore plus de quinze jours le même médicament, et peu à peu cet organe revint à son état normal, seulement un petit tubercule est demeuré à la partie inférieure des bourses, comme je l'ai observé très-souvent à la suite des engorgemens testiculaires. Il n'y a pas eu de salivation malgré l'énorme quantité de mercure onctionné, ce qui tient, suivant M. Dubreuil, à ce que le malade étalait légèrement la pommade d'après son conseil sans la frictionner d'une manière soutenue.

Les deux autres observations ont beaucoup de ressemblance avec la précédente. La résolution a eu lieu après deux mois environ de traitement. Ces résultats sont certainement très-satisfaisans et méritent la confiance de tous les praticiens. Nous devons cependant à la vérité de dire que nous avons vu Boyer traiter de la même manière et pendant longtemps des engorgemens testiculaires sans aucun succès. Il importe cependant de faire remarquer que dans les cas de M. Dubreuilh le mal était toujours récent et de nature inflammatoire. Notons en outre que le mercure n'avait pas été employé à dose aussi forte que vient de le faire M. Dubreuilh.

OBSERVATION D'EMPOISONNEMENT PAR DES CHAMPIGNONS ; par M. LOISEAU, D.-M. P.

OBSERVATION D'EMPOISONNEMENT PAR DES CHAMPIGNONS VÉNÉNEUX ; par M. GINTRAC, D.-M. P.

De ces deux communications sur le même sujet, c'est la seconde qui offre le plus d'intérêt, parce que le champignon qui fut cause de ces accidens a été connu, tandis qu'on n'a obtenu que des données assez incertaines sur celui auquel furent dus ceux rapportés dans la première communication. La seule circonstance que nous noterons, c'est que les quatre individus qui présentèrent les symptômes de l'empoisonnement après avoir mangé des champignons en omelette, le plus jeune (âgé de dix ans) fut frappé de mort.

M. Gintrac déduit des faits qu'il a observés les corollaires suivans, qui nous paraissent dignes d'intérêt :

1° Les symptômes d'empoisonnement ne se manifestent un temps plus ou moins considérable après l'ingestion du poison, savoir : douze, quinze, seize et trente heures. Il est à remarquer que les plus jeunes furent affectés les derniers.

Chez tous, la maladie marcha rapidement, et la mort survint au bout de 15, 38, 53 et 69 heures. Les malades les plus jeunes succombèrent les premiers ; la femme âgée périt plus tard et l'homme adulte et robuste résista le plus longtemps.

3° La femme qui fut sauvée était nourrice ; elle éprouva, outre les accidens principaux et communs, la suppression du lait et des lochies.

4° Les malades offrirent pour symptômes constans des vomissemens, des déjections alvines liquides et des douleurs dans les organes digestifs.

5° L'ouverture des cadavres ne présente, comme lésions essentielles produites par l'empoisonnement, qu'une phlogose plus ou moins marquée des intestins, leur resserrement ou leur météorisme.

6° Ces symptômes et ces altérations démontrent que l'*agaricus bulbosus* n'est pas un poison corrosif, car il n'a laissé aucune trace de gangrène, qu'il n'a point agi à la manière des *irritans*, puisque la phlogose qu'il a déterminée était légère et bornée à l'estomac ou aux intestins ; qu'il ne s'est pas comporté comme *narcotique*, l'épuisement n'ayant eu lieu que chez un seul malade ; qu'il ne peut enfin être rangé parmi les poisons appelés *narcotico-âcres*, n'ayant produit ni coma ni vive inflammation. Si ces résultats diffèrent de ceux consignés dans la plupart des ouvrages ou des mémoires qui traitent de ce genre d'empoisonnement, ils tiennent sans doute à la différence des champignons employés.

OPHTHALMIE CHRONIQUE; DÉSORGANISATION DE L'OEIL; EXTIRPATION DE CET ORGANE; par M. GAMBRIC.

OBS. — Un homme, âgé de 41 ans, habituellement bien portant, n'a éprouvé d'autre maladie en sa vie que quelques affections syphilitiques légères. Son père mourut âgé, mais aveugle, par suite de l'opération de la cataracte. Depuis 1831, le sujet en question avait commencé à éprouver des douleurs lancinantes dans l'orbite, s'irradiant dans le côté correspondant de la tête; il a été ensuite attaqué de paralysie de la paupière supérieure au même côté. Cet état dura pendant 3 ans avec quelques variations. En 1835, les douleurs ont diminué, mais un phlegmon oculaire s'est déclaré. Le globe de l'œil a été projeté au dehors, en faisant saillir les paupières et les débordant. Bientôt après, par suite du gonflement général et de la pression de cet organe, les humeurs de l'œil s'échappèrent au dehors en rompant les membranes qui les renfermaient. Ce fut une nuit que l'œil se vida ainsi. Saignées, vésicatoires, seton, purgatif. Les douleurs atroces qu'il éprouvait persistent au point que le malade veut se détruire. Le globe de l'œil s'était cependant affaissé à la longue, mais son centre offrait encore un point fistuleux; les paupières n'avaient pas repris leur position naturelle, ce qui dépendait, d'après l'auteur, du relâchement du muscle orbiculaire.

En attendant, dans le repli inférieur et supérieur de la conjonctive, il se forme une sécrétion blanchâtre, abondante, qui baignait partout la coque de l'œil, et s'écoulait par-dessus le rebord des paupières. Cette conjonctive était très-boursouflée; les douleurs atroces n'avaient point été suspendues par la sortie des humeurs et par l'affaissement qui s'en était immédiatement suivi. Les accidens syphilitiques furent aussi notés avec attention; on conseilla des saignées locales, bains de jambes sinapisés, résection de la conjonctive, et enfin extirpation de l'œil. Les douleurs cependant augmentèrent; la prononciation s'embarrassa; mouvemens convulsifs des muscles de la face; salivation abondante, etc. On se décide donc à extirper le globe oculaire qui paraissait le point de départ de toutes les souffrances du malade.

En présence de plusieurs médecins distingués, dont il cite les noms, M. Gambric a exécuté l'opération de l'extirpation de l'œil d'après le procédé de Louis. « Je fis attention, dit l'auteur, à suivre le conseil donné par M. Rognetta, afin de ne pas blesser le périoste et de diriger, avec prudence, le bistouri à la paroi interne de l'orbite pour ne point détruire l'ethmoïde. Les accidens, observés par ce chirurgien distingué et le docteur Travers, devront être présens à la pensée de celui qui pratique une pareille opération. Les opérateurs ne sont pas de la même opinion pour savoir si la glande lacrymale doit être laissée ou enlevée. Pour la glande malade, la conduite est toute tracée, on l'enlève; dans le cas contraire, Dupuytren, MM. Roux, Rognetta, Cloquet, disent de la laisser. Chez notre malade elle fut enlevée avec le tissu graisseux qui donnait de l'inquiétude pour la réussite de l'opération. »

Les suites de l'opération ont été heureuses: les douleurs et les autres souffrances ont entièrement disparu; la plaie s'est parfaitement cicatrisée.

Le titre de cette intéressante observation pourrait peut être étonner, si on ne lisait pas les détails du fait. On ne compte pas, en effet, au nombre des indications de l'extirpation de l'œil les ophthalmies chroniques et les suppurations ordinaires de l'organe. Lorsqu'on réfléchit cependant à la nature de la dégénérescence organique dont le contenu orbitaire était devenu le siége; lorsqu'on songe aux douleurs atroces que le malade éprouvait et à la difformité choquante qu'il présentait, on est obligé de convenir que le parti choisi par M. Gambric était ce qu'il y avait de plus propre pour sauver la vie du malade. La sage précaution, en outre, que M. Gambric a eue de nétoyer complétement l'orbite de tous les tissus suspects, et les considérations pratiques auxquelles il se livre dans l'exposé de cette opération émanent d'un esprit juste et observateur, digne de l'imitation de ses confrères.

ESSAI SUR L'ENDURCISSEMENT DU TISSU CELLULAIRE CHEZ LES NOUVEAU-NÉS, par M. LEGENDRE.

Les premières notions sur l'induration du tissu cellulaire ne paraissent pas remonter au-delà du commencement du 18e siècle; mais ce n'est guère qu'au commencement du 19e que des travaux spéciaux ont été publiés sur ce sujet, qui depuis quelques années a été négligé malgré que la maladie, au moins dans les hôpitaux de Paris, n'ait rien perdu ni de sa fréquence, ni de sa gravité.

L'auteur admet la division en deux variétés établie par MM. Denis et Dugès, et conservée par Billard; l'endurcissement proprement dit et le tissu adipeux. C'est de la première espèce seulement que s'occupe M. Legendre.

L'étude des causes de cette maladie offre encore la plus grande obscurité malgré les recherches faites sur ce point par les auteurs déjà nommés; l'auteur, sans repousser complétement quelques-unes de celles qui ont été avancées, telle que le trouble de l'alimentation fétale, l'augmentation de la prédominance cellulaire primitive, pense cependant et avec raison, nous croyons, que, comme cette maladie à peine connue dans Paris, est au contraire très-fréquente à l'hospice des Enfans-Trouvés, c'est dans les conditions hygiéniques particulières au milieu desquelles se trouvent ces enfans qu'il faut chercher la cause de cette affection. Cependant nous ne trouvons pas une liaison intime entre celles de ces conditions qu'il signale et la maladie dont il s'occupe. Une recherche qu'il serait de la plus grande importance de faire, ce serait de connaître le nombre relatif des enfans qui sont atteints de l'endurcissement du tissu cellulaire dans les autres établissemens destinés aux enfans trouvés, non-seulement en France, mais dans tous les pays où il existe de ces sortes d'établissemens, et alors de la comparaison des résultats obtenus avec les circonstances propres à chaque établissement, on pourrait obtenir des renseignemens plus certains et plus utiles sur les causes de cette maladie que tout ce qui n'est fondé que sur des hypothèses ou sur l'anatomie pathologique.

M. Legendre n'admet que deux degrés au lieu de trois admis par la plupart des auteurs qui se sont occupés de l'étude de cette maladie. Dans le premier, qu'il appelle *endurcissement léger*, cette altération est bornée ou aux membres inférieurs, ou aux membres supérieurs, ou au dos sans abaissement sensible de la température normale dans ces parties. Dans ce degré le cri était ordinaire, non voilé; la respiration n'était pas gênée, bien qu'irrégulière, la poitrine paraissait bien conformée, les battemens du cœur réguliers variant de 70 à 90 par minute, le pouls ne pouvait être compté malgré la patience la plus grande.

Dans le second degré que l'auteur désigne sous le nom *d'endurcissement intense*, les membres, le pubis, les parties externes de la génération, le dos, la face, étaient tuméfiés, résistans, ou présentaient peu de plis; la pression n'y déterminait que très-difficilement une excavation légère qui disparaissait assez promptement. Dans six cas (sur 17) ces parties étaient d'une couleur violacée d'autant plus tranchée qu'on s'approchait davantage des extrémités, de sorte que les pieds et les mains étaient presque noirâtres; ces parties étaient en même temps sèches, lisses, froides; les articulations étaient froides, le cri voilé, faible, ou presque complétement éteint. Chez la plupart des enfans il y avait une forte agitation des membres et des contractions passagères dans les membres. Les battemens du cœur étaient distincts, variant de 70 à 80; l'endurcissement des membres supérieurs empêchait complétement de sentir le pouls.

L'endurcissement du tissu cellulaire n'est pas nécessairement mortel tant qu'il n'est encore qu'au premier degré; l'auteur dit avoir vu cinq cas sur quatorze se terminer par la guérison après que les symptômes avaient diminué graduellement; mais dans la deuxième série tous les malades ont succombé, et, chez tous, l'endurcissement avait atteint son *maximum* lors de la mort, excepté dans deux cas où il s'était terminé par résolution.

La durée de la maladie varie dans le premier degré du deuxième au huitième jour, tandis que dans le second la mort a toujours eu lieu, terme moyen, le cinquième jour.

Les caractères anatomiques ont été les mêmes pour les deux degrés. Les parties avaient conservé la même teinte que pendant la vie; leur consistance était aussi la même; l'impression du doigt persistait et ne disparaissait que très lentement; les doigts n'y pouvaient pincer que des plis assez épais; lorsqu'on incisait ces parties, il s'en écoulait quelques gouttes de sérosité transparente, légèrement citrine; les tissus sous-cutanés qui contenaient cette sérosité étaient jaunâtres, couleur due à la graisse divisée en petits pelotons du volume d'un grain de millet à un grain de chenevis, de forme irrégulière, séparés par de petits intervalles linéaires, d'où s'écoulait la sérosité; ces tissus avaient une consistance assez ferme; au-dessous d'eux les muscles avaient leur coloration normale; ils étaient secs, non infiltrés ni dans leur épaisseur ni dans leur intervalle. Chez les sujets qui étaient morts à une époque plus avancée, on ne rencontrait plus les petits pelotons graisseux; les mailles du tissu cellulaire étaient légèrement grisâtres, distendues par la sérosité; la densité du tissu, une fois les gouttelettes écoulées, avait totalement disparu; sa consistance était moins grande qu'ailleurs.

Toutes les autres altérations tenaient à des complications qui ne se sont pas présentées assez fréquemment les mêmes pour qu'elles doivent entrer dans une description générale de la maladie.

La nature de l'endurcissement du tissu cellulaire sera un objet de discussion tant que les causes en seront complétement ignorées; l'auteur réfute facilement les différentes opinions émises sur ce point, et d'après lesquelles cette maladie aurait été le résultat d'une pneumonie, d'une celluto-entérite, de l'action du froid, etc., et s'élève surtout contre celle qui l'attribue à la non-oblitération du trou de Botal, et donne à cette occasion l'état du canal artériel chez 24 enfans morts de l'endurcissement du tissu cellulaire, et dont le tableau suivant va donner le résultat.

Pas de trace d'oblitération dans	6 cas,
Commencement d'oblitération,	7 cas.
Oblitération presque complète,	8 cas.
Oblitération complète,	3 cas.

Aussi conclut-il que l'endurcissement du tissu cellulaire est une maladie primitive, indépendante d'aucune autre lésion et qui s'accompagne le plus souvent d'autres affections que l'on ne doit considérer que comme concomitantes, mais qui ne peuvent constituer l'induration ni même entrer pour élément dans la description de cette maladie.

Avec autant d'incertitude sur la plupart des points de l'étude de cette maladie, on ne peut espérer un traitement rationnel et utile; presque tout ce que conseillent les auteurs a plutôt rapport aux complications qu'à la maladie elle-même. Le seul traitement qu'on emploie aujourd'hui aux Enfans-Trouvés de Paris, consiste à faire des frictions avec l'eau distillée de thériaque, et à contenir les malades dans des couvertures de laine bien chaudes.

II. ARCHIVES MÉDICALES DE STRASBOURG.

Les cahiers des mois d'avril, mai et juin, contiennent en articles originaux : 1° *nouvelles observations, suivies de nouvelles recherches sur l'opération césarienne, ou gastro hystérotomie*, considérée comme moyen de terminer le travail de l'enfantement dans les cas de rétrécissement ou d'obstruction des voies naturelles, par M. le professeur Stoltz; 2° *observations de phlébite générale et réflexions sur cette maladie*, par M. A. Lereboullet; 3° *observations pratiques sur les maladies vénériennes*, par M. Maurice Ruef; ces deux derniers articles, remarquables à plusieurs égards, ne sont pas susceptibles d'analyse; 4° *notice sur les eaux minérales de Rosheim*, par M. Blum; 5° *coup-d'œil sur la clinique interne de M. Forget*, par M. Michel Lévy. 6° *Emploi de la salicine*, par M. Levy.

NOUVELLES OBSERVATIONS SUR L'OPÉRATION CÉSARIENNE ; par le docteur STOLTZ.

L'opération obstétricale, la plus grave, la plus dangereuse, est sans contredit celle qui consiste à ouvrir largement le ventre et la matrice, pour en tirer le fruit de la conception. Quelle que soit l'origine de cette opération, connue partout sous le nom de *césarienne*, il est certain que, depuis le seizième siècle jusqu'à nos jours, elle a été pratiquée un grand nombre de fois, et qu'elle a souvent réussi. Sans vouloir attacher plus d'importance qu'elles n'en méritent aux histoires rapportées par Rousset, Beaulieu et autres auteurs des siècles antérieurs au dix-huitième, il est constant aussi que l'opération césarienne a été faite plusieurs fois sur la même femme. Le nombre des observations qui constatent les succès de cette opération est aujourd'hui si considérable qu'il ne reste plus le moindre doute dans les esprits sur la question de savoir s'il est possible de sauver ainsi l'enfant et la mère à la fois. Aussi ne la regarde-t-on plus comme nécessairement funeste à la femme. Ses partisans les plus enthousiastes avouent cependant que dans le plus grand nombre des cas la femme succombe; toutefois les proportions dans l'issue de l'opération sont aujourd'hui bien plus favorables qu'autrefois. Baudelocque, par exemple, qui, dans les deuxième et troisième éditions de son *Traité de l'art des accouchemens*, avait avancé qu'on pouvait à peine conserver une femme sur dix, prouve, dans le mémoire qu'il a publié en l'an VI, qu'il en périt tout au plus une sur trois. La différence est immense.

Parce que la gastro-hystérotomie n'a pas réussi dans le plus grand nombre des cas, il ne faut pas la rayer du nombre des opérations obstétricales, car celles, par lesquelles on a conseillé de la remplacer, sont bien plus dangereuses encore. Ensuite, on peut raisonnablement espérer que l'on parviendra à en diminuer la gravité, soit en choisissant mieux le moment où elle doit être pratiquée, soit en trouvant des moyens qui rendront ses accidens immédiats moins graves, et d'autres par lesquels on sera à même de combattre plus efficacement les suites terribles de l'ouverture du ventre et de la matrice.

Dans cette première partie de son travail, M. Stoltz se contente, après quelques considérations générales, de rapporter avec de grands détails quatre observations d'opération césariennes qui n'ont point encore été publiées, et dont deux ont été suivies de succès complet pour la mère et pour les enfans. Il se propose dans des publications prochaines de se livrer à l'examen des véritables indications et contre-indications de la même opération.

OPÉRATION CÉSARIENNE ; ACCIDENS ; GUÉRISON.

Jeannette Half, 26 ans, naine, constitution délicate, tempérament lymphatico-sanguin, cheveux et yeux bruns, était enceinte pour la première fois, et, au huitième mois de sa grossesse, lorsqu'elle demanda à entrer à l'hôpital civil de Strasbourg, le 12 novembre 1834. Ses parens sont bien portans; sa mère a eu neuf enfans, elle était le sixième et fut extraite avec le forceps à cause du volume extraordinaire de sa tête; ses frères et ses sœurs sont venus au monde sans secours étranger. Le rachitisme l'a atteinte pendant sa première enfance. A dix ans sa croissance a été complètement arrêtée; elle était tout aussi grande à dix ans que maintenant. Sa taille est de 44 pouces : du sommet de la tête au coccyx, 26; du coccyx aux talons, 18. Sa tête est volumineuse; les membres courts, légèrement déviés et recourbés près des articulations; la colonne vertébrale parfaitement droite; torse bien conformé.

Bassin petit dans sa totalité, mais régulièrement conformé. Os des îles convenablement évasé; l'ensemble bien proportionné; inclinaison 58°. En un mot, pas de vice de configuration, mais simplement un arrêt de développement.

Mensuration extérieure. De l'épine antérieure et supérieure d'un côté à l'autre 7 pouces 6 lignes. D'une crête iliaque à l'autre, même diamètre 8 pouces. Du milieu de la base du sacrum à la partie supérieure de la symphise pubienne, 5 pouces 9 lignes. De l'éminence ilio-pertinée d'un côté à l'apophyse épineuse de l'avant-dernière vertèbre lombaire, 4 pouces 3 lignes. D'un grand trochanter à l'autre, 10 pouces 3 lignes. Du milieu de la crête iliaque à la tubérosité sciatique, 6 p. 3 l.

Lèvres de la vulve peu proéminentes; orifice vaginal étroit; vagin resserré et court. En suivant la courbure du sacrum pour mesurer le diamètre antéro-postérieur du détroit supérieur, le sommet du doigt atteint facilement l'angle sacro-vertébral. En déduisant de la longueur obtenue un demi pouce, pour l'obliquité de la direction de la ligne parcourue (diamètre sacro-sous-pubien), il restait deux pouces quatre à six lignes. L'intro-pelvimètre de Wellenbergh indiqua la même dimension.

Le fond de la matrice avait atteint l'épigastre et se trouvait proéminent comme à l'ordinaire. La respiration n'était nullement gênée, aussi peu que le jeu des organes digestifs, parce qu'il n'y avait pas défaut d'espace. Les mouvemens de l'enfant annonçaient qu'il était très-vivant. Le segment inférieur de l'utérus faisait une saillie peu considérable dans le bassin, et la tête du fœtus était élevée et mobile. M. Ehrmann ayant à son tour examiné Jeannette Half, fit exactement les mêmes remarques que M. Stoltz. Il a été d'accord avec ce dernier sur l'impossibilité de l'accouchement par les voies naturelles, et sur l'indispensabilité de l'opération césarienne; la femme avait encore une vingtaine de jours pour arriver à terme; elle se portait bien d'ailleurs.

Dans la nuit du 19 au 20 décembre, les douleurs de l'accouchement se déclarent. Le lendemain matin, les contractions de l'utérus sont courtes et peu intenses, les mouvemens du fœtus très-forts à gauche. Le vagin est humide; le segment inférieur pendant, lâche, infundibuliforme, fluctuant; col effacé; orifice à peine marqué, dirigé en arrière et à gauche. Derrière et au-dessus du pubis, on rencontre la tête du fœtus, qui paraît volumineuse et très-résistante.

Dans le courant de la journée, MM Ehrmann et Stoltz essaient tour à tour d'introduire la main entière dans le vagin pour mieux explorer le vagin. L'étroitesse de l'orifice vaginal, ou plutôt de la vulve entière et du vagin, ne permit pas ni à l'un ni à l'autre, de faire pénétrer plus de quatre doigts, ce qui était, à la vérité, plus que suffisant pour constater d'une manière décisive la disposition des parties dures et molles qu'on trouva dans l'état ci-dessus indiqué. Il fut donc arrêté qu'on aurait recours à l'opération césarienne aussitôt que le travail serait un peu plus avancé, c'est-à-dire lorsque l'orifice présenterait une dilatation d'un pouce et demi au moins. La patiente a de suite consenti à l'opération.

Opération.

A sept heures et un quart, M. Stoltz opéra en présence de MM, Coze, Bégin, Lauth, Strœber, Eissen, Lereboullet, etc. On commence par vider le rectum et la vessie. La patiente est placée convenablement. Un aide situé à droite fait proéminer le fond de la matrice sur la tige médiane du ventre au moyen de deux éponges fines, larges et plates. Ces éponges trempées d'abord dans de l'eau tiède, furent appliquées sur les côtés de la partie supérieure de l'adbomen et maintenues par une pression convenable. Un second aide placé aux pieds du lit, entre les cuisses de la femme, fait saillir la partie inférieure de l'utérus avec ses deux mains appliquées sur les côtés de l'hypogastre, en même temps qu'il tend la peau.

L'opérateur, placé à gauche de la patiente, s'assure d'abord qu'aucune anse intestinale n'est engagée entre l'utérus et la paroi abdominale; puis, avec un bistouri à tranchant convexe, il fait une incision à la peau, commençant à 2 pouces et demi de la symphyse pubienne, et s'étendant, le long de la ligne blanche, jusqu'à 2 pouces et demi au-dessus de l'ombilic, en contournant celui-ci à gauche. Pour ne pas blesser l'épiploon qui recouvre quelquefois la matrice, l'opérateur a d'abord divisé le derme, puis le tissu cellulaire graisseux dont l'épaisseur était de 7 à 8 lignes. Il divise ensuite partiellement, dans le milieu de la plaie, l'aponévrose des muscles abdominaux, de même que le péritoine, après les avoir soulevés avec des pinces, comme pour ouvrir un sac herniaire. L'écoulement d'une certaine quantité de sérosité annonça qu'on était dans la cavité péritonéale. Changeant alors le bistouri convexe contre un bistouri boutonné concave, on l'introduit dans l'ouverture et on achève de fendre l'aponévrose et le péritoine d'abord en bas, puis en haut, dans toute la longueur de l'incision extérieure. On agrandit encore la plaie aux deux angles, de manière à lui donner l'étendue de près de 7 pouces.

A mesure que la section de la peau a été faite, les bords de la plaie se sont écartés; et quand le ventre fut ouvert, l'espace compris entre eux représentait une ellipse large de près de 4 pouces au milieu, laissant apercevoir à nu la face antérieure de la matrice, qui était d'une couleur rosée, sillonnée de vaisseaux capillaires serpentans, parfaitement injectés. La pression extérieure sur les côtés de l'abdomen, en haut et en bas, avait augmenté l'écartement spontané des lèvres de l'incision. Malgré l'attention qu'on avait eue d'appliquer exactement la paroi abdominale sur la matrice, et de faire saillir, pour ainsi dire, celle-ci à travers la plaie, une anse intestinale contourna la partie inférieure gauche de l'utérus, et fit hernie. On la réduisit facilement; et la main, plus fortement appliquée, s'opposa à une nouvelle irruption d'intestin.

Pour apprendre si la matrice avait éprouvé un mouvement de rotation sur son axe, l'opérateur glisse sa main gauche sous la lèvre droite, près de l'angle supérieur de la plaie, et s'assure qu'aucun déplacement n'avait eu lieu. Reprenant ensuite le bistouri convexe, il incise l'utérus sur la ligne mitoyenne, couche par couche. A mesure qu'elles étaient coupées, les fibres utérines se rétractaient.

L'épaisseur de la paroi était de quatre à cinq lignes. La dernière couche, c'est-à-dire la plus intense, se déchira plutôt qu'elle ne fut coupée, et laissa à nu les membranes de l'œuf qui vinrent former une poche recouverte de la caduque réfléchie. Le chirurgien agrandit cette ouverture en passant le doigt indicateur entre l'œuf et l'utérus, et conduisant sur ce doigt le bistouri boutonné.

Avant de rompre les membranes, l'opérateur commande aux aides de redoubler de soins pour appliquer exactement la paroi abdominale sur l'utérus, afin d'éviter l'épanchement des eaux de l'amnios dans le ventre. Après avoir ouvert l'œuf avec un bistouri, il s'écoula trois à quatre onces d'eau. Le côté droit du fœtus se présenta alors; celui-ci était en première position. Avec la main gauche l'accoucheur saisit les pieds qui se trouvaient en arrière et à droite, et les amène au-dehors avec assez de facilité; il fait ensuite l'extraction du tronc et de la tête sans obstacle; seulement il fallut dégager les bras, comme dans l'accouchement par les pieds qui se fait par les voies naturelles.

L'enfant, du sexe féminin, jeta aussitôt des cris. On lia le cordon, et on le coupa ensuite entre la ligature et l'ombilic de l'enfant. Celui-ci était fort, développé comme un enfant à terme, et bien portant. Il avait 18 pouces de longueur, et pesait 6 livres moins un quart.

Le vide survenu dans le bas-ventre par suite de l'extraction de l'utérus, rendit la hernie des intestins imminente à travers la plaie du ventre. Pour l'empêcher, il fallut toute l'attention et l'adresse des personnes qui s'étaient chargées de l'éviter. On était parvenu aussi à prévenir l'épanchement du reste des eaux de l'amnios et du sang qui suivirent le fœtus. On attendit quelques instans, afin que la matrice revint sur elle-même, et l'on fit l'extraction du placenta en totalité, en exerçant quelques tractions sur le cordon au moment où l'ouverture de l'utérus commençait à se rétrécir. Du sang caillé et liquide en quantité médiocre, comme il en sort ordinairement par le vagin, suivit le délivre.

Dans ce moment, la matrice fuit en se contractant; elle se cacha dans le petit bassin. Une portion d'intestin grêle parut aussitôt dans l'angle inférieur de la plaie abdominale. On parvint facilement à la faire rentrer, mais alors l'épiploon s'engagea dans l'angle supérieur, malgré la précaution que l'on avait eue de couvrir cette partie de la plaie par une éponge. Ayant refoulé l'épiploon un peu rudement avec les doigts, il en résulta immédiatement des secousses spasmodiques violentes du diaphragme, un hoquet qui manqua de faire sortir tout le paquet intestinal par la plaie. Le hoquet cessa dès qu'on eut procédé plus méthodiquement à la respiration. Après cela les lèvres de la plaie purent être rapprochées exactement; il ne restait plus qu'à pratiquer la suture.

Pansement.

La plaie fut d'abord nétoyée, et le peu de sang qui y restait, abstergé. On pratique quatre points de suture séparés à intervalles égaux. Dans l'angle inférieur de la plaie, on plaça un séton qui pénétrait dans la cavité utérine, pour faciliter l'écoulement des liquides épanchés. Des bandes agglutinatives larges de trois travers de doigt et de trois pieds de long servirent de bandage unissant; leur plein fut passé sous les reins, et les chefs croisés sur la plaie. Par-dessus, on mit des plumasseaux de charpie, des compresses, et le tout fut maintenu par un bandage de corps.

L'opérée fut étendue sur le lit dans une position horizontale, les cuisses très-légèrement fléchies, les genoux rapprochés. L'opération a duré une demi-heure; la femme a montré un grand courage. Aucune artère n'a dû être liée; le sang perdu a été peu considérable.

Les suites de l'opération ont été orageuses : fièvre et soif ardente, douleurs abdominales atroces, tympanite, insomnie, délire, anxiété précordiale, diarrhée, céphalalgie intense, oppression, lipothymies, tels sont les accidens qu'on eut à combattre successivement jusqu'au quarantième jour. Des applications répétées de sangsues aux cuisses et à l'hypogastre, les opiacés, les lavemens et les boissons appropriées, etc., tels sont à peu près les moyens avec lesquels on les a victorieusement combattus. A compter de cette époque, l'amélioration a été progressive, et la guérison complète a eu lieu. L'enfant et la mère se portent bien.

Cette belle opération de M. Stoltz n'a pas besoin de commentaire pour être appréciée à sa juste valeur; elle témoigne suffisamment de l'excellence du jugement pratique du jeune professeur de Strasbourg. Dans ce fait, la gastro-hystérotomie a été pratiquée pour le défaut de développement normal du bassin; dans le suivant, l'opération a été commandée par l'obstruction du bassin; elle a été également couronnée de succès.

Il s'agit d'une femme du Haut-Rhin, âgée de 28 à 29 ans, enceinte pour la première fois et à terme. Les douleurs se déclarent; la sage-femme, voyant l'étroitesse extrême des voies génitales, fait appeler M. le docteur Thaler, de Massevaux. A l'arrivée de l'accoucheur, les eaux étaient écoulées depuis longtemps. On essaie d'introduire le forceps inutilement; l'accoucheur se décide donc pour l'opération césarienne que la patiente accepte. On opère avec peu de précautions, et pourtant la malade guérit et l'enfant vit également. L'opérée a été examinée par M. Stoltz après la guérison : il décrit minutieusement l'état de la femme. Dans les deux autres cas, les opérées sont mortes de péritonite : l'une, au quatrième jour; l'autre, au huitième. Ces observations, n'offrant qu'un intérêt secondaire en comparaison de la première, nous ne croyons pas devoir en reproduire les détails.

EMPLOI DE LA SALICINE DANS LE TRAITEMENT DES FIÈVRES INTERMITTENTES; par le docteur LEVY, médecin à l'hôpital de Calvi.

L'auteur de cette communication commence par quelques détails topographiques sur la ville de Calvi et sur la Corse en général. Les fièvres intermittentes, dit-il, sont endémiques dans cette île, où elles désolent spécialement les garnisons du littoral. Calvi, situé sur un rocher granitique élevé de 40 à 50 mètres au-dessus du niveau de la mer, est exposé pendant tout l'été aux effets fâcheux d'une température élevée; aussi les fièvres périodiques qui s'y développent à cette époque de l'année, s'accompagnent-elles d'éréthisme vasculaire et de congestions sanguines vers l'encéphale. C'est au mois de juillet et quelquefois dès le mois de juin, que les fièvres commencent à revêtir la forme pernicieuse dont l'appareil symptômatique s'aggrave en raison directe de l'intensité de la chaleur. A un quart de lieue environ de Calvi, dans la direction sud-est, il existe un marais dont la superficie carrée peut être évaluée à 600 mètres, et dont les émanations contribuent probablement au développement des fièvres intermittentes.

La plupart des fièvres, qui règnent à Calvi, se rattachent aux types tierce et quotidien. Dans l'espace d'un an, à peine y a-t-on observé quatre ou cinq cas de fièvre quarte : il est rare qu'elles ne soient pas accompagnées de quelques signes de gastricité; et, quand on a voulu employer les vomitifs ou les purgatifs avant l'administration des fébrifuges et dans l'espoir d'en faciliter l'action, on n'a fait qu'empirer les symptômes gastriques et rendre l'usage des fébrifuges plus chanceux.

Un fait qui paraît encore digne d'être noté, c'est la fréquence et le développement subit de l'engorgement de la rate. Ainsi, chez un malade, cet agent à peine percevable le premier jour au-dessus des fausses côtes, descendit, dans l'espace de trois jours, jusqu'au-dessous de l'ombilic, formant un plan large, dur, résistant, qui occupait l'hypochondre, le flanc et une partie de la région iliaque du côté gauche. Ainsi qu'on le voit dans tous les cas de ce genre, ces engorgemens spléniques n'ont exigé aucun traitement spécial; loin de pouvoir être attribués à l'usage spécial du quinquina, ils ont paru céder, presque en même temps que les accès, à l'action de ce médicament.

Sur 30 fièvres intermittentes des types tierce et quotidien, traitées par la salicine, 20 ont guéri, 10 n'ont cédé qu'à l'administration subséquente du sulfate de quinine.

Des essais antérieurs avaient démontré, du moins pour Calvi, l'inefficacité de la salicine à petite dose; ainsi, dans les 30 cas que rapporte M. Levy, il commença par des doses de 10, 16 et 28 grains, qui, chez quelques malades, furent élevées graduellement à 40 et 50 grains par jour. La plupart des guérisons ont eu lieu après les deuxième et troisième doses; quelques-unes après la première.

Parmi les 10 fièvres réfractaires à la salicine, 3 ont présenté des symptômes pernicieux qui n'ont pas permis d'insister longtemps sur l'usage de ce moyen; dans les sept autres cas l'administration en a été prolongée pendant plus longtemps et sans plus de succès. 12 à 16 grains de sulfate de quinine ont été nécessaires pour arrêter les accès.

M. Levy fait remarquer que les doses élevées de salicine qu'il a prescrites, étaient réclamées par la nature même et la marche de la maladie. Ainsi le sulfate de quinine en Corse, aussi bien qu'en Afrique et surtout à Bone, n'a d'action prompte et décisive qu'autant qu'il est administré à des doses qu'on aurait appelées énormes si elles n'avaient été nécessitées par l'effrayante intensité des affections intermittentes qu'elles étaient destinées à combattre.

Parmi les conclusions qui terminent le mémoire de M. Levy, nous remarquons surtout les suivantes.

1°. La salicine possède des propriétés fébrifuges, et guérit deux fois sur trois les fièvres intermittentes sans caractère grave.

2. Elle est préférable au sulfate de quinine dans les fièvres intermittentes qui s'accompagnent d'irritation des premières voies. « Jamais, dit M. Levy, nous ne l'avons vue être rejetée ni déterminer la diarrhée; dans des cas d'irritation manifeste du tube digestif, elle a été parfaitement supportée. »

La première de ces deux conclusions est la répétition de ce qu'ont dit la plupart de ceux qui ont fait des expériences sur le traitement des fièvres intermittentes par la salicine; mais avant de fixer exactement le nombre des cas où la guérison est due à l'action de ce remède, on devrait d'abord en écarter ceux où le simple changement de lieu, d'habitudes et de manière de vivre, le passage du quartier, par exemple, à l'hôpital militaire, suffit pour faire cesser les accès de fièvre. Car ce serait s'exposer à une cause manifeste d'erreur, que d'attribuer au traitement thérapeutique ce qui, dans ces cas, dépendrait des autres circonstances. Ainsi nous savons qu'à Paris le nombre des sujets atteints de fièvres intermittentes, qui guérissent par le changement de conditions hygiéniques, s'éloigne peu, dans les hôpitaux, des deux tiers; mais nous n'oserions dire qu'il en soit de même en Corse ou en Afrique. Le seul objet de notre remarque est de signaler cette cause d'erreur, et de rappeler que dans l'appréciation des médications opposées aux fièvres intermittentes, encore plus que pour les autres maladies,

il est nécessaire de tenir compte des cas qui guériraient par le changement seul des conditions hygiéniques.

III. JOURNAL DE LA SECTION DE MÉDECINE DE LA SOCIÉTÉ ACADÉMIQUE DE LA LOIRE-INFÉRIEURE.

OBSERVATION SUR UNE TUMEUR SITUÉE DANS L'AINE ET RENFERMANT DES VERS; par M. VANDERBACH.

Une femme, âgée de 36 ans, tempérament bilieux, portait depuis quelque temps une tumeur dans l'aine gauche sans aucune cause connue, et qui la gênait beaucoup. Bien qu'elle ne fût pas douloureuse, elle lui occasionnait cependant une espèce de frémissement continuel qui la tourmentait et la forçait d'y porter sans cesse la main pour la comprimer, ayant remarqué qu'elle en éprouvait du soulagement. A l'examen, la tumeur ne présentait ni chaleur, ni rougeur, ni douleur à la peau, en un mot, aucun des symptômes qui accompagnent ordinairement une phlegmasie. D'un autre côté, sa solidité et sa position, un peu en-dehors de l'anneau inguinal, donnèrent à M. Vanderbach la certitude que ce n'était pas une hernie; il ne crut pas non plus que le mal fût de nature lymphatique. On ordonne donc des bains, un régime doux et quelques légères frictions sur la partie. Huit jours après, la tumeur rougit à son centre et la malade y ressent quelques pulsations. Cataplasmes maturatifs.

Bientôt une fluctuation légère se manifeste, et la tumeur se crevasse légèrement. On aperçoit avec étonnement par cette crevasse spontanée des vers lombricoïdes repliés les uns sur les autres. On agrandit l'ouverture et on tire quinze de ces animaux, dont dix très-longs et très-gros, trois plus petits, et deux de la grosseur d'une épingle à friser, et tous pleins de vie. Ayant examiné très-attentivement le kyste pour déterminer la source de ces vers, M. Vanderbach n'y put reconnaître aucune communication. Le kyste, loin de paraître dépendre d'une rupture intestinale, était, au contraire, au dire de l'auteur, très-uni, très-lisse, ne contenant aucune sérosité et ne portant aucune trace d'inflammation. La cicatrisation s'est accomplie; la malade guérit parfaitement sans éprouver, par la suite, aucune récidive de tumeur.

En adressant cette observation à la société médicale de la Loire-Inférieure, M. Vanderbach pose les deux questions suivantes : 1° les vers ont-ils été engendrés dans l'endroit même qu'ils occupaient? En ce cas, quels ont pu être la cause et le principe de leur développement? 2° ou bien, auraient-ils traversé les parois des intestins et les enveloppes du bas-ventre, à la suite de quelque inflammation latente, et les ouvertures se seraient-elles cicatrisées ensuite?

Une discussion s'engage à ce sujet dans l'assemblée que nous venons de citer. Elle est assez intéressante pour être ici reproduite en totalité.

M. Ménard cite trois cas d'abcès abdominaux qui lui sont particuliers : de ces tumeurs qui étaient situées dans le triangle compris entre l'ombilic, l'épine antérieure et supérieure de l'os iliaque et l'anneau inguinal, à l'endroit où le bas-ventre montre le plus de saillie, sortit un grand nombre d'ascarides lombricoïdes vivans. Il donne ensuite les détails suivans sur le malade qu'il vit avec M. Bacqua. Un homme, âgé de 40 ans, atteint d'une affection intestinale aiguë, portait une tumeur rénitente, sur laquelle on appliqua, et des sangsues, et des cataplasmes émolliens. Le malade se trouva mieux; la tumeur mollit, et huit jours après M. Ménard, ayant aperçu une crépitation emphysémateuse, acquit la certitude que la tumeur contenait des vers. M. Ménard pratique une très-petite ponction qui donna lieu à la sortie d'une tumeur séro-sanguinolente, lactée, puis à plusieurs ascarides lombricoïdes. Deux jours après, une nouvelle ponction fit sortir plusieurs autres en ozoaires. Ce praticien croit que l'abcès a dû communiquer avec le canal intestinal, et qu'une adhérence contractée avec les tissus environnans a fermé l'ouverture; ce qui explique, ajoute-t-il, pourquoi M. Vanderbach n'a pas trouvé de communication entre la tumeur et l'intestin.

M. Mareschal dit qu'il lui paraît utile de prendre note des symptômes de frémissement, signalé, par M. Vanderbach, dans la tumeur inguinale dont il a donné l'observation. M. Mareschal ne se rappelle pas que les auteurs fassent mention de ce symptôme qui doit être caractéristique, au moins lorsque les vers sont vivans. Relativement à la présence des vers intestinaux hors des voies digestives et réunis dans l'aine ou autre lieu analogue, ce médecin n'est pas satisfait de l'explication qu'on donne ordinairement, savoir : l'ulcération de l'intestin et son adhérence aux parois de l'abdomen. Cette lésion est grave, dit-il, et devrait être précédée d'accidens remarquables, tandis que dans beaucoup de cas, y compris celui fourni par M. Vanderbach, on n'a pas observé de symptômes antérieurs. De plus, ajoute M. Mareschal, ne devrait-on pas au moins quelquefois voir transuder des matières fécales, et ne devrait-on pas l'observer surtout lorsque les entozoaires sont trouvés vivans dans la tumeur, car alors on peut supposer qu'ils y sont contenus depuis trop peu de temps, pour admettre que l'ouverture qui leur a livré passage ait pu se fermer? M. Mareschal trouve beaucoup de difficulté à se rendre raison des tumeurs vermineuses dont il s'agit, et sans rejeter les cas où il y a eu lésion antérieure des membranes de l'intestin et adhérence aux parois de l'abdomen, il pense aussi qu'il existe d'autres cas semblables à celui de M. Vanderbach, où l'on peut admettre, à moins de faire des hypothèses, l'altération et l'adhérence de l'intestin. Bien que ces tumeurs vermineuses ne soient pas très-communes, plusieurs auteurs cependant en citent des exemples. Schenckius mentionne plusieurs cas; Zacutus-Lusitanus en rapporte un dans lequel les vers sortirent par une tumeur à l'ombilic; selon Fernel, des ascarides ont rampé quelquefois à travers les tissus, et ont été trouvés sous la peau du scrotum et des cuisses. Il y a quelques années, M. Camin observa aussi une tumeur vermineuse dans l'aine. En suède, d'ailleurs, ces maladies sont très-fréquentes au dire des mémoires de l'Académie de Stockholm. M. Mareschal considère les ascarides lombricoïdes comme susceptibles de se raidir avec assez de force contre un point des parois de l'intestin et de les percer, surtout si on leur accorde la faculté d'insinuer leurs extrémités pointues dans les criptes de la membrane muqueuse et entre les fibres lâches de la membrane musculaire. On peut supposer ensuite, ajoute-il, qu'ils cheminent entre les plis du mésentère, à la manière de certains corps étrangers, et que parvenus à la face externe du péritoine, ils arrivent par le tissu cellulaire jusqu'à l'aine ou ailleurs. M. Mareschal cite pour exemple de la force des vers, l'observation d'un malade qu'il a traité à l'Hôtel-Dieu pour une pleuro-pneumonie dont il mourut. A l'autopsie, il trouva un ascaride lombricoïde dans la poitrine, et qui avait fait une ouverture à l'œsophage. Enfin il termine en citant le fait très-remarquable de Duverney, d'un ascaride lombricoïde vivant qui fut trouvé dans le sinus longitudinal supérieur. M. Mareschal pense que, dans ce cas, l'entozoaire a dû traverser la lame criblée de l'ethmoïde.

M. Marchand observe que plusieurs praticiens ont trouvé des vers hors du canal intestinal; mais qu'ayant négligé de donner une description exacte, il était resté de l'obscurité sur plusieurs de ces observations. Chaque espèce de vers, dit-il, paraît habiter de préférence tel ou tel organe, ou même telle partie d'un même organe. C'est ainsi que dans le canal intestinal on trouve l'oxyure vermiculaire dans le rectum; le trichocéphale dans le cœcum et dans le gros intestin; l'ascaride lombricoïde dans l'intestin grêle. On a dit, continue M. Marchand, que les vers intestinaux n'étant pas pourvus d'aiguillon, ne pouvaient perforer le canal intestinal. Il y a plusieurs années cependant, qu'on inséra dans le journal de M. Gaultier de Claubry, des observations dans lesquelles les vers furent trouvés dans la cavité péritonéale. Le canal intestinal était perforé dans plusieurs endroits, et ce qui prouve que c'était bien par là que les vers avaient passé, c'est que plusieurs étaient encore engagés dans ces ouvertures arrondies qui avaient juste la grandeur nécessaire pour leur livrer passage. On sait que la sonde de gomme élastique dont l'extrémité est arrondie, enfoncée trop avant dans la vessie, perfore promptement la paroi sur laquelle elle porte. Un ver ne pourrait-il pas perforer de la même manière le canal intestinal?

IV. BULLETIN MÉDICAL DE BORDEAUX.

ABCÈS PAR CONGESTION; OUVERTURE; INJECTIONS; GUÉRISON; par M. BENSSE.

Pendant longtemps, dit l'auteur, le chirurgien a reculé devant l'ouverture des abcès par congestion à cause des craintes que l'introduction de l'air dans la plaie n'amenât une suppuration plus abondante, et une réaction fatale. M. Lisfranc, continue-t-il, a reculé les limites de l'art en prouvant, par l'expérience, que ces abcès, traités autrement qu'on ne le faisait communément, étaient quelquefois susceptibles de guérison. L'observation suivante peut être ajoutée à celles du célèbre clinicien de la Pitié.

La demoiselle N. B..., d'un tempérament lymphatique, issue de parens malsains, habitant depuis longtemps un rez-de-chaussée voisin d'un ruisseau, sentit à l'âge de 13 ans une douleur assez forte vers la première et la seconde vertèbre dorsales. Cette douleur fut suivie, au bout d'un mois, d'un développement très-prononcé de ces deux points osseux. Deux mois après, la malade s'affaiblit; douleurs dans le trajet de la colonne vertébrale jusque vers les lombes; apparition d'un abcès un peu au-dessous de l'arcade crurale, qui acquiert en quinze jours un volume considérable. Son volume diminue par le refoulement et même par la position couchée. M. Bensse diagnostique un abcès par congestion, et l'ouvre dans l'étendue de six lignes. Écoulement de quatre verres de pus mal lié et floconneux. Mèche de charpie dans l'ouverture. Diminution du pus; issue spontanée de la tente; cicatrisation de l'ouverture vingt jours après. Vésicatoires et cautères sur le siége de la gibbosité. Toniques intérieurement. (Extrait de ratanhia, kina, sirop de consoude, thériaque, etc.)

Un mois et demi après, le foyer de l'abcès se remplit de nouveau; seconde ouverture; fistule consécutive qui persiste pendant quinze mois; sueurs nocturnes qu'on combat à l'aide des toniques acidules. L'acétate de plomb, etc. Je portai, dit l'auteur, dans le trajet fistuleux, à l'aide d'une demi-seringue, des injections faites tantôt avec une décoction de plantes aromatiques, comme du kina, par exemple, tantôt avec du chlorure de sodium étendu. Le pansement se faisait tou-

jours la malade étant couchée, et souvent je portai dans l'espace caverneux deux décharges de seringue sans qu'aucune goutte ressortît, ce qui me portait à croire que le liquide se rendait jusqu'au siége de l'affection. Enfin, après une alternative d'espérance de guérison et d'insuccès qui a duré pendant quinze mois, luttant avec résignation contre le mal et comptant sur les ressources de l'art et sur celles de la nature, je conduisis à la guérison la jeune malade, qui, quoique d'une faible santé comme rachitique, n'a pas vu reparaître sa maladie depuis quatre ans.

Cette guérison très remarquable serait surprenante si l'on ne savait pas de nos jours que les abcès, dits par congestion, ne dépendent très-souvent que de la fonte de masses tuberculeuses, formées aux environs des vertèbres, sans que les os soient réellement cariés. Ce n'est effectivement que dans ces cas seulement que la guérison des abcès en question est possible; du moins d'après l'état de la science. La médication, du reste, suivie par M. Beusse, nous paraît un bon modèle à suivre.

RESSERREMENT DU COL DE LA MATRICE SUR LE COL DU FOETUS, ASPHYXIE PAR STRANGULATION DE L'ENFANT; par M. CHANSAREL.

OBS. — Madame M...., 28 ans, constitution lymphatico-sanguine, forte, membres volumineux, habituellement bien portante, avait été deux fois enceinte et avait avorté deux fois, à 5 et à 7 mois. Une troisième grossesse a lieu trois mois après la dernière. La femme souffre de langueurs extraordinaires d'estomac, qui l'obligent à manger boulimiquement. Elle porte sa grossesse à terme. Les douleurs se déclarent le 27 juillet, de grand matin; le col utérin se dilate bien et offre de la souplesse; les eaux bombent vers une heure de l'après-midi, la poche se rompt, et les eaux coulent en partie; on sent la tête dans la première position. Les douleurs cependant diminuent, et le col utérin se durcit. Deux saignées du bras dans une heure d'intervalle.

Les douleurs reparaissent, la tête tombe dans l'excavation, elle avance, les douleurs sont bonnes; l'accouchement parait prochain; une nouvelle inertie utérine cependant a lieu; la tête remonte et ne se montre plus. Un demi-verre de vin chaud est administré à la mère sans effet. Seigle ergoté: pas d'effet très-marqué.

Vers 7 sept du soir, les douleurs reparurent; la tête s'engage de nouveau dans l'excavation; elle franchit le de troit inférieur et se montre à la vulve. Une dernière douleur aurait suffi pour expulser l'enfant en totalité; mais alors, sans cause connue, un resserrement spasmodique du col utérin a lieu; ce dernier se contracte sur le col de l'enfant, le presse avec une telle force, que l'asphyxie devient imminente. M. Chansarel cherche, en introduisant le doigt entre le cou de l'enfant et le col de la matrice, à vaincre la contraction utérine et à sauver l'enfant de cette asphyxie par strangulation; ses efforts furent vains. Il réclame alors le secours d'un confrère qui se rend à son aide. Il y avait six heures et demie environ que la poche des eaux s'était rompue. Tous les deux, après de longs efforts, amenèrent enfin au-dehors un enfant mort appartenant au sexe masculin, et d'une grosseur considérable. La face était livide et gonflée; tout le corps froid; le cordon ne donnait aucune pulsation. Ces circonstances engagèrent ces deux confrères à ne point pratiquer sur-le-champ la section du cordon ombilical. On se contenta seulement de faire des frictions sur la région précordiale, et de plonger l'enfant dans un bain tiède; tous ces soins ont été inutiles. M. Chansarel et son confrère ont acquis la conviction que la mort de l'enfant n'a été due qu'à l'action de strangulation du col de la matrice.

Les détails de cette observation ont été présentés par l'auteur à la société médicale de Bordeaux dont il fait partie. Cette compagnie a interpellé M. Chansarel par les trois questions suivantes: 1° pourquoi, dans la première période de l'accouchement, il s'est déterminé d'agir avec tant de promptitude alors que l'enfant se présentait bien et qu'il n'y avait aucun accident de la part de la mère, ni hémorrhagies, ni convulsions, etc.; 2° pourquoi, dans la seconde période, il a négligé d'employer certains moyens, les bains, par exemple, et les onctions sur le col utérin de pommade de belladone (1), 3° pourquoi enfin, il n'a pas opéré *subito* la section du cordon ombilical lors de l'expulsion de l'enfant. M. Chansarel donne des explications à cet égard.

CONSIDÉRATIONS SUR LA TEIGNE; par M. MOULINIÉ, chirurgien en chef de l'hôpital Saint-André.

L'auteur s'élève avec raison contre l'arbitraire qui a présidé jusqu'ici aux différentes divisions établies par les auteurs dans cette maladie; il blâme surtout le moyen atroce que, pendant si longtemps, on regarda comme le seul qui pût être opposé à la teigne, et qui, aujourd'hui, semble devoir disparaître complètement et prochainement du nombre des moyens thérapeutiques, bien que la pratique en soit encore autorisée dans quelques établissemens publics. Dans le grand nombre des cas où l'on a employé la calotte, M. Moulinié pense qu'il n'y en a que bien peu où elle ait exercé une influence favorable, et encore il pense que, dans ces cas, il est toujours facile de la remplacer par des moyens rationnels qui ne laissent pas la trace dégradante de cette maladie. La teigne ne dépend point, pour lui, d'un principe unique; elle n'est souvent que la manifestation d'une altération de l'organisme, en sorte d'émonctoire, qu'établit la nature pour purger le corps humain de ce qu'il a d'impur, ou le symptôme masqué d'une maladie héréditaire; et il pense que dans tous ces cas on peut obtenir la guérison de la teigne sans avoir recours à l'application douloureuse de la calotte. Il rapporte cinq observations où la teigne a disparu par l'emploi de moyens rationnels, et qui prouvent que l'application de la calotte peut souvent être suppléée par les moyens que l'art met entre nos mains, et qui peuvent être employés sans causer des douleurs et des angoisses inutiles.

(1) L'expérience a dernièrement démontré à un grand accoucheur anglais que le tartre stibié à haute dose, donné par la bouche, était un remède héroïque en pareilles occurrences. (*N. du R.*)

V. BULLETIN DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE GAND.

NOTE SUR L'INDURATION DE L'ENCÉPHALE, ET NOTAMMENT DES OLIVES DANS L'ÉPILEPSIE; communiquée par le docteur BURGGRAAVE.

Sous ce titre modeste, le docteur Burggraave présente quelques recherches importantes sur la nature et la cause de cette altération, et sur ses rapports avec l'épilepsie. Ces recherches sont appuyées de plusieurs observations dont une appartient à l'auteur; les autres sont empruntées à divers ouvrages. Cette induration de l'encéphale et spécialement des olives, que l'on trouve fréquemment chez les épileptiques et que plusieurs auteurs ont considérée comme la cause de l'épilepsie et comme le résultat d'une inflammation chronique, n'a point offert à l'auteur les caractères qui appartiennent aux productions des phlegmasies chroniques, et ne peut être confondue avec elles. « C'est, dit-il, une ténacité plus grande de la fibre médullaire, un excès de cohésion entre les molécules de cette fibre, mais sans aucun changement dans ses caractères d'organisation propre. » L'épilepsie n'est point le résultat d'une phlegmasie chronique; purement nerveuse à son origine, elle trouve sa source dans un excès d'irritabilité de la fibre nerveuse, qui, à chaque accès, entre dans un état de spasme et de turgescence que l'auteur considère comme la cause principale de l'induration de la substance cérébrale.

OBSERVATION DE SUICIDE, communiquée par le docteur DE NOBELL.

Cette observation, dont le titre ne présente rien de remarquable, nous semble offrir un intérêt d'autant plus grand, qu'elle se rattache à la question importante des fonctions du cerveau, question qui aujourd'hui attire si vivement l'attention des physiologistes, des psycologues et des médecins moralistes.

Le sujet était un jeune homme âgé de 16 ans, habituellement sombre, peu communicatif et à intelligence obtuse. A tort ou à raison, il se crut trompé par la femme qu'il aimait et dont il se croyait aimé; et naturellement timide, et ne pouvant se venger, il résolut de terminer sa vie par un suicide, et choisit de préférence le pistolet. Deux balles pénétrèrent dans le cerveau par la partie antérieure et par la même ouverture, et y firent un tel ravage, qu'il sortit du crâne une quantité de substance cérébrale égale à deux tasses ordinaires, et qu'une sonde de gomme élastique pénétrait dans le cerveau à la profondeur de 4 pouces, sans y rencontrer aucun obstacle. Le malade, qui avait perdu complètement la connaissance au moment de l'accident, la recouvra au bout de 24 heures, ne présentant aucune autre altération du mouvement et de la sensibilité, que la perte de la vue. La plaie suivit une marche très-simple vers la cicatrisation; une grande quantité de matière cérébrale était entraînée à chaque pansement par la suppuration, et, le 27e jour, la plaie était entièrement cicatrisée, bien qu'aucune des deux balles n'eût été extraite. Mais ce qu'il y a de plus extraordinaire dans cette observation, c'est le changement qui s'était opéré dans le caractère du jeune homme. Il devint intelligent, gai et conteur; il avait l'air de ne jamais songer à son malheur, et faisait quelquefois des espiègleries à ses guides; il s'informait avec intérêt de l'usine qu'il avait quittée, et s'en occupait jusqu'au point d'émettre quelquefois son opinion sur des améliorations à y introduire; mais il ne voulait jamais s'entretenir des causes qui avaient donné lieu à son accident. Chez ce sujet, le sens de l'odorat n'avait rien perdu de sa finesse; mais il ne put recouvrer la vue. Il retourna chez ses parens; mais, dès le cinquième mois après l'accident, il devint sujet à des convulsions qu'une saignée faisait disparaître, et même prévenait souvent; et il est mort au bout de deux ans environ.

L'effrayante destruction de matière cérébrale n'a donné lieu chez ce jeune homme à aucun dérangement dans les manifestations intellectuel-

les, et cependant il est certain non-seulement que les balles ont pénétré très-profondément dans le cerveau ; mais comme la plaie était située au milieu de l'os frontal et au-dessous de la bosse frontale gauche, et que le trajet s'écartait de la ligne médiane au point de former avec elle un angle de 15 degrés, il ne l'est pas moins que le lobe antérieur du côté gauche a dû être complètement détruit. Comment les phrénologues qui regardent cette partie comme le siége exclusif des organes de l'entendement proprement dit, expliqueront-ils ce fait? Il reste, il est vrai, la ressource du lobe antérieur du côté droit, qui probablement n'avait point été atteint et qui aurait pu suppléer dans ses fonctions à l'hémisphère malade. Mais même en adoptant cette idée qui, émise d'abord par Gall et Spurzheim, a été adoptée depuis par d'autres, il resterait à expliquer l'amélioration considérable qui s'est manifestée dans les fonctions intellectuelles. Nous avons vu quelquefois des individus à la suite d'une pleurésie vivre avec un seul poumon, mais d'une existence faible et souffrante, et jamais nous n'avons vu ces sujets présenter un plus grand développement des actes de la respiration.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 3 NOVEMBRE.

Présidence de M. Louyer-Willermay.

Correspondance officielle.

1° Lettre ministérielle, 26 octobre, avec envoi d'un rapport de M. le docteur Leguerel sur une épidémie de fièvres typhoïdes qui a régné dans la commune de Lizio.

2° Lettre *idem, idem*, avec envoi d'un rapport du médecin des épidémies de l'arrondissement de Dijon, sur une fièvre typhoïde qui a regné dans la commune de Francheville.

3° Lettre *idem, idem*, avec envoi de la recette et de l'échantillon de deux remèdes secrets, l'un contre la goutte, l'autre contre les plaies, proposés par la demoiselle Bonvier.

4° Lettre *idem, idem*, avec envoi des rapports des médecins inspecteurs des eaux minérales d'Avène et de Balarue.

5° L'état des vaccinations de la Haute-Vienne.

Correspondance manuscrite :

1° Notice sur un nouvel extenseur pour les fractures et les luxations, par M. Pont-de-Vissac, officier de santé.

2° Lettre de M. Boneberon avec envoi d'un paquet cacheté contenant la recette d'une pommade à laquelle il attribue la propriété de faire croître les cheveux.

3° Lettre de M. Serre, de Montpellier : annonce que sur 70 opérations de cataracte qu'il a pratiquées depuis trois ans, il a rendu la vue à 62 personnes. Il n'opère que d'un côté et presque toujours par la méthode du déplacement. Nous avons publié cette lettre.

4° Histoire d'une grossesse quadruple, par M. Pécot de Besançon.

5° Excision d'un kyste volumineux situé sur l'artère carotide, par le même.

6° Traitement des polypes utérins par arrachement, par le même.

7° Éruptions anormales, métastases graves, par M. Dubourg.

8° Essai sur la chlorose et son traitement, par M. F.-A. Poujol.

9° Lettre de M. P. Martin Roux, de Marseille : se porte comme candidat aux places de membre correspondant.

Après le dépouillement de la correspondance, M. Girard demande la parole. J'arrive, dit-il, de Rambouillet, où j'ai passé une vingtaine de jours. J'y ai vu plusieurs vaches qui portaient sur les mamelles des éruptions qui m'ont paru avoir quelque ressemblance avec le cowpox. Deux médecins de Rambouillet ont pensé comme moi. Nous avons pris le virus de ces pustules, et nous l'avons transporté sur quatre bêtes à laine et sur deux enfans. L'inoculation a donné sur les enfans des boutons en tout semblables aux boutons de vaccine. Nous avons repris la matière de ces boutons, et elle a également réussi sur d'autres enfans.

Je me borne en ce moment à dire le résultat de ces expériences; mais j'ai pris des notes jour par jour ; je vais m'occuper à les mettre en ordre et je les communiquerai successivement à l'Académie. J'ajouterai cependant que j'ai vacciné avec cette nouvelle matière un jeune homme de 22 ans, que je pois faire venir de Rambouillet si on le désire. Dans tous les cas, je me suis muni de virus, et je me propose de l'essayer aux prochaines vaccinations de l'Académie.

M. Bousquet. J'ai l'honneur de demander à M. Girard si les boutons de ce nouveau virus différaient sensiblement des boutons du virus vaccin ordinaire?

M. Girard répond que la différence n'était pas sensible.

M. Bousquet. En ce cas, il est douteux pour moi qu'on ait en affaire au cowpox. Tous ceux qui ont vu le produit du cowpox de Passy, seront de mon avis. Il n'y a pas d'exagération à dire que, pour le volume, les boutons de ce virus sont presque le double des boutons du vaccin ordinaire. Il n'y a pas d'exagération à dire que, pour la durée, les boutons du nouveau vaccin mesurent presque deux fois la carrière des boutons de l'ancien vaccin. En effet, les croûtes ne tombent guère que vers le vingt-huitième jour, et j'en ai vu même aller jusqu'au trente-troisième. Il résulte de là qu'on peut prendre utilement le nouveau virus presque au quatorzième ou quinzième jour, tandis que tout le monde sait qu'au septième et huitième jour, l'ancien virus est sensiblement affaibli.

On a dit aussi qu'on avait retrouvé le cowpox à Amiens, et le mémoire de la société médicale de cette ville laisse peu de doute à cet égard; cependant on y voit que ce cowpox a donné des boutons qui, loin de l'emporter par le volume, par la durée, etc., sur les boutons du vaccin ordinaire, soutenaient à peine la comparaison. Encore une fois, ce n'est pas ainsi que se comporte le virus de Passy; ce qui me fait dire que si ce virus est le cowpox, celui d'Amiens ne l'est pas et celui de Rambouillet ne l'est pas.

M. Dupuy. La difficulté qu'on éprouve à reconnaître le cowpox sur les vaches, vient de la négligence avec laquelle Jenner l'a décrit. On sait que les vaches sont sujettes à plusieurs espèces d'éruptions. Quelle est la vraie, quelle est la fausse? c'est presque ce qu'il est impossible de déterminer *à priori* par les raisons que je viens de dire.

M. Esquirol. Il est inutile de prolonger plus longtemps cette digression; mais je pense que l'Académie ne saurait trop inviter M. Girard à vouloir bien rédiger ses notes et à les lui communiquer à la prochaine séance.

Un membre. Ce serait s'écarter de tous les usages; vous avez une commission de vaccine, c'est à elle que M. Girard doit faire d'abord sa communication, d'autant qu'il ne serait peut-être pas très-profitable pour l'Académie d'entendre l'histoire de quelques expériences données jour par jour. En général, ces lectures sont très-difficiles à suivre. N'est-il pas préférable que la commission de vaccine reçoive d'abord ces détails et vous en présente ensuite le résultat dans un court résumé? Cette proposition, mise aux voix, est adoptée.

HYDROTHORAX DU CÔTÉ DROIT; PARACENTHÈSE SUIVIE D'UNE GUÉRISON SINON COMPLÈTE, AU MOINS D'UN ÉTAT DE SANTÉ QUI S'EST SOUTENU PENDANT PLUSIEURS ANNÉES; OBSERVATIONS DE M. ROUX.

M. Ch., âgé de 32 ans, d'une constitution en apparence lymphatique, quoique d'un caractère très-irritable, avait éprouvé d'assez violentes douleurs dans le côté droit de la poitrine, douleurs qu'on croyait rhumatismales. Quoi qu'il en soit, après quinze ou dix-huit mois d'attente, il se rendit à Paris pour consulter M. Roux. Celui-ci avoue que jamais il n'avait vu les symptômes d'un épanchement thoracique mieux caractérisés. Telle était l'ampliation de ce côté de la poitrine, qu'il en était bombé, et les espaces intercostaux sensiblement élargis. La percussion des deux tiers inférieurs rendait un son mat; la partie antérieure et supérieure résonnait bien, et l'oreille y entendait distinctement le bruit respiratoire. Du reste, la respiration était si courte et si gênée que le malade ne pouvait se livrer au moindre exercice sans étouffer; les nuits, il les passait presque assis sur son lit.

On avait inutilement essayé de tous les moyens que pouvait conseiller une sage thérapeutique; il ne restait qu'une ressource, c'était de donner issue au liquide épanché. D'abord M. Roux eut la pensée de faire une ponction avec un trois-quart, de laisser couler une partie du liquide retenu dans la cavité des plèvres, puis de fermer hermétiquement les lèvres de la plaie, et de recommencer à des intervalles rapprochés, jusqu'à ce que la poitrine fût entièrement vidée. Mais, obligé d'aller opérer le malade à Fontainebleau, et par conséquent privé de le voir aussi souvent qu'il l'aurait voulu, M. Roux dut abandonner ses premiers projets. Il fit d'abord une incision à la peau, entre le quatrième ou cinquième espace intercostal, en comptant de bas en haut, de sorte que le troisquart n'eut qu'à traverser le plan des muscles intercostaux et la plèvre, pour penetrer dans la poitrine. A peine cet instrument fut-il retiré, qu'il sortit par la canule une sérosité un peu trouble et contenant quelques flocons. On en laissa couler quatre environ 12 à 15 onces; mais on substitua à la canule d'argent une sonde en gomme élastique, et tous les deux jours on la débouchait pour provoquer une nouvelle évacuation à peu près égale à la première. Immédiatement après l'opération, le malade se sentit sensiblement soulagé. Tout alla bien jusqu'au dixième jour. A cette époque, et cela sans cause apparente, le malade est pris tout à coup d'une vive douleur du même côté; il perd l'appétit; fièvre; langue sèche et brûlante; respiration difficile; prostration des forces, etc. Dès-lors, le liquide épanché changea de nature, il devint lactescent, porolent, d'une odeur infecte.

On substitue les boissons émollientes aux diurétiques qu'on avait prescrites; on fait des injections dans le thorax avec une décoction d'orge à laquelle on avait ajouté un peu de miel rosat. Au seizième jour de l'opération, il était sorti environ 6 litres de liquide de l'intérieur de cette poitrine. J'oubliais de dire que, pour en faciliter l'évacuation, le médecin ordinaire du malade, M. Leblanc, s'aidait souvent d'une seringue. Cependant l'orage se calma peu à peu; le liquide épanché perdit sa mauvaise odeur; il devint entièrement purulent; il s'en écoulait 2 ou 3 onces à chaque pansement, indépendamment de ce qui pouvait imprégner les pièces de l'appareil et la mèche qui avait été introduite dans les lèvres de la plaie pour en prévenir la réunion. Finalement, le malade vécut plus de quatre ans après l'opération, assez bien portant pour reprendre ses occupations, mais toujours contraint à beaucoup de ménagemens dont la violence de son caractère s'accommodait assez mal. Il est mort d'une inflammation du poumon gauche.

M. Cruveilhier. L'observation intéressante dont je viens d'entendre la lecture, a réveillé en moi des observations pratiques dont j'ai besoin de faire part à l'Académie. Je conviens que la théorie est favorable à la conduite de M. Roux, mais je crois aussi que l'expérience est contre lui. Est-il mieux d'évacuer la poitrine d'un seul coup ou de le faire à plusieurs reprises? J'ai entendu discuter cette question par MM. Pelletan et Dupuytren qui ne purent s'accorder. Pour moi, je pense que le premier parti est le meilleur, et c'est à mes dépens que je l'ai appris. Je ne me rappelle jamais sans regrets une demoiselle de 16 à 17 ans, laquelle portait une ascite considérable, je fis une ponction; mais je n'évacuai que deux livres de liquide, le lendemain encore deux livres; à la troisième évacuation il survint une péritonite qui emporta la malade.

La ponction du thorax n'a aucune gravité par elle-même; je l'ai fait faire à une femme qui avait un cancer de la plèvre; je l'ai fait faire à quatre ou cinq autres à la Maternité où les pleurésies puerpérales sont aussi communes que la péritonite puerpérale.

L'Académie, forcée de se former en comité secret pour entendre un rapport sur les candidats à une place de membre résidant, renvoie la suite de la discussion à la séance prochaine.

Les candidats présentés par ordre alphabétique sont MM. Dubois, d'Amiens; Jolly; Leuret; Téallier; Trousseau et Voisin.

SÉANCE DU 8 NOVEMBRE.

La correspondance officielle ne comprend qu'une seule pièce :

États des vaccinations de la Marne.

Correspondance manuscrite :

1° Observation d'une tumeur encéphaloïde, par le docteur Ouvrard, d'Angers.

2° Lettre de M. Martin, médecin-orthopédiste : demande un tour de faveur pour exposer ses idées sur l'origine des pieds-bots de naissance.

3° Lettre de M. Trousseau : se désiste de sa candidature à la place présentement vacante dans la section de pathologie interne.

4° Lettre de M. Leuret; même objet.

5° Lettre de M. Voisin; même objet.

Après le dépouillement de la correspondance, l'ordre du jour appelle la nomination d'un membre résident. L'Académie est au grand complet : il y a 136 bulletins; la majorité est de 69. Au premier tour de scrutin, M. Dubois, d'Amiens, obtient 72 voix; M. Jolly, 61; M. Leuret, 1; M. Téallier, 1. Il y a un billet blanc.

M. Dubois, d'Amiens, ayant obtenu la majorité des suffrages, est proclamé membre de l'Académie, sauf l'approbation du roi.

Cette affaire terminée, M. le rapporteur de la commission des remèdes secrets obtient la parole : il lit six rapports sur six remèdes secrets qui tous sont rejetés comme étant connus, insignifians ou dangereux.

L'Académie se sépare à 5 heures moins un quart.

BIBLIOGRAPHIE.

HISTOIRE COMPLÈTE DES RUPTURES ET DES DÉCHIRURES DE L'UTÉRUS, DU VAGIN ET DU PÉRINÉE; par F. DUPARCQUE, D.-M. — Ouvrage couronné par la Société médicale d'Emulation de Paris (1).

Nous l'avons répété plus d'une fois : ce serait un grand progrès pour la science que de savoir au juste ce qu'elle possède, que d'avoir un inventaire complet et raisonné et des faits et des opinions tout ensemble, mais particulièrement des faits. On saurait ainsi sur quels points de nouvelles investigations sont nécessaires; et dans tous les cas le point de départ serait assuré. L'Académie de chirurgie a tenté quelque chose de semblable, et c'est par là surtout qu'elle a imprimé un si vif élan à la chirurgie du dix-huitième siècle. Son œuvre, longtemps interrompue, tend aujourd'hui à se continuer; les recherches consciencieuses ont repris faveur; et ces dernières années ont vu paraître quelques monographies très-remarquables. C'est aux sociétés savantes à encourager, à rémunérer ces travaux qui ne vont pas sans quelque gloire, mais qui n'apportent guères à leurs auteurs d'autre profit; et elles serviraient incomparablement mieux la science, en proposant des prix pour des questions de ce genre, qu'en demandant aux concurrens la solution de problèmes fort importans sans doute, mais le plus souvent impossibles à éclaircir en si peu de temps. En un mot, les sociétés demandent du génie là où elles ne devraient demander que du travail et du jugement; comptez aussi les résultats qu'elles ont obtenus!

La Société médicale d'Émulation a donné un excellent exemple en posant pour question de prix l'histoire des ruptures de l'utérus. Il y avait là une lacune à remplir, malgré quelques essais partiels recommandables; tandis qu'aujourd'hui ce sujet peut passer pour un des mieux étudiés de la chirurgie. Plusieurs mémoires se sont disputé la palme; la société a même cru devoir décerner deux prix, et l'ouvrage de M. Duparcque, qui a obtenu l'une de ces distinctions, en paraîtra digne à tous égards.

C'est une vaste et complète clinique, résultant du rapprochement et de la comparaison de cent seize observations, réparties en cinq sections. Or, quelle est la maladie dont l'histoire ait été raisonnée d'après 116 observations?

La première section est consacrée aux *ruptures de l'utérus hors l'état de grossesse*. On conçoit qu'alors la rupture doit être bien rare, ou plutôt qu'elle n'a lieu que quand l'organe, distendu par des produits accidentels, se trouve dans un état analogue à celui où le met la conception. M. Duparcque n'en a trouvé que deux cas, dans lesquels la matrice était distendue par du sang; il cite trois autres observations qui ne se rattachent à son sujet que d'une manière éloignée, mais qui ont bien aussi leur intérêt; ce sont des abcès développés dans le tissu utérin, l'un vidé spontanément, les deux autres ouverts avec le bistouri.

La deuxième section comprend les *Ruptures de l'utérus durant la grossesse*. L'auteur en a fait deux divisions : il met dans la première celles qui sont dues à l'action de corps vulnérans; ce sont de véritables plaies pénétrantes; aussi, et avec raison à notre avis, s'y arrête-t-il très-peu. Suivons-le dans l'histoire des ruptures proprement dites.

Au premier rang des causes extérieures se trouve la compression du ventre, qui fait éclater la matrice comme le ferait une vessie exactement fermée et pleine d'eau, soumise à une forte pression. Mais il faut une violence assez considérable pour produire cet effet; la mobilité de l'organe, la résistance protectrice des parois abdominales, la souplesse du tissu utérin durant la gestation, sont autant d'obstacles à la rupture. L'auteur a vu un choc violent sur le ventre blesser le fœtus sans léser l'organe qui le contient. La poche amniotique peut être quelquefois rompue seule et épuiser la force du coup; d'autres fois, c'est le péritoine. Mais il y a ici quelque confusion: M. Duparcque rapporte les quatre observations que nous avons publiées dans ce journal d'après le *Journal de Dublin*; et d'une part, dans trois cas, la rupture péritonéale avait eu lieu durant le travail; dans aucun il n'y avait eu compression du ventre. Cette lésion singulière, et jusqu'à présent inexpliquée, aurait donc trouvé mieux sa place ailleurs; et il n'est nullement prouvé qu'une compression du ventre puisse déchirer le péritoine seul en laissant la matrice intacte. Mais on a vu la rupture déchirer ces tissus et s'arrêter aux membranes amniotiques.

Le placenta garantit-il de rupture la portion de l'utérus à laquelle il est appliqué? Levret le croyait; M. Duparcque le nie par des raisonnemens qui ne manquent pas de force; mais la preuve de fait manque.

La plupart des cas de ruptures par compression ont lieu vers le fond de la matrice. Quelquefois il y a une prédisposition organique, consistant dans un amincissement ou un ramollissement partiel des parois utérines. Alors un accès de colère, un effort de vomissement ou tout autre effort musculaire peut devenir une cause suffisante de rupture, même à quatre mois de grossesse, et même plus tôt encore.

La simple distension de la matrice par le développement de son contenu peut-elle seule produire la rupture? M. Duparcque ne le pense pas. Et en effet, outre que le mécanisme serait fort difficile à concevoir, la science n'en possède pas un seul exemple. Des accoucheurs célèbres ont admis que les mouvemens brusques de l'enfant avaient quelquefois ce résultat : opinion purement théorique, et qu'aucun fait ne vient appuyer.

M. Duparcque discute cette autre assertion que certaines positions de l'enfant ont pour effet d'affaiblir les parois utérines, et il la juge très-sujette à contestation. La preuve de fait manque des deux parts, en sorte que le choix des doctrines est libre; et combien n'est-il pas de débats qu'on pourrait terminer de la même manière!

Après les causes, les symptômes et les suites. Nous ne saurions suivre à la trace un auteur si riche en faits de détail, conduit sans cesse par des observations nouvelles à de nouvelles conséquences; contentons-nous de ses résumés les plus généraux. Or, voici ce que produit en général la rupture de l'utérus pendant la grossesse.

Les dangers les plus immédiats proviennent du trouble de l'innervation et de l'hémorrhagie. La présence du sang, du fœtus et de ses dépendances dans la cavité abdominale, ne développe pas essentiellement d'inflammation redoutable. L'inflammation est quelquefois à un degré seulement suffisant pour produire une exsudation séro-albumineuse qui forme autour du produit épanché un kyste pseudo-membraneux; ce kyste peut même résulter de la résorption des parties les plus fluides de la surface du produit épanché. Dans tous les cas, ces corps étrangers peuvent séjourner et être conservés indéfiniment au milieu de la cavité abdominale.

Ces données, appuyées sur des faits bien observés, font une loi au chirurgien d'une grande réserve, lorsque la rupture a lieu dans les premiers temps de la grossesse. Mais, à mesure que l'époque de la conception s'éloigne, ce danger augmente; et, lorsqu'on a acquis l'assurance que le fœtus a passé dans l'abdomen, la gastrotomie paraît à l'auteur avoir plus de chances que l'expectation. Si le col utérin le permettait,

(1) Un vol. in-8°. Paris, 1836, chez Germer-Baillière.

nul doute qu'il ne valût mieux tenter l'extraction par le vagin, même en élargissant les voies par le débridement de l'orifice. Les moyens propres à relever les forces, arrêter l'hémorrhagie, combattre l'inflammation, s'offrent d'eux-mêmes à la pensée.

Dans les ruptures de la grossesse, la matrice joue un rôle entièrement passif. Sa scène change pendant l'accouchement, et dans le plus grand nombre des cas l'utérus est lui même l'agent actif de sa rupture. Alors, ou bien le corps de l'organe est rompu, ou bien le col se déchire verticalement, ou enfin il se fait une rupture transversale du col ou du segment inférieur de la matrice. De là trois divisions.

Les ruptures du corps de l'utérus reconnaissent toujours pour cause déterminante les contractions de l'utérus. Mais ces contractions ne peuvent déterminer la rupture tant que l'utérus fonctionne régulièrement et physiologiquement; il faut qu'il y ait une altération préalable, soit dans son tissu, soit dans ses fonctions; tels sont: le ramollissement, l'amincissement, l'inflammation, la gangrène, l'induration ou le squirrhe. Enfin, lors même que toutes les causes existent, elles ne produisent en général la rupture que quand les eaux sont écoulées.

L'auteur a consacré un très court article à l'examen des manœuvres obstétricales et de l'application des instrumens, considérées comme cause de rupture. « On est affligé, dit-il, de voir que ces causes y ont eu dans la plupart des cas la plus grande, si ce n'est l'entière part. » A côté de cette conclusion si grave, nous avons regretté de ne pas trouver d'observations à l'appui; c'est une lacune réelle qu'il est de notre devoir de signaler à l'auteur.

Les mauvais manœuvres sont encore les causes les plus fréquentes des ruptures du col de l'utérus; mais cette fois M. Duparcque nous en fournit de nombreux exemples; et, en effet, comme il le dit lui-même, de pareils faits ne sauraient être trop rappelés pour servir d'avis aux praticiens; car l'art a peu de ressources lorsqu'une rupture, soit du col, soit du corps de la matrice, s'est opérée; et la guérison est presque entièrement un bienfait de la nature. Mais une sage réserve dans les manœuvres, sans tomber cependant dans une timidité presque aussi dangereuse, pourra, dans la plupart des cas, éviter ces déplorables accidens.

La quatrième section comprend les ruptures du vagin; la cinquième traite des ruptures de l'utérus produites après l'expulsion du fœtus, dans des tentatives faites pour hâter la délivrance. Ces cas doivent être rares; aussi cette section n'a que deux pages; et l'auteur passe de suite aux accidens consécutifs communs à toutes ces ruptures, et aux indications diverses qu'elles réclament. Jusque là le plan de l'ouvrage est clair et méthodique; les faits s'enchaînent bien les uns aux autres; mais tout à coup nous perdons un peu le fil conducteur, et, après cette thérapeutique générale, revient l'histoire des ruptures vaginales selon qu'elles occupent la partie moyenne, la partie arco-périnéale ou enfin la vulve et le périnée. On comprend bien que ces dernières lésions sont différentes des autres, et par leur mécanisme, et par leurs symptômes, et par leur traitement; mais il fallait alors établir nettement cette distinction dès le commencement du livre, scinder la matière en deux grandes parties, et ne pas coudre ces chapitres, d'ailleurs pleins d'intérêt, à cette cinquième section qui leur est, par son titre, complètement étrangère.

Cette part faite à la critique, nous ne pouvons que louer la patience, avec laquelle l'auteur a rassemblé une si riche collection de matériaux et la sagacité avec laquelle il les a mis en œuvre. Cette monographie est une des meilleures que nous possédions; et, quelque rétréci en apparence que soit le sujet dont elle traite, l'auteur a su, par ses nombreuses recherches, y ajouter tant d'intérêt, qu'elle doit avoir sa place marquée dans la bibliothèque de tous les accoucheurs.

— M. Monneret, docteur en médecine de la Faculté de Paris, ouvrira, le 21 novembre 1836, dans l'amphithéâtre n° 3 de l'école pratique, de 7 à 8 heures du soir, un cours d'hygiène appliquée à la pathogénie.

VARIÉTÉS.

INSECTES CHOLÉRIFÈRES.

On lit dans le *Diario* de Rome :

« Un de nos plus savans medecins, le docteur Viale, qui a été envoyé par le » gouvernement à Ancône, dit être parvenu à constater la présence, dans le cho» léra, d'insectes, dont quelques medecins avaient déjà soupçonné l'existence. » Le docteur Viale, connu pour sa patience et l'habileté dans ces sortes de re» cherches, a donné la description de l'insecte en question dans une lettre écrite » d'Ancône au docteur Matthias, professeur de clinique à l'Université de Rome; il » a même envoyé le dessin de l'insecte qui paraîtrait de la famille des diptères. » On peut, d'après l'auteur, le reconnaître à l'œil nu, et le microscope ne serait » nécessaire que pour l'examiner en détail. Cette découverte, si elle est confir» mée, pourrait être d'une application immense dans la thérapeutique du cho» léra. M. Viale va bientôt faire paraître un mémoire sur ce sujet. »

L'opinion de l'existence d'un principe animé, dans le développement et le transport du choléra asiatique, avait déjà été émise depuis longtemps par plusieurs praticiens distingués. M. le professeur Mojon, de Gênes, dans son mémoire sur cette maladie, avait longuement insisté sur l'existence de ce principe; il admet des nuées d'insectes ailés qui seraient transportés par les vents dans telle ou telle direction, et explique par leur action la plupart des phénomènes de la maladie; il cite à l'appui de son opinion un grand nombre d'autorités respectables et d'analogies vraisemblables.

M. Figari, professeur de botanique à la Faculté d'Abuzabel, dans une lettre qui est entre les mains de M. Mojon, assure avoir observé que, durant le règne du choléra en Égypte, plusieurs familles de plantes graminées, exposées au vent du nord, ont été frappées subitement d'une sorte de gangrène et exterminées dans de vastes étendues de terrain. Les feuilles de ces plantes paraissaient d'abord couvertes d'une couche de matière visqueuse sur laquelle on observait, au microscope, des myriades d'insectes. M. Figari attribue aussi, à la présence de ces insectes dans l'air, le principe miasmatique du choléra.

M. Taverner, médecin à Iena, affirme également avoir vu, dans ses voyages au midi de la Perse, à Schirey, à Erisan et à Bassora, les insectes producteurs du choléra, voyageant par colonne ou comme des nuages d'atomes mobiles et animés à travers les airs. Le docteur Millau, de Vienne, dans son ouvrage intitulé : *Kinder meiner Laune*, etc., donne aussi la description des insectes producteurs du choléra, qu'il assure avoir vus à travers l'excellent microscope de Schuyder.

L'existence du *trichina* de Owen, dans certaines fièvres graves; celle de l'*acarus* dans la galle, celle d'une espèce de sarcopte particulier dans la conjonctivité bourgeonneuse, celle enfin des insectes des ulcères vénériens qu'on vient dernièrement de découvrir, fortifient singulièrement l'opinion que nous venons de reveiller.

TRAITÉ COMPLET DE L'ANATOMIE DE L'HOMME, COMPRENANT LA MÉDECINE OPÉRATOIRE; par le docteur BOURGERY et N.-H. JACOB, peintre-dessinateur; livraisons 29 et 30; tome IV (angéiologie) (1).

En attendant de consacrer un article spécial à l'examen des points et sujets anatomiques traités nouvellement dans cette utile et intéressante publication, qui doit renfermer la plus riche collection de monographies sur chaque sujet, nous faisons connaître le sommaire des livraisons 29 et 30, recemment parues.

La livraison 29 contient la suite de l'histoire des poumons et de leurs annexes. On y remarque 1° un tableau de la capacité pulmonaire chez l'homme à différens âges; 2° Organisation et texture des poumons et de leurs annexes, trachées, plèvres, vaisseaux, etc. Ce chapitre est sans contredit l'un des plus intéressans de tout l'ouvrage; c'est un exposé complet des découvertes dont l'auteur vient tout récemment d'enrichir la science. On y trouve des détails fort curieux et entièrement nouveaux sur la structure des canaux aérifères, que l'auteur divise en primaires, moyens et petits; sur la distribution et les rapports des vaisseaux sanguins; sur les capillaires aériens dans lesquels il a distingué deux portions, les *canaux ramifiés* ou *bronchiques*, se continuant d'une part avec les branches, et s'abouchant par l'autre extrémité dans des cellules irrégulières. Ces cellules communiquent toutes entre elles dans le même lobule, et forment par leur ensemble les *canaux labyrinthiques*; on y trouve des détails non moins curieux sur les capillaires sanguins et pulmonaires, et sur ceux des artères et veines bronchiques.

Les dix-huit planches qui accompagnent ces deux livraisons se maintiennent dans le degré de perfection de celles qui précèdent. Six d'entre elles sont consacrées aux poumons, neuf au cœur, et trois représentent les vaisseaux lymphatiques des membres supérieurs et inférieurs, et de l'aine. La planche 7, représentant la texture intime du tissu pulmonaire, et les planches 10, 10 bis et 13, représentant la structure du cœur, sont admirables d'exécution.

(1) On souscrit au bureau des auteurs, *Librairie anatomique*, rue de l'École-de-Médecine, 13. Prix de la livraison : les planches en noir, 8 fr.; d° sur papier de Chine, 12 fr.; d° coloriées, 16 fr. (Affranchir.)

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

PARIS. — IMPRIMERIE ÉVERAT ET COMPAGNIE, RUE DU CADRAN, N° 16.

Gazette Médicale

DE PARIS.

LA GAZETTE MÉDICALE DE PARIS (*Gazette de santé* et *Clinique des hôpitaux* réunies) paraît tous les samedis : chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et équivaut à 6 feuilles in-8°. Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois. Pour l'Étranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Poissonnière*, n° 5, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

PATHOLOGIE INTERNE.

MÉMOIRE SUR L'INFLAMMATION DU PLACENTA, par le docteur J. SIMPSON. (1)

Il s'est à peine écoulé quelques années depuis que les pathologistes ont constaté l'existence de l'inflammation du placenta, et, bien qu'il reste encore beaucoup de points de l'étude de cette maladie qui réclament de nouvelles recherches, cependant on peut, je crois, en donner maintenant une description exacte et intéressante en mettant à contribution les observations de cette maladie et les travaux publiés sur ce sujet, par MM. Brachet, Gruveilhier, D'Outrepont, Dance, Stratford et quelques autres auteurs.

La placentite s'offre tantôt sous forme aiguë, d'autrefois et plus fréquemment, avec des caractères chroniques. Elle peut avoir son siége ou dans le parenchyme propre de l'organe, ou dans la membrane qui revêt sa surface utérine, ou bien dans celle qui recouvre sa surface fœtale. Et, dans le premier cas, elle peut être bornée à un ou plusieurs lobes du placenta, ou les occuper tous à la fois. Dans un grand nombre de cas l'inflammation paraît avoir passé de l'utérus, où elle existait primitivement, au placenta; dans d'autres, développée d'abord dans le tissu du placenta, elle a paru avoir gagné ensuite celui de l'utérus, et enfin, dans un troisième ordre de faits, elle est restée constamment bornée au placenta.

CARACTÈRES ANATOMIQUES DE LA PLACENTITE.

Les lésions observées à la suite de la placentite se rapportent à trois époques différentes : La première comprend la congestion inflammatoire avec épanchement ou sécrétion d'un fluide séreux ; la seconde est caractérisée par l'épanchement ou la sécrétion de la fibrine ou lymphe coagulable ; et la troisième, par la sécrétion de la matière purulente.

Première époque. Le placenta présente un plus fort volume, une couleur plus foncée que dans l'état normal ; il paraît comparativement,

(1) Ce mémoire est extrait d'un travail dont le premier article a paru dans le 127 numéro (avril, 1836), de *l'Edimburgh medical and surgical journal*, et qui n'avait pu, vu son importance et son étendue, être analysé dans la revue de journaux anglais. Les faits nombreux sur lesquels il repose, inductions que l'auteur en a tirées avec habileté et surtout l'état peu avancé de la science sur ce point, sont les motifs qui nous ont engagée à le reproduire aussi complètement qu'il nous a été possible.

Feuilleton.

HYGIÈNE DES ENFANS.

Point de vue général.

S'il est un sujet usé et rebattu en médecine et en morale, c'est assurément l'art d'élever les enfans sous le rapport physique et moral. Que n'a-t-on pas dit, que n'a-t-on pas écrit sur cette importante partie de notre art ? Cependant qu'on lise attentivement et avec impartialité les divers traités publiés sur l'éducation physique et morale des enfans, on trouvera d'excellentes choses ; mais aussi combien de lacunes et surtout combien d'erreurs, de principes faux, absurdes et dangereux ! Le médecin philosophe qui reprendra ce travail en sous-œuvre et saura le compléter, aura bien mérité de l'humanité. En attendant, j'apporte ma pierre pour aider à la construction de l'édifice tant désiré. Amassons des matériaux, l'architecte de génie viendra peut-être un jour.

Docteur, me disait une dame, soyez bref et simple dans vos préceptes. Or, dites-moi ce qu'il convient de faire pour bien élever les enfans, pour les rendre sains et robustes. Madame, lui répondis-je, cela est bien simple : il faut les *aimer* et les *connaître*. Tel est, en effet, le principe radical, le précepte par excellence, le sommaire de toute la science de l'éducation. Quiconque n'aime pas naturellement les enfans, quiconque ne sympathise pas avec eux, ne jouit pas de leur présence, ne s'amuse pas de leurs joies, ne s'attriste pas de leurs peines, n'est nullement propre à les élever ; il ne leur apprendra rien, il ne pourra nourrir et fortifier ni leur corps, ni leur esprit, ni leur cœur. Comment en serait-il autrement ? il ne les comprend pas et il n'en sera jamais compris. Mais ce n'est pas tout de les aimer, il faut aussi les connaître. Si on ignore en quoi consiste leur constitution, si on n'a pas réfléchi sur la délicatesse et la vigueur cachée de leurs organes, sur l'éminente mobilité nerveuse qui les caractérise, source de leur incessante activité, de leur pétulance, de leurs grâces, mais aussi de leurs maladies, on ne marchera qu'au hasard, n'ayant souvent pour guide que la routine. Ainsi nous pouvons donc résumer en deux mots les bases de toute bonne éducation physique et morale.

L'AMOUR et l'INTELLIGENCE, voilà la loi et les prophètes.

Lorsqu'après neuf mois de douleurs, de fatigues, d'ennui et d'attente, une jeune mère voit enfin naître le fruit de ses amours,

plus dur et plus résistant au toucher; et, quand l'inflammation approche de la seconde période il se fait un épanchement de sérosité ou de sérosité et de lymphe coagulable, et le tissu de l'organe se laisse facilement déchirer par la pression du doigt. Il est à peu près impossible de distinguer par aucun caractère anatomique spécial cette période de l'engorgement du placenta simple (non-inflammatoire). Et, en effet, il est assez probable que ce dernier engorgement passe quelquefois à l'état inflammatoire. Cependant l'engorgement simple occupe ordinairement la plus grande partie du placenta; celui qui est inflammatoire est souvent borné à un petit nombre de lobes seulement. Le premier amène une extravasation de sang ou de sérosité; le second détermine les divers produits morbides que cause l'inflammation dans les autres organes, et qui sont no point des extravasations mécaniques, mais des sécrétions morbides.

Deuxième époque. Elle est caractérisée par la sécrétion de lymphe coagulable qu'on trouve épanchée ou: 1° dans l'intérieur du parenchyme de l'organe; ou 2° à sa surface utérine; ou 3° à sa surface fœtale.

1° Il n'existe qu'un petit nombre de cas bien authentiques où l'on ait trouvé dans l'intérieur du placenta de la lymphe coagulable épanchée; cependant voici les caractères anatomiques qui, d'après les observations de MM. Brachet et d'Outrepont, appartiennent à ce mode de terminaison de l'inflammation du placenta. Son tissu solide, dur, se rapprochant du tissu pulmonaire hépatisé, a perdu son élasticité et est très-friable. La forme sous laquelle on rencontre plus fréquemment cet épanchement est l'induration jaune-rougeâtre ou grisâtre, et qui est le produit d'une inflammation chronique; c'est l'altération que les accoucheurs connaissent depuis longtemps sous le nom de *squirrhe du placenta*. Mais, outre que cette induration ne présente aucune des conditions qui appartiennent au véritable squirrhe, il est ordinairement facile de reconnaître qu'elle est le résultat d'une inflammation chronique par les causes qui l'ont déterminée et par la facilité de suivre non-seulement dans différens placentas, mais encore dans les différentes parties du même placenta, les divers degrés qui séparent l'hépatisation aiguë de l'induration chronique la plus prononcée.

Les caractères anatomiques de l'induration du placenta offrent de nombreuses variétés suivant les cas individuels et les périodes auxquelles on l'observe. La couleur varie d'un gris-rougeâtre à un jaune citron. A l'intérieur, la section présente un corps lisse, compact, et le tissu offre quelque ressemblance au tissu lardacé ou graisseux. Sa densité approche quelquefois de celle du cartilage. Elle affecte ordinairement un ou plusieurs lobes, et quelquefois le placenta tout entier. La partie qui en est le siége est quelquefois réunie, mais non constamment, à la portion correspondante de l'utérus par l'inflammation adhésive.

2° L'épanchement de lymphe coagulable à la surface utérine du placenta est surtout connu par l'adhésion plus ou moins intime à laquelle il donne lieu entre les deux surfaces correspondantes de l'utérus et du placenta, et par l'hémorrhagie formidable qui survient quelquefois dans ce cas, après l'expulsion du fœtus.

L'étendue de ces adhérences, leur siége et leur force, offrent de nombreuses variétés. Lorsque le placenta n'est que partiellement adhérent à l'utérus, les parties non adhérentes sont entraînées après la sortie de l'enfant, tandis que les autres restent plus ou moins fermement attachées à la surface interne de l'utérus. M. Ramsbotham a rapporté une série de cas de cette espèce sous le titre de *Rupture du placenta*(1); et M. Ingleby, dans son excellent ouvrage sur l'hémorrhagie utérine, cite plusieurs faits avec autopsie où le même accident était arrivé. Dans un de ces cas où la femme était morte le onzième jour après sa couche, on trouva encore fortement adhérens au fond de l'utérus, un certain nombre de lambeaux du placenta. Dans un second cas, où la mort était arrivée vingt jours après la couche, on trouva plusieurs petits débris du placenta, noirs et répandant une odeur fétide à la surface interne de l'utérus. Ils ne purent ensuite être détachés par la macération. Dans le troisième cas, une partie du placenta, du volume d'un œuf, tenait fortement au fond de l'utérus, et ne put en être séparée même par la macération. La malade était morte treize jours après sa couche. Dans le quatrième cas, où la mort survint le nozième jour après l'accouchement, M. Ingleby trouva un lambeau du placenta, presque circulaire, adhérent au fond de l'utérus et couvert d'une couche peu épaisse d'un fluide purulent. Dans le cinquième cas il trouva, cinq semaines après l'accouchement, un débris du placenta, de la grosseur d'une noisette, attaché au fond de l'utérus, et offrant par sa couleur rouge et la présence de vaisseaux développés dans son intérieur, quelques signes d'organisation.

La force des adhérences morbides entre l'utérus et le placenta varie suivant le degré d'acuité de l'inflammation et le temps qui s'est écoulé depuis leur formation.

L'épaisseur de la couche de lymphe coagulable qui forme ces adhérences est quelquefois très-considérable. Wrisberg rapporte un cas d'adhérence très forte et universelle du placenta, où la surface utérine était couverte d'une substance membraneuse, épaisse de deux lignes et demie, dans les intervalles qui séparent les lobes; et d'une ligne et demie à deux lignes sur les points où elle recouvrait les cotylédons. Quelquefois ces adhérences présentent l'aspect des tissus tendineux et cartilagineux, ainsi que le cas précédent de Wrisberg lui en offrit un exemple. Les cas dont je viens de parler et dans lesquels les adhérences malades entre le placenta et l'utérus sont si intimes qu'on ne peut les détruire avec les mains sur le vivant, ni même avec le bistouri sur le cadavre, ne sont certainement pas communs. Cependant on en trouve des exemples remarquables surtout dans Saltzmann, Plater, Morgagni, etc, dans ces dernières années, plusieurs cas ont été publiés en Allemagne, par le professeur Nægele, de Heidelberg, et par les docteurs Salomon et Burger; en Angleterre, par le docteur Rigby; en France, par M. Gabillot; et, en Amérique, par M. Porcher, où le placenta adhérent et non sorti de l'utérus a été supposé avoir été entièrement résorbs, ou s'être incorporé au tissu de l'utérus. Madame Boivin a voulu, il est vrai, expliquer les faits rapportés par les docteurs Nægele et Salomon, en supposant que le placenta, réduit à de petites dimensions, avait pu sortir de l'utérus sans être remarqué. Mais cette supposition ne pouvait être appliquée à tous les faits de ce genre.

Beaucoup de pathologistes pensent que l'utérus ne peut absorber dans aucune circonstance un corps aussi volumineux que le placenta. Cependant, si l'on examine avec attention les faits sur lesquels repose cette objection, on reconnaîtra qu'ils sont loin de lui être aussi favora-

(1) Practical observations in midwifery.

Mourante, le dépose aux portes de la vie,

est-il un être plus faible, plus nu, plus dénué de tout, plus exposé à toutes les intempéries? Sa vie ne tient qu'à un fil, et le moindre accident peut rompre ce fil délié! Mais ne vous inquiétez pas, l'*amour* de sa mère est là pour protéger ce pauvre enfant. A peine est-il sorti du sein maternel, que cet amour le couvre de ses ailes, l'abrite et le conserve. A chaque heure, à chaque minute, à chaque instant, le jour, la nuit, sans cesse, la mère veille sur son enfant chéri. C'est le fruit de ses entrailles, le sang de son sang, la vie de sa vie, le complément de son existence, l'être qui la *continuera* sur la terre. Dès-lors toutes ses facultés se concentreront sur cet objet de ses affections. La santé, la prospérité de son enfant, voilà désormais l'unique mesure de son bonheur; car remarquez bien que ces sollicitudes continuelles, que cet *amour*, ne finissent qu'avec elle. De là le proverbe si cruellement vrai, *que mal de mère ne finit pas.*

C'est bien autre chose si l'enfant tombe malade; alors plus de repos, plus de sommeil pour cette mère; elle entend le moindre cri, le moindre geste; elle comprend le moindre mouvement du visage ou des yeux de son fils; elle court, elle vole, elle est partout, elle pense à tout, elle prévient jusqu'à la fantaisie la plus fugitive; rien ne la rebute, ni le caractère dégoûtant des soins, ni leur multiplicité, ni leur durée; son amour suffit à tout. Et comme il y a une sorte d'intuition sympatique de la mère à son enfant, elle devine pour ainsi dire dans les moindres mouvemens de celui-ci, dans la plus légère nuance de ses regards, de ses traits, de sa voix, des caractères particuliers qui l'affligent, la désespèrent ou la consolent, caractères qui échappent non-seulement aux assistans, mais souvent au médecin le plus exercé. Je donnais des soins, il y a quelques années, à un enfant atteint d'une maladie fort grave, l'issue en était incertaine, et je n'osais rien promettre. Mais la mère, ou ne pouvant s'accoutumer à l'idée de perdre son fils chéri, ou rassurée par certains signes particuliers, me dit un jour: Mon enfant est bien bas, et j'en suis pénétrée de douleur; mais je ne perds pas l'espérance; croyez-moi, M. le docteur, *qui vit peut vivre encore*. Elle avait raison, son enfant échappa. Oui, qui vit peut vivre, tant la nature a de ressources surtout chez les enfans. Ce mot, d'une profondeur et d'une exactitude admirables, m'a depuis servi bien des fois pour consoler des mères affligées.

On le voit, l'amour d'une mère est l'hygiène la plus naturelle, l'abri le plus sûr, le plus efficace qui soit destiné à la débile créature qui vient de naître. Or, cet amour continuera sa puissante effusion jusqu'à ce que la force étant venue, cet enfant sain et robuste, pourra ensuite se confier à lui-même, à sa propre raison. C'est alors qu'il devient l'orgueil de sa mère, qu'elle s'admire en lui, qu'elle se sent renaître par lui. Voilà pourquoi le désir de la fécondité est le plus beau des charmes de la ceinture de Vénus, et même qu'il en paraît être le seul pour le cœur de toutes les femmes chastes et vertueuses. Il ne faut plus s'étonner si une mère et son enfant, liés par une sainte tendresse, forment l'unité la plus harmonique qu'il y ait dans la nature et la société. C'est en effet à cette longue association de la mère avec celui qu'elle a porté dans son sein, à cette communauté d'existence si touchante, à cette assiduité de soins indispensables payés par tant de charmes et d'inquiétudes, à cette réciprocité de caresses, à cette affection mutuelle et constante qui, à chaque instant, donne et accepte, reçoit et prodigue, qu'on doit at

bles qu'on pourrait le croire dès le premier abord. Le docteur Salomon a recueilli plusieurs cas rapportés par Bartholin, Carus et Huzard, que l'on peut considérer comme des exemples de l'absorption des parties molles du fœtus de la vache par l'utérus, puisque après la mort on ne trouva dans la cavité de cet organe que les os du fœtus. Ceci paraît arriver vers le terme de la gestation, quand l'utérus n'a pu se débarrasser de ce qu'il contient en raison de quelque obstacle au passage du veau. Les cas de ce genre ne sont pas très-rares. J'ai moi-même deux fois entendu rapporter, par des personnes dignes de toute confiance, le fait de l'utérus d'une vache contenant des os de veau. M. King en a rapporté un cas dans le *Vétérinaire* de janvier 1834. Jæger dit avoir trouvé un fœtus réduit au squelette seulement dans la matrice d'une biche. N'a-t-on pas vu aussi chez la femme, dans des cas de grossesse extra utérine, les os du fœtus être rendus dépouillés des parties molles par le canal intestinal ou toute autre voie? Que sont devenues les parties molles dans ces cas? N'est-on pas réduit à supposer qu'elles ont été absorbées par la surface de la cavité où elles étaient contenues et alors *à fortiori*, doit-on penser que le placenta peut être également absorbé.

3° La surface fœtale du placenta, ou au moins les membranes qui couvrent la surface fœtale de cet organe, peuvent aussi être le siége de l'inflammation adhésive. M. Cruveilhier rapporte un cas où la surface placentaire du chorion était pénétrée par une fausse membrane; le tissu cellulaire placé entre le chorion et l'amnios infiltré, et le placenta lui-même augmenté de volume et œdématœux. M. Stratford, de Boston, a aussi rapporté un cas intéressant d'absorption au troisième mois de la gestation, où le placenta était volumineux, mol, spongieux et couvert de flocons de lymphe coagulable, surtout sur sa face fœtale. Les membranes de l'œuf étaient plus épaisses et plus opaques qu'à l'état normal, et le liquide de l'amnios contenait une certaine quantité de flocons jaunes.

Troisième période. Elle est caractérisée par la sécrétion des matières purulentes, qui peut occuper divers points du placenta et la déposer sous différentes formes. Dans un cas mentionné par M. Brachet, il y avait, au-dessous de la surface fœtale du placenta, deux abcès circonscrits, ayant chacun la grosseur d'un œuf de pigeon. Dans un autre cas, le même auteur trouva un abcès occupant les trois quarts de l'étendue du placenta, faisant une saillie à la surface fœtale et contenant un verre de matière purulente mêlée de sang. Dans un troisième cas, il trouva un certain nombre de petits abcès, depuis la grosseur d'un petit poids jusqu'à celle d'une noix, parsemés dans tout le placenta, et entourés de tissus hépatisés. M. Cruveilhier a observé plusieurs cas où tout le placenta était infiltré de matière purulente et offrait un certain degré d'induration.

Dance rapporte un cas où l'on trouva un dépôt de matière purulente à la surface utérine du placenta, chez une femme qui était morte dans les premiers mois de la grossesse. Il y avait entre le placenta et l'utérus une couche de pus concret qu'on pouvait soulever avec le dos du scalpel, et il existait des concrétions pseudo-membraneuses blanchâtres entre la membrane caduque et la surface interne de l'utérus. Le même auteur rapporte un autre cas qui avait été précédé de fièvre et de symptômes inflammatoires, et où l'on trouva une couche de lymphe coagulable et de matière purulente déposée non à la surface de l'utérus comme dans le cas précédent, mais à la surface fœtale du placenta, entre le chorion et l'amnios. M. Breschet dit, dans son travail sur l'œuf humain, avoir observé deux cas analogues au premier des deux précédens.

Dans la plupart des cas d'inflammation du placenta publiés jusqu'ici, on n'a reconnu la maladie qu'à l'époque de la délivrance; et il est rare que l'on ait recherché avec quelque soin, soit la cause qui l'avait produite, soit les symptômes qu'elle avait déterminés. Nous n'avons donc que des documens fort incertains sur cette partie de l'histoire de la placentite; cependant ces documens, tels qu'ils sont, ne sont pas sans intérêt et sans importance, considérés sous le point de vue pratique. J'ai donc choisi vingt des cas les plus complets rapportés par MM. Brachet, Ramsbotham, Stratford, d'Outrepont et Dance, afin de pouvoir les comparer et analyser avec fruit. Si je me suis borné à ces cas, c'est qu'ils sont les seuls qui m'aient offert assez de détails pour qu'ils fussent de quelque valeur pour les recherches que j'avais en vue.

CAUSES DE LA PLACENTITE.

M. Brachet range au nombre des causes excitantes de cette phlegmasie les coups reçus sur le ventre, les chutes, les violentes commotions, la frayeur, les émotions, toutes les sensations vives et profondes et le maladies de la mère, mais surtout la métrite et les autres maladies inflammatoires. En effet, si nous examinons les cas qu'il a rapportés, nous en trouvons quatre où la maladie s'est développée sous l'influence d'émotions morales ou de chagrins très-vifs. Dans les autres cas, la maladie a été produite par des chutes, des coups sur l'abdomen, l'action trop forte du corset. Dans un des cas du docteur Ramsbotham, où un coup avait été reçu par la femme sur la partie antérieure de l'abdomen, il est dit ensuite que le placenta était fortement uni à la paroi antérieure de la surface interne de l'utérus. Je signale ce fait spécialement, parce que Santorple et Venzel pensent que, quand le placenta est fixé sur la paroi antérieure de l'utérus, il contracte souvent des adhérences morbides, circonstance que d'Outrepont dit avoir également observée, et qu'il semble facile d'expliquer en supposant que le placenta, dans cette situation, est plus exposé à l'action des causes physiques qui peuvent déterminer la placentite, soit directement, soit indirectement, en occasionnant d'abord l'inflammation des parties correspondantes des parois utérines.

SYMPTÔMES DE LA PLACENTITE.

Les symptômes qui accompagnent la placentite doivent nécessairement varier suivant que la maladie est plus ou moins aiguë, suivant son siége et l'étendue qu'elle occupe, et surtout suivant qu'elle est compliquée de l'inflammation de la portion contiguë des parois utérines. Le symptôme le plus fréquent que détermine cette maladie, c'est la *douleur* ou des douleurs dans les régions utérines ou lombaires, et qui est loin d'offrir la même intensité, le même caractère et la même durée. Dans presque tous les cas de placentite, dont l'histoire a été recueillie avec quelque soin, on a observé la douleur dans les régions utérine et lombaire. Cependant, comme ce symptôme a manqué dans quelques cas, et comme il se rencontre aussi dans d'autres affections de l'utérus, on ne peut le considérer comme pathognomonique. On ne doit pourtant point le négliger, comme le font, à tort, beaucoup d'accoucheurs anglais, parce qu'il se rencontre dans quelques cas où le placenta n'est pas

---

tribuer le développement physique et moral le plus heureux et le mieux combiné de l'espèce humaine.

Et remarquez que ceci nous donne la solution d'un problème qui frappe les moins clairvoyans. Comment se fait-il, dit-on, que la nature, ou Dieu, son auteur, n'ait pas confié la progéniture au mâle? ne paraît-il pas plus simple de placer l'être faible sous la protection de l'être fort? Mais on ne voit pas qu'il est moins besoin de force pour élever et nourrir des enfans, que de tendresse et de vigilance. Tandis que la raison hésite et délibère, le sentiment, plus prompt que l'éclair, s'élance et vole au-devant du danger. Or, ce sentiment, cette passion d'un instinct fin et sûr, n'existeront jamais que dans une organisation délicate, sensible, impressionnable, dans ce composé de patience, d'amour, de tendresse, de joies, d'inquiétudes, d'espérances, qu'on nomme le cœur d'une mère.

Toutefois, il faut l'avouer, l'amour maternel, quelles que soient son étendue et sa puissance, ne suffit qu'imparfaitement dans beaucoup de cas. Il faut y joindre *l'intelligence*, c'est-à-dire, etudier et bien connaître les enfans, science sans laquelle on ne marche qu'au hasard. L'instinct maternel lui-même, je le répète, malgré sa singulière et active prévoyance, est sujet à s'égarer, s'il n'est pas éclairé par la raison et l'expérience. Quelquefois on donne dans des systèmes extravagans, de folles innovations, mais presque toujours on reste dans l'ornière de la routine et du préjuge. C'est ainsi que l'usage de larges bandes pour envelopper les nouveau nés, comme des momies, celui du maillot très-serré, d'une mauvaise bouillie, des longues lisières pour porter ou plutôt traîner les enfans; l'horrible habitude de les suspendre, dans certains cas, à un tourniquet, etc.; se sont continues et se continuent encore dans certains pays. Parcourez les villes et les campagnes des nations les plus policées, pénétrez dans l'intérieur des familles, dans beaucoup d'établissemens publics consacrés à l'éducation des enfans, vous serez stupéfait des coutumes bizarres, des procédés ineptes, des méthodes funestes qu'on emploie pour les élever et les nourrir. Le caprice, la hasard, l'habitude, le préjugé, voilà les bases de ces méthodes, source d'une infinité de maux et d'infirmites futures; car, ici comme ailleurs, tout dépend du commencement; la vie est une, le berceau se lie à la tombe, une sante caduque, une existence pénible, une mort hâtive, dépendent souvent d'une enfance mal dirigée.

Presque toujours, en effet, ces maux proviennent de ce qu'on méconnaît physiologiquement et moralement le jeune âge. Si l'on savait qu'à cette époque le corps est si faible qu'il semble n'exister que par les douleurs et dans l'impuissance de les éviter; que la constitution est éminemment sensible, irritable, mais se raffermit par gradations lentes; que l'estomac est dans une continuelle activité, et pourtant se fatigue aisément; que les réparations alimentaires doivent être promptes, faciles, toujours au-dessus des pertes du corps; que le sang circule rapidement et néanmoins manque d'un certain degré de chaleur surtout dans la première enfance; que la transpiration (excepté dans les premiers mois de la naissance) a lieu avec une inconcevable facilité; que le besoin de mouvement tient à l'étonnante souplesse des muscles, nécessaire à leur développement; que le sommeil profond et prolongé, si indispensable aux enfans, se lie au besoin des réparations complètes et rapides; que les enfans sont très-sujets aux spasmes, aux convulsions, en raison de leur excès de sensibilité, mais que celle-ci s'exalte par les plus légères causes, et se calme par les plus faibles moyens; enfin que cette vie exubérante, cette turgescence animée de chaque partie du corps, cette mobilité

adhérent ; car l'adhérence du placenta n'est que l'une des différentes altérations que produit l'inflammation de cet organe ; et si, dans ces cas, on l'examinait toujours avec attention après son expulsion, on trouverait souvent quelqu'une de ces altérations dans son tissu ou dans ses membranes.

Lorsque, sous l'influence de quelqu'une des causes que nous avons signalées, il survient de la douleur dans les lombes ou dans la région de l'utérus, on peut penser avec quelque assurance qu'elle est causée par l'inflammation du placenta : je crois même que ce serait alors l'occasion d'appliquer avec avantage l'auscultation au diagnostic de cette maladie ; car si nous trouvons que le siége de la douleur correspond avec le point où se fait entendre le souffle placentaire, on pourra croire que la douleur se lie à l'inflammation du placenta.

En consultant le tableau des vingt cas de placentite dont j'ai déjà parlé, je trouve que dix sept fois les malades se sont plaintes de douleurs dans la région de l'utérus ou dans les lombes. Dans l'un des trois cas restant, la malade s'est plainte d'un sentiment de tiraillement dans la région lombaire ; dans un autre, il est dit seulement que la santé de la malade était altérée depuis deux mois ; et enfin, dans le troisième, il est dit positivement qu'il n'y avait point eu de douleurs utérines.

Quant au caractère de la douleur, il paraît avoir été extrêmement variable ; dans quelques cas elle était constante, et dans d'autres rémittente ; chez l'une des femmes elle augmentait aussitôt qu'elle quittait la position horizontale ; chez deux elle devenait plus intense pendant la nuit. Enfin l'un des sujets éprouvait une diminution notable de cette douleur quand elle se couchait sur le ventre.

Dans le plus grand nombre des cas, la douleur se développa un petit nombre d'heures, ou, au plus tard, deux ou trois jours après l'action d'une des causes signalées, et continua généralement depuis cette époque jusqu'à la fin de la gestation. Dans un cas elle fut diminuée, et dans deux enlevée complètement par la saignée.

M. Cruveilhier paraît avoir observé comme symptôme presque constant dans plusieurs cas d'inflammation suppurative du placenta une espèce de mouvement fébrile continu avec exacerbation le soir, et précédé dans quelques occasions d'un frisson. Le docteur Burns (1) décrit une espèce de fièvre qu'il dit avoir observée vers le milieu de la grossesse, et qui paraît lui avoir offert à peu près les mêmes caractères que ceux de la maladie décrite par M. Cruveilhier. Elle débute subitement comme un accès de fièvre intermittente régulier, prend bientôt les caractères de la fièvre hectique, et offre quelque analogie avec la fièvre rémittente des enfans. Cette maladie, dit le docteur Burns, est très opiniâtre et se termine fréquemment par l'avortement.

Le professeur Wilde (2) regarde aussi comme symptôme de l'inflammation du placenta une fièvre légère avec forte chaleur ; et, quand l'inflammation se termine par suppuration, la malade éprouve en outre une sensation de tiraillement avec des frissons et une pesanteur douloureuse dans la matrice et dans les cuisses, et qui est plus forte lorsqu'elle marche ou se tient debout. Le même auteur dit que dans la placentite l'urine coule quelquefois goutte à goutte et avec une douleur aiguë, et que, quand la maladie se termine par induration ou hépatisation, les douleurs utérines locales sont quelquefois accompagnées d'un abondant écoulement blanc et irritant par le vagin.

(1) Principles of midwifery (183).

(2) Ryan's medical and surgical journal, vol. 6.

En considérant les différens symptômes que nous venons de mentionner et qui ont tous été attribués à la placentite, on reconnaît qu'il serait difficile et même qu'il est impossible, dans l'état actuel de la science, de déterminer exactement ceux qui appartiennent à l'inflammation du placenta proprement dit, et de tenir compte de l'influence que doit avoir sur eux l'inflammation de la paroi contiguë de l'utérus, qui complique souvent la placentite. Pour arriver à quelque chose d'exact sur ce point, il faudrait un bien plus grand nombre de cas que ceux qui ont été observés jusqu'ici. Cependant je crois devoir faire observer que sur les vingt cas d'inflammation du placenta que j'ai réunis, dans deux où la maladie paraissait être bornée principalement à la surface fœtale de cet organe, les douleurs caractéristiques étaient très intenses, tandis que dans le seul cas où il n'y a point eu de douleurs, l'inflammation occupait la surface utérine du placenta et de ses membranes, et le tissu de l'utérus lui-même fut trouvé ramolli à l'autopsie. La douleur locale paraît aussi cesser après le travail et l'expulsion du placenta malade.

L'adhérence morbide du placenta et de l'utérus, qui est le résultat de l'inflammation adhésive entre leurs surfaces contiguës, détermine presque constamment, outre quelques uns des symptômes que nous avons énumérés ci-dessus, un écoulement de sang, plus ou moins abondant, qui survient à chaque contraction utérine après la sortie de l'enfant ou même pendant son expulsion. Les exceptions à cette règle générale sont très-rares ; cependant dans les cas rapportés par Wrisberg, Désormeaux et M. Ramsbotham, où le placenta était complètement adhérent, il ne pouvait y avoir d'hémorrhagie. Le docteur Hamilton (1) a aussi rapporté un exemple d'une autre forme d'adhérence morbide, qui n'a point été annoncée par une hémorrhagie ; dans ce cas, le centre du placenta était à l'état normal, mais sur toute sa circonférence cet organe était, dans la largeur d'un pouce environ, fortement adhérent au tissu de l'utérus.

EFFETS DE LA PLACENTITE SUR LA MÈRE.

L'inflammation adhésive du placenta à l'utérus expose souvent la mère à un grand danger au moment de l'accouchement ou à la suite, par l'hémorrhagie abondante qu'elle occasionne, ou par les phénomènes graves que produit le placenta lorsqu'il reste en totalité ou en partie dans la matrice, et qu'il détermine une fièvre lente presque toujours funeste. Les rapports annuels de l'Hospice de la Maternité de Londres, pour les années 1828, 29, 30 et 31, publiés par le docteur Ramsbotham, dans les 3e, 5e, 7e et 9e volumes de la *Gazette médicale de Londres*, nous fournissent une preuve bien positive de la fréquence et de la gravité des accidens qu'entraîne, pour la mère, l'inflammation du placenta. D'après ce rapport, il paraît que, pendant les années indiquées, 8,967 femmes ont été accouchées dans la partie de cet hospice qui est confiée aux soins immédiats du docteur Ramsbotham. Sur ce nombre il y en a eu 67, c'est-à-dire une environ sur 134, chez lesquelles il

(1) Practical observations on various subjets relating to midwifery (1836).

sans fin qu'on remarque chez ces petits êtres, doivent être observées, contenues ; jamais contraintes, on établirait toujours les bases d'une *hygiène rationnelle et positive*. Ajoutons qu'il existe encore des différences parmi les enfans qu'il ne faut pas perdre de vue ; différences qui influent sur les moyens de les élever, et dont les conséquences sont importantes. L'un, par exemple, a besoin d'une nourriture forte, substantielle ; l'autre, d'une alimentation légère ; celui-là, d'une constitution lymphatique, empâtée, veut être excité au mouvement ; il exige une nourriture fortifiante, des vêtemens chauds ; à celui-ci, au contraire, délicat, maigre, nerveux, susceptible, effervescent, il faut des alimens doux, des bains, du sommeil ; beaucoup de sommeil, modérer sa pétulance, émousser sa sensibilité, être en garde contre sa précocité, etc.

Remarquons que ces principes sont également applicables à l'éducation morale ; former le jugement d'un enfant, guider sa raison, éclairer son esprit, sans fatiguer sa tête et sans user ses forces, voilà ce que la médecine et une sage philosophie conseillent d'un commun accord. C'est en les négligeant, c'est en confondant tout dans un plan uniforme, que beaucoup d'enfans languissent et succombent, que la vie devient chez d'autres, amère, insupportable ; que les générations s'abâtardissent radicalement, à la honte de notre civilisation. On connaît des inspecteurs choisis par le gouvernement, largement rétribués pour les haras, pour la surveillance des races de chevaux, mais il n'y en a point pour les enfans et leur éducation physique ; ici tout est donné à l'indifférence, à la cupidité, à l'ignorance. Beaucoup de mères tendres et dévouées ne sont pas exemptes de tomber dans de fatales erreurs, parce que, ainsi que je l'ai remarqué, il leur manque certaines connaissances positives sur la constitution et la physiologie des enfans. Au reste, il n'est peut-être donné qu'à un bien petit nombre de personnes de réunir les *deux* qualités indispensables dont nous avons parlé, pour donner des soins convenables aux enfans ; de grands hommes même en ont été dépourvus, quoique ayant de hautes prétentions sur cet important sujet.

Parmi ces derniers, je ne crains pas de placer J.-J. Rousseau. Malgré son génie, malgré les belles pages de son *Emile*, il est certain que ce grand écrivain n'aimait, ni ne connaissait les enfans. Conçoit-on, en effet, qu'un homme qui se dit philosophe, qui écrit un traité complet d'éducation, qui vante sans cesse les vertus domestiques, mette ensuite ses trois enfans *à l'hôpital des Enfans-Trouvés*? Est-il un non-sens pareil, une contradiction plus palpable et plus révoltante ? Aussi, malgré l'autorité de son éminent talent de style, les préceptes de Rousseau ont-ils constamment échoué contre ce cri du bon sens et de la vérité : il a mis ses enfans à l'hôpital. La seule manière d'excuser un pareil acte a été de dire que l'auteur d'*Emile* n'avait pas toujours toute sa raison, chose très-probable et qui justifie bien le mot d'une femme célèbre : « Quand la nature forma Rousseau, la sagesse pétrit la pâte, mais la folie y jeta son levain. » Qu'on suive cet illustre infortuné dans tous les actes de sa vie, qu'on lise sans prévention beaucoup de ses écrits, et l'on se convaincra de la vérité de ce jugement. Non, Rousseau n'aimait pas les enfans, quoiqu'il se vante beaucoup de sa tendresse pour eux ; et il ne les connaissait pas davantage. Son ouvrage fourmille de préceptes les moins applicables, les plus bizarres, et par conséquent les plus opposés aux lois de la nature et à la santé des enfans. En voici un exemple : aussitôt, ou du moins très-peu de temps après la naissance, cet étrange instituteur veut qu'on mette l'enfant dans l'eau froide, et qu'on réitère cette immersion pour le fortifier. Oh ! le barbare !

a été nécessaire d'introduire la main pour pratiquer l'extraction du placenta qui était retenu dans la matrice, soit par des adhérences morbides, soit par l'utérus ou l'irrégularité des contractions de cet organe. Sur ces 8,967 femmes, 43 sont mortes et 13 ont succombé aux effets directs de l'adhérence du placenta à l'utérus; en d'autres termes, sur 689 femmes il y en a eu une qui est morte par l'effet de cette terminaison de l'inflammation du placenta.

L'inflammation du placenta est aussi une source fréquente de dangers, même pendant le cours de la grossesse; elle altère la santé et détermine souvent l'avortement ou un travail prématuré. Ainsi, sur les vingt cas d'inflammation du placenta dont j'ai déjà parlé, dans sept il y a eu ou avortement ou accouchement prématuré; et dans plusieurs de ces cas l'époque de la grossesse, où le travail a commencé, n'est pas indiquée. Aussi, d'après ces cas, et ce que j'ai observé ailleurs, je suis convaincu que l'inflammation du placenta est une cause bien plus fréquente d'avortement et de maladie pour la mère pendant la grossesse, qu'on ne le croit communément. Tous les accoucheurs savent qu'à la suite de l'avortement il arrive très-souvent que le placenta reste pendant plusieurs jours, ou des semaines entières, dans l'utérus. N'avons-nous pas quelques motifs de soupçonner que, dans ces cas, il y a eu inflammation du placenta ou de la surface contiguë de l'utérus, et, par suite, des adhérences morbides entre ces deux organes.

EFFETS DE LA PLACENTITE SUR LE FOETUS.

L'inflammation du placenta est quelquefois funeste pour le fœtus tandis qu'il est encore dans la matrice. Le professeur Wilde dit, en énumérant les symptômes de cette maladie, que les mouvemens de l'enfant deviennent de plus en plus faibles et finissent par cesser complètement, circonstance qui a été observée dans deux des cas rapportés par M. Brachet, et dans deux autres de Manriceau.

L'importance des fonctions, que remplit le placenta pour le fœtus, suffit pour faire comprendre comment l'inflammation de cet organe peut tuer l'enfant ou le réduire à l'état de marasme, dans lequel étaient les trois enfans dont a parlé M. Brachet; il est d'ailleurs évident, par l'absence de lésions chez deux des sujets qui ont succombé, et par la facilité avec laquelle deux autres prirent de l'embonpoint et de la force, lorsqu'ils eurent été confiés aux soins d'une bonne nourrice, que leur état ne dépendait point d'une condition pathologique qui leur fût propre, mais bien au contraire de l'état morbide du placenta et du désordre de ses fonctions. Dans ces cas l'inflammation du placenta était chronique, et la désorganisation qu'elle déterminait ne s'était faite que très-lentement, et une portion, plus ou moins considérable de cet organe, avait continué à remplir ses fonctions. Quand l'inflammation est plus aiguë ou plus étendue, le fœtus peut être tué très-rapidement et avant que sa nutrition paraisse avoir été altérée. C'est ce qui semble être arrivé dans le cinquième cas de M. Brachet, où l'enfant né mort vers huit mois et demi, offrait le volume et le poids qu'il devait avoir. Les trois quarts du placenta étaient occupés par un vaste abcès qui, d'après l'historique de la maladie, devait être de formation récente.

Il y a une autre série d'effets produits sur le fœtus par l'inflammation du placenta ou au moins des membranes qui recouvrent la surface externe du placenta, et que l'étendue, qu'a déjà acquis ce travail, m'obligera de n'indiquer que très-sommairement; je veux parler des connexions morbides établies par l'inflammation adhésive entre la surface interne du placenta et quelque partie du corps du fœtus, connexions qui entraînent chez ce dernier des difformités dues au déplacement ou à l'arrêt de développement des organes où elles existent.

Paul Portal est le premier des auteurs anciens qui ait rapporté un exemple distinct de cette espèce de monstruosité; mais, depuis le commencement du siècle, huit cas au moins de difformités de ce genre chez des fœtus, qui ont présenté en naissant une adhérence intime de la surface interne du placenta avec la tête ou la face, ont été publiés par différens auteurs. En outre, j'ai eu moi-même l'occasion d'observer trois exemples de cette espèce curieuse de monstruosité, l'un au musée de l'hôpital Guy, un autre à celui de l'université de Londres, et le troisième dans la collection anatomique du Collège de médecine de Londres.

Depuis quelques années on a cité plusieurs exemples de fœtus difformes nés avec le placenta adhérant directement ou au moyen d'une membrane aux parois de l'abdomen. Moi-même, j'ai observé dans plusieurs collections cinq cas de ce genre.

Je ne crois pas que l'on ait observé de cas d'adhérence du placenta à la tête chez les animaux; mais le professeur Gurlt, de Berlin, (1) en a décrit plusieurs où les membranes étaient adhérentes à l'abdomen chez le veau, l'agneau et le chevreau. Dans tous ces cas, l'épine et le corps de l'animal étaient contournés comme cela a lieu également dans la même espèce de difformité chez l'homme. Dans quatre des cinq cas que j'ai vus chez le fœtus humain, le corps était plus ou moins complètement doublé sur lui-même, et dans trois cas l'un des côtés du corps était moins développé que l'autre.

TRAITEMENT DE LA PLACENTITE.

Le traitement de l'inflammation du placenta diffère peu, dans l'état actuel de la science, de celui de la plupart des autres maladies inflammatoires. Pendant longtemps la saignée générale, répétée ou non, suivant les circonstances, avec quelques-uns des autres moyens antiphlogistiques, a été employée avec succès par les médecins, dans le but de combattre les divers symptômes directs et sympathiques, locaux et constitutionnels que j'ai voulu, dans les recherches précédentes, rattacher à l'inflammation du placenta comme à leur cause immédiate et prochaine. Si je suis arrivé à démontrer que l'inflammation du placenta était réellement la cause de ces accidens, je dois avoir, en même temps démontré l'utilité de ce traitement, puisque nous n'avons aucun motif de ne pas appliquer aux maladies de cet organe, les moyens que l'observation et l'expérience nous ont appris être utiles dans les maladies analogues d'autres parties du corps. D'après le même principe, nous croyons que les applications de sangsues et les autres moyens évacuans et sédatifs seront employés avec succès dans le traitement préservatif des formes les plus ordinaires de l'avortement et de l'inflammation du placenta, qui en est si souvent la cause. Nous pensons même que, si la nature du cas ou l'opiniâtreté des symptômes l'exigent, on se trouvera bien d'appliquer des vésicatoires ou des contre-irritans au voisinage de l'utérus, ainsi qu'il a déjà été recommandé par quelques praticiens

(1) Lebrbruch der pathologischen anatomie der haus-saugethiere.

mettre un pauvre nouveau-né dans l'eau froide! n'est-ce pas un conseil véritablement *homicide?* Pendant neuf mois, cet enfant plongé dans un bain d'une liqueur tiède, a vécu du sang de sa mère, sang chaud et actif; maintenant il faut qu'il vive de son propre sang, qu'il est donné à ses organes d'élaborer; mais ces organes sont faibles encore, parce qu'ils sont peu développés; aussi le sang des petits enfans est il très-fluide, peu coloré, nullement doué d'énergie vitale. Il en résulte qu'il y a peu de chaleur chez eux, surtout à la peau, et c'est par cette raison qu'ils transpirent peu ou point, de là cette nécessité de ne pas les exposer au froid, de les bien couvrir, de chauffer leurs langes, etc., chose indispensable chez tous les êtres organisés. Comment l'auteur d'*Émile*, cet admirateur passionné de la nature, n'a-t-il pas vu qu'il en transgressait ici une des lois les plus positives? Les animaux mêmes y restent constamment fidèles; ils réchauffent leurs petits avec le plus grand soin, ils les couvrent de leurs corps ou de leurs ailes, ils tapissent leurs tanières ou leurs nids de plumes, de duvet, d'objets qui conservent le plus la chaleur; leur instinct, ce guide toujours fidèle, car il est la loi de Dieu, semble, en effet, leur apprendre que *chaleur et vie* sont synonymes, et que leur progéniture, encore très-débile, a besoin de l'une pour soutenir l'autre.

Peut-être, dira-t-on, qu'on a vu des enfans, soumis aux immersions d'eau froide, non-seulement survivre à l'emploi de cette méthode, mais devenir par la suite très-vigoureux; je le crois bien, car tous les enfans faibles y succomberont infailliblement, on ne verra donc dans ce cas que les enfans très-robustes, et ceux-ci n'avaient nul besoin d'un pareil moyen pour se fortifier.

On voit par cet exemple que des hommes de mérite n'ont pas toujours ce qu'il faut pour élever convenablement les enfans. Quelquefois des esprits médiocres, mais doués d'affection et de certaines connaissances pratiques, y réussissent mieux que les premiers. Nous sommes donc toujours ramenés à ce que nous avons dit dès le commencement de ces considérations : d'une part, avoir un penchant naturel, une bienveillance toute particulière pour les enfans, leur parler pour ainsi dire *cœur à cœur*; de l'autre, bien comprendre leur tempérament, les conditions physiologiques de leur existence, et les variétés qu'elles présentent; encore une fois, aimer et connaître les enfans, telles sont les deux notions fondamentales de leur hygiène, de leur éducation physique et morale,

L'AMOUR ET L'INTELLIGENCE.

R. P.

— En vente chez Ebrard, libraire, rue des Mathurins-St-Jacques, n. 24 : *Leçons sur les phénomènes physiques de la vie*, M. par Magendie. 4 vol. in-8° 5 fr.

américains (1) dans le traitement des cas où l'avortement semble imminent.

Les recherches précédentes ont l'avantage de montrer que la mort si fréquente du fœtus et l'avortement qui en est la suite, dépend primitivement et le plus souvent d'un état morbide du placenta, et que, dans beaucoup de cas, cet état pathologique n'est point au-dessus des ressources de l'art; si, en outre, l'adhérence du placenta est, ainsi que je crois l'avoir démontré, le résultat de l'inflammation et ordinairement d'une inflammation chronique de cet organe, il paraît naturel d'espérer qu'en surveillant attentivement les premiers symptômes et le développement de cette inflammation, on pourra, par l'emploi des moyens indiqués, arrêter la maladie dès son début, détourner ou au moins diminuer la source principale du danger le plus grand auquel les femmes enceintes sont exposées; conserver à la vie une foule d'enfans qui sont enlevés dès les premiers mois de leur existence, et diminuer l'une des causes principales de la mortalité.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX AMÉRICAINS.

I. THE AMERICAN JOURNAL OF THE MEDICAL SCIENCES.

Les deux derniers cahiers trimestriels de ce journal (mai et août) renferment les articles originaux suivans: 1° *expériences sur l'absorption*, par M. John W. Draper; 2° *observations pratiques de chirurgie*, par M. Ashbel Smith. Ce travail est basé sur deux cas de fongus médullaire, l'un à l'œil, l'autre au sein, que l'auteur a opérés avec succès; c'est-à-dire sans récidive jusqu'à l'époque de leur publication, une année après. M. Smith attribue ce résultat heureux à la compression qu'il a exercée sur la plaie de l'opération; il prétend que cette précaution empêche la réproduction de la maladie. 3° *Observation sur un cas de menstruation par la trompe de Fallope*, par M. Adams; 4° *anévrisme inguinal; ligature de l'iliaque externe, pratiquée avec succès*, par M. W. H. Ruan; 5° *cas remarquable d'un clou métallique resté dans les poumons pendant plus d'un an*, par M. Amariah Brigham; 6° *relation clinique des malades traités à l'hôpital de la marine de Charleston*, par M. Ramsay; 7° *remarques pratiques sur la gangrène sèche*, par M. Benjamin W. M'Cready; 8° *considérations sur l'appareil claviculaire de Desault*, par M. Reynell Coates, rien de neuf; 9° *observation d'un cas de catalepsie incomplète*, par M. Augustus C. Baldwing; 10° *considérations sur les névralgies*, par M. Chass. C. Hildreth; 11° *du traitement de la blennorrhagie urétrale à l'aide de la compression*, par M. S. W. Dalton; 12° *observation d'un fœtus dont un membre inférieur avait été amputé spontanément dans l'utérus*; 13° *expériences sur le sang, et nouveaux faits sur l'organisation des végétaux et des animaux, applicables à l'explication des phénomènes les plus importans de la vie organique, savoir: la respiration, la chaleur animale, la circulation veineuse, les sécrétions et la nutrition*, par M. Robert E. Rogers; 14° *relation clinique sur les cas médicaux traités à l'hôpital de Blockley*, par M. W. Gerhard; 15° *remarques pratiques sur un cas de pleurésie terminé par la mort, chez un sujet tuberculeux*, par E. Barlett; 16° *tentative de suicide; blessure de la veine jugulaire interne, ligature, guérison*, par M. J. G. Morgan; 17° *nouveau procédé pour la guérison du prolapsus utérin*, par M. Samuel Annan; 18° *cas pratiques de lithotripsie*, par M. William Gibson, professeur de chirurgie à l'université de Pensilvanie; 19° *opération heureuse d'un anus contre nature à l'aide d'un nouvel instrument*, par M. J.-B. Lotz; 20° *observation sur un cas de goutte compliquée d'hydropisie, de purpura et de dérangement gastrique, amélioration de l'hydropisie à l'aide de la ponction par l'ombilic*, par M. Thomas Henderson; 21° *sur un cas d'induration et d'hypertrophie du pénis, nouveau procédé d'amputation de la verge*, par M. Thomas Ogier.

ANÉVRISME INGUINAL; LIGATURE DE L'ILIAQUE EXTERNE; GUÉRISON; par M. W. RUAN.

OBS. — Lucas Dogberty, mulâtre, âgé de 48 ans, appartenant à Gen. von Sœbœtker, de constitution délicate, tempérament bilieux et mélancolique, s'aperçut, depuis cinq semaines, d'une petite tumeur pulsatile à la partie supérieure de l'aîne droite, qui augmenta rapidement, détermina le gonflement de tout le membre et des douleurs lancinantes s'étendant en spirale de la cuisse au pied. Croyant avoir affaire à un abcès, le malade se traita d'abord lui-même à l'aide de cataplasmes et de fomentations chaudes; il s'appliqua en outre successivement plusieurs vésicatoires sur le membre dans le but de dissiper les douleurs. L'insuffisance de ces moyens le fit, un mois après, recourir aux soins de M. Ruan. A l'examen, ce chirurgien trouva une grosse tumeur anévrismale, immédiatement au-dessus du ligament de Poupart, pulsant énergiquement dans une grande étendue, et communiquant à la main, qui la touche, la sensation d'un frémissement tout particulier (whizzing). Tout le membre est très-gonflé et couvert de veines dilatées. La tumeur peut être maniée facilement sans douleurs; ses pulsations disparaissent par la compression de l'artère au-dessus du ligament Fallopien. Le malade avait plusieurs fois été atteint d'attaques bilieuses; il avait eu la jaunisse, il y a six mois; depuis un an il avait éprouvé aussi plusieurs atteintes de goutte.

Prescription. Applications froides sur la tumeur et sur tout le membre (mois de juin). Purgatifs répétés.

Cette médication n'a rien changé à l'état du malade, si ce n'est que les veines du membre étaient moins engorgées. La tumeur soulevait considérablement le ligament de Poupart. L'opération ayant été jugée indispensable, M. Ruan procéda à la ligature de l'iliaque externe en présence des docteurs Jacob, Roebuck et J.-V. Bretton, le 21 juin 1835.

Opération. J'ai fait, dit l'opérateur, une première incision, intéressant la peau et le tissu cellulaire sous-cutané, depuis un pouce au-dessus de l'épine antérieure supérieure de l'os des iles, et à un pouce et demi en dedans de cette éminence, jusqu'au bord supérieur du ligament de Poupart. Cette incision, dont la longueur était de trois pouces environ, a été dirigée de haut en bas, suivant une ligne courbe qui tomberait à un demi-pouce en dehors du trajet naturel de l'artère. L'aponévrose de l'oblique externe a été ensuite divisée dans l'étendue et la direction de la première incision, ce qui a mis en évidence les fibres du muscle oblique interne. On coupe ces fibres inférieurement et on les rebrousse avec le doigt. J'ai ensuite plongé mon doigt entre le péritoine, le muscle transverse et les fibres restantes du petit oblique, et j'ai divisé ces derniers de bas en haut à l'aide d'un bistouri courbe. Ayant déplacé alors le péritoine en haut, j'ai de suite senti l'iliaque externe battre fortement. J'ai éprouvé quelque difficulté pour séparer les fibres du *fascia propria* des vaisseaux, dans le but d'isoler l'artère de la veine; à l'aide de mes ongles cependant et du manche du scalpel, j'en suis venu à bout. Une aiguille ordinaire à anévrisme enfin m'a servi pour passer une forte ligature autour de l'artère qui a été fortement serrée.

Les pulsations de la tumeur sont disparues à l'instant même. La ligature était composée d'un fort fil de lin, double et ciré; elle a été passée autour de l'artère de dehors en dedans. On a mis un grand soin durant l'opération pour ne déranger que le moins possible le péritoine. Aucune artère de calibre n'a été ouverte; le malade a perdu à peine une cuillerée de sang, provenant d'un petit plexus veineux cutané qui avait été intéressé. Les chefs de la ligature, enveloppés d'un linge, ont été passés de l'angle inférieur de la plaie au-dehors, où ils furent arrêtés à l'aide de deux bandelettes collantes. Enfin une compresse et un bandage, voilà tout le pansement. La température du membre s'éleva immédiatement et devint considérablement supérieure à celle de l'autre. Régime principalement animal; deux verres de vin dans le courant de l'après-midi; application de bouteilles d'eau chaude sur les côtés de tout le membre et à la plante du pied.

Le lendemain (22 juin). Le malade a bien dormi. Il assure avoir mieux reposé cette nuit que les nuits des semaines précédentes. Pouls, 108, mou et naturel sous tous les rapports. Absence complète de douleur dans le membre et ailleurs. Le sentiment du membre ne paraît pas diminué; sa température est considérablement plus haute que celle du reste du corps. Constipation depuis deux jours. Même régime; mêmes applications chaudes sur le membre; deux lavemens laxatifs.

Le troisième jour (24 juin). L'amélioration continue. Le malade éprouve spontanément deux évacuations sanguines abondantes par les hémorrhoïdes auxquelles il était déjà sujet tous les ans dans la même saison.

La tumeur anévrismale diminua graduellement; le pouls prit son rythme normal; la température du membre devint au même degré que celle du reste du corps. La ligature tombe sans accidens le vingt-quatrième jour de l'opération. Après le premier pansement la plaie était réunie dans ses deux tiers supérieurs; elle a suppuré dans le reste pendant quelque temps; puis elle s'est cicatrisée entièrement.

Le 10 octobre. J'ai rencontré le malade se promenant dans les terres qu'il habite. Il m'a dit que depuis quelques semaines tous les restes de la tumeur étaient disparus, que le membre avait acquis toute sa vigueur naturelle, comme l'autre, et qu'il avait repris, depuis un mois, son métier de sellier.

CAS REMARQUABLE D'UN CLOU MÉTALLIQUE RESTÉ DANS LES POUMONS DEPUIS PLUS D'UN AN; par M. Amariah BRIGHAM.

OBS. — Miss A. Lyman, âgée de 5 ans, en jouant à la pension dans le mois de mai 1823, fut saisie subitement de toux violente et convulsive et de vomissemens qu'on attribue à l'avalement de quelque corps volumineux et difficile à passer. Revenue à l'état de pouvoir parler, elle déclara qu'au moment de l'accès de toux elle avait dans la bouche un de ces clous métalliques dont on se sert pour clouer les enveloppes des paquets, qu'il lui était tombé dans la gorge, et qu'elle ne pouvait pas assurer si elle l'avait avalé ou non.

Le docteur Cogswell, ayant été appelé immédiatement, ordonna de l'huile de ricin. La toux continua opiniâtrement pour quelques jours, elle s'apaisa ensuite, et les parens aussi bien que le médecin pensèrent que cette toux avait été excitée par l'irritation du passage du clou dans l'œsophage. Neuf mois après l'accident, la petite fille alla à la campagne où je la vis pour la première fois. Elle avait un peu de toux, mais sa santé générale était assez bonne, elle continuait à aller à la pension.

Dans le mois de mai 1824, un an après l'événement, elle eut froid, toussa beaucoup, expectora et essuya une attaque d'hémoptysie. A ces symptômes succédèrent la fièvre habituelle, sueurs nocturnes et les autres phénomènes propres à la

(1) Jackson american journal of the med. sciences, n° 4.

dernière période de la phthisie pulmonaire. Comme la petite fille était naturellement délicate, et que sa mère était morte de consomption après ses couches, j'ai supposé qu'elle était atteinte de la même maladie. Elle mourut en effet le 1er juin 1824. Les amis de la famille ayant désiré connaître si le clou n'avait pas été la cause de la maladie, j'ouvris le corps en présence des docteurs Stone et Massacusetts.

Autopsie. La trachée était saine et le poumon du côté gauche aussi. En suivant l'arbre bronchique du côté droit, nous avons trouvé la muqueuse un peu enflammée; arrivée à la quatrième ou cinquième division des tubes aérifères, à un pouce environ de la bifurcation de la trachée, nous avons rencontré le clou. Sa longueur était d'un demi-pouce, ayant une tête à peu près du même diamètre. Il était noir, mais aucunement corrodé; il paraissait solidement fiché dans une des divisions des bronches. Comme il n'y avait pas de conduit de communication entre ce point et le reste du poumon, le clou était resté immobile. Les vaisseaux de cet endroit étaient un peu engorgés; mais le poumon droit était moins altéré sur l'endroit du clou que dans le reste de son étendue, qui était adhérent et entrelardé d'abcès dont le pus passait dans les bronches par des ouvertures fistuleuses.

Je ne connais que peu de cas, dit l'auteur, de corps aussi volumineux qui soient passés dans les poumons et restés si longtemps avant de produire la mort. Ma plus grande surprise a été la possibilité du passage d'une pareille substance dans le poumon d'un enfant à peine âgé de 5 ans. L'endroit où elle a été trouvée, et l'état dans lequel le poumon s'est présenté, savoir le gauche tout-à-sain et une partie du droit aussi, expliquent comment la respiration a pu continuer à se faire.

Sue rapporte le cas d'une petite fille âgée de huit ans, qui, en avalant un morceau d'os de pigeon, a été saisie de toux comme si quelque chose eût passé dans la trachée. Quatorze ans et demi après, elle expectora, dans un accès de toux, le corps étranger. Elle mourut pourtant de consomption après cette époque.

M. Broussais publia un cas de pneumonie chronique occasionnée par une balle dans les poumons pendant sept ans.

Louis cite le cas d'un marchand dans la trachée duquel était tombée une pièce de monnaie en or, et restée engagée de champ dans les bronches pendant quatre ans. Après ce temps elle se plaça horizontalement, causa des accidens graves, puis la mort. Dupuytren rencontra un cas pareil.

REMARQUES PRATIQUES SUR LA GANGRÈNE SÈCHE; par M. B. M'CREADY.

Voici les deux faits principaux qui ont servi de base à cet intéressant travail : leur importance nous oblige à les reproduire avec tous leurs détails.

GANGRÈNE SÈCHE AU GROS ORTEIL CHEZ UN MARIN AGÉ DE 38 ANS; ÉTAT MALADIF DE L'ARTÈRE FÉMORALE; EXAMEN DE CE VAISSEAU A L'AIDE DU STÉTOSCOPE; TRAITEMENT ANTIPHLOGISTIQUE; GUÉRISON.

OBS. I.—James Cowan, marin, 38 ans, entra à l'hôpital de New-York le 13 mai 1835, pour être traité d'un ptyalisme abondant occasionné par une affection chronique du cœur. Sa figure est tuméfiée; il ne peut pas tirer la langue; la salive ruissèle continuellement de la bouche; les régions sublinguale et gutturale sont couvertes d'ulcérations. Sa constitution est bonne; mais sa mine est très-pâle; l'*adnata* offre une blancheur remarquable; tout son ensemble enfin indique l'existence d'une affection chronique. Ses habitudes ont été plutôt intempérantes. Quelques cicatrices existent vers l'angle de la mâchoire et la partie supérieure du cou, dues probablement à des ulcères syphilitiques.

Le malade est traité d'abord et guéri de sa salivation; il est soulagé ensuite de son affection du cœur par des applications de sangsues à la région précordiale.

Le 14 juin. Une douleur intense se manifeste à la partie interne de la cuisse gauche, qui augmente par la pression; aucune lésion matérielle n'est apercevable dans cette partie. Trois jours après, le pied du même côté est excessivement douloureux, surtout vers le cou-de-pied et le gros orteil. Cette dernière partie est aussi bigarrée partiellement de taches d'un bleu clair. La santé générale est bonne. Pouls, 80, plein et mou; langue propre au centre et sur les bords, et couverte d'une lame blanchâtre de chaque côté.

Dans l'après-dîner, le pied se gonfle un peu; les taches augmentent en nombre, s'étendant sur toute la plante du pied, à l'avant-pied et aux extrémités des orteils. Tout le pied est sensible au toucher, démange vivement, et la douleur est devenue extrême dans le grand orteil. La douleur de la partie interne de la cuisse continuait au même degré; mais le mollet du même membre commençait à éprouver la même souffrance.

Le 18. Le gros orteil devient froid. Le lendemain, les taches livides disparaissent de la plante du pied, mais la douleur continue; elle est si forte qu'elle empêche le sommeil. Les opiacés sont presque sans effet.

Le 21. La lividité du gros orteil s'étend; les taches se réunissent; et tout le doigt en est couvert. Une légère excoriation qui existait au côté interne de l'ongle devient également livide. Tout l'orteil est froid, et son extrémité est insensible. Les pulsations de l'artère fémorale sont excessivement faibles; ce vaisseau se présente sous l'apparence d'une corde roulant sous les doigts. Pouls, 115; langue *ut suprà*; quelques nausées; dévoiement. Prescription : 25 gouttes de sol. sulph. morph.; fomentations chaudes à la partie interne de la cuisse.

Le 22. Langue plus chargée; pouls, 100, mais faible. Les fomentations à la cuisse ont produit du soulagement, mais tout le trajet de l'artère continue à être très-douloureux. Un peu de sommeil. Continuation des douleurs vives dans l'orteil, que le malade compare à des coups de lance. Tout mouvement de la partie augmente considérablement la douleur. L'artère fémorale bat très-faiblement; mais ses pulsations sont senties aisément au stetuscope; elles offrent un bruit tout particulier entre celui de soufflet et de scie. Pouls, 100; langue sèche; nausées; douleur à l'hypocondre droit. On donne un demi-grain d'opium toutes les quatre heures.

Le 23. Mieux; douleur moins forte; sommeil réparateur. L'orteil offre les mêmes apparences, mais l'insensibilité et le froid empiètent graduellement. Le second orteil commence à son tour à devenir douloureux; la souffrance revient par paroxysmes. Douleur dans l'aîne; gonflement douloureux de plusieurs ganglions sous-paupartiens. Artère fémorale très-douloureuse à la pression vers le milieu de la cuisse; ici les pulsations sont tellement faibles que plusieurs des doigts appliqués ne les sentent point; le pouls est ici beaucoup moins fréquent qu'au poignet. Le stetoscope donne le même bruit que nous venons d'indiquer, et fait parfaitement distinguer des pulsations synchrones avec celles du poignet. Le malade se plaint également de douleurs dans le trajet de l'artère tibiale antérieure, s'étendant de bas en haut depuis le gros orteil jusqu'à 6 ou 8 pouces au-dessus du conde-pied.

Le 24. Des vésications légères se montrent sur les parties décolorées; elles crèvent et laissent échapper de la sérosité sanguinolente. La douleur à l'hypocondre continue. Les jours suivans, les parties gangrénées se dépouillent de leur épiderme; le derme sous-jacent est d'un rouge brunâtre et luisant. Un point de décoloration se montre sur l'extrémité du second orteil. Les glandes inguinales reviennent à l'état normal. Les pulsations de la tibiale postérieure sont manifestes derrière la malléole; celles de l'antérieure ne sont pas sensibles au coude-pied.

Application de huit sangsues dans le trajet de l'artère fémorale. Purgatifs répétés. Les battemens de la tibiale antérieure reparaissent jusqu'à quelques pouces de la gangrène, où ils se perdent. Mieux général. Les douleurs à l'orteil continuent.

Nouvelle application de sangsues trois jours après, au nombre de douze, dans le trajet de la fémorale et de la tibiale antérieure. Amélioration manifeste des douleurs dans le membre. On répète encore les sangsues, nouvelle amélioration. L'orteil est toujours douloureux; son ongle se détache; du pus s'écoule de ce point. Diarrhée. L'appétit est bon; les douleurs de la cuisse ne sont plus sensibles que lorsqu'on comprime l'artère à son milieu. Le bruit de scie que le stétoscope indiquait est plus léger et en quelque sorte diffus dans une plus grande étendue; on le sent maintenant distinctement depuis l'arcade crurale jusqu'au genou. Un cercle érytémateux bleuâtre environne la partie gangrénée; les environs de l'orteil sont chauds au toucher.

Depuis le 29 du même mois le mieux est progressif. Les douleurs de la cuisse ont entièrement disparu, bien que le trajet de l'artère affecte toujours une certaine sensibilité au toucher, surtout dans sa partie moyenne. La ligne de démarcation de la gangrène se prononce de plus en plus. La mortification s'étend jusqu'à l'articulation de la première avec la seconde phalange; l'épiderme est complétement détaché; les parties sous-jacentes sont noires, luisantes et inodores; la diarrhée continue malgré la grande quantité d'opium; elle est cependant amendée sous l'influence de la *mixtura cretacea*. On réapplique encore une douzaine de sangsues à la cuisse, qui ont produit un nouvel amendement des souffrances.

Le 25 juillet. Les parties mortifiées s'ébranlent; l'os est à découvert; il s'exfolie: les pulsations des artères reviennent peu à peu à l'état naturel; le bruit de scie devient de moins en moins sensible. La santé générale est bonne. La localité se cicatrise.

Avant de quitter l'hôpital, le malade se promène beaucoup et sans peine dans les jardins de l'établissement, chose qu'il ne pouvait pas faire avant son entrée, par suite de la maladie du cœur, qui s'est beaucoup amendée par le traitement qui précède.

L'apparence cordée de l'artère, la faiblesse de ses pulsations, et le bruit particulier senti au stétuscope, dépendaient très probablement, suivant l'auteur, de l'obstruction partielle du calibre du vaisseau. Cette obstruction serait elle-même produite par de la lymphe plastique, disposée à la face interne de ses parois ainsi que les autopsies l'ont plusieurs fois constaté. La douleur dans le trajet même de l'artère s'exaspérant à la pression, se dissipant par les évacuations sanguines, paraît à M. Cready indiquer une inflammation de ce vaisseau. Jusqu'à l'époque de l'application des sangsues, le mal avait constamment empiré. Il déclina de suite sous l'influence de ce moyen. Il est à remarquer en outre que la douleur a marché de haut en bas, en suivant le trajet de l'artère fémorale, le pied n'ayant été attaqué que quelques jours après.

Ainsi que Dupuytren l'a fait observer le premier, le signalement de l'amélioration s'est déclaré par le retour de la chaleur aux parties environnantes de la gangrène. Tant que la gangrène était progressive, la sensation du froid précédait de quelques pouces la partie mortifiée; et la chaleur des parties reparut avant la manifestation de la ligne de démarcation. Dupuytren a fait observer que le froid n'est pas ici semblable à celui du cadavre, c'est-à-dire comme celui des autres corps ambians plongés dans l'atmosphère commune; c'est, dit-il, un froid glacial plus prononcé que celui du cadavre, de l'atmosphère, ou de l'eau de l'endroit qu'il occupe, ainsi qu'on peut s'en assurer à l'aide du thermomètre. Dans le cas qui précède, le thermomètre n'a point été employé, mais au toucher les parties bien que froides étaient loin d'approcher du degré mentionné par Dupuytren (1).

(1) Cette dernière observation paraît parfaitement d'accord avec celle que MM. Blandin et Boinet viennent de faire à l'Hôtel-Dieu sur le même sujet. Nous

Ce grand praticien a avancé que l'inflammation artérielle était la cause unique de la gangrène sèche. Cette assertion a été controvée dans quelques cas récens suivis d'autopsie. Est-ce que la même affection ne pourrait pas dépendre de causes différentes sans que les artères soient aucunement enflammées? Boyer rapporte un cas de gangrène sèche qu'il attribue à la compression. Un jeune homme eut la jambe fracturée; on lui appliqua un bandage serré depuis le pied jusqu'au genou. Les fluides nourriciers ne pouvant plus pénétrer dans le membre, celui-ci diminua de volume et le pied fut frappé de gangrène sèche. Conduit à la Charité, cette partie parut comme momifiée; les chairs pouvaient être coupées sans douleurs ni écoulement sanguin. La mortification marcha jusqu'au genou; on amputa la cuisse et le malade guérit. Dans ce cas, où était-elle l'artérite? L'observation suivante prouve également que la maladie en question ne dépend pas toujours d'une phlogose des artères.

GANGRÈNE SÈCHE A LA MAIN CHEZ UNE PERSONNE AGÉE DE 32 ANS; compression de l'artère sous-clavière par une exostose des vertèbres cervicales; oblitération spontanée de cette artère.

Obs. II. — Miss R., âgée de 32 ans, constitution délicate, habituellement bien portante, avait essuyé depuis longtemps des douleurs réputées rhumatismales dans l'avant-bras droit, et plus particulièrement dans le poignet du même côté. Ces douleurs devinrent de plus en plus constantes et aiguës. La nuit du 1[er] septembre 1835, la douleur reparait avec une telle violence dans la main droite que la malade est obligée de se lever et de se promener dans son appartement jusqu'au lendemain. La main parait pâle et froide, et l'endroit de la douleur semble comme mort, pour me servir de l'expression de la malade. Après quelque temps, la main devient plus rouge que dans l'état naturel, et la douleur est moins vive. Elle revient pourtant par paroxysmes, et elle est parfois forte au point d'empêcher entièrement le sommeil. Pendant quelque temps la douleur a été également forte dans tous les doigts, principalement à leurs extrémités; six ou sept jours après, des taches pourprées se déclarent au bout du doigt médius, et la douleur commence à appeler l'attention sur ce point. Les taches s'étendent; la douleur est intense, continue, lancinante, exacerbante; le doigt devient froid et son extrémité insensible; enfin la gangrène sèche n'est plus douteuse sur cette partie.

Un praticien est appelé: il pratique une saignée du bras. Pas de changement. La santé générale, du reste, est bonne, hors la fatigue par le manque de sommeil. Quatre semaines après le début de la maladie, le docteur Kearney-Rodgers est consulté. A cette époque, la mortification a envahi presque toute la dernière phalange; cette partie est froide, insensible, noire, atrophiée, dure, et n'émanant aucune odeur désagréable. Ce même doigt médius est en même temps le siége d'une douleur extrêmement vive. Les extrémités des autres doigts sont affectées d'un picotement qui va parfois jusqu'à la douleur, et s'étendant aussi à l'avant-bras ou jusque dans l'aisselle. Les pulsations des artères radiale, cubitale, humérale et axillaire, ne sont aucunement sensibles dans le membre. La pression dans le trajet de ces vaisseaux ne provoque pas de douleur. Le stétoscope, appliqué dans ces parties, ne découvre ni battemens artériels, ni bruit d'aucune espèce.

Désappointé de ne trouver aucun signe d'inflammation dans les artères principales du membre, le docteur Rodgers poursuivit ses recherches sur la cause de la maladie: immédiatement au-dessus de la clavicule il découvre une ostéocèle volumineuse; c'était une exostose provenant des apophyses transverses de la sixième ou septième vertèbre cervicale. La tumeur était très-près de la clavicule et comprimait l'artère sous-clavière. Cette artère était oblitérée, et les douleurs que la malade avait éprouvées dépendaient très-probablement de l'action de ce corps sur les nerfs de la même région. Dès lors tous les phénomènes furent expliqués.

On pansa les parties gangrenées avec le baume du Pérou. Applications stimulantes à la main. Flanelles chaudes sur toute la partie. Dans l'espace de quinze jours, une ligne de démarcation se déclare contrairement à toute attente, et malgré la continuation des picotemens et des douleurs, la partie morte se sépara et la cicatrice s'est opérée sur le bout de la seconde phalange. On s'attendait à des récidives, mais heureusement il n'en a plus été question par la suite, et la malade a continué à jouir d'une bonne santé comme pour le passé.

Dans les cas de gangrène sèche, peut-on avoir recours à l'amputation avant l'apparition de la ligne de délimination? La majorité des chirurgiens a résolu négativement cette question. Dupuytren, qui regardait la maladie comme le résultat d'une phlogose artérielle, pose ainsi la question: l'amputation est-elle de quelque utilité dans l'artérite? Une opération, dit-il, qui laisse persister la cause de la maladie, et qui expose en même temps à des pertes sanguines et à des irritations locales, ne saurait ici aucunement convenir. Nous venons de voir cependant, dit M. M'Cready, que la doctrine de la phlogose n'était pas applicable à tous les cas de gangrène sèche: la conclusion de Dupuytren ne peut donc pas être générale. L'expérience a montré, en effet, que l'amputation pouvait être pratiquée avec avantage dans cette espèce de gangrène avant la formation de la ligne de séparation; les progrès de la gangrène ont été arrêtés par l'opération. Sur trois cas opérés dans ces conditions par M. Mott, l'opération a deux fois atteint le but.

devons dire, en attendant, que l'observation de Dupuytren à cet égard a été mal rendue ou plutôt exagérée par les rédacteurs de ses leçons.

(*N. du Réd.*)

GANGRÈNE SÈCHE AU MEMBRE ABDOMINAL; AMPUTATION AVANT LA DÉLIMINATION; GUÉRISON.

Obs. III. — Un fermier âgé de 45 ans, stature moyenne, bonne constitution, habituellement sobre, est saisi pour la première fois de coliques bilieuses. Il n'a jamais eu de maladie au cœur ni aux artères. Le 12 juillet 1833, après s'être vivement échauffé par les travaux de son état, il a été attaqué, dans la soirée, de frisson, puis de chaleur et de fièvre ardente. Peu de temps après, les premières phalanges de tous les orteils du côté droit sont saisies de douleurs violentes, accompagnées d'un sentiment de chaleur intense. Cet état dure pendant neuf mois continuellement, jour et nuit. Plusieurs médecins ont été consultés: on emploie une foule de remèdes stimulans, anodins, antiphlogistiques, mais sans aucun avantage. La mortification enfin commence; tous les orteils sont frappés de gangrène, puis le pied subit le même sort; enfin le mal gagne graduellement la partie inférieure de la jambe, et il ne parait pas se borner.

M. Mott voit alors le malade: il trouve l'artère fémorale de volume naturel, mais sans pulsations et roulant sous les doigts comme un tendon. Le malade est très-faible; il ne peut dormir ni manger; sa mort parait prochaine. M. Mott a essayé de l'arracher à la terminaison qui le menaçait, en lui amputant la cuisse à sa partie moyenne. L'artère fémorale n'a pas exigé de ligature après l'opération, étant entièrement bouchée d'un coagulum solide. Les branches de la profonde seulement ont donné un peu de sang. Pendant plusieurs jours le malade a été entre la vie et la mort; l'usage du bon vin cependant, une potion de sulfate de quinine et de morphine lui ont relevé les forces. Les lèvres de la plaie ont été d'abord pâles et ne donnant que du pus ténu et fétide. On pansa en couvrant la plaie et le moignon de baume du Pérou. Bientôt la plaie devint belle, et la guérison a eu lieu. L'examen du membre amputé a montré les artères fémorale et tibiale remplies de fibrine à peine adhérente aux parois de ces vaisseaux.

Dans les deux autres cas de gangrène sèche, amputés par M. Mott, dans les circonstances indiquées, les sujets étaient vieux, ils avaient chacun passé la soixantaine. Chez l'un on coupa la jambe vers sa partie moyenne. La gangrène avait commencé depuis six mois, le malade était faible, l'opération a arrêté les progrès de la maladie, mais le sujet mourut de dyssenterie quelques mois après. Chez l'autre la santé générale était déjà délabrée avant la déclaration de la gangrène par un hydrothorax grave. La mortification commença à un petit orteil, elle marcha sur tout le pied. M. Mott amputa le membre, mais la gangrène se déclara sur le moignon et le malade mourut (1).

CAS DE CATALEPSIE INCOMPLÈTE; par le docteur BOLDWIN, de Géorgie.

L'observation suivante est-elle un cas de vraie catalepsie, ou bien est-elle un exemple de l'une de ces formes que présente dans quelques cas rares le somnambulisme naturel, et que le charlatanisme a su imiter et même amplifier, pour en faire l'objet d'une spéculation lucrative. C'est ce que nous ne chercherons pas à décider: nous laisserons ce soin au lecteur, et nous contenterons de reproduire les principaux traits de l'observation, et de faire remarquer qu'ici ce n'est point une femme ou une jeune fille qui présente ces phénomènes morbides, mais un petit garçon de l'âge de 9 ans.

Obs. — Je fus appelé en 1834 pour un enfant âgé de 7 ans, qui était, dit-on, si profondément endormi, qu'on ne pouvait parvenir à l'éveiller. Je le trouvai, en effet, dormant d'un sommeil paisible et tranquille, et le pouls calme, sans force ni vitesse anormales. Après avoir usé de tous les moyens ordinaires en pareil cas, les secousses violentes, l'eau froide, etc., je lui pratiquai une petite saignée, mais aussitôt que le sang commença à couler, l'enfant s'éveilla en criant, et après avoir eu quelques mouvemens convulsifs.

Cet enfant n'éprouva rien de semblable pendant une année entière. Quand je fus appelé de nouveau auprès de lui en mars 1835, il se trouvait dans la même position que l'année précédente. Trouvant son sommeil paisible, son pouls calme, je demandai qu'on le laissât tranquille, et en effet il s'éveilla de lui-même dans la matinée, et se mit à ses occupations ordinaires, ne se doutant pas de ce qui s'était passé. Je m'assurai que la veille au soir cet enfant s'était couché comme d'habitude et à la même heure. Les 9, 12, 16, 19 et 21 jours du même mois, il fut pris de la même manière d'un sommeil dont on ne pouvait le tirer et qui se terminait naturellement plus tard que d'habitude. Le 22 septembre, un nouvel accès étant venu, je l'observai avec soin et trouvai son sommeil paisible; ses yeux étaient fermés et il paraissait étranger à tout ce qui se passait autour de lui, son pouls battait 90 par minute; ses joues étaient légèrement teintes en rouge; lui ayant levé la main et l'ayant abandonnée, elle resta dans la même position pendant plusieurs instans et ensuite tomba subitement. Les paupières étant soulevées, on voyait les yeux se porter de côté et d'autre avec rapidité, comme chez les enfans atteints de fièvre et qui sont sur le point d'avoir des convulsions; mais ils ne se fixèrent sur aucun objet et les pupilles ne parurent pas dilatées. Bien qu'en apparence insensible à tout ce qui se passait autour de lui, cet enfant cependant comprenait ce qu'on disait, car il souriait ou versait des larmes suivant que ce qui était dit lui était agréable ou l'effrayait. Vers la fin de l'accès, il fit quelques légers mouvemens, poussa quelques plaintes, eut quelques grincemens de dents, puis il dit qu'il avait un peu mal à la tête; mais au bout de quelques heures il était aussi gai que d'habitude. Questionné sur ce qui s'était passé pendant son sommeil, il rapporta tout ce qu'on

(1) M. Amussat a aussi, l'année dernière, amputé avec succès une cuisse gangrenée avant la délimination de la mortification. La pièce a été présentée à l'Académie de médecine. (*N. du Réd.*)

avait fait et dit devant lui. Une saignée de quelques onces, des ventouses appliquées à la nuque et plusieurs laxatifs ne lui procurèrent aucun soulagement. Il fut pris le 26 du même mois d'une nouvelle attaque pendant laquelle il se leva et se traîna sur ses pieds et sur ses mains jusqu'à la porte de la pièce où il se trouvait, les yeux fermés et laissant tomber sa tête de côté et d'autre comme par l'influence de son propre poids.

Les attaques continuèrent à des intervalles plus ou moins longs, et malgré l'emploi de différentes médications. Le 29 mai 1836, pour la première fois, l'attaque le prit dans la soirée. Lorsque je levais le bras du malade et l'abandonnais ensuite à son propre poids, il restait dans la position où je l'avais placé; mais quand je lui disais de le baisser il le laissait tomber tout à coup. Plusieurs fois on chercha à le faire rire et, en effet, on le vit sourire dans quelques occasions, mais jamais rire complétement. Pour m'assurer qu'il ne nous trompait pas, je lui fis donner le fouet sans plus de succès que par tous les autres moyens; le pauvre enfant cria tout haut, mais sans ouvrir les yeux ni donner aucun signe qu'il fût éveillé.

Nous ne suivrons pas l'auteur dans le récit des différentes médications qu'il opposa à cette singulière affection; il nous suffira de dire qu'à la fin il se décida à avoir recours aux toniques et qu'il prescrivit trois grains de sous carbonate d'ammoniaque et un demi-gros de teinture de colombo, mélangés dans un verre d'eau, à prendre trois fois par jour; et que, sous l'influence de ce traitement, les attaques devinrent plus rares, et qu'enfin elles avaient cessé complétement depuis le 29 juillet 1835 jusqu'au 6 mars 1836, époque où l'observation fut rédigée.

Observation sur les névralgies; par Ch. Hildreth, D.-M., de Zanesville-Ohio.

L'auteur de ce mémoire commence par dire que, de toutes les maladies, il n'en est peut-être pas dont le traitement ait fait plus de progrès, depuis quelques années, que les névralgies. Voici maintenant le développement et les preuves de cette opinion qui peut surprendre au premier abord. « Les travaux de M. Teal, de Londres, ont fait faire d'importans progrès au diagnostic et au traitement des affections nerveuses; il a démontré que les symptômes des maladies de la moelle épinière ou des ganglions du grand sympathique sont plus fréquemment observés dans les parties, où se distribuent les dernières ramifications des nerf fournies par la partie malade, que dans le siége immédiat de la partie malade elle-même. Ainsi, toutes les affections nerveuses de la tête, du cœur, de l'estomac, etc., que l'on rencontre si fréquemment chez les femmes hystériques, doivent être regardées comme des affections, non des centres nerveux qui se distribuent à ces organes, mais bien des masses nerveuses ou des ganglions d'où sortent ces filamens nerveux. L'observation nous apprend que, dans ces cas, la pression sur la moelle épinière détermine de la douleur dans le filament qui en naît.» Il est évident, d'après ce passage, que ce n'est pas des névralgies qu'il est question dans cet article, mais bien des névroses, et surtout de celles qui ont été étudiées depuis quelques années par les médecins anglais et américains sous le nom d'*irritation spinale*.

L'objet principal que M. Hildrett a en vue, est de prouver que le traitement le plus efficace dans ces cas est celui qui a pour but d'enlever, par les évacuans ou par la contre-irritation, cette sensibilité ou cette irritation spinale. Quatre faits sont rapportés à l'appui de cette assertion.

Obs. — Mme S., âgée de trente ans, a beaucoup souffert depuis quelques années à la tête, à la face, aux bras, au sein, etc. La douleur de la face avait été attribuée à l'extraction d'une dent avec laquelle on avait emporté une partie de l'os maxillaire supérieur; la douleur de tête avait paru être de nature purement névralgique à cause de son caractère intermittent et de son acuité extrême; elle se lance de la partie supérieure de la colonne auricale et s'étend subitement à tout le cuir chevelu. Pendant chaque paroxisme les yeux se gonflent ainsi que la face et deviennent douloureux, les muscles du col se raidissent et deviennent également le siége d'élancemens très-forts; les bras se paralysent partiellement; la malade ne peut tenir une aiguille dans les doigts, et elle éprouve une sensation de picotement jusque dans les extrémités des membres; la douleur s'étend quelquefois jusque dans le côté, les seins et l'estomac.

L'épine dorsale est sensible à la pression sur toute sa longueur; en appuyant sur la première et la deuxième vertèbre, on détermine des douleurs autour de la tête et qui suivent la direction des branches sous-occipitales et postérieures de la seconde paire; la pression sur les deux vertèbres suivantes détermine des douleurs à la face et au col; l'application des doigts sur les vertèbres cervicales inférieures détermine des douleurs dans les bras et le sein. Cet examen aggrave la douleur pour plusieurs heures. Un vésicatoire est appliqué sur toute la longueur de la portion cervicale de la colonne vertébrale, et 5 grains de sulfate de quinine sont administrés le matin.)

Pendant quelque temps le vésicatoire sembla avoir aggravé la douleur, mais quand il eut cessé de tirer, la malade éprouva une amélioration dont elle n'avait pas eu d'exemple depuis plus de deux ans; puis, quand il fut entièrement sec, la douleur revint comme auparavant. (Application de ventouses scarifiées sur la portion supérieure du rachis.) D'abord les ventouses semblent exagérer la douleur, mais au bout de quelques heures la douleur avait entièrement disparu et ne revint pas pendant plusieurs semaines.

Au bout d'un mois les bras offrent un commencement de paralysie et la douleur de tête revient de nouveau. On prescrit l'application, deux fois par jour, sur la nuque, d'une pommade stibiée qui détermine une éruption abondante et très-douloureuse; mais la douleur disparut bientôt complètement et n'est pas revenue depuis.

Revue des cas traités à l'hôpital de Philadelphie, à Blockley, par M. Gerhard, médecin de cet hôpital.

L'auteur commence par donner quelques détails sur l'hôpital de Blockley, qui est un des plus grands hôpitaux de l'Amérique, et qui contient 150 lits destinés aux sujets atteints de maladies internes, un asile pour les aliénés, de vastes salles pour la chirurgie, et une infirmerie pour les enfans malades et les femmes en couches.

La fièvre typhoïde ou dothinentérite s'observe aussi à Philadelphie, où elle a présenté, pendant le temps que comprend cette revue, une grande prostration; mais ce n'est pas de cette maladie que M. Gerbard s'occupe dans cette revue, qui est presque entièrement consacrée à la gangrène pulmonaire, maladie qui, dans les circonstances ordinaires, est rare, et dont cependant l'auteur paraît avoir observé à l'hôpital de Philadelphie un assez grand nombre de cas dans un espace de temps très-limité. Dix observations de gangrène pulmonaire sont rapportées ici, non point sous forme de mémoire et dans le but d'éclaircir un ou plusieurs points spéciaux de la pathologie de cette affection, mais sans enchaînement, comme on le voit souvent dans les revues cliniques, ce qui met presque dans l'impossibilité d'en faire une analyse satisfaisante. Cependant, comme on trouve rarement une collection aussi nombreuse de faits de ce genre, que d'ailleurs les réflexions qui suivent chacun de ces faits nous ont paru justes, et comme en outre l'un de nos collaborateurs a publié dernièrement quelques recherches sur le même sujet, nous allons chercher à saisir ce qu'il y a d'important, sans cependant nous astreindre à suivre la même marche que l'auteur.

Nous cherchons en vain l'opinion de l'auteur sur les causes auxquelles il attribue la gangrène pulmonaire, et sur la manière dont elle se développe. Ainsi, nulle part il ne signale l'apoplexie pulmonaire comme étant, dans quelques cas, le premier degré de cette altération des poumons; il parle de gangrène idiopathique, mais d'une manière trop peu complète pour que nous puissions saisir son opinion sur ce point. Cependant il ne paraît pas regarder la gangrène du poumon comme une terminaison de la pneumonie; au moins il ne le dit nulle part, et même il rapporte un cas destiné à établir la différence entre la gangrène commençante et la pneumonie. Nous l'analyserons rapidement.

Obs. — Un homme, âgé de 50 ans, entre à l'hôpital en décembre 1835; il rapporte qu'il a été exposé dans son voyage pour venir à la ville à un très-mauvais temps, et que la nuit surtout, qui a précédé le jour de l'invasion, il a passé la nuit dans une grange très-froide; il toussait depuis plusieurs jours; mais, comme il n'accusait pas de douleur au côté et qu'il n'offrait aucun symptôme grave, on le fit passer dans une salle extérieure où il ne tarda pas à éprouver une attaque de *delirium tremens* qui céda promptement bien que la toux ne cessât pas d'augmenter. Le troisième jour qui suivit son admission, il présenta une grande anxiété; la respiration était haute et laborieuse avec dilatation des narines, ronchus muqueux et sibilant à la partie inférieure des deux poumons et surtout à gauche. La percussion n'offrait rien d'anormal; la toux était fréquente et l'expectoration catarrhale. La toux et l'expectoration augmentent pendant que la respiration diminue à la base des deux poumons et que la percussion offrait un peu d'obscurité sur le même point et presque égale des deux côtés. Le délire reparut les deux derniers jours de la maladie qui se termina par la mort le cinquième jour après l'admission.

A l'autopsie on trouva le lobe inférieur des deux poumons et spécialement celui du côté gauche, infiltré d'une sérosité rougeâtre, à peu près comme dans le premier degré de la pneumonie, avec diminution de la consistance et odeur gangréneuse assez prononcée; du reste point d'autre altération appréciable dans aucun des organes.

Nous n'avons rapporté ce fait qu'avec quelques doutes; car, pour nous, il n'est point évident que la maladie dont le sujet était atteint fût réellement la gangrène du poumon. Le seul phénomène appréciable, qui se rapporte à cette altération, que l'on ait trouvé, est l'odeur légèrement gangréneuse du tissu pulmonaire. Mais si nous remarquons que cette odeur était peu prononcée, que le tissu pulmonaire n'était point désorganisé, nous aurons de justes motifs de douter de l'exactitude du diagnostic porté dans ce cas; car les odeurs n'ont de valeur dans le diagnostic des maladies, que quand elles sont fortement prononcées; et nous croyons que l'odeur gangréneuse ne devient appréciable, dans la gangrène du poumon, que quand une communication s'est établie par le moyen des bronches entre l'air extérieur et les parties sphacelées.

M. Gerbard indique ici une circonstance comme favorable à la gangrène du poumon, que M. Genest a signalée dernièrement dans un tra-

vail sur le même sujet (1) et qui a paru en même temps, bien qu'un peu postérieurement à celui du médecin américain. C'est la présence d'une suppuration abondante dans quelque organe. Voici comment s'exprime M. Gerhard sur ce point. «La gangrène du poumon arrive fréquemment chez les personnes qui présentent quelque altération organique importante des autres organes. A cette classe appartiennent celles qui meurent avec des abcès métastatiques dans les poumons, suivis de gangrène, conséquence fréquente des plaies suppurantes et des grandes opérations chirurgicales. Les caractères anatomiques de ces cas ne diffèrent pas de ceux qui se lient à d'autres circonstances. Dans ceux que j'ai observés moi-même, le tissu pulmonaire, graduellement ramolli, était entraîné au-dehors par la toux; sa cavité était tapissée par une fausse membrane qui se formait aussitôt que la gangrène avait cessé de s'étendre et qui sécrétait un liquide purulent jusqu'à la cicatrisation parfaite.» M. Gerhard pense que la gangrène des poumons ne se lie pas seulement aux plaies externes, mais aussi aux suppurations internes. Nous rappellerons ici que, dans le travail déjà cité, on a fait remarquer sa fréquence chez les femmes affectées de maladies puerpérales. L'observation suivante est la seule de ce genre que contienne le mémoire de M. Gerhard.

GANGRÈNE DES POUMONS SURVENUE A LA SUITE D'UN ABCÈS DU FOIE.

Obs. — Un tisserand, âgé de 27 ans, fut admis à l'hôpital en octobre 1835, atteint depuis quatre à cinq semaines d'un affection qui, d'après son rapport, semble avoir été une fièvre intermittente. A l'époque de son entrée, il éprouvait des frissons quotidiens qui ne revenaient pas exactement à la même heure chaque jour, mais qui étaient toujours suivis d'une forte chaleur et d'une transpiration abondante; à aucune époque de la journée l'apyrexie n'était complète. D'abord on ne put découvrir aucun point de départ local; mais, après quatre ou cinq semaines de séjour à l'hôpital, il présenta un peu de sensibilité avec une légère tension dans la région épigastrique et hypogastrique gauche. Plusieurs fois on appliqua des vésicatoires sur la partie sensible, avec une légère amélioration dans les symptômes. Le sulfate de quinine administré à plusieurs reprises et à doses élevées n'avait point fait disparaître les frissons. Il survint un peu de toux avec de la dispnée et de la fréquence dans la respiration, mais sans expectoration. La base du poumon gauche présenta en même temps un peu de ronchus avec diminution de la sonoréité à la percussion. Le thorax ne fut pas examiné dans les deux jours de l'existence du malade qui fut en s'affaiblissant graduellement.

A *l'autopsie* on trouva dans le lobe droit du foie un abcès du volume d'un gros œuf, et un autre gros comme une noisette dans le lobe antérieur du cerveau. A la base des deux poumons, il y avait une cavité gangréneuse contenant un liquide séreux d'une odeur caractéristique. Les cavernes n'étaient pas tapissées par une membrane distincte. Le tissu pulmonaire voisin contenait de l'air; il n'était que peu infiltré.

Dans ce cas, comme dans plusieurs autres, aucun signe n'avait révélé la gangrène; il était évident que le malade avait une affection des poumons, mais il était impossible de la spécifier et même de reconnaître sa nature.

Parmi les observations rapportées dans ce travail, il en est une encore qui nous paraît offrir un intérêt tout spécial, surtout pour l'étude des altérations que détermine la gangrène dans les poumons, et de la manière dont elle se termine. Le seul regret que nous éprouvions c'est qu'elle soit un peu courte; aussi nous la traduirons ici littéralement.

NOTE SUR L'EXAMEN DES POUMONS D'UN INDIVIDU QUI, NEUF ANS AUPARAVANT, AVAIT ÉTÉ AFFECTÉ D'UNE GANGRÈNE PULMONAIRE.

Obs. — Un homme, âgé de 50 à 60 ans, entra à l'hôpital de Pensilvanie dans l'automne de 1835. Une charrette, en lui passant sur la jambe, avait produit une fracture compliquée des deux os et une vaste contusion des parties molles; il était très-adonné à l'ivrognerie. Ayant été pris peu de temps après son entrée de *delirium tremens*, il mourut; mais avant l'invasion du delirium, il avait rapporté que neuf années auparavant, à la suite d'une plaie à la main avec suppuration abondante et dénudation des tendons, il avait eu une forte maladie de poitrine caractérisée par de la toux, de la dispnée, des crachats noirs et d'une odeur si fétide que personne ne pouvait rester dans la même chambre que lui; il disait aussi avoir éprouvé de la douleur au-dessous de l'aisselle gauche et d'avoir été guéri qu'après plusieurs mois de maladie.

Le côté du poumon qui avait été malade ne donnait qu'un bruit faible pendant la respiration; cependant M. Gerhard dit que son examen ne fut que très-superficiel sur ce point.

A *l'autopsie* on trouva des adhérences entre le lobe inférieur du poumon gauche et la plèvre cortale. Le tissu était moins volumineux que d'ordinaire, plus dense, et, près des grosses bronches, il y avait une cavité aplatie d'un pouce de longueur sur une largeur à peu près égale, communiquant avec un tuyau bronchique et tapissée par une membrane lisse assez semblable à celle qui recouvre l'intérieur des petites bronches; les autres altérations étaient peu importantes.

Nous avons dit que cette note nous laissait ici regretter quelques détails anatomiques; en effet, la description de cette espèce de caverne contenue dans le poumon gauche, pourrait aussi bien convenir à une simple dilatation bronchique qu'à une caverne produite par une destruction gangréneuse du tissu pulmonaire; on sait que la respiration des personnes, qui portent des dilatations bronchiques de quelque étendue, acquiert quelquefois une fétidité extraordinaire.

Dans tous les cas observés par le docteur Gerhard, la gangrène du poumon était, à l'exception d'un seul, dans les lobes inférieurs. Dans deux cas elle se trouvait dans les deux poumons à la fois, et elle était plus fréquemment dans le poumon droit que dans le gauche. Le siége le plus ordinaire de la gangrène était la partie supérieure et postérieure du lobe inférieur.

A la première période le tissu pulmonaire, gangréné, offrait une couleur rouge livide, était infiltré d'une sérosité rougeâtre; il ressemblait assez à celui du premier degré de la pneumonie, si ce n'est qu'il était d'une couleur plus foncée. A mesure que l'altération avait fait des progrès, le tissu pulmonaire se ramollissait, prenait une consistance pulpeuse, et enfin se changeait en un fluide de l'odeur la plus fétide et d'une couleur brunâtre, au milieu duquel il était facile de distinguer les vaisseaux pulmonaires qui, lorsqu'on les examinait avec soin, étaient trouvés obstrués par des caillots. Si le malade périssait à une époque avancée, on trouvait l'excavation tapissée d'une fausse membrane de nouvelle formation, séparant la caverne gangréneuse du tissu sain du poumon. Dans les cas qui se sont terminés par la guérison, on a pu suivre, dans les changements éprouvés par l'expectoration, les progrès de cette fausse membrane vers la cicatrisation. Les crachats purulents cessaient graduellement et étaient remplacés par un mucus blanchâtre, aussitôt que la membrane était changée en un tissu muqueux ou mucoséreux, analogue à celui qui tapisse les petites bronches. Voilà le résumé de ce que dit M. Gerhard de l'anatomie pathologique pour la gangrène des poumons; puis, passant à l'étude des symptômes, il signale l'émoptysie comme ayant été observée dans la moitié des cas environ, et comme étant le premier symptôme qui paraît après la toux et le râle muqueux ou sibilant. L'hémorrhagie de la gangrène est, dit-il, ordinairement plus abondante que celle qui est déterminée par la présence des tubercules; le sang est noir, et non écumeux; mais il n'examine pas si l'hémorrhagie, à l'époque où les crachats n'offrent pas l'odeur caractéristique de la gangrène, ne serait point, dans ces cas, l'effet d'une maladie dont la gangrène pulmonaire ne serait qu'une terminaison. Quant aux autres symptômes, nous ne trouvons rien d'assez spécial pour être noté, et nous ferons seulement remarquer qu'en parlant du traitement, l'auteur n'a point indiqué les fumigations des préparations de chlore, qui sont employées avec avantage depuis quelques années.

Quelle que soit l'opinion que l'on adopte sur la nature de la maladie dont était affecté le sujet de cette observation, quelque importance que l'on accorde aux phénomènes morbides fournis par l'examen de la colonne vertébrale à l'aide de la pression, le succès obtenu par le traitement local n'en est pas moins remarquable, surtout après l'inutilité d'une foule de moyens les plus opposés, qui avaient été employés auparavant. Le même auteur rapporte quatre autres observations du même genre, et où le traitement, dirigé d'après les mêmes vues, a été suivi du même succès. Nous en reproduirons une qui semble confirmer l'assertion d'un autre médecin américain (le docteur Mitchell), lequel rapporte le rhumatisme articulaire à l'irritation spinale, et dit avoir employé contre cette maladie, avec beaucoup de succès, le traitement qui réussit ordinairement dans les cas analogues à celui dont nous venons de parcourir l'observation. Cependant nous devons dire que cette opinion n'est point partagée par les médecins anglais, les docteurs Tate, Téal, Griffin et autres, qui ont les premiers éveillé l'attention sur ce mode pathologique.

Obs.—Madame H. K., âgée de 35 ans, revenant d'un pays marécageux (Malarial district), et dont les règles étaient supprimées depuis deux ans, était affectée depuis quelque temps d'une fièvre intermittente dont le type avait varié, mais dont les accès s'accompagnaient des symptômes ordinaires de l'hystérie : les palpitations, les syncopes, le délire hystérique, etc. Après l'emploi de diverses médications, elle se plaignit un jour d'avoir un douleur dans le genou gauche qui, en effet, était rouge, gonflé, douloureux et extrêmement sensible au toucher; en même temps elle accusait une violente douleur à la tête et dans le côté gauche, n'augmentant pas par la respiration et sans toux. La pression sur les première et seconde vertèbres cervicales augmente la douleur de tête, et sur la dernière cervicale elle amène des palpitations et les symptômes d'une angine de poitrine légère. En appuyant sur les dorsales supérieures on détermine une angoisse dans la région gastrique, des flatulences et le globus. Enfin la pression sur les vertèbres lombaires aggrave beaucoup la douleur du genou. (Application d'un vésicatoire sur les vertèbres dorsales; embrocation avec l'essence de térébenthine sur le reste du rachis; dix grains de sulfate de quinine pendant l'intermission.)

L'accès suivant fut très-grave, accompagné de syncope continuelle, de vomissements et d'une grande augmentation des douleurs du genou et du côté. Cependant les phénomènes fébriles furent moins intenses. (Vésicatoire appliqué sur la région lombaire, continuer le sulfate de quinine.)

(1) Voyez Gazette Médicale des 17 septembre et 15 octobre derniers.

Le lendemain il n'y avait plus de douleur dans le côté ni dans le genou; mais la malade accusait une très-forte doulenr de tête, et elle avait en pendant la nuit une abondante transpiration; elle éteit tres-débilitée et sans appétit. (Un grain de sulfate de quinine chaque jonr; vésicatoire sur la région cervicale; diète générale et qnelques stimulans.) Depuis cette époqne, l'état de la ma'ade s'ameliora rapidement, les vésicatoires furent continues pendant plusieurs jours et appliques jusqu'à ce que la sensibilité spéciale eût entièrement disparu; et avec elle disparurent aussi les symptômes d'hystérie, de névralgie et de rbumatisme qui avaient si longtemps tourmenté la malade. Au bout de trois mois elle n'avait point éprouvé de rechute, et, au contraire, sa santé était meilleure qu'elle ne l'avait été depuis bien des années.

Cette observation pourrait peut-être être désignée parmi nous sous le titre de fièvre intermittente rhumatique; mais, sans nous porter défenseurs de l'opinion émise ici par le docteur Hildrett, nous pensons qu'on ne doit point méconnaître les rapports qui existaient entre la douleur du genou et l'état d'irritation de toute la colonne vertébrale, et auxquels on doit attribuer l'aggravation de la douleur du genou par la pression sur la région lombaire, rapports qui existaient d'ailleurs entre l'irritation des régions cervicale et dorsale, et les douleurs que la malade ressentait à la tête et dans les côtes, et qui remontaient à plus d'une année d'existence.

OPÉRATION HEUREUSE D'UN ANUS CONTRE NATURE A L'AIDE D'UN NOUVEL INSTRUMENT; par M. LOTZ; suivie de remarques pratiques; par M. REYNELL COATES.

OBS.—Une femme âgée de 41 ans, était atteinte d'anus contre nature à la suite d'une hernie inguinale étranglée et gangrénée; une portion de l'intestin mortifié avait été excisée. Après que les forces de la malade avaient été remises et le dégorgement opéré, on essaya de guérir l'infirmité à l'aide de la tente de Desault; mais ce fut en vain. La ligatore de Physick n'a pas ennvenu à cause des difficultés très-grandes que son application présentait, difficultés qui étaient dues dans ce cas à la courbure des deux portions de l'intestin. M Lotz a donc proposé l'emploi d'un nouvel instrument de son invention, dont le but est d'établir la continuité des deux bouts de l'intestin beaucoup plus facilement que par la ligature de Physick. Voici en quoi consiste cet instrument, qui est encore, d après l'auteur, susceptible de simplification.

Description de l'instrument. Il est composé de deux branches parallèles comme l'entérotome de Dupuytren, et offre six pouces de longueur. L'extrémité intestinale de chaque branche est coudée concentriquement et porte une fenêtre d'un pouce de longueur, et trois lignes de largeur. Cette fenêtre est entourée d'un rebord solide d'une ligne d'épaisseur. Les deux branches s'articulent à l'aide de deux tenons placés, l'un sur le bout externe, l'autre vers le milieu de l'instrument : ces deux tenons partent de l'une des branch s et entrent librement dans deux mortaises ou fentes de l'autre branche. En outre, l'instrument porte deux vis latérales, dans le genre de celles de l'entérotome, dont l'une sert à fermer l'appareil ou rapprocher réciproquement les branches; l'autre à les écarter entre elles ou à ouvrir l'instrument. Lorsque l'instrument est fermé, les deux rebords de la fenêtre se touchent exactement et se pressent fortement entre eux. La vis de pression d'ailleurs permet de graduer à volonté l'action des deux cuillères fenêtrées.

Application. L'instrument est démonté. Les branches sont portées séparément chacune dans chaque intestin, comme l'entérotome de Dupuytren. On articule ensuite les branches en faisant aisément passer les tenons dans les mortaises ou fentes. On introduit alors la vis compressive, qui va vers le milieu de la longueur de l'instrument, et l'on serre ainsi les deux côtés jusqu'à ce que les deux cuillères fenêtrées approchent fortement et compriment convenablement les deux faces séreuses des intestins. Les branches doivent rester toujours parallèles entre elles. La vis est resserrée graduellement par la suite : c'est le premier temps de l'opération. Le second temps consiste à diviser, avec une lancette à gencives (*a gum lancet*), les tissus serrés et adhérens dans la fenêtre de l'instrument, sans que celui-ci soit déplacé. C'est par cette fenêtre que les matières doivent passer du bout superieur dans l'inferieur de l'intestin; l'instrument reste encore en place afin d'en assurer les nouvelles adhérences et prévenir tout épanchement dans la cavité peritonéale. Voici effectivement comment l'opération a été exécutée chez la malade en question.

Les deux branches de l'instrument ont été appliquées *ut supra* et serrées jusqu'au point qu'on a cru la circulation de la partie arrêtée par le pincement des bords des cuillères. M. Lotz avait eu l'intention de couper immédiatement les portions intestinales renfermées dans la fenêtre, mais comme l instrument a cause de la douleur, il a preféré attendre que les adbérences fussent établies. On fit faire à la vis un nouveau pas à chaque jour. La douleur a été plutôt en diminuant consécutivement. L'opération a été pratiquée un jeudi; le dimanche suivant, la douleur était à peine sensible; M. Lotz a alors introduit son doigt indicateur gauche dans l'extrémité de l'intestin, tandis qu'avec la main droite il fit passer dans l'autre extrémite la lancette ci-dessus indiquée. Il a excisé avec une grande facilité et sûreté toute la partie du boyau comprise dans la fenêtre de la pince, et a établi de suite une libre communication directe entre les deux bouts de l'intestin. M. Lotz a ensuite ralenti graduellement l'instrument de jour en jour, ainsi qu'il l'avait fait pour le serrer. Le mercredi suivant, l'appareil a été retiré, et l'on examina avec le doigt l'état des parties qui, a été suivant les désirs de l'opérateur.

« Je puis à peine exprimer toute la satisfaction que j'ai éprouvée, dit M. Lotz, lorsqu'à l'examen j'ai trouvé une ouverture ronde, de la dimension d'un pouce environ, aux deux bouts adhérens de l'intestin. J'ai pu, par l'introduction de mon doigt, m'assurer que les matières y passaient librement et se précipitaient du bout supérieur dans l'inférieur. »

Des laxatifs, un régime modéré, puis après des purgatifs drastiques, ont été prescrits. La moitié des fèces passèrent de suite par le rectum. La santé générale est revenue à l'état normal, et les matières fécales passaient déjà presque toutes par le rectum au moment de cette publication. Il faut remarquer néanmoins que la femme était enceinte de sept mois, et que l'état de la matrice empêchait pour le moment l'oblitération complète de la brèche. M. Lotz ne doute nullement de cette cicatrisation, aussitôt après que le ventre sera revenu sur lui-même à la suite des couches.

M. Reynell qui a ajouté quelques considérations à l'intéressante observation qui précède, pense que l'instrument en question est un excellent remplaçant de l'entérotome de Dupuytren. Il est certainement, dit-il, préférable à ce dernier en ce qu'il possède tous ses avantages moins le danger des extravasations abdominales; l'irritation qu'il produit est d'ailleurs moins forte que celle de l'instrument de Dupuytren. En outre, son application paraît plus facile et son effet plus décisif que la ligature de Physick. L'action de l'instrument américain a sans doute été très-heureuse dans le cas qui précède, tant sous le rapport de la douleur que de la perforation obtenue sans aucune espèce d'accidens. Il n'est pas improbable cependant, continue M. Reynell, que chez d'autres malades des accidens fâcheux soient occasionnés par cette pince, comme après l'usage de tout autre instrument qui agit en mortifiant les tissus intestinaux. C'est ce qui est arrivé dans le cas d'Axilius, lorsque la ligature de Physick a été serrée un peu trop fortement.

M. Lotz paraît s'être conduit d'après le principe de la compression graduée qui est toujours préférable à la violence subite dans la destruction de la vitalité des parties. Bien qu'il ait d'abord serré l'instrument au point d'arrêter la circulation de la partie, néanmoins il n'a agi consécutivement qu'en rapprochant les pinces graduellement un peu par jour. M. Reynell pense, à ce sujet, qu'il est inutile d'employer cette gradation du moment que l'instrument est serré de prime-abord au point d'étrangler la circulation; alors tout l'effet de la mortification est produit. Mieux vaudrait donc, d'après lui, perforer les tissus immédiatement après l'application de la pince, ce qui permettrait à l'instant le passage des matières dans le rectum. C'est à l'expérience, du reste, à prononcer sur la bonté des idées qu'on vient d'exposer.

Il y a deux manières d'obtenir l'adhérence des deux surfaces séreuses des intestins de l'anus contre nature : le contact réciproque exact à l'aide d'une compression modérée; et la compression étranglante, de manière à détruire la vitalité d'un seul coup. Le premier procédé est sans doute préférable en général. Or, ni l'instrument de. Dupuytren, ni celui de M. Lotz, ne paraissent bien calculés pour obtenir ce but; car, on ne peut pas, dans leur mécanisme, mesurer exactement le degré de compression pour arriver avec exactitude au résultat dont il s'agit. Il n'est pas prouvé cependant que ce mode d'adhérence fût suffisant pour résister au passage des matières et en assurer solidement la guérison. Dans tous les cas, que l'on adopte l'un ou l'autre mode d'adhérence, il est important que les deux branches de l'instrument restent toujours parallèles entre elles, et que le bord de la fenêtre comprime également sur tous les points de sa circonférence. La double vis de la pince sert précisément pour remplir cette indication. Du reste, l'instrument de M. Lotz est plus léger que celui de Dupuytren, ce qui n'est pas un faible avantage. Celui de Dupuytren pèse deux onces environ; celui de M. Lotz, neuf drachmes et demi, les deux vis et les tenons compris.

M. Reynell cependant ne se dissimule pas les inconvéniens que l'instrument de son compatriote peut présenter dans plusieurs circonstances de l'anus contre nature; il ne cache pas non plus que les coudes trop saillans de la pince peuvent la rendre quelquefois difficile à appliquer, etc. Mais tout ceci doit être abandonné à l'expérience et au temps, seuls juges impartiaux de la destinée des productions humaines.

NOUVEAU PROCÉDÉ POUR LE TRAITEMENT DU PROLAPSUS UTÉRIN; par M. S. ANNAN.

M. Dewes a dit avec raison que « de toutes les infirmités auxquelles l'utérus est sujet, le prolapsus est la plus fréquente et la plus incommode. Le prolapsus, ajoute-t-il, peut avoir lieu à toutes les époques de la vie, il se rencontre également chez la matrone surannée comme chez la pucelle la plus jeune. »

Les pessaires ont été jusqu'à présent recommandés comme le seul moyen pour remédier à cette infirmité. On en a inventé d'une infinité de formes et de matières. Tous sont à peu près passifs des mêmes in-

convéniens, savoir : l'irritation, la dilatation et le relâchement de membranes délicates du vagin. Or, l'on sait que dans l'état normal le vagin est le soutien principal de la matrice; sa contraction continuelle est un obstacle à la descente de l'utérus. Cette colonne affaiblie et élargie par la présence d'un pessaire quelconque, il en résulte nécessairement une augmentation dans les conditions morbides du prolapsus. Les pessaires agissent donc comme les causes mêmes de la descente, et bien qu'ils puissent soutenir mécaniquement la matrice, cet état provisoire n'a lieu qu'aux dépens de la santé des organes. M. Dewes a cru remédier en partie à ces fâcheuses conséquences des pessaires en en faisant construire en argent doré; mais ceux-ci comme ceux de gomme élastique ont également occasionné entre mes mains non seulement les mêmes inconvéniens que nous venons d'indiquer, mais encore des ulcérations fâcheuses et même des perforations de la cloison recto-vaginale.

Le nouveau moyen que je vais décrire consiste dans un instrument que j'ai employé la première fois pour une procidence du rectum avec un succès complet. C'est à peu près le même instrument dont se servent les chirurgiens anglais pour retenir le prolapsus de l'anus. Ce dernier se compose comme on sait 1° d'un ressort métallique circulaire qui embrasse tout le bassin comme le bandage herniaire; 2° d'une tige courbe qui partant de l'angle sacro-vertébral, se termine à l'anus. Mon appareil diffère du précédent, en ce qu'il porte au bout inférieur de la tige descendante une plaque circulaire trouée à son centre, à laquelle sont attachées deux petites courroies étroites. En serrant ou en relâchant un petit écrou dont cette plaque est douée, on peut graduer à volonté sa pression sur l'anus. J'ai aussi fait rendre plus élastique et plus forte la tige en question, afin qu'elle puisse se prêter et résister aux différens mouvemens du tronc. Cette machine comprime l'anus et le périnée, elle s'oppose parfaitement à la descente de l'utérus, améliore l'état des hémorrhoïdes, et guérit la procidence rectale s'il y en a. D'autres modifications, cependant, ont été nécessaires ainsi qu'on va le voir dans l'observation suivante.

PROLAPSUS UTÉRIN CHRONIQUE; PESSAIRES INSUPPORTABLES; APPLICATION DE LA NOUVELLE MACHINE COMPRESSIVE; GUÉRISON.

Obs. — Ayant en affaire à une femme, atteinte d'une procidence utérine au troisième degré, chez laquelle les pessaires avaient été insupportables et inefficaces, j'ai songé à lui appliquer l'instrument que je viens de décrire. J'ai d'abord fait allonger convenablement la tige courbe descendante, afin que tout le périnée fût exactement comprimé. La matrice a été soutenue et la malade soulagée; mais l'usage du bandage gênait; il incommodait dans la démarche et dans la position assise; il pinçait quelquefois les chairs. J'ai donc fait changer la position de la tige, en l'appliquant à la partie antérieure du bandage et en la faisant passer d'avant en arrière; il a fallu pour cela diminuer la longueur de la même tige et changer la direction de sa courbe. Cette modification, bien que réellement avantageuse, laissait encore à la tige l'inconvénient de passer entre les grandes lèvres et de les irriter désagréablement. Je l'ai fait alors raccourcir et courber davantage, de manière à rester éloignée de la vulve et à ne comprimer que la commissure postérieure des grandes lèvres et la partie antérieure du périnée. La femme pouvait alors se promener et s'asseoir sans éprouver aucune gêne.

La matrice a été parfaitement soutenue; tous les symptômes que la femme éprouvait se sont dissipés, et elle a pu, pour la première fois depuis longues années, se promener librement et sans souffrir. Elle porte l'instrument depuis deux ans, peut faire de grandes courses sans qu'il se déplace, ni que les symptômes du prolapsus reparaissent. A présent, la femme ne fait usage de la machine que lorsqu'elle a des courses à faire; elle l'enveloppe toujours d'une chemise ou d'un linge propre avant de s'en servir. Tant qu'elle garde la maison elle n'en a plus besoin, encore moins lorsqu'elle va au lit le soir.

Plusieurs autres femmes que j'ai traitées de la sorte en ont retiré les mêmes avantages. La compression du plancher périnéal, à l'aide d'une pelotte, soutient tous les tissus et la matrice elle même; le poids de cette dernière ne portant plus que sur la pelotte, les parties molles sont non-seulement soulagées, leurs souffrances dissipées, mais encore elles ont l'aise pour revenir à l'état naturel, et le vagin a surtout la facilité de se rétracter sur lui-même et fournir à la longue à l'utérus l'appui dont il manque. C'est là un avantage immense qu'on ne peut pas espérer de l'usage des pessaires. Si l'on ajoute à ce qui précède que la ceinture du bandage donne de l'appui aux viscères abdominaux, et diminue d'autant leur gravitation vers le centre du pelvis, on aura une idée complète de l'avantage réel que mon appareil présente sur les pessaires en général.

CAS REMARQUABLE D'HYPERTROPHIE DU PÉNIS AVEC INDURATION; RÉTENTION URINAIRE; AMPUTATION A L'AIDE D'UN NOUVEAU PROCÉDÉ; par M. OGIER DE CHARLESTON.

Obs. — Un nègre, âgé de 27 ans, présentait une hypertrophie énorme au pénis, avec difficulté d'uriner. Ayant été mesurée, la verge présentait huit pouces de longueur à sa face inférieure, et trois pouces d'épaisseur à sa racine. La structure de la partie était devenue tout-à-fait cartilagineuse. L'hypertrophie des corps caverneux était telle, que le gland avait été tourné en haut, et était presque en contact avec le dos du pénis. La portion hypertrophiée du membre présentait deux orifices fistuleux par lesquels on voyait sortir quelques gouttes de liquide, lorsque le malade urinait. Ce liquide sortait pour le reste de l'ouverture naturelle. Le gland présentait des dimensions normales et était sain d'ailleurs; sa forme seulement était changée par suite du déplacement forcé de la partie.

On essaie d'introduire une petite sonde d'argent dans l'urètre, et ce n'est qu'avec beaucoup de difficulté qu'on peut franchir la partie hypertrophiée de l'organe, l'urètre étant presque oblitéré par la compression des tissus hypertrophiés. Au-delà de ces points, la marche de l'algalie a été facile jusqu'au bulbe de l'urètre. Ici on rencontre un rétrécissement qu'on surmonte pourtant, et l'on arrive enfin dans la vessie. Cette opération est répétée pendant huit jours, alors l'instrument passe sans aucune difficulté.

On augmente ensuite le diamètre de la sonde, et on la laisse en place dans le but de faire cicatriser les ouvertures fistuleuses. En place de se cicatriser cependant, ces deux ouvertures prirent un mauvais caractère; elles se convertirent en ulcères et envahirent tout le pénis, leurs orifices intérieurs restant d'ailleurs les mêmes. Lorsque la sonde était ôtée, il y passait quelques gouttes d'urine comme auparavant. Ces ouvertures étaient inférieurement placées dans la tumeur.

Afin de m'assurer de la profondeur et de la nature de cette altération destructive qui s'étendait à la partie inférieure du pénis, j'y ai pratiqué une incision longitudinale, et j'ai pénétré par degrés jusqu'à l'urètre, dont une partie était aussi comprise dans la maladie. Ces tissus ressemblaient beaucoup au cartilage des côtes des sujets très-jeunes. Voyant que la maladie s'étendait si loin et qu'elle intéressait presque tout le pénis, j'ai cru convenable de l'amputer au-dessus de la portion hypertrophiée. Comme cependant, en opérant d'après les procédés ordinaires, il aurait fallu sacrifier aussi le gland qui n'était point malade, nous avons résolu d'opérer autrement.

OPÉRATION.

Nous avons pris le parti d'enlever seulement la partie malade du pénis, de ménager le gland et de l'appliquer ensuite au moignon restant de la verge. Nous devons l'avouer, nous n'espérions pas beaucoup de ce projet de réunion, et nous comptions à peine sur la restitution consécutive des fonctions du membre. Nous l'essayâmes néanmoins, et l'opération réussit au-delà de nos espérances.

Elle a été exécutée le 20 juin 1835, en présence des docteurs Holbrook, Baron, Gourdin, Logan, et d'une foule d'élèves.

J'ai divisé le pénis transversalement de bas en haut, à 2 lignes au-dessus de la couronne. Après avoir coupé l'urètre, j'ai divisé les corps caverneux jusqu'à une ou deux lignes de la face dorsale; là j'ai arrêté mon bistouri. J'ai porté alors le couteau près du pubis, et j'ai coupé verticalement et de bas en haut les parties jusqu'aux tissus malades inclusivement; j'ai ménagé une couche des corps caverneux vers la face dorsale, de l'épaisseur de deux lignes environ et de la largeur de quatre, avec la peau correspondante. J'ai alors tourné en bas le tranchant du bistouri; j'ai disséqué la tumeur, et j'ai enlevé de la sorte le pénis. Le gland n'étant resté en relation avec le moignon publien, moyennant la languette dorsale de corps caverneux et de peau, dont nous venons de parler. L'hémorrhagie n'a point été très-abondante; deux artères seulement ont dû être liées. On laissa à dessein la plaie exposée à l'air pendant cinq heures avant de la panser. Alors on a appliqué exactement le gland contre le moignon, et on l'y a fixé à l'aide de sept points de suture. Une sonde en argent a été introduite soigneusement dans la vessie, afin de maintenir en rapport les parties et de procurer une libre issue à l'urine. Enfin toute la partie a été enveloppée dans du coton fin et serré légèrement à l'aide d'une bande.

J'ai employé le coton, moins dans le but de concentrer la chaleur que de maintenir dans une coaptation convenable les parties. Dans toutes les plaies du nez, des oreilles et des lèvres, j'ai trouvé ce moyen d'une utilité réelle. Les fibres du coton, en effet, s'imprègnent de sang sur les bords de la division, elles se dessèchent ensuite, adhèrent aux parties et leur servent d'appui salutaire.

L'appareil a été changé 48 heures après; le gland a toutes les apparences normales; il est chaud au toucher, à l'exception de sa partie inférieure où le frein est décoloré, froid et évidemment mortifié dans l'étendue de deux lignes, ce qui a été attribué à la compression de la sonde. On saupoudre ce point de quinquina, et l'on répète le même pansement.

Le troisième jour, la petite escarre tombe; le gland est par conséquent ébréché à sa partie inférieure; en comprimant cependant les deux côtés, le rapprochement est facile autour de la sonde. La réunion des parties s'est faite partout; les ligatures tombent et laissent deux petits points suppurans qui se sont cicatrisés par la suite. La languette de peau, qui avait été ménagée sur le dos du pénis, comme moyen de communication, est actuellement détruite, comme inutile, à l'aide d'une petite ligature de soie qu'on serre continuellement jusqu'au quinzième jour, époque de sa chute.

Le seizième jour, la sonde est retirée; la réunion est parfaite; le malade urine librement; le nouveau pénis a toutes les apparences naturelles, seulement le gland est resté un peu fendu inférieurement, ce qui n'est pas un grand défaut.

Plus tard, une légère difficulté dans l'émission de l'urine s'est présentée; le membre, le scrotum et les testicules se sont gonflés et devenus ébahis. Sangsues, sondes dilatantes en permanence. Retour à l'état naturel. Les rétrécissemens urétraux se sont reproduits par la suite, mais on y a facilement remédié. Enfin la guérison a été complètement assurée, et ce que le malade présentait de plus remarquable c'est que les érections et les spermatisations étaient revenues à l'état naturel; les parties avaient acquis du développement, et le sujet a avoué qu'il avait très-bien fonctionné avec une femme de la ville, avant de retourner à sa campagne.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 7 NOVEMBRE.

ÉTHERS MUCIQUE ET CITRIQUE.

M. Dumas fait, en son nom et celui de M. Robiquet, un rapport très-favorable sur un travail de M. Malaguti relatif à ses deux éthers. Comme nous avons eu occasion de parler de ce travail à l'époque où il a été présenté, nous ne suivrons pas les commissaires dans l'analyse qu'ils en donnent, et nous nous contenterons de reproduire les conclusions de leur rapport :

« La découverte de l'éther mucique et celle du mucate de Méthylène, l'étude de l'éther citrique, la vraie constitution de l'éther mucique reconnue, voilà quels sont les faits que M. Malaguti est venu soumettre au jugement de l'Académie.

» Ces faits sont importans et observés avec soin. Nous avons donc l'honneur de proposer à l'Académie l'insertion du Mémoire dans le Recueil des savans étrangers »

Ces conclusions sont adoptées.

ANIMAUX VIVANS DANS DES SOLUTIONS DE SEL MARIN PRESQUE AU POINT DE SATURATION.

M. Payen lit une note sur de petits crustacés qu'il a eu occasion d'observer dans des salines des environs de Marseille.

On sait que les eaux de la mer dans les marais salins, se rapprochant par l'effet de l'évaporation, arrivent à un terme où bientôt aucune portion d'eau ne pourra être enlevée sans qu'il dépose une quantité correspondante de chlorure de sodium. Le sel ne se montre pas encore à l'état solide, mais un phénomène précurseur annonce cette formation comme prochaine. On aperçoit sur toute la superficie du lac artificiel peu profond appelé table, une légère écume rouge ; à son aspect les ouvriers disent : *La table va sauner* ; et dans un temps ordinairement très-court, qui dépend de l'état de l'atmosphère, la précipitation du sel commence en effet.

La même substance rouge se remarque sur les tas de sel ; elle répand une odeur aromatique fort analogue à celle de la violette, et agréable quand la masse d'air ambiant est assez grande pour atténuer l'odeur putride qui l'accompagne.

La coloration rouge est-elle due à des substances inorganiques ou organiques, ou à des végétaux ou à des animaux ? c'est ce que M. Payen a cherché à déterminer par des observations faites à la saline de Marignane. Voici ce qu'il a vu :

L'eau de la mer est introduite d'abord dans un vaste bassin formé de murs glaisés ; là elle dépose divers débris organiques qu'elle tenait en suspension. A l'aide de vannes et de canaux, on la fait passer successivement dans plusieurs bassins qui la reçoivent de plus en plus pure, et de plus en plus concentrée. Dans les bassins où elle marque 15° à l'aréomètre de Baumé, elle est parfaitement limpide et on n'y découvre plus aucun corps flottant ; seulement on peut découvrir de distance en distance, entre deux eaux, des parties nuageuses grisâtres ou d'un gris verdâtre, qui examinées de près, montrent des troupes innombrables de petits animaux nageant avec une extrême vitesse. Quelques-uns de ces animaux, observés alors par M. Payen, lui parurent diaphanes et presque incolores dans toutes les parties de leur organisation, excepté aux points noirs où sont leurs yeux, et dans toute l'étendue de leur canal digestif qui était grisâtre, complètement rempli et opaque.

Dans les bassins suivans des salines l'eau augmente encore de densité, et un peu avant qu'elle n'ait atteint le terme de 25°, tous les petits crustacés dont il vient d'être parlé, devenus rougeâtres, arrivent à la superficie du liquide et forment une écume rouge dans laquelle se confondent leurs parties bientôt désagrégées, qui répandent l'odeur caractéristique en question.

Les dernières pluies ayant augmenté les eaux contenues dans les tables et les réservoirs, étendirent à 10° les solutions rapprochées déjà à près de 20°, et formèrent en outre une seconde couche surnageante d'eau plus légère et moins salée. Les diverses troupes de nos petits animaux se tenaient en général dans la couche inférieure.

La taille moyenne de ces crustacés était de 8 à 10 millimètres de longueur ; les plus grands avaient jusqu'à 16 millimètres. Quelques-uns de ces derniers portaient vers l'extrémité de leur corps, à la naissance de la queue, un paquet arrondi portant des œufs, et visible à l'œil nu.

M. Payen est parvenu à apporter vivans jusqu'à Paris environ une centaine de ces crustacés ; tous cependant étaient moins agiles, et leur tube digestif était à demi vide et diaphane. Une teinte légèrement rosâtre dominait parmi eux, et l'on apercevait quelques points plus rouges.

Après avoir remis quelques-uns de ces animaux à M. Audouin, qui se proposait de les étudier sous le rapport zoologique, M. Payen s'occupa d'observer sur les autres l'influence des solutions de sels plus ou moins concentrées, et l'action de quelques réactifs. Les individus qu'on plaça dans l'eau douce moururent tous dans l'espace de deux à quatre jours ; dans une solution à 15° de l'aréomètre, ils étaient en apparence très-bien portans ; à 20° aussi ; et il est probable qu'on eût pu les y conserver très-long-temps si on avait pu leur fournir une nourriture convenable ; mais dans une solution de 23 degrés, leurs mouvemens furent dès l'abord très-pénibles, et ce n'était qu'avec difficulté qu'ils parvenaient à gagner le fond du vase où on leur avait ménagé un peu d'ombre. Vingt-quatre heures après, tous languissaient à la superficie, où ils moururent successivement ; leur couleur rouge était plus prononcée. Le lendemain, la plupart étaient tombés au fond du vase, où peu à peu ils prirent une teinte brune.

Ces faits expliquent pourquoi, avant le degré de concentration des eaux marines, où le sel commence à se précipiter, c'est-à-dire de 23 à 25 degrés de l'aréomètre, les eaux doivent se recouvrir de l'écume rouge observée.

M. Payen a reconnu qu'une solution de carbonate de soude paraît convenir aussi bien à l'existence des crustacés qu'une solution de chlorure de sodium, au même degré de concentration. Cette observation permet de supposer qu'il y a identité entre ces animaux et ceux que M. d'Arcet a trouvés dans les lacs de Natron, en Égypte.

— M. Payen joint à son mémoire une note qui lui a été remise par M. Audouin, et qui est le résultat du premier examen qu'il a fait de ces crustacés. Il est aisé, dit-il, de voir qu'ils appartiennent à l'ordre des branchiopodes et sont les voisins des branchipes de nos petites mares d'eau douce ; quant à la détermination spécifique, elle offre plus de difficulté à cause du peu de soin qu'ont mis en général les auteurs à décrire et à figurer les petits crustacés ; toutefois, je crois être à peu près certain que cette espèce est le *cancer salinus* de Linnée, ou du moins en est très-voisine.

Linnée est le premier auteur systématique qui ait mentionné ce crustacé, qui, dit-il, vit dans les salines de Limigton, en Angleterre, où il a été récolté par le docteur Schlosser.

Depuis 1767, époque de la publication de la 12e édition du *Systema naturæ*, tous les auteurs, jusqu'à 1815, se sont contentés de reproduire la phrase de Linnée ; aucun ne paraît avoir soupçonné que Schlosser eût fait autre chose que de recueillir l'animal ; cependant il l'avait écrit et figuré ; ses observations sont consignées dans une lettre datée de 1755, et qui paraît accompagnée d'une planche dans le numéro de juillet 1756 d'un recueil imprimé à Paris, et ayant pour titre *Observations sur la physique, l'histoire naturelle et les beaux-arts*, par Gautier ; plus tard, Alleon du Lac reproduisit cette lettre dans le tome 3 de ses *Mélanges d'histoire naturelle*.

Schlosser avait trouvé l'animal dans les réservoirs de concentration des salines ; il apprit des ouvriers que c'était surtout dans les eaux très-chargées de sel qu'on voyait abonder ces animaux. Voici dans quels termes à peu près il les décrit : « Leur corps n'est qu'un tube cylindrique ou vermiculaire, très-mince, et d'environ un tiers de pouce de longueur. Au bout de ce tube on voit deux petites antennes très-fines et assez courtes, et deux yeux noirs, ronds et relevés ; leur place est sur les côtés, et entre les deux se trouve une petite tache noire qui peut-être sert de troisième œil. Une bouche courbe est placée sous ces yeux et aplatie contre la poitrine ; toutes ces parties composent la tête. Le corps est pourvu de vingt-deux jambes natatoires qui occupent toute la moitié de la longueur du tube. Il y en a onze de chaque côté ; elles sont fort près l'une de l'autre ; la plus longue est au milieu, et à partir de là les autres vont en décroissant à mesure qu'elles s'approchent des extrémités. La queue est toute nue, l'anus en occupe l'extrémité. Outre ces organes, communs à tous les individus, il y en a qui caractérisent les sexes ; les mâles ont tous entre la tête et les premières jambes natatoires deux espèces de bras longs et plats très-mobiles. Les femelles ont sous le ventre, près des dernières jambes, un sac mou, membraneux, et assez transparent pour qu'on puisse voir qu'il est rempli d'œufs. »

La note de M. Schlosser contient encore, relativement aux habitudes de ces animaux, différens détails que nous regrettons de ne pouvoir reproduire ici. Son observation, toute intéressante qu'elle était, resta ignorée même des naturalistes de son pays, de sorte que M. Rackelt qui, en 1815, observa l'animal dans les mêmes salines de Limigton, crut être le premier lorsqu'il en donna la figure et la description.

Si la figure de Schlosser, remarque M. Audouin, eût été connue des auteurs systématiques, ils n'auraient pas laissé parmi les *cancers* le crustacé dont il s'agit, et ils n'auraient pas hésité à le rapprocher d'un petit crustacé qu'on trouve dans les mares d'eau douce, et que Schœffer a fait connaître dès l'année 1754, sous le nom d'*apus pisciformis*. En effet, il s'en rapproche à beaucoup d'égards, et peut-être serait-il convenable de le réunir au genre branchipe, genre que l'on a créé pour y placer l'*apus pisciformis*. Cependant le docteur Leach a cru devoir fonder un nouveau genre, sous le nom d'*artemia*, qui a pour type le cancer salinus de Linnée. Nul doute que le crustacé de Marseille n'appartienne au genre artemia ; mais est-il spécifiquement le même que celui des réservoirs de Limigton, c'est ce qu'on ne peut jusqu'à présent affirmer.

La note de M. Audouin est terminée par quelques détails sur les petits crustacés que M. Félix d'Arcet a trouvés en Égypte, vivant dans les lacs de Natron. Les lacs, comme on le sait, contiennent une dissolution de carbonate de soude, de sulfate de soude et des sels magnésiens, solution dont la densité, à l'époque où le Natron se forme, est de 1,255. Autant qu'il a été possible d'en juger, d'après la comparaison d'individus un peu mutilés, rapportés par M. d'Arcet avec les individus frais fournis par M. Payen, il y a lieu de penser que le petit crustacé égyptien et celui de Marseille appartiennent ou à la même espèce, ou à deux espèces très-voisines.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 15 NOVEMBRE.

Présidence de M. Louyer-Willermay.

Correspondance officielle :

1° Lettre ministérielle par date du 10 novembre, avec envoi d'un second rapport du médecin des épidémies de l'arrondissement de Dijon, sur une épidémie de fièvres typhoïdes qui a régné dans la commune de Francheville.

2° Lettre ministérielle, idem, avec envoi d'une liqueur à laquelle le sieur Watebled attribue la propriété de guérir les cors aux pieds.

3° Lettre ministérielle, idem, avec envoi des rapports des médecins-inspecteurs des eaux minérales de Barbotan et de Castera-Verduzan.

Correspondance manuscrite :

1° Tableau historique des épidémies qui ont régné dans l'arrondissement de Belly, depuis le commencement de ce siècle jusqu'en 1835, par le médecin en chef des épidémies.

2° Lettre de M. John et Absil sur la possibilité de guérir les ankyloses.

3° Lettre de M. Pecot, de Besançon ; se porte comme candidat aux places de membre correspondant.

4° Lettre de M. le professeur Stoltz, de Strasbourg : même sujet.

5° Lettre de M. Lemazurier, de Versailles, touchant une nouvelle rencontre de cowpox faite à Rambouillet.

Après le depouillement de la correspondance, M. le président annonce qu'il y a une nouvelle vacance dans l'Académie par le décès de MM. Boisseau, Parent-du-Châtelet et Canin. L'Académie aura à former, dans la prochaine séance, une commission pour savoir dans quelle section se fera le remplacement.

— M. Chervin voudrait qu'on attendît que la nomination de M. Dubois, d'Amiens, fût approuvée par le roi avant de s'occuper d'une autre. Cette observation n'a pas de suite.

— Au nom du comité de publication, M. Bousquet propose de réunir, dans un même volume, les mémoires communiqués, savoir :

Le memoire de MM Trousseau et Belloc, sur la phthisie laryngée ;

Le memoire de M. Risueno de Amador, sur l'influence de l'anatomie pathologique depuis Morgagni jusqu'à nos jours ;

Le mémoire de M Saucerotte, sur le même sujet. (Approuvé.)

— M. Dupuy fait un rapport verbal sur on ouvrage écrit en italien, de M. Lessona, professeur à l'école vétérinaire de Turin.

M. Lessona s'est proposé de prouver, contre l'opinion commune, que la pneumonie des bœufs n'est pas contagieuse. On sait que cette pneumonie est regardée comme le résultat d'une fonte tuberculeuse, ce qui fait dire à M. le rapporteur qu'il préfère le mot de pneumonite.

A l'appui de sa thèse, M. Lessona cite un grand nombre d'observations, desquelles il résulte que beaucoup de bœufs sont restés impunément dans la même étable à côté d'autres bœufs qui sont morts de pneumonie.

M. le rapporteur regrette que M. le professeur de Turin n'ait pas fait d'autres expériences pour éclaircir cette grave question ; expériences toujours faciles sur les animaux.

EMPYÈME.

L'ordre du jour appelle la discussion sur l'opération de l'empyème.

M. Rochoux. Pour bien comprendre la question, il faut remonter jusqu'à l'anatomie pathologique. Dans la première édition de son ouvrage, Laënnec attribue le mauvais succès de l'opération de l'empyème à l'affaissement du poumon comprimé par le liquide epanché et aux tubercules dont trop souvent alors le poumon est le siége. Dans sa seconde édition, à ces causes il ajoute la formation de fausses membranes autour du poumon. Je puis certifier que ces fausses membranes sont fort rares ; mais il est, au contraire, très-commun que la plèvre s'épaississe et oppose une barrière presque insurmontable au poumon. Cet effet est d'autant plus facile ici qu'on sait que le poumon n'est pas seulement enveloppé d'une membrane séreuse, mais encore d'une membrane fibreuse ; c'est ce qu'a fait voir un anatomiste allemand. Du reste, qu'on ouvre la poitrine avec le bistouri ou avec le trois-quarts, qu'on évacue tout le liquide épanché en une seule fois ou en plusieurs fois, ce sont choses assez indifférentes. Il en faut dire autant de l'introduction de l air. Là n'est pas la question : le point essentiel serait d'opérer avant que le poumon ne soit affaissé, ou de trouver un moyen de rendre au poumon son elasticite ; mais jusqu'ici la science n'en connaît pas. C'est pour cela, sans doute, que Laënnec veut qu'on opère très-promptement.

M. Velpeau. Faut-il ouvrir la poitrine avec le bistouri ou avec un trois-quarts ? faut-il évacuer le liquide epanché tout d'un coup ou successivement ? Il y a des faits pour tout le monde Mais ici se présente une question préalable. Les épanchemens sont, en effet, de nature fort differente ; il y a des épanchemens de sang, il y en a de purulens, il y en a de simple sérosité, etc. La conduite du chirurgien doit varier suivant les cas. M. Larrey a dit que dans l'épanchement de sang, il fallait d'abord fermer la plaie et pratiquer ensuite la ponction avec le trois-quarts. Lorsqu'on a affaire à un épanchement purulent, on comprend que le cas est tout autre ; il est clair que le danger est relatif à la cause de l'épanchement. Il en est de même des épanchemens aqueux ; ainsi supposez une collection de pus dans les poumons, qui s'est fait jour dans la cavité des plèvres ; supposez une lésion organique du cœur ou des gros vaisseaux. il est bien évident que l'opération de l'empyème ne peut avoir aucun bon résultat. Cette opération ne peut donc réussir qu'après les epanchemens consécutifs à la pleurésie et sans lésion organique.

Ici M. Velpeau cite cinq ou six malades sur lesquels il a pratiqué l'operation de l'empyème, et qui sont tous morts, parce qu'ils avaient des maladies incurables.

M. Larrey. Je suis vraiment étonné qu'à une époque où la chirurgie a si peu de chose à faire pour atteindre la perfection, je suis etonné qu'on se demande encore s'il faut évacuer le liquide épanché subitement, ou successivement et comme goutte à goutte Quoi que vous fassiez, il pénétrera sans doute de l'air dans la poitrine, mais l'air n'est pas dangereux par lui-même ; le danger est dans la corruption, dans la décomposition de la matière de l'épanchement, et c'est pour cela qu'il faut l'évacuer en totalité, s'il est possible, et une seule fois. J'ai fait la paracentèses, avec le bistouri, sur 10 à 12 militaires, pour des épanchemens de sang, et tous mes malades ont guéri. Le muséum de l'Ecole de médecine possède un thorax qui appartenait à un de ces malheureux, mort plus tard d'une maladie tout-à-fait étrangère à celle dont je parle. Il existe encore, soit aux Invalides, soit ailleurs, plusieurs témoignages vivans de ces succès, et je suis prêt à les mettre sous les yeux de la compagnie, si elle le désire.

Je viens à la théorie. Pourquoi faut-il évacuer les humeurs épanchées jusqu'à la dernière goutte ? parce que, pour peu qu'il en reste, il se développe des inflammations, lesquelles se propagent aux organes principaux et compromettent les jours des malades. Du reste, de quelque manière qu'on s'y prenne, les guérisons sont très-lentes. Il faut, en effet, que le poumon se développe, que les côtes s'affaissent, et finalement que les deux parties, en se rapprochant, comblent le vide qu'a fait l'evacuation du pus.

M. Louis. M. Velpeau disait tout à l'heure que le procédé opératoire est infiniment moins important que la détermination des cas où il convient d'opérer. J'ai recueilli en quelques années 150 observations de pleurésie. Le hasard a fait qu'à mon entrée à la Pitié, cette maladie s'est présentée à moi très-fréquemment, ce que je fais observer, pour qu'on ne croie pas que je me suis mépris dans le diagnostic. Tous ces malades ont été traités de la même manière, c'est-à-dire par des saignées modérées, et ils sont tous guéris sans exception ; mais j'ajoute qu'à l'invasion de la pleurésie ces hommes se portaient parfaitement bien. D'où je conclus que la pleurésie est par elle-même une maladie assez légère Que si l'on en a jugé autrement, c'est que ceux qui nous ont précédés n'ayant pas les moyens de la reconnaître aussitôt qu'elle se montrait, l'attaquaient trop tard. Mais si les pleurétiques guérissent tous ou presque tous, on conçoit que l'occasion de pratiquer l'opération de l'empyème après la pleurésie doit être très-rare.

M. Bricheteau. Je pense qu'il ne faut pas redouter l'ouverture du thorax, car elle peut réussir dans les cas les plus graves. Un homme issu d'une famille tuberculeuse présentait lui-même les symptômes de la même diathèse Il entra à l'hôpital de la Charité, où, si j'en juge sur ce qu'il m'a raconté, il eut une gangrène du poumon. Quelque temps après il entra à l'hôpital Necker avec tous les symptômes du pneumo-thorax et d'un épanchement. Le malade étant près de suffoquer fut opéré de l'empyème : il s'écoula environ sept pintes de liquide, et il se sentit très-soulagé. Six mois après, retour des mêmes accidens, nouvelle operation ; il y a de cela quatorze mois, et le malade va très-bien. Je le considère comme guéri.

M. Dupuy. Il résulte des expériences faites sur les chevaux que lorsqu'on injecte un liquide irritant tel que vinaigre, bile, et dans un côté du thorax, il se fait un épanchement de ce côté, mais il s'en fait un aussi de l'autre côté et beaucoup plus considerable.

M. Bouillaud. Il était naturel qu'on s'occupât de l'indication de l'opération avant de s'occuper des procedes opératoires Cela suppose toutefois qu'on a des données plus ou moins certaines sur la mortalité de la pleurésie. D'après M. Louis, la pleurésie serait une maladie extrêmement legère, puisqu'il n'a pas perdu un seul malade. Reste à savoir si ce résultat n'est pas un peu du hasard. Quoiqu'il en soit, je suis d'un autre sentiment, et, par exemple, le mémoire de M. Faure, qui donne lieu à cette discussion, n'embrasse que deux ans, et j'y vois neuf cas d'épanchement, suite de la pleurésie. Pour mon propre compte, depuis vingt ans que j'observe, j'ai vu un assez grand nombre de pleurésies mortelles : telle fut celle de M. Dupuytren. Laënnec disait que, si on opérait de bonne heure, on aurait plus de succès. Cela est évident. La pleurésie n'est pas mortelle dans sa première période ; mais il n'est pas rare qu'elle produise des épanchemens qui font périr ensuite les malades J'en ai cité un exemple dans mon rapport sur M. Faure.

Du reste, je ne dis pas qu'on ne guérisse très-bien la pleurésie ; mais je connais des methodes plus efficaces que celles qu'on suit ordinairement.

M. Louis. Je prie l'Académie de remarquer que je n'ai parlé que des pleurésies qui atteignent des personnes jusque là bien portantes. J'ajoute que cette distinction est applicable à la plupart des maladies : ainsi la péricardite est elle même très-peu dangereuse dans les mêmes circonstances. Il en est de même de l'érysipèle, tellement que M. Chomel n'a vu périr, depuis plusieurs années, qu'un seul malade de cette maladie.

M. Bouillaud Je prie l'Académie de croire que je prends les questions comme elles me sont données. Je n'ai donc entendu parler que des malades placés dans les mêmes conditions que ceux dont parle M. Louis, et je répète que pour ceux-là mêmes la pleurésie est plus grave qu'on ne le dit A l'égard de l'érysipèle, on en meurt rarement ; cependant j'ai perdu récemment un malade, mais je ne lui ai fait que deux saignées ; cela ne m'arrivera plus.

M. Rochoux redit en d'autres termes ce qu'il a dit au commencement de cette discussion.

La suite de la discussion est renvoyée à la séance prochaine.

M. Borsari, chirurgien-herniaire à Dijon, commence une lecture sur un nouveau bandage de son invention ; mais après quelques minutes elle est suspendue et le travail de M. Borsari renvoyé à des commissaires.

— M. Lisfranc présente de nouveau le malade auquel il a pratiqué, il y a six mois, la ligature de l'artère iliaque externe. On se rappelle que ce malade portait encore une fistule soixante-dix jours après l'opération. Dès-lors M. Lisfranc annonça qu'il ne fallait pas trop s'inquiéter de cette fistule, qu'il se faisait fort de la fermer à mesure que la nutrition se referait. L'événement a prouvé que cet habile chirurgien n'avait pas trop présumé de ses talens. Son opéré présente aujourd'hui une belle et bonne cicatrice que tous les membres de l'Académie sont appelés à constater.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

REVUE DES THÈSES SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS EN 1836.

Parmi le grand nombre de thèses insignifiantes qui sont soutenues à la Faculté de Paris, il en est qui renferment de bonnes observations et d'utiles matériaux qu'il serait injuste de laisser dans l'oubli. Nous allons, suivant notre coutume, faire connaître celles qui se distinguent sous ce rapport et encourager ainsi les récipiendaires à donner à l'œuvre qui clot leurs études médicales tout le soin dont ils sont capables.

I. PROPOSITIONS SUR QUELQUES POINTS DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE ; par M. Sonnié-Moret, d'Yrancey, D.-M.

Parmi les différentes questions, dont s'est occupé l'auteur de cette thèse, et dans lesquelles il a fait preuve de connaissances étendues et d'une saine critique, il en est une qui nous a surtout paru mériter une attention particulière ; c'est celle où il examine l'influence, sur les derniers instans de la vie, des concrétions sanguines qu'on rencontre fréquemment chez les sujets qui ont succombé à diverses affections. La consistance ferme de quelques-unes de ces concrétions, un commencement d'organisation vasculaire, des adhérences avec les parois internes

du cœur, la présence du pus dans leur intérieur, prouvent qu'elles se sont formées quelquefois plusieurs jours avant la mort. L'auteur rapporte un fait de ce genre qu'il dit avoir observé à l'hôpital des enfans, et sur la nature duquel il doit rester peu de doute. Le sujet était une jeune fille âgée de 2 ans, qui étant affectée d'une pneumonie peu avancée et surtout peu étendue, et conservant encore presque toute l'intégrité de ses forces, présenta inopinément tous les symptômes de l'asphyxie et succomba bientôt. A l'autopsie on trouva l'oreillette droite fortement distendue par un caillot fibrineux très-considérable, d'une assez grande consistance en certains points, et comme infiltré de sérosité ailleurs. La pneumonie étant trop peu avancée pour être la cause unique de la mort, puisque plus de la moitié des poumons était encore apte à remplir leurs fonctions, la mort ne peut être rapportée qu'à la présence de cette concrétion sanguine dans la cavité du cœur.

Déjà beaucoup de faits du même genre ont été observés; et il n'est plus permis de douter que cette altération ne soit souvent la cause de morts qui paraissent tout-à-fait inexplicables. Mais quelles sont les conditions qui favorisent le développement de ces concrétions? Ce développement ne se lie-t-il pas quelquefois à une altération de propriétés chimiques du sang, et surtout quels seraient les moyens d'empêcher leur formation? telles sont les questions pratiques les plus importantes qui se rattachent à ce sujet et dont nous ne pouvons nous occuper ici.

II. Dissertation sur la colite pseudo-membraneuse; par M. Serres, de Dax, D. M.

Les cas de colite pseudo-membraneuse sont rares; quelques auteurs même ont douté que cette forme de l'inflammation de la dernière partie du tube digestif existât réellement. Les trois observations rapportées par M. Serres doivent laisser peu de doute sur l'existence de la colite pseudo-membraneuse, bien qu'on pût cependant désirer des détails plus circonstanciés. On a souvent pris pour de fausses membranes, nous le savons, une légère exsudation blanchâtre, qui se forme quelquefois à la surface des ulcères de l'intestin chez les sujets affectés de dysenterie, de fièvre typhoïde et de tubercules intestinaux; mais cette altération ne doit pas être confondue avec les vraies fausses membranes qui se détachent sur une assez vaste étendue, comme nous le voyons dans les trois observations rapportées par M. Serres. Dans le premier cas, elle avait 28 pouces de longueur; dans le second, elle occupait une partie de l'étendue du colon ascendant et transverse; enfin, dans le troisième, elle occupait tout l'intérieur du gros intestin.

Chez deux des sujets de ces observations, nous retrouvons la même cause pour des excès de table immodérés; mais chez le troisième, nous ne trouvons rien de semblable. Quant aux symptômes, on n'observe que ceux qui appartiennent à l'inflammation du tube digestif, mais avec des degrés différens d'intensité.

III. Considérations générales sur la gale et l'insecte qui la produit; par Ch. Aubé, de Paris, D.-M.

On s'est tant occupé depuis quelques années de la gale et surtout de l'insecte auquel on l'attribue, qu'on pourrait croire cette partie de la science épuisée. Il n'en est point ainsi : le travail de M. Aubé en est la preuve; car il nous fournit sur cette question des documens tout-à-fait nouveaux et pleins d'intérêt. La manière également neuve et ingénieuse dont l'auteur considère l'*acarus scabiei*, les observations qu'il a faites sur ses habitudes, et les inductions qu'il en tire pour expliquer la contagion de la gale, exigent que nous donnions à l'analyse de sa thèse quelque développement.

Après avoir fait ressortir le peu de gravité du pronostic de la gale, mais aussi l'impossibilité d'obtenir sa terminaison spontanée; après avoir rapporté les expériences des observateurs qui, avant lui, ont cherché, mais vainement, à s'inoculer la gale avec le fluide contenu dans les vésicules qui la constituent, et qui, au contraire, ont obtenu des effets analogues à ceux que l'on attendrait de l'inoculation de cette maladie, en se mettant en rapport direct avec l'acarus de la gale, M. Aubé soulève une question dont la solution est indispensable pour expliquer ce mode de contagion, et qui n'avait point encore été agitée.

Pour qu'il y ait contagion, il faut, de toute nécessité, si l'acarus est la cause unique de la gale, que cet insecte abandonne le malade sur lequel il vivait, pour s'attaquer à un autre individu. Mais comment expliquer l'émigration de cet animalcule, si, comme on le prétend, il se tient toujours sous l'épiderme et n'abandonne jamais son petit sillon? M. Aubé croit avoir trouvé la solution de cette difficulté.

« La plupart des galeux que nous avons examinés, dit-il, interrogés sur la manière dont ils avaient contracté la gale, nous ont assuré avoir couché avec un individu galeux; ou du moins ayant des démangeaisons sur le corps; car souvent ils ignoraient eux-mêmes être atteints de cette maladie. Les autres s'étaient mis en rapport plus ou moins direct avec les galeux, ou avaient eu occasion de toucher leurs lits ou leurs vêtemens; le nombre de ces derniers était très-restreint et pouvait être aux premiers : : 5 : 100.

» Frappé de cette différence énorme, et réfléchissant surtout combien est rare l'infection parmi les infirmiers exclusivement chargés du soin des galeux, et même parmi les médecins qui chaque jour font l'examen d'un grand nombre de ces malades, nous avons été fortement tenté d'attribuer cette différence à une cause qui jusqu'alors n'avait même pas été soupçonnée : nous pensâmes que, comme beaucoup d'autres insectes, l'acarus de la gale pouvait bien être nocturne. »

M. Aubé ne s'est pas dissimulé combien il avait de difficultés à surmonter pour arriver à un résultat satisfaisant; car il lui fallait saisir la nature sur le fait et suivre l'acarus dans toutes ses manœuvres. C'est aussi ce qu'il a fait.

D'abord il voulut faire des recherches nocturnes à l'aide d'une lumière, afin de découvrir l'acarus sur la peau des malades; mais malgré de nombreuses tentatives il ne put y réussir; ce qu'il attribue à l'excessive petitesse du sarcopte et à sa couleur semblable à celle de la peau. Il voulut alors donner à ses recherches une autre direction.

Immédiatement après avoir recueilli plusieurs acarus, il les soumit aux recherches suivantes : ayant enfermé ces insectes entre deux lames de cristal disposées de manière à ne gêner en rien leurs mouvemens, il suivit leurs manœuvres avec une grande attention. « Pendant le jour, ces animaux se logeaient dans les angles des verres, et y restaient souvent dans une immobilité complète, ou, lorsqu'ils marchaient, ce qu'ils avaient l'air de ne faire qu'avec peine, et pour chercher une retraite plus convenable, la progression était lente, et ils parcouraient environ une ligne en une minute; si l'espèce de cage qui les renfermait était abandonnée dans un lieu obscur, ils se retiraient dans un angle, n'en bougeaient plus et ne donnaient aucun signe de vie, même lorsque dans le but de les réveiller, nous retournions le verre, et les mettions ainsi sur le dos.

» Ces petits insectes si pacifiques le jour, sonmis la nuit à notre observation, ne restaient pas un instant en repos : ils s'agitaient, allaient continuellement d'un point à un autre, et la rapidité de leur marche s'était aussi considérablement accrue; si le matin ils parcouraient une ligne en une minute, la nuit une seule minute leur suffisait pour parcourir un espace quatre fois plus étendu. »

M. Aubé voulant voir aussi ce que ferait un de ces petits insectes sur la peau, s'en appliqua un sur la partie antérieure du poignet, et, à l'aide d'une loupe suivit toutes ses manœuvres; mais, pour ne pas le perdre de vue, il prit le soin d'appliquer tout près de lui un petit point avec de l'encre. Voici ce qu'il observa : « d'abord incertain sur le point où il devait diriger ses attaques, l'acarus parcourut une ou deux petites rides de la peau, s'arrêta ensuite, après ces courtes manœuvres, dans le fond d'une de ces rides, et là commencèrent ses travaux. Il enfonça profondément sa tête, se servant de ses quatre dernières pattes pour élever fortement l'abdomen, il ouvrit l'épiderme, ce que je reconnus à une légère démangeaison; après quoi il se creusa une retraite, et deux heures environ après l'avoir appliqué sur mon bras, je le perdis entièrement de vue, les longs poils qui terminaient ses quatre pattes postérieures étaient seuls perceptibles. »

Mais l'auteur, craignant que cet acarus ne déposât des œufs sous l'épiderme, se hâta de mettre fin à l'expérience, et le tua sur place avec une goutte d'essence de menthe.

Reportant ensuite son attention sur les symptômes, et réfléchissant que le prurit qui accompagne cette maladie apyrétique est constamment plus incommode la nuit que le jour, M. Aubé est fortement tenté, et avec juste raison, de considérer le *sarcoptes hominis* comme un insecte nocturne.

L'auteur passe ensuite en revue les mœurs de quelques autres insectes parasites de l'homme, et qui lui offrent des exemples analogues. La punaise, qui vit aux dépens de l'espèce humaine, ne la tourmente que la nuit; et, aussitôt que le jour apparaît, elle abandonne sa proie pour pourvoir à sa sûreté et se dérober aux regards. Les lieux les plus obs-

eurs sont ceux qu'elle recherche; et, autant sa progression est lente et pénible pendant le jour, autant elle offre de vivacité et de rapidité pendant la nuit.

Les insectes parasites de l'homme peuvent être partagés en deux divisions : la première renferme ceux qui vivent continuellement avec lui et sur lui, comme les trois espèces de poux; à la seconde appartiennent ceux qui, comme les puces et les punaises, l'abandonnent après s'être repus. C'est à la première de ces deux classes qu'appartient l'acarus, qui, ne trouvant pas une retraite assez sûre dans les plis de la peau, se creuse un petit abri sous l'épiderme même, et c'est dans cette espèce de terrier qu'il se tient caché tout le jour; la nuit, pour pourvoir à sa nourriture, il abandonne sa retraite, parcourt tout le corps, l'attaque sur plusieurs points, et chacune de ses morsures produit une petite vésicule; ces vésicules durent plusieurs jours; de sorte qu'un acarus, renouvelant toutes les nuits ses excursions et multipliant ses morsures, peut produire en très-peu de temps un nombre considérable de vésicules.

A la naissance du jour, ces insectes abandonnent leur proie et se retirent dans de petites voûtes qu'ils se sont creusées à cet effet. L'auteur se demande si ces petites voûtes ne serviraient pas aussi à l'insecte pour y déposer ses œufs; mais les expériences qu'il a faites dans le but d'éclairer cette question, sont restées sans résultat; il explique de la manière suivante pourquoi tous ceux qui cohabitent avec un galeux contractent la gale, et pourquoi, au contraire, la contagion est rare chez ceux qui n'ont avec eux que des rapports diurnes. Les premiers se trouvant pour ainsi dire au milieu d'insectes en promenade, doivent nécessairement en retenir quelques-uns, tandis que les seconds ne peuvent être atteints que par quelques retardataires qui, surpris par le jour, n'auraient pas le temps de regagner leur retraite accoutumée, et se seraient mis à l'abri de la lumière dans quelques plis du drap ou des vêtements.

Si les recherches de M. Aubé et de ses prédécesseurs ont toute l'importance qu'ils leur attribuent, et qu'il nous semble aujourd'hui difficile de leur refuser, on ne doit se proposer qu'un seul but dans le traitement de la gale, savoir : la mort de l'acarus. Tous les médicamens qui jouiront de la propriété acaro-toxique pourront être employés; mais l'essence de térébenthine est celui qui a paru agir avec le plus d'efficacité, ce que l'auteur attribue à la fluidité de cette essence et à la facilité qu'elle a de pénétrer très-rapidement et très-profondément les corps sur lesquels on l'applique.

VARIÉTÉS.

ÉTUDES MÉDICALES MÉTHODIQUES PAR RÉUNION VOLONTAIRE DES ÉLÈVES, PROPOSÉES ET DONNÉES PAR M. SANSON ALPHONSE.

M. Sanson (Alphonse) organise, comme les années précédentes, les élèves en séries, pour les préparer distinctement à leurs examens et aux concours de l'internat et de l'externat.

Connaissance directe des échantillons de la minéralogie, de la botanique et de la zoologie médicales, expériences et études des appareils de physiques et de chimie; pour le premier examen et une partie du quatrième; sous la direction de M. Raspail, au prix des matières consommées. (20 fr.).

Dissections non interrompues pendant sept semaines du corps humain, continuellement fournies de sujets avec un démonstrateur présent, au prix de dix francs. Chaque élève dissèque à son tour.

Cours gratuit comprenant l'anatomie sous toutes ses faces et étudiée méthodiquement.

Ce cours est fait successivement par toutes les personnes demeurant à Paris et n'appartenant pas à l'enseignement titulaire de la Faculté.

Discours d'ouverture prononcé par M. Raspail le jeudi, 17.

Anatomie descriptive humaine, M. Sanson Alphonse, du 18 novembre au 28 février, aux jours impairs, MM. Domoutier et Lenret y démontreront le cerveau; M. Pigné la cinquième paire; M. Bourgs, le cœur et le poumon.

Anatomie moléculaire ou microscopique : M. Raspail, du 19 novembre au 24 janvier, jours pairs.

Anatomie des tissus : M. Sanson (Alphonse) du 21 janvier au 2 février.

Anatomie comparée des vertèbres, du 1er mars au 1er avril; M. Sanson, Alphonse.

Idem des invertèbres avec une attention particulière des entozoaires; M. Leblond, du 1er avril au 20, jours impairs.

Ovologie, embryologie, aux jours impairs, du 22 avril au 30 mai; MM. Coste et Serres.

Anatomie des régions, étudiée dans le but opératoire, et principes anatomiques des opérations, MM. Lisfranc, Leroy d'Etiolles, Amussat, Tomson et M. Sanson Alphonse; du 1er mars au 30 mai, aux jours pairs.

Généralites sur l'anatomie pathologique, du 1er juin au 4; M. Sanson Alphonse, tous les jours.

Tératologie; M. Isidore Geoffroy St-Hilaire; du 6 juin au 26, tous les jours.

Difformités du systeme osseux; M. Jules Guérin, du 28 juin au 26 juillet; tous les jours.

Lésions mécaniques acquises brusquement, fractures, luxations, hernies, etc., du 26 juillet au 28 août; MM. Chassaignac, Malgaigne, Sanson Alphonse.

Altération des liquides et des tissus, à d'autres heures et tous les jours en général, MM. Teissier, Rochoux, Sanson Alpphonse.

Lésions des tissus d'organes spéciaux; MM. Louis, (intestins); Pinel-Grandchamp, (cerveau); Piorry, (poumons); Trousseau, (larynx); etc; du 1er avril, tous les jours à d'autres heures.

Anatomie médicale; M. Sanson Alphonse, à la suite du cours précédent.

Histoire de l'anatomie, M. Dézémeris; du 1er août au 28.

Conférences entre les élèves pour le deuxième examen, la partie anatomie du quatrième et préparations à l'externat et à l'internat.

Enfin à partir du mois de janvier, il y aura un cours de pathologie, comprenant les généralités de la pathologie, la chirurgie et la médecine, avec indication de faits cliniqués actuellement existans; exercice de l'auscultation et autres pratiques de diagnostic; opérations chirurgicales, etc.; conférences d'élèves tous les matins.

M. Sanson Alphonse distribue des cartes pour le cours d'anatomie, et organise les séries d'études les 14, 15, 16 novembre, à deux heures; école pratique, amphithéâtre n° 3.

Les cartes sont indispensables pour entrer. C'est à deux heures qu'aura lieu le cours d'anatomie.

Cette institution est entièrement désintéressée de la part de M. Sanson Alphonse et des autres professeurs.

Le Rédacteur en chef, Jules Guérin.

PARIS. — IMPRIMERIE ÉVERAT ET COMPAGNIE, RUE DU CADRAN, N° 16.

N° 48. (TOME IV. — 1836.) SAMEDI 26 NOVEMBRE 1836

Gazette Médicale

DE PARIS.

La Gazette médicale de Paris (*Gazette de santé* et *Clinique des hôpitaux* réunies) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°. 32 colonnes, et équivaut à 6 feuilles in-8°. Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois. Pour l'Étranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Poissonnière*, n° 5, et dans les Departemens, chez tons les Directeurs des postes. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

PATHOLOGIE INTERNE.

MÉMOIRE POUR SERVIR A L'HISTOIRE DU DÉLIRE, DES CONVULSIONS ET DE L'ÉPILEPSIE, déterminés par le plomb et ses préparations; par V. Nivet, interne des hôpitaux, membre titulaire de la Société anatomique.

Si l'on parcourt les ouvrages qui ont été écrits sur les maladies saturnines, on s'aperçoit que les auteurs se sont beaucoup occupés de la colique saturnine; que quelques-uns ont décrit incomplètement la paralysie, mais qu'aucun d'eux n'a parlé d'une manière spéciale des maladies qui font le sujet de ce mémoire.

Verdriès (*De convulsionibus speciatim quatenùs à remediorum mercurialium et saturninorum abusu provocantur*, Giessæ, 1732) a publié, il est vrai, un ouvrage sur les convulsions occasionnées par les préparations saturnines; mais il nous a été impossible de nous le procurer dans les bibliothèques publiques de Paris.

Dans ces derniers temps (1834), M. Tanquerel Desplanches a fait sur la paralysie saturnine une thèse aussi complète qu'il est possible dans l'état actuel de la science, ce qui nous dispensera de parler de cette maladie.

Nous examinerons successivement :

1° L'historique, la nature et les causes des maladies saturnines;
2° La céphalalgie, le délire et les convulsions;
3° L'épilepsie et le coma;
4° les altérations pathologiques rencontrées chez les individus morts pendant la durée d'une maladie saturnine;
5° Enfin le traitement.

PREMIÈRE PARTIE.

§ 1. Historique.

Il est douteux que le père de la médecine ait voulu indiquer la colique de plomb dans le passage cité par quelques auteurs.

Celse paraît avoir connu les effets nuisibles des préparations saturnines.

Mais Dioscoride est le premier qui ait parlé d'une manière assez détaillée des symptômes de la colique, et qui ait fait mention du délire et de la paralysie produits par les préparations de plomb (*Mentis alienatione et motûs difficultate*).

Galien et Paul d'Œgine n'ont rien ajouté à la description de Dioscoride.

Feuilleton.

DE LA NOUVELLE CHAIRE DE MONTPELLIER.

La création d'une chaire de pathologie et de thérapeutique générales à la Faculte de Montpellier a déjà ete diversement jugée. Elle a été approuvée par les uns, blâmée par les autres. En général pourtant nous pensons que l'opinion du public médical est favorable à cette institution; quant à nous, nous avons déjà dit que nous l'approuvions sans réserve aucune, et nous avons promis de développer les motifs de notre approbation; c'est ce que nous ferons en peu de mots.

Cette création doit, selon nous, être jugée sous deux points de vue : d'abord comme mesure speciale à l'egard de Montpellier, et ensuite comme consacrant un principe general dont, nous l'esperons, les applications seront à l'avenir plus fréquentes

Sur le premier point il suffit de consulter l'histoire de la Faculté de Montpellier, et de comparer son état actuel à son état passe, pour être frappé de la decadence relative de cette célèbre école. Ce fait, evident pour tout le monde, n'est pas nie même par les membres eclairés du corps medical et enseignant de cette ville. Cette fâcheuse situation tient à des causes dejà assez anciennes; le mal vient de loin et c'est assez dire que nous n'entendons pas en rendre responsable le personnel actuel de la Faculte, qui compte des hommes très-eminens et très-capables. La cause la plus apparente de ce dépérissement est sans aucun doute la prépondérance toujours croissante de la Faculte de Paris, qui, placee dans la capitale, offre, sous tous les rapports, des ressources incomparablement plus grandes qu'aucune Faculte du royaume, et tend, par consequent, par sa force propre, à absorber peu a peu tous les autres etablissemens d'instruction medicale. Il n'y a qu'une voix sur ce point, et les adversaires de ce qu'on appelle la centralisation ne pourraient trouver un meilleur argument pour leur thèse. C'est donc là une cause permanente de l'inferiorite relative non seulement de l'école de Montpellier, mais encore de celle de Strasbourg non-seulement des institutions de medecine, mais encore de toutes les autres. Si cette preponderance est un mal, c'est un mal inévitable et qui subsistera toujours.

Mais, tout en admettant ces conditions défavorables, s'en suit-il qu'on ne puisse rien faire pour en atténuer l'influence, et s'en suit-il surtout qu'on doive l'aggraver encore par ses fautes propres en n'y opposant que des moyens impuis-

AVICENNES semble avoir connu les attaques d'épilepsie, car il parle de malades qui présentaient de l'écume à la bouche (*Spuma in ore*).

CRATO, de Kraftheim, qui vivait en 1582, nous a transmis l'histoire d'une certaine colique causée par des vins falsifiés. Cette affection se terminait en paralysie (TANQUEREL). Mais il n'est pas certain que cette maladie ait été produite par les préparations de plomb.

On ne peut conserver aucun doute sur la nature des coliques suivies de délire, de convulsions, de contractures et de paralysies, décrites par GOCKELIUS en 1696, et qui furent presque toutes suivies de mort.

Cet auteur a bien constaté que l'épidémie qu'il a observée était le résultat de l'usage des vins falsifiés par la litharge.

Plus tard, les dissertations et les traités sur la colique saturnine se sont succédé avec rapidité. Notre intention n'étant pas de donner un historique complet des affections saturnines, mais seulement de signaler les auteurs qui, les premiers, ont parlé du sujet qui nous occupe, nous renvoyons aux ouvrages de GARDANE, de MM. MÉRAT, TANQUEREL DESPLANCHES, et à l'article Bibliographie du Dictionnaire en 25 volumes (Voyez *Colique saturnine*), ceux qui désireraient avoir de plus amples renseignemens. Mais avant de quitter ce sujet, nous croyons devoir dire quelques mots d'un assez grand nombre de coliques compliquées, de délires, de convulsions et de paralysies, produites par des causes autres que les préparations de plomb.

Ainsi PAUL D'OEGINE décrit dans ses articles *colique* et *épilepsie* une colique épidémique suivie de convulsions, d'épilepsie et de paralysie; mais il ne dit pas qu'elle reconnût pour cause l'usage de préparations saturines.

AETIUS, ARÉTÉE, AVICENNES, ont reproduit la même description sans éclairer le diagnostic de la cause.

A une époque plus rapprochée de nous, CITOIS, HUXAM, GROSHUIS, LUZURIAGA, DAQET, BONTÉ, etc., ont décrit aussi une colique semblable, et qui, dans beaucoup de cas, a paru se développer à la suite de l'ingestion de vins acides et verts, de bière ou de cidre mal préparés, de fruits non murs, etc.; tandis que, dans d'autres cas, on l'a attribuée à l'influence de nuits très-froides succédant à des journées très-chaudes.

Quant à TRONCHIN, il a réuni dans son ouvrage la colique des peintres de Poitou et de Madrid.

§ II. NATURE DES AFFECTIONS SATURNINES.

On s'accorde généralement pour placer les maladies occasionnées par les préparations saturnes parmi les empoisonnemens. Mais on ne trouve pas le même accord, lorsqu'il s'agit de déterminer sur quelles parties les combinaisons du plomb portent leur action, et quelle est la nature des maladies qu'elles causent. Dans l'état actuel de la science, nous croyons que l'on doit ranger ces affections dans deux catégories différentes.

La première renferme les cas dans lesquels une forte dose de préparation de plomb soluble ou insoluble *dans l'eau*, est mise en contact avec une surface vivante. Une inflammation locale se développe et l'absorption n'a pas lieu. On peut rapprocher cette action de celle du calomel administré à dose purgative, ou de celle du sublimé corrosif appliqué en quantité assez considérable sur une surface absorbante, pour provoquer une inflammation qui s'oppose à l'absorption ou la diminue. C'est à cette première catégorie de faits que se rapportent les expériences de MM. ORFILA et CANUET sur les animaux. L'emploi du minium comme escarrhotique nous présente encore un exemple de cette manière d'agir des préparations saturines.

2° Dans la seconde catégorie nous rangerons les maladies qui paraissent produites par les préparations de plomb absorbées et portées dans le torrent de la circulation; toutes les circonstances sont favorables à l'absorption, les muqueuses, la peau, ne se trouvent en contact dans chacun de leurs points qu'avec une dose très-minime de particules saturnines; la surface absorbante n'est point enflammée, comme nous le démontrerons plus tard, et, s'il ne faut que des expériences pour achever de convaincre, nous citerons celles de TIEDEMANN et GMELIN qui ont trouvé de l'acétate de plomb dans les veines mésaraïques des animaux auxquels ils avaient fait avaler de cette substance. (Thèse de M. GRISOLLES, Paris 1835, n° 189.)

Ce métal une fois absorbé, va porter son action sur les systèmes nerveux ganglionaire et encéphalique, mais ce dernier paraît moins sensible à son action. Nous comparerons cette manière d'agir du plomb à celle du sublimé qui, donné à dose altérante, produit la salivation, ou, mieux encore, à celle des vapeurs mercurielles qui, au bout d'un temps plus ou moins long, occasionnent des tremblemens mercuriels.

A cette seconde catégorie se rapportent les maladies nombreuses observées chez l'homme: les coliques, les crampes, les douleurs névralgiques, le délire, les convulsions, l'épilepsie, l'état comateux et la paralysie qui surviennent chez les individus qui ont été exposés pendant un temps variable à l'action des préparations de plomb.

Nature de la colique saturnine.

On a renoncé depuis longtemps aux théories des anciens, et deux opinions se disputent aujourd'hui le champ de la victoire; mais il faut convenir que le nombre des auteurs qui rangent la colique et les autres maladies saturnines parmi les inflammations, diminue tous les jours. La majorité des médecins de notre époque place ces affections parmi les névroses.

Nous allons d'abord exposer les raisons qu'on a fait valoir en faveur de la nature inflammatoire de la colique et après les avoir réfutées nous exposerons l'opinion que nous avons adoptée.

A. M. CANUET défend sa manière de voir en faisant remarquer: 1° que la constipation ne détruit pas l'idée d'une phlegmasie, puisque PINEL a observé que dans les inflammations des muqueuses la sécrétion est d'abord supprimée.

2° Que l'inflammation n'est pas toujours accompagnée de fièvre.

3° Que la douleur dans la colique de plomb augmente dans plusieurs cas par la pression.

4° Enfin que dans beaucoup de cas il existe des altérations du tube digestif qui annonceot l'existence d'une gastro-entérite.

M. PALAIS a développé beaucoup plus la première de ces propositions. Il dit, en effet, que, si la constipation persiste plus longtemps que dans une entérite d'une autre nature, c'est que dans la colique de plomb l'inflammation est portée au plus haut degré, et par cela même capable d'entretenir une constriction de plus longue durée. (PALAIS, page 80.)

Nous commencerons par répondre à ce dernier argument: 1° que si la maladie qui nous occupe est une phlegmasie très-intense du tube di-

---

sans et inexécutables? Or, c'est là pourtant ce qu'on a fait. Sous la restauration, L'école reçut un premier coup qui, dirigé par des vues politiques, eut des résultats scientifiques désastreux. Il suffit de rappeler l'expulsion de M. Prunelle et de M. de Candolle, qui accéléra la désorganisation intérieure déjà préparée par la mort des hommes les plus capables de soutenir la lutte, tels que Dumas et Fréd. Bérard. Depuis cette époque Montpellier a suivi une marche rétrograde, et directement opposée à ses vrais intérêts. Au lieu de puiser ses moyens de conservation et de résistance, en elle-même, elle les a cherchés au dehors. Au lieu de s'attacher aux élémens de force, de grandeur et d'influence, qu'elle s'était acquise par ses doctrines, par l'unité de son enseignement et par son caractère original, elle les a négligés et s'est mise à la suite de l'école de Paris. Au lieu de prendre pour professeurs des hommes nourris dans son sein et imbus de son esprit, elle en a demandé à Paris, qui lui a naturellement envoyé ses élèves. Au lieu de déterminer elle-même le programme de son enseignement, elle l'a reçu tout fait de Paris, elle a voulu avoir des chirurgiens, des anatomistes, des prosecteurs, des chimistes, etc.; Paris lui en a donné, elle ne pouvait en effet mieux s'adresser. Mais elle a perdu en échange des médecins, des physiologistes, des philosophes, des écrivains; c'est ainsi qu'en assez peu de temps cette antique école s'est dépouillée, comme à plaisir et par un inexplicable aveuglement, de tout ce qui avait fait sa force, sa gloire et son originalité, de tout ce qui pouvait lui assurer une existence indépendante, pour se jeter dans une voie d'imitation nécessairement impuissante, dans laquelle elle ne peut que végéter tristement, sans éclat et sans bruit, comme le pâle reflet et l'insignifiant appendice d'une école dont elle devrait être l'émule et non la succursale.

Je sais qu'on fait à cela une réponse, c'est que toutes les prétendues traditions de Montpellier, et l'esprit de cette école, et ses doctrines, et ses écrivains, sont des vieilleries que la science moderne ne peut plus admettre, et que, vu les progrès de l'esprit humain en général et des connaissances médicales en particulier, tout cela doit être rejeté comme un farrago suranné et inutile, et qu'en conséquence, le seul moyen qui reste à Montpellier de reprendre un rang important dans l'enseignement, c'est de renoncer tout de bon à ses vieilles idées, et de se *mettre au niveau de la science*, lequel niveau, sans aucun doute, doit être pris à Paris. On a déjà fait cette remarque, et on la répétera; mais nous ne pouvons y donner les mains. Sans discuter ici la valeur des doctrines de Montpellier, sans vouloir déterminer si elles sont plus vieilles ou plus jeunes que celles qu'on leur oppose, toujours est-il qu'elles sont différentes, et qu'elles ont été jusqu'ici soutenues par des talens assez respectables pour qu'aucune école n'ait le droit de les mépriser sous prétexte que c'est de la philosophie, de la métaphysique, de l'ontologie, et que sais-je encore? La métaphysique médicale, qui a eu pour organes Sauvage, Bordeu, Fouquet, Barthez, Grimaud, Baumes, Dumas, Fred Bérard, Lordat, Delpech, etc., ne saurait, quoiqu'elle puisse être au fond, déconsidérer l'école où tous ces esprits supérieurs ont été élevés, et où la plupart ont professé; ces métaphysiciens, dont les noms sont ignorés probablement dans le quartier Saint-Jacques, mais bien connus à Gottingue, à Bologne et à Glascow, savaient pourtant assez de médecine, de physiologie, d'anatomie et de chirurgie pour satisfaire les esprits les plus *positifs* de notre époque. Les doctrines de Montpellier, à ce seul titre, mériteraient d'être traitées avec un peu plus de ménagement, même par ceux qui ne sont pas capables d'en comprendre l'importance scientifique réelle. Je dis donc que ces objections sont en principe tout-à-fait gratuites, car il faudrait justifier cette sentence de condamnation non

gestif, nous avons droit d'être étonné qu'il n'y ait pas de fièvre et que la douleur, dans la grande majorité des cas, ne soit pas augmentée par la pression; 2° nous ajouterons qu'il est vraiment merveilleux que le contact des substances irritantes, des drastiques, loin d'augmenter l'inflammation, la constipation et la douleur, fasse cesser ces accidens et provoque des garde-robes liquides.

Aux autres propositions nous objecterons qu'il existe bien, en effet, quelques phlegmasies chroniques circonscrites qui ne déterminent point de fièvre, mais qu'il est sans exemple qu'une phlegmasie intense de tout le tube digestif ait existé sans avoir été accompagnée de ce phénomène.

Si quelquefois dans la colique le pouls est fréquent et la douleur augmentée par la pression, ce n'est pas l'exception qui doit servir de règle, et il est bien plus raisonnable dans ces circonstances d'admettre qu'il y a complication de gastro-entérite et quelquefois aussi de phlegmasie d'un autre viscère, car on a rencontré des pneumonies chez des personnes mortes pendant la durée d'une colique de plomb. (Obs. XXIV de M. Mérat; III° de M. Martin, ou VII° de M. Andral.)

Enfin nous démontrerons plus loin que dans la grande majorité des cas le tube digestif est sain ou ne présente que de légères altérations cadavériques.

B Les auteurs, qui rangent la colique saturnine parmi les névroses, font valoir les raisons suivantes en faveur de leur opinion : 1° la constipation peut bien exister au début d'une inflammation de la membrane muqueuse intestinale, mais elle fait bientôt place à la diarrhée; ce qui n'a pas lieu dans la colique saturnine grave abandonnée à elle-même. Nous avons vu la constipation durer pendant plus de dix jours et ne cesser qu'après l'administration d'un lavement purgatif.

2° Les vomissemens ne prouvent pas qu'il y ait phlegmasie de l'estomac, car il n'existe pas de gastrite dans les cas où le vomissement est déterminé par l'émétique injecté dans les veines; et, lorsque la digestion est troublée par un bain chaud; les chlorotiques, les individus qui ont éprouvé une commotion cérébrale vomissent aussi quelquefois, et cependant personne n'a attribué ces vomissemens à une gastrite; le vomissement seul n'est donc pas une preuve décisive.

3° Dans le plus grand nombre des cas il y a absence de fièvre, le plomb conserve son rithme normal. Dans un relevé de trente-quatre observations de coliques saturnines, recueillies en 1835, dans le service de M. Martin Solon, à l'hôpital Beaujon, le pouls était naturel chez trente-un malades.

Chez les individus observés par M. Grisolles, le pouls a varié entre 48 et 84 pulsations.

4° La douleur est un des signes de phlegmasie sur lequel plusieurs auteurs ont beaucoup insisté, mais sa nature aurait dû faire renoncer à l'idée de l'existence d'une inflammation.

Dans la gastro-entérite aiguë ou chronique, la douleur augmente par la pression. Dans la colique des peintres elle est à peine modifiée, souvent même elle est diminuée par une pression forte et prolongée.

Sur les trente-quatre cas de colique, dont nous avons déjà parlé, la douleur n'a été augmentée par la pression que chez huit malades.

Nature des accidens qui paraissent avoir leur siége dans le système nerveux encéphalique.

M. Canuet, ne prenant en considération que les altérations cadavériques qu'il a trouvées sur un petit nombre d'individus morts dans ses salles, a admis l'existence d'une inflammation de l'encéphale ou des méninges chez les personnes qui présentent du délire ou des attaques d'épilepsie. Mais si M. Canuet avait pris la peine de faire le relevé des autopsies publiées avant lui, il aurait vu que souvent il n'existe aucune altération, et il en aurait conclu que celles qu'il a rencontrées n'appartiennent pas nécessairement à la maladie, puisqu'elle peut exister sans elles, mais qu'elles sont ou des effets ou des complications des affections saturnines.

Nous ne pouvons pas non plus admettre avec M. Palais que les douleurs des membres, les crampes, les contractions, les convulsions, le délire, les attaques d'épilepsie et la paralysie, soient des phénomènes sympathiques de l'affection abdominale, car cette gastro-entérite, qui produit des troubles généraux si grands, a disparu le plus souvent lorsqu'on fait l'autopsie.

D'ailleurs, comme le dit très-judicieusement M. Grisolles, la paralysie persiste lorsque la colique est guérie, et par conséquent lorsque la source de la sympathie se trouve tarie.

Nous regardons toutes les maladies, dont nous venons de parler, comme étant des troubles nerveux produits par l'action directe du plomb sur l'axe cérébro-rachidien et les nerfs de la vie de relation, et nous les rangerons parmi les névroses.

Si nous cherchons à rapprocher les affections saturnines des maladies produites par d'autres causes, nous serons obligés de choisir ces dernières parmi les névroses. (Épilepsie. Voyez l'art. diagnostic.)

Nature de la paralysie.

En abordant cette question, nous n'avons nullement la prétention de la résoudre définitivement, mais seulement d'appeler sur elle l'attention des observateurs.

Je doute fort que l'opinion de ceux qui comparent la paralysie déterminée par le plomb à celle qui est le résultat d'une encéphalite ait jamais grand crédit; nous ne croyons pas non plus qu'elle soit l'effet d'une apoplexie séreuse, car elle ne serait pas bornée comme elle l'est quelquefois à un filet nerveux.

Mais on peut encore donner deux autres explications :

1° Elle est le résultat d'une apoplexie nerveuse, d'un état de stupeur du système nerveux produit par une action spéciale du plomb.

2° Ou bien elle est produite par l'épuisement du système nerveux occasionné par les douleurs excessives dont les nerfs sont souvent le siége.

La première théorie est applicable à tous les faits; la seconde ne permet pas d'expliquer les cas de paralysie survenus sans douleurs antécédentes.

Si nous examinons la question sous le point de vue pratique, nous pourrons établir les propositions suivantes :

1° Les préparations saturnines portent plus souvent leur action sur le tube digestif que sur le système nerveux de la vie de relation.

2° Cependant la colique de plomb est fréquemment compliquée de crampes ou de douleurs dans les membres.

3° La myotilité est plus souvent affectée que la sensibilité.

4° Le plomb et ses combinaisons déterminent des névralgies, des douleurs, des perversions de fonction du système nerveux.

---

par des lieux communs empruntés à l'argot d'une école, d'un parti ou d'un système, mais par des raisons sérieuses et approfondies; et c'est ce qui n'a jamais été fait, et pour cause, par la plupart de ceux qui déclament contre la métaphysique et l'ontologie de Montpellier. La valeur absolue de ces doctrines comme instrument scientifique, et leur degré d'utilité ou d'importance dans la théorie et la pratique de l'art, ne sont donc nullement jugées en principe; et en outre elles ont pour elles l'autorité de fait que leur ont acquise le génie des écrivains qui les ont professées, l'influence profonde qu'elles ont exercée sur la médecine moderne, et la renommée européenne de l'école où elles ont fleuri jusqu'à ce jour. Leur attribuer la décadence de Montpellier, c'est prendre évidemment l'effet pour la cause; vouloir remédier à cette décadence par la destruction définitive et complète de l'ancien esprit et de l'ancienne organisation de l'école et par la substitution artificielle d'un esprit étranger et d'une organisation empruntée; c'est aller au rebours de ce qu'indiquent à la fois et l'expérience du passé, et les conditions propres de l'institution telle que l'ont faite le temps et les nécessités locales.

La Faculté de Montpellier en effet, par sa position et ses précédens, est avant tout une école médicale théorique; l'enseignement oral y a toujours eu plus d'importance que l'enseignement pratique. L'anatomie, la chirurgie, les cliniques spéciales etc., ne sauraient jamais y être enseignées ni cultivées sur de grandes proportions, parce que, pour les cliniques il faut beaucoup de malades, et dans une petite population il y en a peu, et pour l'anatomie il faut des cadavres, qui ne se trouvent que là où il y a des malades. Les moyens matériels manquant donc sous ce rapport, et cette insuffisance étant irrémédiable, il est évident que cette école ne peut songer sérieusement à former des anatomistes et des chirurgiens. On a cru devoir fortifier ce point qui semblait le plus faible et qui l'est en effet, et on y a réussi aussi bien que le permettait la nature des choses, c'est-à-dire assez mal; mais cette présomption, inspirée non moins par la folle prétention de rivaliser avec Paris, que par le sentiment d'un besoin réel, a fait négliger la partie véritablement forte et active de l'école, c'est-à-dire le haut enseignement philosophique et littéraire qui est comme un produit du sol, et auquel se rattachent tous les beaux souvenirs de Montpellier, comme le prouvent les noms illustres cités plus haut. C'est à cette noble et brillante génération de savans, de lettrés, de philosophes, de théoriciens physiologistes et pathologistes, que l'école de Montpellier a dû sa renommée. C'est par ses études d'ensemble, par l'esprit général de ses méthodes, par la recherche des principes les plus élevés de la médecine comme science et comme art, par la haute critique historique et philosophique des systèmes, qu'elle s'est toujours distinguée des autres écoles et qu'elle a puissamment influé sur la marche de la science. Sans ces élémens essentiels, la Faculté de Montpellier ne pourra que marcher de loin à la suite des autres. Pour lutter avec quelque succès et maintenir son rang, elle doit s'appuyer sur ses principes naturels, tels que les lui ont fait sa situation locale et son passé.

Les progrès mêmes de la science médicale sont intéressés à ce que les diverses Facultés du royaume aient leur originalité propre, leurs divergences théoriques, leurs doctrines respectives. Il est éminemment utile que l'esprit d'une école soit contrebalancé par l'esprit d'une autre, et qu'une émulation salutaire et vivifiante s'oppose à l'établissement de principes uniformes et exclusifs. Or, la science est dans une fâcheuse direction quand elle n'en a qu'une; car fût-elle bonne à l'origine, elle ne tarde pas à se dévier et à s'exagérer. L'invasion de l'école *physiologique* l'a prouvé, et elle aurait été plus nuisible encore, si elle n'eût trouvé aucune opposition. Or, c'est Montpellier qui a fait cette opposition; c'est dans la *Revue*

5° Dans d'autres cas ce sont des paralysies; mais très-rarement ces dernières sont complètes.

Nous avons évité, pendant le cours de la discussion, d'indiquer les noms des auteurs qui sont favorables à l'opinion que nous avons adoptée, il nous semble qu'il devrait toujours en être ainsi, car des noms ne sont pas des preuves; cependant, lorsque des hommes, connus par l'exactitude de leurs observations et des conclusions qu'ils en tirent, et par la justesse de leur jugement, ont étudié avec soin un sujet, on peut invoquer leur opinion pour combattre, par des noms célèbres, l'autorité de ceux qui sont d'une opinion contraire. Si l'on consulte les ouvrages de MM. ANDRAL et MÉRAT, l'article *Colique de plomb* du *Dictionnaire* en vingt-cinq volumes, les leçons de MM. SERRES et RANQUE (thèse de LAPOMERAIS), nous verrons que ces auteurs, ainsi que la plupart des médecins les plus distingués de notre époque, pensent que la colique de plomb n'est pas une maladie de nature inflammatoire.

Nous partageons entièrement l'opinion de M. ANDRAL, qui conclut de ses observations que la colique de saturnine est une névrose dans laquelle paraissent particulièrement lésés le prolongement rachidien et les plexus abdominaux du grand sympathique. (*Clinique médicale*, t. II, p. 344. An 1834.)

C'est à regret que nous nous voyons obligé de citer, parmi les auteurs qui rangent la colique, dont il est question, parmi les phlegmasies du tube digestif, l'un des hommes les plus célèbres de notre époque. M. BROUSSAIS, en embrassant la science dans son ensemble, s'est quelquefois laissé entraîner, par ses idées sur l'irritation inflammatoire, au-delà de la vérité. D'ailleurs ce savant pathologiste a eu rarement l'occasion d'observer par lui-même les maladies qui nous occupent, ce qui ôte à son opinion beaucoup de la valeur qu'elle aurait sans cette circonstance.

§ III. DES DIFFÉRENTES MANIÈRES D'AGIR DU PLOMB SUR L'HOMME ET LES AUTRES ANIMAUX.

Si nous examinons la manière d'agir du plomb chez les animaux soumis aux expériences, nous voyons, peu de temps après l'application de l'une des préparations de ce métal à la surface du tissu vivant, survenir des phénomènes qui annoncent une inflammation de ces tissus. A l'autopsie, on trouve des altérations cadavériques qui démontrent l'existence d'une phlegmasie, mais on n'a jamais vu survenir dans ces expériences ni délire, ni convulsions, ni attaques d'épilepsie, ni paralysie.

Si l'on observe au contraire ce qui se passe lorsque l'homme est soumis à l'action des préparations de plomb, on verra que ce n'est que lorsqu'il a été exposé pendant longtemps à leur action, que les coliques et les autres maladies saturnines se manifestent; et ce qui prouve que le plomb ne détermine ces maladies qu'après avoir été absorbé, c'est que, quelle que soit la surface par laquelle ce métal ait été absorbé, que ce soit par la peau dénudée ou recouverte de son épiderme, ou par la muqueuse pulmonaire, presque toujours le plomb porte d'abord son action sur le tube digestif, et ce n'est pour ainsi dire que lorsque le système nerveux abdominal est saturé, qu'il agit ensuite sur l'encéphale et les nerfs de la vie de relation.

Ajoutons encore, à l'appui de la théorie de l'absorption, que les surfaces en contact avec le plomb ne présentent le plus souvent aucune trace d'inflammation.

Les animaux placés dans les mêmes circonstances que l'homme sont exposés comme lui à la paralysie et probablement aussi aux convulsions (TROUSSEAU).

§ IV. CAUSE DÉTERMINANTE DES MALADIES SATURNINES.

Beaucoup de praticiens s'étonnent que le même agent puisse produire des affections morbides différentes, et ce n'est pas sans éprouver quelques doutes que l'on indique la suppression de la transpiration ou un refroidissement subit comme étant une cause déterminante d'angines, de bronchites, de péricardites, de pleurésies; que l'on regarde plusieurs affections nerveuses, la folie, l'hystérie, l'épilepsie, la catalepsie, les palpitations de cœur, comme pouvant être occasionnées par une émotion morale vive.

Sans doute que dans un certain nombre de cas il existe, soit dans les organes, soit dans les liquides de l'économie, un état particulier accidentel ou congénial qui peut avoir de l'influence sur le développement de la maladie; mais nous croyons que fréquemment les causes que nous venons d'indiquer ont suffi pour la produire. D'ailleurs on devrait être un peu moins sceptique lorsqu'on voit la même cause, le plomb et ses composés, donner lieu à des maladies bien différentes, sinon sous le rapport de la nature et du siège, du moins sous celui des symptômes. Des coliques, des crampes, des douleurs névralgiques, du délire, des convulsions, l'épilepsie, un état comateux et la paralysie, peuvent reconnaître pour cause l'action des préparations saturnines.

Nous serons obligé d'indiquer en même temps les causes de la colique saturnine, que nous n'avons pourtant pas l'intention de décrire, car elles sont les mêmes que celles des autres accidens.

Nous examinerons successivement dans cet article :

A. Les professions qui exposent le plus aux maladies saturnines;
B. Les préparations qui les déterminent le plus souvent;
C. Les tissus à la surface desquels l'absorption s'effectue.

A. *Professions.*

1° Au premier rang on doit placer les personnes qui travaillent à la préparation de la céruse et du minium, les peintres et les broyeurs de couleurs.

Si l'on consulte les relevés, on trouve bien peu d'exemples de coliques survenues chez les ouvriers qui, dans les manufactures de produits chimiques, préparent les chromates et les acetates de plomb, ce qui tient sans doute à ce qu'ils ne sont pas continuellement occupés à ce genre d'occupation.

2° Les ouvriers qui travaillent aux mines de plomb, au plomb laminé, au plomb de chasse, aux caractères d'imprimerie, aux raffineries d'argent, les potiers d'étain et de terre, les fabricans d'émaux, de verres, de faïence, de porcelaines, les cartiers, les chaudronniers et ouvriers en papiers peints, sont plus rarement atteints.

3° Enfin ce n'est que dans des cas très-rares que les pharmaciens, les chimistes, les facteurs d'orgues, les imprimeurs, les ciseleurs, les chapeliers, les marchands de couleur, les épiciers, sont atteints de maladies saturnines graves.

Médicale et dans la *Gazette de Santé*, alors dirigées par des docteurs de cette Faculté, que ce dogmatisme rencontra les adversaires les plus énergiques et les plus habiles; c'est dans ces journaux, organes d'une école, qu'a commencé et a été entretenue avec fermeté une polémique qui a fini par demeurer victorieuse. Et qui pourrait soutenir aujourd'hui que la science n'a rien gagné à ce combat? Ce n'est certes point dans un intérêt de système ou par suite de quelque préjugé d'éducation, que nous plaidons ainsi pour Montpellier, car nous sommes de l'école de Paris. Ce n'est pas non plus dans l'intention de faire le procès à cette dernière école, que nous parlons en faveur des doctrines de son ancienne rivale. La question n'est pas de savoir laquelle de ces doctrines est la meilleure, mais seulement s'il ne vaut pas mieux qu'il y en ait deux qu'une seule. Or, pour nous, la réponse n'est pas douteuse. L'existence de deux centres d'action intellectuelle et scientifique nous semble préférable à celle d'un seul; et nous regardons cette opposition comme une des plus sûres garanties des progrès des études et de l'avancement de la science.

(*La suite au prochain numéro.*)

— MM. les élèves internes et externes de M. Lisfranc, et quelques jeunes docteurs de Montpellier, lui ont offert une médaille comme témoignage de leur reconnaissance pour le cours de médecine opératoire que le chirurgien de la Pitié a bien voulu leur faire pendant les vacances. La médaille porte d'un côté l'inscription suivante : *A Jacques Lisfranc, ses élèves*; et de l'autre : *Cours de médecine opératoire*, 1836.

M. Forget, interne et prosecteur de M. Lisfranc, a pris la parole en ces termes au nom de ses collègues :

Monsieur,

Les élèves du cours de médecine opératoire qui m'ont fait l'honneur de me choisir pour interprète de leurs sentimens, vous prient d'accepter ce témoignage de leur reconnaissance. Nous vous l'offrons pour qu'il vous rappelle quelquefois ces leçons faites avec une si généreuse bienveillance, et que tous nous avons reçues avec une attention d'autant plus religieuse, que le besoin en était vivement senti.

Grâce à vos efforts soutenus, grâce aux principes positifs et rigoureux sur lesquels vous avez basé la pratique des opérations, nous avons été heureusement initiés à l'exercice d'un art dont vous nous avez aplani les difficultés.

Eclairés par cette communication intime de la science, fiers d'avoir reçu de vous ses préceptes sacrés, nous nous ferons désormais un devoir de les allier dans nos cœurs au souvenir de notre premier maître.

M. Lisfranc a répondu avec émotion : « Ce témoignage de votre reconnaissance me flatte infiniment; non-seulement ma mémoire en conservera toujours le souvenir, mais encore il sera gravé profondément dans mon cœur. Je regrette de n'avoir pas pu faire davantage pour votre instruction; je redoublerai d'efforts, et au printemps prochain je recommencerai pour vous et pour tous, sur de plus larges bases, un nouveau cours de médecine opératoire. »

Nous constatons avec plaisir ce nouveau témoignage de sympathie des élèves pour un homme qui a consacré sa vie entière à leur instruction. Nous regrettons toujours que la popularité dont il jouit à si juste titre ne soit pas entrée dans la Faculté de Paris, et devenue pour cette école un nouvel élément de célébrité au lieu de servir de prétexte aux attaques dont elle est l'objet.

4° Mais il est des circonstances dans lesquelles un ou plusieurs individus éprouvent des accidens qui sont le résultat de l'ingestion du plomb dans le canal alimentaire. Nous nous en occuperons plus loin.

B. *Des différentes préparations de plomb.*

1° Tous les auteurs modernes s'accordent pour dire que le plomb purifié et non oxidé ne peut déterminer aucun accident; il n'en est pas de même des différens minerais desquels on extrait ce métal, et surtout des oxides qui se forment pendant la fusion et la réduction. Vilson, Stockusen (Samuel), Henckel ont observé souvent chez les ouvriers qui travaillent dans les mines de plomb, des coliques, du délire, des convulsions et des paralysies. 2° La poussière grisâtre qui se forme à la surface du plomb fondu en réduit en lames minces et exposé à l'air, n'est pas sans inconvénient. Cette poussière est formée par un mélange d'oxide et de carbonate de plomb. C'est en dissolvant cette couche de carbonate, que l'eau qui séjourne dans des vases en plomb ou qui a coulé sur des terrasses couvertes de lames de ce métal, devient très-dangereuse. Tronchin à Amsterdam, Wanstrostwyk à Harlem, ont attribué à cette cause les nombreuses coliques saturnines qu'ils ont observées. Van-Swieten (édition latine, année 1769, tome III, page 357), a vu une famille entière atteinte de coliques saturnines suivies de paralysie, parce qu'elle s'était servie, pour préparer ses alimens, d'une eau qui avait séjournée dans des vases en plomb.

Les expériences de MM. Mérat et Barruel ont démontré que l'eau qui a séjourné dans les vases dont nous venons de parler, renferme une assez grande quantité de carbonate acide de ce métal. (Thèse de Canuet).

Enfin Percival rapporte qu'il est arrivé des accidens saturnins dans une verrerie à des ouvriers qui avaient bu de la bière qui avait fermenté dans des réservoirs de plomb. (Canuet).

3° Les protoxides de plomb qu'on désigne dans le commerce sous les noms de massicot et de litharge, sont aussi dangereux que les substances dont nous venons de parler. Les ouvriers qui sont le plus exposés à leur action sont les individus qui, dans l'exploitation des mines, travaillent à leur préparation, ceux qui s'occupent de la coupellation de l'argent, les peintres et les broyeurs de couleurs.

La litharge a souvent été employée en outre pour adoucir les vins acides; nous avons déjà parlé d'une épidémie de coliques avec délire et paralysie, observée par Gockel, Zeller, Weismann et Weffer, cités par Kœnig, ont publié des faits semblables.

Gardane, dans ses recherches sur la colique saturnine, raconte que Bourdelin, docteur régent, apprend tous les ans, dans ses cours de chimie au Jardin des Plantes, qu'ayant été appelé dans un faubourg de Paris pour une colique qui paraissait épidémique, il crut reconnaître la cause dans la litharge avec laquelle on avait adouci les vins. Deux marchands de vins furent victimes de leur propre fraude (Gardane). Leroux rapporte aussi un exemple analogue qui n'est pas moins curieux. (*Méd. prat.* tom. IV, page 259.) Bartholin a observé une épidémie semblable en 1775 dans un faubourg de Paris (M. Grisolles). M. Tanquerel Desplanches prétend que le beurre, dont la cupidité des campagnards a quelquefois augmenté le poids par l'addition de litharge, a produit quelques paralysies. Nous doutons fort que ce fait soit exact, car l'examen le plus superficiel suffit pour faire reconnaître cette fraude.

4° Le minium, d'après quelques auteurs, est plus nuisible que la céruse; nous ne possédons aucun fait qui démontre l'exactitude de cette assertion. Parmi les malades atteints d'épilepsie saturnine, un seul travaillait au minium.

5° Carbonate de plomb. Ce sel, qu'on connaît dans le commerce sous le nom de blanc de plomb ou de céruse, est une des préparations qui déterminent le plus grand nombre des coliques et des épilepsies observées à Paris. Parmi les 34 malades qui ont été traités dans les salles de M. Martin-Solon en 1835, 30 étaient ouvriers au blanc de céruse.

Dans l'espace des huit années qui ont précédé, 285 ouvriers cérusiers ont été traités à l'hôpital Beaujon; il n'y eut que 32 peintres ou broyeurs dans le même intervalle de temps (Grisolles).

Parmi les 21 personnes atteintes d'épilepsie et dont nous donnerons le résumé, 13 étaient occupées dans une fabrique de carbonate de plomb.

Vandermonde, dans l'ancien *Journal de Médecine*, cite plusieurs cas d'empoisonnement par du pain cuit dans un four qui avait été chauffé avec du bois de treillage couvert de céruse, deux des individus affectés succombèrent. (Année 1760, tome XIII, page 159.)

6° M. Canuet rapporte dans sa thèse l'observation d'un peintre qui, après s'être servi pendant trois jours de chromate de plomb, fut atteint de colique et d'épilepsie saturnines.

7° Les acétates de plomb pris à l'intérieur ont quelquefois été la cause de maladies du même genre.

M. Chomel a vu à la Charité une jeune fille qui, ayant avalé une cuillerée à bouche de sous-acétate de plomb liquide, fut prise d'une colique saturnine bien caractérisée. D'après le même auteur, l'acétate neutre a produit les mêmes effets chez un phthisique auquel on avait administré ce sel, pendant quelques semaines, à la dose de 24 grains par jour.

Van-Swieten, James, Trolles, cité par Kemme, Fizeau, ont observé des faits analogues.

Tissot raconte que trois phthisiques qui prenaient de l'acétate de plomb furent atteints de colique et de paralysie saturnines.

M. Tanquerel Desplanches, à qui nous empruntons cette citation (Voyez sa thèse), a publié dans le *Journal hebdomadaire* (9 juillet 1836) l'observation d'un jeune homme, atteint d'hypertrophie du cœur, qui fut mis à l'usage de l'acétate neutre de plomb, le 4 août 1834. On en prescrivit d'abord trois grains, et plus tard la dose fut portée à 24. Cette dernière quantité fut continuée depuis le 18 jusqu'au 22 août. A cette époque le traitement fut suspendu, parce que le malade présentait les symptômes d'une colique de plomb bien caractérisée.

Après la guérison de cette première colique (septembre), on reprit l'usage du sel de Saturne, qui fut porté à la dose de 30 grains, et continué pendant quelque temps. Une nouvelle colique fut le résultat de ce traitement, et pendant sa durée on vit survenir une paralysie complète des muscles des membres supérieurs, avec exaltation de la sensibilité et émaciation des parties paralysées. Cette maladie s'est terminée par la mort le 14 novembre 1834. (Voyez plus loin l'art *Anatomie pathologique.*)

8° Nous parlerons plus loin de l'action des topiques qui renferment des préparations saturnines autres que celles que nous venons de passer en revue.

C. *Des surfaces absorbantes.*

L'absorption peut se faire à la surface des muqueuses ou à la surface de la peau.

1° Absorption à la surface de la muqueuse du tube digestif.

Lorsque les préparations saturnines introduites dans le tube digestif sont à l'état liquide ou mélangées aux alimens, elles se trouvent d'abord en contact avec la muqueuse buccale avant d'arriver dans l'estomac. Les altérations des dents, la nature de l'enduit qui les recouvre, le goût de plomb dont se plaignent plusieurs cérusiers, doivent nous porter à penser qu'une absorption assez active a lieu dans la bouche chez des individus occupés à la préparation du carbonate de plomb. Et cependant on observe très-rarement des stomatites chez les ouvriers affectés de colique saturnine.

Les nombreux exemples que nous avons rapportés en parlant des vins frelatés par la litharge et de l'acétate de plomb et de l'eau qui a séjourné dans des vases en plomb, prouvent jusqu'à l'évidence que l'absorption des préparations de plomb peut avoir lieu à la surface de la muqueuse gastro-intestinale.

2° M. Chomel pense que la muqueuse pulmonaire est le siége d'une absorption très-active, et que c'est surtout par cette voie que pénètrent les préparations saturnines chez les peintres et les ouvriers qui préparent la céruse. En effet, pendant que ces individus respirent un air chargé de molécules saturnines, un grand nombre de ces particules doit s'arrêter dans les fosses nasales et à la surface de la muqueuse pulmonaire, où elles sont dissoutes et absorbées.

Nous n'admettons pas, avec M. Palais, que l'absence de bronchite prouve que l'absorption n'a pas lieu par la muqueuse pulmonaire, pas plus que l'absence de stomatite ne démontre que les préparations qui nous occupent ne sont pas absorbées dans la bouche.

C'est sans doute aussi par la muqueuse pulmonaire que l'absorption a dû se faire chez l'individu cité par M. Louis. Ce malade fut pris de colique de plomb après avoir couché dans un appartement peint à neuf (Grisolles).

M. Leroux a observé des faits semblables. (*Loc. cit.*)

3° Verdelhan, ancien médecin de la Charité, a vu la femme d'un plombier être prise de fortes coliques et de douleurs à la matrice, pour avoir fait usage d'une chaufferette allumée de charbon mêlé de scories de plomb (Mérat).

Absorption à la surface de la peau.

Si l'on fait attention aux cas excessivement nombreux dans lesquels l'application de topiques, renfermant des préparations de plomb, n'a pas occasionné la colique des peintres, on sera tenté d'élever des don-

tes sur l'exactitude des observations, dans lesquelles on attribue à l'absorption cutanée les maladies qui ont suivi l'usage des topiques dont nous venons de parler.

Mais on peut repondre : *a* Que l'acétate de plomb a été administré à l'intérieur à assez haute dose et dans un très-grand nombre de circonstances, sans que des accideos en soient résultés. Que l'on consulte les expériences de MM. FOUQUIER et BARBIER, et l'on se croira presqu'en droit de nier l'absorption à la surface de la muqueuse gastro-intestinale ; cependant il est bien démontré aujourd'hui que l'absorption des préparations de plomb dans le tube digestif est très-réelle.

b Si l'on prend en considération les avantages qu'on retire quelquefois de l'emploi des onctions mercurielles sur la peau et la salivation qui le suit; si l'on fait attention aux résultats bien différens qu'on obtient, suivant qu'on applique un emplâtre de vigo ou un emplâtre de diachylum, sur une peau qui va se couvrir de pustules varioliques, on sera porté à admettre l'existence de l'absorption cutanée. Nous croyons inutile de reproduire ici les expériences favorables à cette opinion, elles sont consignées dans tous les ouvrages de physiologie.

c Sans doute que la présence de l'épiderme rend l'absorption cutanée beaucoup moins active et moins constante que celle qui a lieu à la surface des membranes muqueuses; mais nous pensons que, si l'on peut se refuser à admettre l'existence de l'absorption cutanée comme étant une chose démontrée, on doit avouer que la question est encore indécise.

d D'ailleurs les faits négatifs, quelque nombreux qu'ils soient, ne détruisent point les faits affirmatifs que nous allons énumérer.

MM. CHOMEL et BLACHE, dans l'article colique du Dictionnaire en vingt-cinq volumes, rapportent que WALL a vu une colique saturnine survenue à la suite de bains de jambes, répétés deux fois par jour, dans une solution d'acétate de plomb, continués pendant dix jours. (WALL, *Trans. of London collect. phy.*, t. III, p. 435.)

PERCIVAL cite aussi plusieurs cas de coliques et de paralysies saturnines survenues par suite de l'emploi de l'extrait de saturne à l'extérieur. (GRISOLLES.)

WEDEKIND parle d'une colique causée par un emplâtre où il entrait du plomb.

Dans l'observation de BRAMBILA, la maladie avait été causée par un cosmétique renfermant une préparation saturnine. (MÉRAT.)

M. MARTIN, dans sa thèse (1829, n. 117), raconte que M. ROUX a traité une demoiselle pour une colique saturnine, déterminée par l'application extérieure d'eau de Goulard.

§ V. CAUSES PRÉDISPOSANTES.

Les causes, qui prédisposent aux affections encéphaliques qui sont l'objet spécial de ce mémoire, sont peu connues. Beaucoup de personnes et surtout celles qui sont placées à la tête des manufactures de céruse ont remarqué que les ivrognes, les ouvriers dont la nourriture est malsaine et insuffisante, et ceux qui négligent les soins de propreté, sont plus exposés aux maladies saturnines graves que ceux qui sont sobres, d'une bonne constitution et dont l'alimentation est saine et abondante. Nous croyons, d'après les faits qui sont venus à notre connaissance, que les personnes qui travaillent au plomb, sont d'autant plus souvent affectées d'accidens cérébraux et abdominaux graves, qu'elles manient plus fréquemment les préparations de plomb, qu'elles vivent au milieu d'un air chargé d'une plus grande quantité de molécules saturnines, qu'elles restent plus longtemps exposées à l'action de cette cause. Si déjà elles sont atteintes des premiers symptômes des coliques des peintres, ou qu'elles ne soient pas complétement guéries d'une colique dont elles ont été traitées, le maniement des préparations de plomb est souvent suivi de délire, de convulsions, d'épilepsie ou de paralysie.

Le traitement des coliques antécédentes ne nous a paru exercer aucune influence sur le développement des acidens cérébraux, lorsque la maladie avait été tout-à-fait guérie; nous sommes d'accord sur ce point avec M. THOMAS. (Thèse sur la thoracoscopie.)

La cause déterminante agit quelquefois avec tant d'intensité que les accidens encéphaliques ou la paralysie surviennent pendant la durée de la première colique. On a observé beaucoup de faits de ce genre dans les épidémies de coliques occasionnées par le vin falsifié; l'observation 10 de ce mémoire est un exemple du même genre.

§ VI. DES AFFECTIONS SATURNINES QUI PARAISSENT AVOIR LEUR SIÉGE DANS LES NERFS DE LA VIE DE RELATION.

Comme le relevé des observations de colique de plomb, que nous avons recueillies à l'hôpital Beaujon, nous a donné des résultats qui sont à peu près les mêmes que ceux que M. GRISOLLES a déjà publiés, nous renvoyons nos lecteurs à sa thèse ainsi qu'à l'excellent article de MM. CHOMEL et BLACHE sur la colique saturnine.

Nous ne parlerons pas non plus de la paralysie saturnine; ce sujet ayant été traité très-longuement dans la thèse de M. TANQUEREL DESPLANCHES.

Avant de nous occuper des autres accidens, nous croyons devoir indiquer la fréquence d'un symptôme qui accompagne souvent la colique de plomb et qui est relaté dans la plupart des auteurs allemands. (ZELLER et WEISMANN, GOCKEL, STOCKAUSEN (Werner), ILSMANN, KOENIG, etc.) Je veux parler de la dyspnée qui est indiquée tantôt sous le nom d'*asthma*, tantôt sous celui de *respirandi difficultate*.

Ce phénomène s'observe assez souvent, car nous l'avons noté quatorze fois.

1° *Crampes, fourmillemens, picotemens et douleurs dans les membres.* Ces symptômes compliquent assez fréquemment la colique de plomb; Nous avons rencontré le fourmillement et les picotemens des pieds, dix fois ; les crampes dans les jambes, douze fois. Les douleurs dans les membres existaient aussi chez douze malades.

Nous n'avons noté les crampes dans les extrémités supérieures que trois fois; et, chose singulière, tandis que les douleurs et les crampes s'observent plus rarement dans les bras, la paralysie atteint plus fréquemment les membres thoraciques que les membres abdominaux.

2° *Douleurs dans les lombes.*

Sont-elles l'effet d'une névrose de la partie inférieure de la moelle, ou d'une névralgie des plexus lombaires? Il est des faits qui sont favorables à l'une et à l'autre de ces théories. Les communications qui unissent le grand sympathique de l'abdomen aux branches du plexus lombaire sont-elles pour quelque chose dans la production de ces douleurs? c'est ce que nous ne chercherons pas à décider. Toujours est-il que les douleurs lombaires sont un phénomène qu'il n'est pas rare de rencontrer.

3° M. DUCHESNES (thèses de 1827, n. 48) cite une observation de *sciatique*, recueillie par M. PRUSS dans les salles de M. LHERMINIER, qui fut attribuée à l'action des préparations de plomb.

Nous avons observé un cas semblable, et M. GRISOLLES en a vu deux.

Nous avons rencontré chez un seul malade des douleurs vives qui paraissaient avoir leur siége dans les articulations; mais il n'existait du reste ni gonflement ni douleur au niveau de ces parties.

4° *Les douleurs avec ou sans contraction du crémaster*, qui ont leur siége dans le cordon testiculaire, se sont manifestées chez trois de nos malades seulement. Nous ne reviendrons point ici sur la nature de ces diverses affections; nous avons déjà dit que nous pensons qu'elles doivent être rangées parmi les névralgies.

BIBLIOGRAPHIE DE LA PARTIE HISTORIQUE DES CAUSES ET DE LA NATURE.

DIOSCORIDE, texte latin, année 1598, édition de Saracenus.
Alexipharmaca, page 410, chap. XXII.

PAUL D'OEGINE; édition latine, année 1546.
Lib. III, chap. XLIII et XIII.
Lib. V, chap. LXI.

AVICENNES; Venise, 1582.
Lib. III, fen. XVJ, tract. III, cap. 6.
Lib. I, fen. II, doct. II.
Lib. IV, fen. VJ, tract. I, cap. 4.

GOCKEL; année 1696. *Ephémérides des curieux de la nature.* Dec. III, année IV, obs. XXX.

GARDANE. *Conjectures sur l'électricité et recherches sur la colique de plomb*; Paris, 1768.

MÉRAT. *Traité de la colique métallique*; 2e édition, Paris, 1812.

Voyez la bibliographie de l'article colique de plomb du *Dictionnaire* en 25 volumes.

— M. le préfet de police vient d'arrêter la liste des pharmaciens de Paris et des communes rurales qui ont prêté serment, justifié d'un diplôme et qui ont droit de tenir officine ouverte. Il y a dans Paris 273 pharmaciens; dans la banlieue, 85 : total 358.

CHIRURGIE PRATIQUE.

OBSERVATIONS SUR LA PONCTION DE LA POITRINE, pratiquée pour remédier aux divers cas d'épanchement pleurétique. Extrait du mémoire adressé à l'Académie royale de médecine, par M. FAURE, professeur à l'hôpital militaire de Strasbourg.

J'ai lu, dans le n° du 22 octobre de votre journal, un article qui contient des assertions contre lesquelles je crois devoir réclamer. Il s'agit d'un mémoire *sur la ponction de la poitrine pratiquée pour remédier aux divers cas d'épanchement pleurétique*, mémoire sur lequel M. Bouillaud a fait à l'Académie de médecine un rapport qui me paraît fort loin d'exprimer ce que je crois juste et conforme aux saines doctrines médicales.

Je dois dire d'abord que, depuis le premier mot de ce travail jusqu'au dernier, je suis resté fidèle au titre que je viens de rapporter, et que je me suis efforcé de faire voir que la ponction de la poitrine pouvait devenir utile dans les cas d'épanchement dont il s'agit. M. Bouillaud répond à cela qu'il vaut mieux prévenir les épanchemens de la poitrine, que de les guérir. — Mais lorsqu'ils existent? — En faisant des saignées coup sur coup, ou quatre saignées en 24 heures pour remédier aux inflammations thoraciques, on prévient toujours, dit-il, les épanchemens dans la cavité des plèvres, ou on les fait disparaître. Comme M. Bouillaud assure qu'il a toujours obtenu ce résultat à l'hôpital de la Charité, je dois invoquer, contre ces prétendus succès, le témoignage de tous les médecins qui liront ce journal.

Dans les pleurésies les plus exemptes de complications, les saignées répétées, qu'on était dans l'usage de pratiquer avant M. Bouillaud, ne mettent pas toujours à l'abri des empyèmes ou des hydrothorax. Les pleurésies ne sont pas toujours simples; elles ne sont pas toujours évidentes, ni les seules maladies qui puissent donner lieu à de telles collections de liquides dans la poitrine. Les individus qui en sont pris ne sont pas toujours jeunes, robustes, sanguins, pléthoriques, ou dans un état qui comporte la saignée.

Je redoute si peu la lumière pour ce que j'ai écrit à ce sujet à l'Académie de médecine, que j'aurais voulu que vous eussiez pu le publier en entier. Vos lecteurs auraient jugé de quel côté se trouvait la raison, je dirai même la bonne foi, car l'exaltation des idées aveugle quelquefois au point qu'on semble ne plus en avoir.

M. Bouillaud dit, entre autres choses plus ou moins convenables que « *si j'avais employé tous les moyens propres à opérer la résolution* » *de l'épanchement* (pleurétique), *je n'aurais pas réduit mes mala-* » *des à la dure nécessité de subir la ponction de la poitrine*. Or, le principal et presque l'unique moyen d'opérer cette résolution, ce sont, vous le savez bien, les saignées coup sur coup; car il dit bien que j'ai saigné mes malades, mais pas assez. Or, Voyons si leur état eût permis à M. Bouillaud lui-même de verser leur sang en plus grande abondance.

OBS. I. — Le premier malade, nommé Joseph Guilhaume, soldat au 28e de ligne, était entré à l'hôpital le 25 février 1832, atteint de gastro-entérite avec affection du côté gauche de la poitrine. Il fut saigné en conséquence, c'est-à-dire plus qu'un autre, car j'ai coutume d'employer la saignée contre les affections aiguës du canal intestinal, et encore plus contre les inflammations aiguës de poitrine. Mais, ne prévoyant pas que j'aurais un jour à répondre aux attaques de M. Bouillaud, à propos de ce malade, et ne publiant cette observation que sous le rapport de l'empyème, je n'ai pas tenu note exacte des onces de sang que je lui ai fait tirer, ni du nombre des sangsues appliquées, ni du jour et de l'heure où ces émissions sanguines ont eu lieu. Cet homme ne se rétablit pas, parce qu'il avait des ulcérations dans l'intestin grêle. Au mois de mai, après avoir eu longtemps le cours de ventre, il était ascitique. Le tintement métallique ayant été entendu dans le côté gauche de la poitrine, on pratiqua la ponction du thorax comme moyen palliatif, à cause de l'extrême oppression qu'éprouvait le malade. On retira plus de trois litres d'un pus blanc jaunâtre, etc. M. Bouilland, sans rien savoir des évacuations sanguines qui, dans le principe, avaient été pratiquées à ce malade, dit qu'il n'a pas été assez saigné. Encore moins s'enquiert-il des topiques révulsifs qui ont été mis en usage.

OBS. II. — Le deuxième malade est le nommé Prévot, jeune soldat, d'une forte constitution, qui se trouvait depuis un an à l'hôpital St-Eloi de Montpellier, dans un état d'imbécilité, sans proférer aucune parole. Ses fonctions digestives se faisaient d'ailleurs régulièrement, et il avait même acquis de l'embonpoint. Au commencement de juin 1832, la respiration devint gênée et obscure du côté droit, latéralement et antérieurement : une légère infiltration des jambes et quelques pétéchies annonçaient chez lui une disposition au scorbut, maladie qui avait atteint dans l'hiver de 1832 un certain nombre de malades dont plusieurs avaient succombé. Malgré cette circonstance, la chaleur de la peau, la vivacité du pouls, l'état des forces permettaient de prescrire une saignée explorative de 8 onces, qui fournit un sang pâle et séreux.

Le 15 juin. Ce malade fut soumis à l'examen de Delpech, qui ne pensa pas plus que les autres personnes raisonnables qui le virent à réitérer la saignée.

Le 25. On pratiqua la ponction de la poitrine pour des raisons de diagnostic que je ne veux pas répéter ici. Douze onces d'un liquide rouge, écumeux et fumant s'échappent avec une espèce de sifflement par la canule. On borne l'écoulement à cette quantité; le malade guérit. M. Bouillaud aurait-il voulu qu'on le saignât coup sur coup? Il devrait nous dire à quelle époque.

OBS. III. — Le troisième malade est Sarrieux (Gaudeut), soldat au 47e de ligne, entré à l'hôpital le 28 décembre 1832 pour une indisposition; il fut atteint, le 11 janvier 1833, d'une variole confluente qui parcourut régulièrement ses périodes. Il dut être saigné dans le principe, parce que tel est mon usage, lorsque la réaction est considérable. Le 7 février, voyant que la convalescence ne s'établissait pas, on ausculte ce malade et on trouve qu'il n'y a pas le moindre bruit respiratoire dans tout le côté droit de la poitrine, si ce n'est à la partie supérieure, en avant et en arrière où il était peu percevable. La percussion rendait un son mat. Tout fut mis en usage pour opérer la résolution de cet épanchement; mais nous ne saignâmes pas le malade coup sur coup. Le 25, rien n'ayant réussi, il fut ponctionné au lieu d'élection. On tira trois litres et un quart d'une sérosité roussâtre. Ce malade fut soulagé et vécut jusqu'au 26 mars, c'est-à-dire 15 jours de plus qu'il n'eût fait sans l'opération. Qu'y a-t-il donc à blâmer dans les soins que nous lui avons donnés?

OBS. IV. — Le quatrième malade est un nommé Castaing, soldat du 47e de ligne, qui entra à l'hôpital le 15 février 1833 dans le service des blessés, atteint d'une ophthalmie aiguë, qui, traitée d'abord par le tartre stibié à haute dose, que le malade ne put tolérer, céda plus tard à une saignée et à l'application d'un séton à la nuque. On allait faire sécher le séton, quand il se déclara une fièvre intense suivie, quatre jours après, d'une éruption de scarlatine, affection qui régna épidémiquement à Montpellier, depuis la fin de l'automne 1832 jusqu'au printemps 1833. Ce malade fut alors envoyé dans mon service. L'exanthème cutané parcourut régulièrement ses périodes, mais un point pleurétique auquel il avait donné lieu dut fixer l'attention et se montra très-opiniâtre, comme la plupart des affections thoraciques qui s'étaient développées sous l'influence de la scarlatine. A l'exploration on trouve : son mat du côté gauche de la poitrine; antérieurement la respiration y est percevable en haut, nulle en bas; dans la partie moyenne, râles crépitans; latéralement et postérieurement le bruit respiratoire se fait entendre en haut et au milieu; dans le côté droit, il est percevable en haut et en arrière, très-obscur latéralement (saignée du bras). Vers le milieu du mois de mars, la respiration devint tout-à-fait nulle latéralement du côté gauche; des vésicatoires et plus tard des cautères appliqués sur le côté, ne produisirent aucun amendement; diminution progressive des forces; toux fréquente; décubitus indifférent de deux côtés; menace de suffocation; le malade ne peut respirer que dans la position assise. Le 20 mai, l'opération devient indispensable à titre de palliatif; une ponction, pratiquée par M. Rey avec le trois-quarts à la partie moyenne et latérale du côté gauche de la poitrine, donne issue à trois quarts de litre d'un pus clair; la plaie se ferme promptement. Le soulagement obtenu ne pouvait durer, et le 24 mai le malade mourut, quatre jours après l'opération.

Autopsie faite 24 heures après la mort. Œdème de la glotte et de la muqueuse du larynx. *Poitrine* : le poumon droit offre quelques tubercules miliaires; il est enflammé en grande partie et par masses distinctes; le tissu qui les sépare est œdématié. Côté gauche : poumon farci de tubercules; la cavité pleurale contient un litre de pus floconneux; la plèvre est tapissée de trois ou quatre fausses membranes d'une organisation plus ou moins avancée, la plus rapprochée de la plèvre est très-rouge et phlogosée; au-dessous de cette couche pseudo-membraneuse la plèvre est injectée, mais moins enflammée que les produits membraneux; au-dessus de la piqûre du trois-quarts, la plèvre costale avait contracté des adhérences avec la plèvre pulmonaire et retenait ainsi une partie du pus. *Abdomen* : tout le péritoine est d'une couleur ardoisée. l'estomac est injecté, les intestins légèrement infiltrés, le duodénum percé d'une ulcération à bords droits, de la largeur d'un écu de cinq francs, en contact avec le pancréas auquel la retient un tissu cellulaire mal organisé qui lui sert d'obturateur; aussi point d'épanchement dans l'abdomen; le foie est augmenté de volume; les canaux biliaires sont oblitérés.

Je ne me rappelle pas si ce fait se trouve dans le mémoire que j'ai adressé à l'Académie. Mais en voyant les symptômes et l'autopsie, M. Bouillaud pourrait-il me blâmer de n'avoir prescrit qu'une saignée et croirait-il qu'il eût mieux valu saigner ce malade quatre fois en vingt-quatre heures? Le lecteur prononcera.

OBS. V. — Le cinquième malade, Manoga, soldat au 4e léger, passait par Montpellier pour se rendre chez lui en vertu d'un congé. Il entra à l'hôpital le 26 octobre 1833, se disant enrhumé depuis trois mois, toussant et expectorant une assez grande quantité de crachats muqueux bien liés. A la première auscultation, respiration nulle du côté droit, exagérée du côté gauche; le pouls était habituellement fréquent. Ce malade paraissait phthisique; deux cautères sont appliqués sur le côté droit. Plus tard les symptômes d'épanchement devinrent si prononcés avec bouffissure du visage, œdème des paupières, qu'on dut ponctionner le côté droit, le 6 décembre. Douze onces environ d'un pus épais et bien lié, un peu fétide, sortent par la canule du trois-quart. Le côté gauche se remplit de sérosité ainsi que le péricarde, et le malade meurt le 9 au matin. A l'autopsie, on vit que l'affection de la plèvre et du poumon du côté droit datait de cinq à six mois.

Comment des saignées réitérées auraient-elles pu y remédier lorsque le malade entra à l'hôpital, et lorsqu'il avait en outre un hydro-péricarde, un épanchement pleurétique à gauche? Qui aurait pu les lui prescrire en lui voyant la face bouffie, les paupières œdématiées, le pouls petit et fréquent, et dans cette saison de l'année? Je n'accuserai pas M. Bouillaud de témérité.

OBS. VI. — Le sixième est Gérard, soldat au 2e régiment du génie, qui entra à l'hôpital, le 5 octobre 1833, pour se faire traiter d'une dysentérie. La convalescence de cette affection, qui n'avait pas été grave, ne fit pas de progrès.

Au commencement de novembre, soupçonnant quelque affection latente des organes thoraciques, quoique le malade se levât depuis bien longtemps, on pratiqua l'auscultation et on trouva la respiration très-obscure dans tout le côté gauche, avec retentissement de la voix très-marqué à la partie postérieure et en haut du même côté; souffle tubaire en avant et latéralement; respiration exagérée dans tout le côté droit.

M. Bouillaud eût-il alors fait saigner cet homme, qui était maigre, faible, avec un teint couleur de paille? Non, dira-t-il peut-être, je l'eusse fait saigner plutôt; et quand s'il vous plaît? A quelle époque commença donc l'affection du côté gauche de la poitrine? Cet homme, se promenant tous les jours dans une saison où le refroidissement de l'atmosphère est très-marqué à Montpellier, avait pu contracter depuis peu cette affection secondaire que rien n'annonçait chez lui. Nous semblions le fatiguer sans nécessité lorsque nous percutâmes et auscultâmes sa poitrine. Les dérivatifs et les soins accessoires furent mis inutilement en usage pour obtenir la résolution de l'épanchement. Des cautères sur le côté gauche du thorax n'eurent pas plus d'effet. Il ne faisait qu'augmenter. Le cœur était visiblement refoulé à droite. Nous pratiquâmes donc, le 8 décembre, une première ponction qui fit couler près de quatre litres de sérosité fortement colorée en rouge. Le malade en éprouva un soulagement subit. Mais l'épanchement se reproduisit, la saison y contribuant sans doute. Jusqu'au 1er février, jour de la mort du malade, on le ponctionna sept fois encore, ce qui contribua à le faire vivre jusqu'à cette époque. Mais il mourut épuisé par la suppuration de la plèvre, le dévoiement, etc.

OBS. VII. — Le septième malade est Lafond, soldat congédié du 63e régiment d'infanterie de ligne, âgé de 29 ans, d'un tempérament lympathico-nerveux, d'une constitution peu forte, exerçant l'état de tailleur. Il entra à l'hôpital Saint-Éloi, au mois de novembre 1833, pour se faire traiter d'une maladie vénérienne qu'il apportait de Toulon, où il avait fait longtemps usage de remèdes convenables.

Le 4 mai 1834, après cinq mois de séjour à l'hôpital, il est pris d'un frisson qui dure une heure, suivi de chaleur et d'une douleur à l'épaule droite. Le 5, on l'envoie dans mon service. Cet homme, pâle, maigre, souffrait beaucoup; il éprouvait de vives douleurs de ventre avec dévoiement et des vomissemens; le pouls était petit; les extrémités froides, le ventre tendu et douloureux; la respiration fréquente. On devait le croire atteint d'une péritonite. (30 sangsues sont appliquées sur le ventre.)

Le 8. La douleur de l'épaule droite augmente et gêne les mouvemens du bras. (40 sangsues sont appliquées sur le côté droit de la poitrine.)

Mais le 11, on profite d'une position favorable que le malade a prise, et on ausculte la partie latérale et inférieure du côté droit du thorax. La respiration y est nulle.

Le 22. La réaction est finie.

Le 24 Le calme renait; mais la gêne du thorax augmente.

Le 29 ainsi que le 30, il y a des momens de suffocation. Ce jour-là on ponctionne le côté droit du thorax, et on en tire un litre et un quart d'un liquide couleur purée de poids claire. Les jours suivans, le liquide coule spontanément par la piqûre; le malade se rétablit et partit le 24 août pour se rendre chez lui. M. Lévy, auteur d'une thèse sur l'empyème, était alors à Toulouse avec son régiment. Je lui adressai ce malade pour qu'il le vît. Il m'a assuré (car M. Lévy était, il y a peu de jours, à Strasbourg) que cet homme avait alors l'air bien portant. Il était de Montastruc, département de Lot-et-Garonne, où l'on pourrait peut-être avoir des renseignemens ultérieurs.

M. Bouillaud aurait-il mieux fait de le saigner, comme à outrance, dans l'état et dans la circonstance où il se trouvait? (Un bubon s'était ouvert dans l'aîne droite, le 12 mai.) J'en doute fort. Cet homme, qu'il ne veut pas compter pour guéri, offrait de telles espérances, après trois mois de convalescence, que je dois le croire rétabli.

OBS. VIII. — Le huitième malade, nommé Neboot, était un soldat du 26e régiment d'infanterie de ligne, âgé de 24 ans, d'une constitution assez délicate, qui entra à l'hôpital St-Eloi le 1er septembre 1834, se disant indisposé depuis six jours, et offrant le caractère d'une entérite aiguë peu intense sans symptômes thoraciques, la respiration étant libre partout. Il fut traité par des applications de sangsues sur l'abdomen; les délayans, la diète, et guérit.

La dysentérie régnait à la fin de septembre : il en fut pris, quoiqu'il vînt de subir un traitement antiphlogistique, et guérit facilement. Bientôt ses pieds s'enflèrent.

Le 10 octobre, il se promenait et n'avait jamais souffert de la poitrine; en l'auscultant, je trouvai les battemens du cœur tumultueux, mais point de signes d'épanchement. Un vésicatoire fut appliqué sur le côté gauche pour le prévenir. L'enflure gagnait les cuisses et l'abdomen, et, le 10 octobre, lorsque je l'auscultai de nouveau, la respiration ne s'étendait du côté gauche qu'un peu vers le sommet de la poitrine. Le son, du reste, de ce côté, était mat; le pouls, imperceptible à gauche, était aussi presque insensible à droite. La respiration était un peu fréquente, la parole gênée, la face un peu bouffie. Du côté droit, la respiration était libre et exagérée partout. Deux professeurs de Montpellier, qui m'avaient témoigné le désir de voir faire la ponction de la poitrine, si l'occasion s'en présentait, ne pensèrent nullement à tirer du sang à ce malade, lorsqu'ils virent la diathèse séreuse faire chez lui de tels progrès. Il fut ponctionné le 18 octobre; il coula deux litres et demi d'un liquide rouge clair. Le malade en fut aussitôt soulagé, et désenfla de la tête aux pieds.

Le 20, la piqûre du trois-quarts était sèche et guérie, comme chez les autres, au bout du même temps. Mais le pouls restait toujours filiforme, intermittent; la diarrhée était intense. Les jours suivans, l'infiltration séreuse s'accrut de nouveau, et le malade mourut le 25 octobre, quatre ou cinq jours plus tard que si on ne l'eût pas ponctionné.

J'ai la conviction d'avoir procuré à ce malade du bien-être et ce temps de vie de plus. Il y avait épanchement dans les deux cavités de la poitrine, hydro-péricarde, la sérosité abondait partout. J'ai la présomption de croire que j'ai encore bien fait dans cette occasion.

OBS. IX. — Enfin, le dernier malade cité dans le mémoire dont il s'agit était un ancien soldat de la grande armée, que je trouvai à l'hôpital Necker, dans le service de mon honorable ami M. Delaroque, lorsque j'allai visiter cet établissement le 19 ou 20 mai 1835. Cet homme avait un côté de la poitrine plus ample que l'autre, avec tintement métallique, bruit du flot du liquide, lorsqu'on le secouait ou au moindre mouvement. Il y avait des mois qu'il était dans cet état. Traité d'abord à la Charité, il était ensuite passé dans le service de M. Bricheteau, à l'hôpital Necker. M. Bouillaud ne dira pas, peut-être, que *j'ai réduit celui-là à la dure nécessité de subir la ponction de la poitrine*. On différait depuis longtemps à le ponctionner. On me demanda mon opinion : elle fut qu'on pouvait le faire hardiment. M. Laugier, chirurgien de cet hôpital, y procéda de suite. Il s'écoula trois ou quatre litres de liquide. Cet homme fut tellement soulagé qu'il ne pouvait assez le dire; il se promenait toute la journée; et quoiqu'au bout de quelques semaines les symptômes se fussent en partie reproduits, le mieux-être se soutenait. Je crois, autant qu'il m'en souvienne, qu'il n'avait pas été ponctionné de nouveau lorsque je quittai Paris le 1er juillet suivant. J'ignore ce qui s'est passé depuis. Ici le désordre était trop grand et trop ancien pour qu'on pût espérer que la ponction fût plus que palliative (1).

Tous ces faits, que je n'arrange point à ma convenance, car ils étaient imprimés avant que M. Bouillaud ne les attaquât (2), peuvent avoir un sens qui mérite autre chose que des reproches à celui qui les expose. Dupuytren leur en trouvait assez la veille de sa mort pour demander à être débarrassé de la même manière du liquide qu'il portait depuis longtemps dans la poitrine. Pourquoi M. Bouillaud, qui lui a donné des soins, ne l'a-t-il pas fait saigner à outrance? Est ce que les autres médecins traitans ne l'auraient pas écouté? Quand même Dupuytren aurait subi la ponction avant de mourir, on ne prétendrait pas, j'espère, en conclure contre son utilité. Il était alors beaucoup trop tard pour qu'il en retirât un avantage réel. Peut-être ce même moyen, employé à temps, eût-il pu être utile à Don Pedro et concourir à prolonger des jours précieux.

De palliative qu'est aujourd'hui la ponction de la poitrine, les hommes, qui parlent sérieusement de progrès, doivent chercher à la rendre curative à l'aide de l'auscultation. Au lieu de l'ensemble de signes qu'on donnait récemment encore comme nécessaires pour reconnaître les épanchemens dont il s'agit, il faut que le médecin soit bien convaincu qu'un petit nombre peut suffire à qui sait en tirer parti ou les interroger.

J'ai souvent pratiqué la ponction de la poitrine dans des cas où il n'y avait ni gêne de la respiration apercevable pour le malade, ni ampliation du thorax, ni œdème des membres; encore moins y en avait-il aux parois thoraciques, ni bruit de flot du liquide, ni tintement métallique, ni égophonie, et pourtant il ne m'est jamais arrivé, je puis le dire, de ponctionner sans trouver l'épanchement et sans donner issue à une grande quantité de liquide séreux ou purulent. Qu'on fasse la part maintenant aux exagérations de M. Bouillaud, qui, entraîné par son idée fixe, a mieux aimé déplacer la question que de réfléchir attentivement, et l'on verra que, puisqu'il doit y avoir encore des épanchemens thoraciques, que, puisque les médecins sont exposés à en rencontrer dans leur pratique, lors même qu'ils consentiraient à imiter M. Bouillaud, il importe de s'en occuper. L'Académie a prouvé, par la discussion qui s'est élevée dans son sein, combien ce sujet lui paraissait digne d'attention. Ce ne seront donc pas les assertions un peu aventureuses du professeur de la Charité qui pourront détourner de la bonne voie.

FAURE,
professeur, etc.

---

(1) D'après les détails apportés dernièrement à l'Académie sur ce malade, la guérison complète a eu lieu après une seconde ponction pratiquée six mois après la première. Le sujet est encore à l'hôpital Necker, mais bien portant.

(*N. du R.*)

(2) Voyez la thèse de M. Lévy sur l'empyème, Montpellier, avril 1834, et le *Journal des sciences médicales* de la même ville, n. de septembre en novembre 1834.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

DESCRIPTION ANATOMIQUE D'UN FOETUS HERMAPHRODITE disséqué par M. le docteur Vrolik(1); communiquée par M. Raciborski, D.-M. P.

Tous les cas d'hermaphrodisme connus dans la science peuvent être divisés en trois classes :

1° Hermaphrodites présentant une conformation vicieuse des parties génitales externes, avec conformation normale des parties internes.

2° Ceux chez lesquels les parties génitales externes comme internes présentent simultanément des rudimens de deux sexes.

3° Enfin ceux chez qui les parties génitales externes restent vicieusement conformées, de manière à présenter des rudimens imparfaits de deux sexes ou d'un sexe seulement; les organes internes de la génération offrent de chaque côté du bassin un sexe différent, et se présentent de deux côtés avec leur développement complet. C'est la variété connue sous le nom d'*hermaphrodisme latéral*. Ce n'est qu'aux individus offrant cette dernière disposition, qu'on pourrait, rigoureusement parlant, appliquer le nom d'*hermaphrodites*. Ce n'est en effet que chez ceux-là que nous voyons les deux sexes réunis sur le même individu, comme cela s'observe dans les classes inférieures de l'échelle zoologique.

Dans toutes les autres espèces de prétendus hermaphrodites, nous ne voyons que les rudimens des deux sexes, des organes qui n'atteignent jamais un développement complet, et qui, par conséquent, ne sont nullement aptes à remplir les fonctions départies à l'un et à l'autre sexe.

Les exemples de la troisième espèce sont extrêmement rares : à peine en compte-t-on quelques-uns tels que celui d'un jeune enfant de 7 ans, rapporté par Audolphi, et qui avait présenté une fissure au scrotum, dont la moitié droite seulement contenait un testicule, tandis que la gauche figurait très bien une grande lèvre. A l'intérieur, il offrait un vagin qui se terminait par un utérus bien conformé, mais dont le bord gauche seulement était muni d'une trompe de Fallope, d'un ovaire et d'un ligament rond, tandis que le bord droit était obtus, sans aucune trace d'organes féminins, et côtoyé par un testicule muni de son canal déférent. Ce dernier se terminait en cul-de-sac dans un organe situé au-dessous du vagin et représentant les rudimens de la prostate et des vésicules séminales. L'urètre était normal; le rectum et la vessie, de même que tous les autres organes, avaient leur conformation ordinaire. Varole et Arnaud rapportent, chacun un cas semblable.

Les hermaphrodites de la première classe sont ceux qui se présentent le plus souvent : on en trouve de nombreux exemples dans les fastes de la science, et la Faculté de Paris en possède quelques modèles dans son musée.

Les hermaphrodites de la deuxième classe, ou ceux chez qui les organes génitaux internes présentent les rudimens des organes de deux sexes, sans être aussi rares que ceux de la dernière classe, sont pourtant beaucoup moins communs que ceux de la première. G. Steglehner (2), Ackermann (3), Réald, Columb (4), Petit (5), Maret (6), Scherell (7), en ont chacun cité un exemple. Plus récemment, M. Bouillaud en a également rapporté un cas dans les *Archives de médecine*. Enfin la Gazette médicale a publié dans le n. 39 de cette année un cas curieux d'hermaphrodisme de ce genre, observé par M. Mayer, de Bonn, sur un individu connu sous le nom de Marie-Dorothée Derlier et Charles Dugès.

Le cas que nous publions aujourd'hui se rapporte également au 2° genre : il est d'autant plus curieux que la mère de ce fœtus dit avoir mis au monde un autre fœtus présentant la même monstruosité.

Dans le courant de l'année 1835, M. Hollanders, chirurgien hollandais, a envoyé à M. le professeur Vrolik un fœtus difforme, né dans le village Stoferdijk, d'une mère qui lui déclarait être accouchée, quelques années auparavant, d'un enfant offrant des monstruosités tout-à-fait semblables.

Ce monstre avait le volume et la grandeur d'un enfant à terme. La tête offrait une hernie cérébelleuse; absence complète des orifices externes des conduits auditifs et des paupières. En place des yeux on ne voyait que deux fentes transversales. La lèvre supérieure et le palais étaient divisés sur la ligne médiane. La langue, très-petite, adhérait par son sommet à la lèvre inférieure. Le col était très-court; le ventre, au contraire, très-long, offrait les vestiges d'une hernie ombilicale. La main droite avait sept doigts et la gauche en avait six, dont le petit présentait une bifurcation près de la dernière phalange. Les extrémités inférieures très-courtes présentaient six orteils à chaque pied.

Dans la région que doivent occuper les organes génitaux externes, il y avait deux replis cutanés qu'on aurait pu prendre, soit pour les deux grandes lèvres, soit, ce qui paraissait plus probable à cause de la sensation du vide dans chacun de ces replis, pour les deux moitiés du scrotum fendu à son milieu et ne contenant pas de testicules. Entre ces deux replis, on en voyait deux autres plus petits qui circonscrivaient une petite ouverture conduisant à un canal qui imitait le vagin et paraissait se terminer en cul-de-sac.

Après avoir ouvert l'abdomen, on vit immédiatement les deux testicules dont chacun, situé à l'entrée du canal inguinal, recevait, comme à l'ordinaire, des vaisseaux spermatiques. Les conduits déférens, après avoir pris leur point de départ dans les testicules, descendaient derrière la vessie pour se terminer de chaque côté aux angles supérieurs gauche et droit de l'utérus, qui, par cette disposition, avait acquis la forme bicornée. Tous les autres organes génitaux manquaient. La vessie avait son volume ordinaire, ce qui a paru d'abord étonnant, vu que l'orifice de l'urètre était oblitéré. Cependant cet étonnement a cessé aussitôt qu'on s'est aperçu que l'urine pouvait s'écouler très-librement par l'ouraque non encore oblitéré.

OBSERVATION D'UN CAS REMARQUABLE D'AFFECTION NERVEUSE, communiquée par le docteur Alègre, d'Allassac (Corrège).

Voici une observation qui m'a paru intéressante sous plus d'un rapport, et qui peut jeter quelque jour sur l'histoire d'une maladie dont le siége est loin d'être déterminé.

Obs. — Le 1er mai 1836, j'ai été appelé au chef-lieu de la commune d'Allassac pour y voir le nommé Vidalie, ancien militaire, âgé de 35 à 36 ans, et exerçant aujourd'hui la profession de menuisier. Cet homme, habituellement d'une bonne santé, jouit, à l'aide d'un travail soutenu, d'une honnête aisance, et consacre tous ses loisirs aux soins de ses trois petits enfans.

Ecoutons les détails de cette maladie rapportés par le malade lui-même :

« Je garde le lit, me dit-il, depuis 17 jours. Le jour que pour la première fois je me sentis malade, je venais de faire un voyage à pied, très-rapidement, et je crois que couvert de sueur je m'exposai à un courant d'air assez froid. Le soir en rentrant je fus mal à mon aise, et depuis cette époque, chaque matin à une heure presque toujours la même, j'ai été pris d'attaques très-violentes qui, sans me faire perdre connaissance, me mettent presque à la mort. Ces attaques durent trois ou quatre heures et souvent davantage, raidissent mes bras et ma langue d'une manière fort douloureuse, et se terminent par le retour à la santé. Le lendemain ces phénomènes recommencent à la même heure, et se poursuivent avec la même régularité. »

Après l'avoir examiné avec toute l'attention dont j'étais capable, je lui adressai quelques questions sur le traitement suivi par le docteur C... qui l'avait soigné depuis le commencement de sa maladie, et qui, dès ce jour, avait cessé de le voir.

« Au début de ma maladie j'ai été saigné deux fois, me répondit-il; trois jours après six sangsues furent appliquées au creux de l'estomac, et pendant les trois jours suivans un lavement purgatif (parties égales miel, huile de ricin et sel de cuisine) me fut administré toutes les 24 heures. Le dixième jour de la maladie j'ai été purgé avec de l'huile de ricin, et depuis 15 jours je prends matin et soir des pédiluves sinapisés bien chauds et une dose de quinine. Enfin, ajouta-t-il, depuis 48 heures, je porte aux jambes deux vésicatoires auxquels j'attribue toute l'agitation dans laquelle vous me voyez maintenant, et chaque jour mon mal empire. »

A ma première visite je trouvai le malade dans l'état suivant :

La face est pâle et exprime un air de souffrance; la bouche est légèrement déviée à droite; la langue est mobile mais elle peut à peine aider à la prononciation des mots que d'ordinaire il prononce avec facilité; la peau est moite et n'offre qu'une chaleur fort ordinaire; les yeux sont entr'ouverts et dans un état de spasme tel qu'il ne peut ni les abaisser ni les soulever davantage.

Les muscles de la face, du cou, du tronc et des membres supérieurs sont dans un état de contraction violente; de là une expression singulière de la physionomie qui varie néanmoins selon les muscles affectés; de là une inclinaison de la tête sur la partie antérieure du thorax et une forte douleur dans les sterno-cléido-mastoïdiens; de là une rigidité extrême dans les muscles fléchisseurs de l'avant-bras et de la main; de là aussi une douleur extrêmement vive dans toutes ces parties. La flexion de l'avant-bras sur le bras est telle que la force ordinaire d'un homme ne ramènerait pas le membre dans sa direction naturelle; les muscles de l'avant-bras surtout sont dans un état de gonflement extraordinaire, et les doigts sont fléchis de telle sorte que les ongles laissent dans la paume de la main de très-fortes empreintes.

Les parois abdominales offrent une dureté extraordinaire, et, lorsque la main

(1) Nous devons la communication de ce cas intéressant à M. le docteur Matthes d'Amsterdam, qui a assisté à l'autopsie et dont il a consigné les résultats dans sa thèse intitulée : *De vitiata genitalium genesi, quæ hermaphroditica dicitur.*

(2) De Herm. Natur. Tract. Anal. Physiol. Pathol.; Bamberg, 1817.

(3) Infantis Androgyni Historia; Jenæ, 1805.

(4) De Re Anatomica; Francofurti, 1590.

(5) Hist. de l'Acad. Royale des Sciences; an 1720.

(6) Reil's Archif für die Physiologie.

(7) Idem.

se promène sur cette région, elle éprouve parfois une sensation particulière que j'indique en passant, et sur laquelle je reviendrai tout-à-l'heure.

La langue est sèche et rouge, la soif grande parfois, mais la difficulté d'avaler dans le moment de l'attaque lui fait éprouver le tourment de Tantale; l'appétit est nul.

La région épigastrique n'est cependant point sensible à la pression; et l'abdomen n'est le siege d'aucune douleur an moment de la visite. Cependant de loin en loin une constriction énergique se fait sentir vers l'ombilic; si l'on y porte la main, on sent, à travers les parois abdominales, une espèce de tumeur mobile, arrondie, qui chemine peu à peu de bas en haut jusqu'à l'épigastre, passe derrière le sternum, arrive jusqu'au cou, où, redevenue perceptible, elle a cependant perdu de son volume; de là elle semble s'irradier sur la figure, le cuir chevelu, repand un nuage épais sur les yeux, et le malade est sur le point de perdre connaissance. Cette tumeur, que je nommerai improprement *boule hystérique*, marque son passage dans la région épigastrique, en provoquant des nausées et quelquefois des vomissemens, derrière le sternum, en occasionnant au malade des suffocations, dans la région cervicale, une espèce de strangulation; enfin, comme je l'ai déjà dit, la langue se paralyse en partie. Le pouls donne de 55 à 60 pulsations; il est petit et très-dur.

Le malade d'ailleurs est constamment inquiet; il craint de mourir et manifeste cette crainte à tout le monde.

Telle est la description exacte de cet accès qui, depuis dix-sept jours, se renouvelait tous les matins entre quatre et cinq heures, et qui plus tard reparut encore avec les mêmes circonstances, un assez grand nombre de fois.

Prescription : Pour combattre cette periodicité, je prescris 24 grains de sulfate de quinine en lavement, à prendre en deux fois et après l'accès; 20 sangsues à la région épigastrique; tisane de feuilles d'orange; diète.

Le 2 mars. Pas d'accès; quelques vomissemens bilieux.

Le 3. Le malade va mieux; pas d'accès; mais il se plaint d'une insomnie qui le tourmente depuis deux jours.

(Une pilule d'un demi-grain d'extrait gommeux d'opium, matin et soir.

Le 4. Dans la nuit un petit accès, beaucoup moins fort et beaucoup moins long que les autres, survient; une sueur, tellement abondante que le malade change sept fois de linge, vient terminer l'accès. Pas de sommeil.

Je prescris la potion suivante à prendre par cuillerée toutes les demi-heures:

Acétate de morphine,	demi-grain.
Sirop de mûres,	4 once.
Gomme,	25 grains.
Eau simple,	4 onces.

Pas d'attaques jusqu'au 8, mais le malade est tellement faible qu'il peut à peine se soulever sur son seant.

Le 8. Faiblesse extraordinaire; le malade peut à peine mouvoir ses membres; l'inquiétude est à son comble, et une nouvelle attaque apparait à huit heures du matin. Qu'on se reporte à la première attaque, et l'on aura la description exacte de cette dernière.

(Potion comme la précédente; lavement d'eau froide: bain frais avec affusion d'eau froide sur la tête, prolongée autant que possible.)

Le 9. Pas de sommeil depuis la dernière attaque; sueur abondante; faiblesse extrême; envies de vomir suivies de loin en loin de vomissemens bilieux. Du reste, pas d'attaque. Constipation.

(Même prescription que la veille; j'ordonne un lavement avec deux onces de miel mercuriel)

Le 9 au soir. Les nausées continuent de loin en loin, et il rejette quelques gorgées de bile. Trois entozoaires enormes, de l'espèce ascaride lombricoïde, sont trouvés au milieu des matières vomies; et, lorsque le lavement laxatif est rendu, on y en trouve egalement quelques-uns de différentes grandeurs.

Le 10. Même état que la veille.

Je prescris : Infusion de semen contra *illico*; pour le soir, une once et demie d'huile de ricin.

Le 11. Le malade a rendu quelques vers; il est moins fatigué; il a reposé pendant la nuit, et les vomissemens ont tout-à-fait cessé; il n'éprouve plus cette grande lassitude qui l'effrayait; son moral est plus tranquille, et il demande à manger avec instance. Pas d'attaque depuis le 8.

(Potion comme ci-dessus; bains frais; lavement frais; bouillon, pruneaux.)

Le 12 et jours suivans. Pas d'attaque. La langue a perdu sa rougeur; le malade n'accuse plus de douleur, mais sa faiblesse est tellement grande encore qu'il ne peut faire un seul pas.

(Même prescription moins le bain que le malade ne peut prendre; la baignoire, dont il se servait dans le principe, n'étant plus à sa disposition.)

Le 20. Sans cause connue, et comme à l'ordinaire, à quatre heures du matin, survient une attaque, en tout semblable aux precédentes. La langue redevient rouge, comme dans le principe; la boule hystérique, les nausées, les vomissemens bilieux, la suffocation, etc., en un mot, tout ce que j'ai mentionné à la description du premier accès apparaît dans le même ordre et avec la même intensité. L'inquietude du malade est à son comble; il désespère de guérir.

(Lavemens frais; bain froid avec affusion d'eau froide sur la tête pendant toute la durée du bain; diète.)

Le 21. A la même heure et dans le même ordre se présentent tous les phénomènes de la veille, mais avec une intensité beaucoup moindre.

(Même prescription.)

Le 22. Le malade va bien; il n'a pas eu d'attaque; il dort paisiblement et sans s'éveiller pendant plusieurs heures.

(Même prescription.)

Le 23. A dater de ce jour, le malade est entré en pleine convalescence, et l'attaque du 21 a été la dernière. Dès ce jour la langue a repris, et presque subitement, son état naturel; les douleurs ont cessé et le malade n'a accusé ni suffocation, ni palpitation; l'appetit est revenu, il a mangé peu d'abord, mais le besoin de manger davantage se faisant sentir tous les jours, tous les jours il a augmenté la quantite des alimens, et, après deux mois de séjour au lit, le malade a pu reprendre le cours de ses travaux. Depuis lors il s'est très-bien porté.

Une chose remarquable et que je veux noter ici, c'est qu'à peine rétabli de ses longues souffrances, le malade a été pris d'engourdissement dans tous les doigts de la main, tant du côté droit que du côté gauche, et qu'il a vu tomber à la suite les uns des autres tous ses ongles sans exception.

Sans doute il n'est pas sans exemple de voir des hommes affectés de cette maladie, à laquelle on donne le nom d'hystérie, et je suis d'autant plus éloigné de croire que cette observation est la première de ce genre, que Cullen, Boërhaave, Leroy de Montpellier, Gardien disent en avoir observé chez l'homme; que de La Boë se demande : *Quales viros affligat id malum?* et qu'enfin Hoffmann, Morgagni, Georget et Brachet de Lyon en citent quelques cas.

Je cite cette observation, non à cause du traitement qui a été suivi, puisque cette médication est presque la seule employée dans ces maladies, mais parce qu'elle m'a paru curieuse sous plus d'un rapport.

1° Cette observation est rare, et si elle n'est pas unique dans la science, il en est peu du moins qu'on lui puisse comparer, et je crois qu'il est du devoir de tout médecin de ne point laisser perdre des faits semblables.

2° Puisque cette maladie affecte les hommes, elle n'a donc point exclusivement son siége dans la matrice, et le nom d'hystérie est impropre; il faut donc le changer.

Cette idée, à laquelle il faudra revenir que l'hystérie n'a point son siége exclusivement dans la matrice, est fort ancienne. Black'More disait, en 1721, qu'elle consistait dans une constitution morbifique des esprits, mais qu'elle avait son siége dans tout le corps; et Méad disait quelques années après : *Non unum sedem habet, sed totius corporis est.* Ces paroles qui ont resté pendant longtemps perdues dans son ouvrage trouveront faveur aujourd'hui.

Je crois, en effet, que cette maladie n'a point pour siége exclusivement tel ou tel organe, que l'observation attentive des faits nous montre qu'elle a pour point de départ tantôt le cerveau, ce qui est plus fréquent, tantôt la matrice, quelquefois le système nerveux, plus rarement toute autre partie du corps.

Cette opinion est celle de M. Brachet, qui cite un grand nombre de faits à l'appui de cette manière de voir.

M. Raynaud a publié, dans le tome IV du *Journal hebdomadaire*, l'observation d'une femme qui, à la suite d'un coup qu'elle reçut au-devant de la poitrine, fut prise d'attaques d'hystérie qui durèrent autant de temps qu'elle porta dans cette même région deux petites tumeurs qui s'y étaient développées par la même cause; après l'ablation de ces tumeurs qui existaient depuis sept ans, la femme fut complétement guérie; on sait que Boyer pratiqua cette opération.

Je ne terminerai par ces réflexions sans faire observer que le sulfate de quinine, donné à petite dose et pris par la bouche, n'a pu triompher de cette affection, tandis que le même remède administré en lavement et à plus forte dose, a rompu la périodicité et enrayé la maladie.

J'ajouterai que tant que notre malade a pu se soumettre aux affusions d'eau froide sur la tête, son mal a diminué, mais que, quand par des causes indépendantes de sa volonté, il a été forcé d'en suspendre l'usage, alors il a vu reparaître, avec toute leur intensité première, ces terribles attaques qui, de nouveau, ont cédé à l'usage plus longtemps prolongé de ce même moyen.

RELATION D'UN CAS REMARQUABLE D'HYSTÉRIE CATALEPTIQUE; communiquée par M. le docteur MOTTARD, de St-Jean-de-Maurienne (Savoie).

Bornoz Jeanny, de St-Alban-des-Villards, province de Maurienne (Savoie), âgée de 12 ans, mendiait en France avec son frère, âgé de 8 ans, pendant l'hiver de 1835 à 36. Ayant perdu son père à Valence, seule, à la fin de novembre, elle va le chercher dans les endroits où il avait coutume d'aller travailler. Ne le trouvant nulle part, épuisée de fatigue, elle demande un réduit pour s'abriter pendant la nuit. On la conduit dans une étable déserte, sans porte ni fenêtres, pas même de la paille pour se coucher, ni de couvertures pour se mettre à l'abri du froid. Là, elle se met à genoux pour prier; tout à coup elle entend un bruit violent dans la pièce supérieure. Elle se sent, dit-elle, tirée par sa robe; elle veut faire le signe de la croix, mais ne peut remuer son bras. Elle éprouve un sentiment de constriction au larynx, à la nuque, puis à l'épigastre. Elle est saisie par un mal de tête insupportable et tombe évanouie. A ses cris, on accourt; on la transporte dans un appartement chaud, et les soins empressés qu'on lui prodigue la rappellent à la vie. Elle reste un jour chez ses bienfaiteurs et y prend le mal que je décrirai ci-après, tel qu'elle me l'a raconté et que je l'ai vu

maintes fois. Elle remercie ses hôtes, revient à Montélimart prendre son frère, et tous deux pleurant la disparition de leur père, s'acheminent tristement vers la patrie où ils arrivent vers la fin de décembre. Pendant ce trajet si long et si pénible, elle subit plusieurs accès. Elle passe le mois de janvier à St-Alban; et se rend au commencement de février à St-Jean, chef-lieu de la province, avec sa sœur, âgée de 14 ans, qui lui sert de protectrice et de guide. Un pharmacien de la ville les recueille et les loge dans une bonne étable; il leur fait monter un lit et les garde le reste de l'hiver.

Pendant le mois de février elle avait deux accès par jour. Le pharmacien lui donne une potion vermifuge qui lui fait rendre plusieurs vers. Cette médication lui procure huit jours de relâche; les accès reparaissent, et la même potion semble les exaspérer. On l'abandonne; et je la vois pour la première fois le 6 mars. Elle n'avait point d'accès ce jour-là, ce qui me laissait la faculté de l'examiner soigneusement et de l'interroger. Son visage est semblable à celui d'un aliéné dans ses momens de calme. Pouls, 110. Sa conversation est très-suivie, mais interrompue par des rires sardoniques. Sa stature est de quatre pieds deux pouces; le teint clair; le corps maigre, mais bien fait. Elle est vive, gaie, douée d'une mémoire heureuse. Elle est d'un caractère doux, aimant; elle affectionne d'une manière toute particulière la demoiselle aînée de la famille, qui lui a charitablement donné asile; elle l'appelle ma L., ma bonne mère. Elle est d'une grande sensibilité; la moindre crainte, le plus petit reproche, la font tomber évanouie. Enfin, après ce que je viens de dire et que j'ai cru indispensable, j'entre dans le détail des symptômes de cette maladie extraordinaire. Au milieu d'une conversation animée, enjouée, d'un amusement, livrée à un travail ou même immobile spectatrice de ce qui se passe autour d'elle, elle commence à bailler; son aspect prend une teinte particulière; elle soupire, chancelle, perd ses forces, ne sait plus ce qu'elle veut, ce qu'elle fait; accuse des douleurs aux jambes, à la nuque, enfin à l'épigastre; agite son bras droit sur sa tête, comme un postillon faisant claquer son fouet. Elle délire, et, si elle a mangé depuis peu, il lui survient des nausées, des vomissemens de mucosités d'abord, ensuite de matières plus ou moins digérées. Elle vacille, tombe, s'assoupit et cherche à se relever, puis retombe encore et s'assoupit de nouveau, tend ses membres qui deviennent d'une raideur tétanique, grince des dents, pousse un soupir et se lève avec vivacité, s'agite en tous sens; ses forces et sa dextérité deviennent prodigieuses en s'agitant. Elle court, s'élance, bondit, saute, monte, grimpe, descend avec une surprenante adresse, une étonnante agilité; elle danse sur une table, sur un bâton placé transversalement, sur le dossier d'une chaise, sur les épaules, sur la tête d'un homme, et ne perd presque jamais l'équilibre. Le pouls bat 130, son œil est fixe, le regard farouche, la pupille dilatée. Elle ne connaît personne, n'entend plus rien, elle voit, mais n'observe pas; elle est insensible aux piqûres, au feu même; elle frappe, se heurte et ne se plaint pas. Elle a souvent soif et crie: «A boire, sœur;» elle saisit la coupe, boit d'une manière convulsive, et, semblable à l'hydrophobe, elle rejette cette coupe avec horreur. Elle se repose quelques minutes et recommence, puis elle caresse, rit, aboie, se mord et recommence encore. Quelques fois elle se jette à terre, frappe alternativement des bras et des jambes; son corps s'arque tantôt devant, tantôt derrière; d'autres fois ces mouvemens ne se font que d'un côté, l'autre semblant paralysé. Le mal cède graduellement; elle tombe affaiblie, mais ne sue pas, malgré ce travail et l'extrême chaleur de l'étable; elle soupire, étend les bras, demande à boire, à se coucher. Son sommeil est troublé par intervalles, il lui semble, dit-elle, «avoir au gosier un corps qu'elle ne peut avaler;» elle est agitée par des soubresauts, des mouvemens convulsifs qui se calment, et après une heure tout est fini. Le pouls bat 120; à son réveil elle éprouve un peu de fatigue qui disparaît bientôt pour faire place à la parfaite tranquillité de ses sens. Ses attaques sont irrégulières: tantôt deux fois par jour, tantôt une, et c'est l'ordinaire; quelquefois les accès ne reviennent que tous les jours; d'autres fois ils laissent un intervalle de huit jours, sans que rien puisse expliquer ces irrégularités. La durée moyenne des accès est d'une heure. Mais, ce qui m'a le plus surpris, c'est de pouvoir lui faire venir l'attaque et de la faire disparaître à volonté. De légères frictions pratiquées sur l'épigastre pendant une ou deux minutes, suffisaient pour l'endormir (1) pendant deux ou trois autres minutes; et tout se suivait comme il a été dit. Les mêmes frictions, exercées pendant trois ou quatre minutes, le lui faisaient cesser; alors, ce que j'appellerai sa *convalescence*, était plus pénible, plus longue. Elle se portait bien, mangeait de bon appétit, et ne se plaignait que d'une douleur légère à la nuque, plus forte au ventricule, suivie de rôts qui la soulageaient. Je voulais tenter sa guérison. Le pharmacien lui fournissait gratuitement les remèdes; rien n'aurait manqué à cette malheureuse; mais une tante ignare s'y opposa constamment et la fit partir. Je viens d'apprendre qu'un médecin, à Lyon, a eu le bonheur de la guérir. Cette cure est une gloire que j'envie. S'il lit cet article, je le prie de se servir de votre journal pour faire connaître ses observations et son traitement.

(1) Pendant le cours de mes études à Turin, j'eus occasion d'observer un somnambule. Tous les médecins de cette capitale l'ont vu comme moi. Il resta un jour et une nuit dans ma pension, où nous étions 18 étudians; pendant le jour nous avons observé toutes ses paroles et ses actions. Le soir, en présence de plus de 30 spectateurs, un étudiant, son compatriote, lui fait quelques frictions sur l'épigastre qui l'endorment, et là il commence à répéter sa journée depuis la première action jusqu'à la dernière. Pendant sa léthargie il boit (on croit boire), il mange, marche, saute, danse, rit, se dispute, se fâche, s'attendrit, se livre à ses besoins corporels, suivant ses paroles ou ses actions de la journée; ses oublis ou déplacemens ne sont pas appréciables. Pendant ce temps sa sensibilité est absolument nulle. Nous l'avons fortement pincé, piqué avec des épingles, nous avons mis la flamme d'une chandelle en contact avec ses doigts, rien ne l'a dérangé. Quand il a ainsi répété sa journée jusqu'au moment où on a fait les frictions, il s'arrête court. Un cri aigu le réveille; il est comme auparavant. Quel rapport peut-il y avoir entre ces deux maladies?

LETTRE SUR L'ACARUS, par M. GRAS, interne des hôpitaux.

Quelque ennuyeuse que soit, pour la plupart des lecteurs, la question de l'*acarus*, permettez-moi d'y revenir en quelques mots seulement, à l'occasion du rapport fait dans une des dernières séances de l'Académie de médecine, sur un mémoire que j'avais présenté. Je suis très-reconnaissant des conclusions bienveillantes adoptées par ce corps savant; je regrette seulement que plusieurs membres n'aient pas bien compris ma pensée relativement au rôle que joue l'acarus dans la production de la gale. Frappé de l'énorme différence qui existe entre l'étendue de l'éruption psorique et le nombre de ces acarus, j'avais été amené à cette conclusion, que ceux-ci n'agissent pas seulement d'une manière mécanique, mais qu'ils ont en outre une action spécifique et inconnue. Quelques personnes ont cru que je voulais parler d'un virus particulier analogue, par exemple, au virus *varioleux*; mais telle n'a pas été ma pensée: j'ai voulu seulement constater un fait, savoir que l'acarus n'agit pas seulement en irritant mécaniquement la peau. L'explication de M. Rochoux, qui suppose que l'insecte sécrète un liquide irritant peut être vraie, et je me propose de tenter quelques expériences à ce sujet.

Quant aux questions de la transmission de la gale, au moyen d'acarus transportés sur un individu sain, et du peu de rapport qui existe entre l'étendue de l'éruption et le nombre des insectes, elles ont été l'objet de recherches et d'expériences faites avec tout le soin qu'il m'a été possible, et il me semble qu'on peut les regarder comme des faits certains. Le professeur Kœler, de Berlin, après avoir répété mes expériences, est arrivé aux mêmes résultats. M. Biett a aussi appris à l'Académie qu'un médecin de Madère et Hufeland avaient fait avant moi ces mêmes observations; j'ignorais complétement les travaux de ces auteurs étrangers, et, quoiqu'ils ne soient pour moi l'objet d'aucun doute, je ne connais pas encore maintenant les ouvrages où ils sont consignés.

Agréez, etc.

GRAS,
Interne des hôpitaux.

REMARQUES PRATIQUES SUR LA FISTULE LACRYMALE, en réponse au mémoire de M. Montain; communiquées par M. ROGNETTA.

Le sujet qui vient d'être traité par notre honorable confrère M. Montain, de Lyon, dans l'un des derniers numéros de la GAZETTE MÉDICALE, se rattache trop intimement à l'ouvrage que je publie en ce moment (1), pour que j'omette de faire connaître, en attendant, ma manière de voir à l'égard de la tumeur et de la fistule lacrymale.

Sans doute M. Montain a raison de se plaindre de la confusion qu'on fait communément entre ces deux degrés de la maladie, et du peu de compte qu'on tient généralement des différentes causes qui l'occasionnent; mais la question doit être mieux précisée, je pense, qu'on ne l'a fait jusqu'à ce jour. On peut, suivant moi, admettre sous le rapport clinique les trois données suivantes, comme règles à suivre à cet égard.

(1) Voir *Cours public d'ophthalmologie*, professé à l'école pratique de médecine de Paris, par M. Rognetta. Les deux premières livraisons sont en vente; la troisième va paraître; rue de Condé n° 24, au bureau de la *Lancette*.

1° Ou la tumeur lacrymale n'est que commençante (le sac se remplit de temps en temps, mais il se vide facilement, et le liquide passe aisément dans la narine; l'incommodité principale, c'est ici l'épiphora, la narine n'est presque pas sèche), dans ce cas, le mal peut être guéri sans opération sanglante. La cautérisation des glandes méibomiennes et de la muqueuse palpébrale, à l'aide du nitrate d'argent, les lotions répétées d'eau de rose animée d'une certaine quantité de pierre infernale, les injections d'Anel avec ce même collyre rendu de plus en plus fort (pierre infernale d'un à vingt grains par chaque once d'eau de rose), les sangsues et les fumigations d'eau de laitue à l'entrée de la narine, les purgatifs répétés, la compression du sac répétée avec le doigt, et quelquefois aussi un traitement antidyscrasique général, suffisent ordinairement pour guérir la maladie, ainsi qu'une foule d'observations récentes le prouvent. J'ai obtenu moi-même des guérisons de cette espèce, dont j'ai consigné les détails dans la *Gazette des hôpitaux*. C'est surtout sur l'action salutaire du nitrate d'argent sur la muqueuse palpébro-nasale, qu'il faut compter pour le résultat dont il s'agit.

2° Ou bien la tumeur est à une période plus avancée, à la période de suppuration ulcérative intérieure (le sac ne se vide pas complétement par la pression du doigt; le liquide qu'on fait refluer vers la caroncule lacrymale est purulent, il ne passe pas dans le nez; la tumeur est permanente, la narine sèche). Dans ce cas, l'ouverture artificielle de la tumeur est indispensable; si vous ne la pratiquez pas, la tumeur s'ouvre bientôt spontanément, le sac s'étant lui même perforé le plus souvent à cette période, et les matières irréductibles étant collectionnées sous les parties molles de l'angle nasal. Plusieurs indications sont alors à remplir : combattre d'abord l'état aigu de l'inflammation des tissus environnans; déboucher ensuite forcément le syphon lacrymal à l'aide de bougies de grosseur progressive, qu'on fait passer jusque dans le nez, et guérir enfin l'état chronique des muqueuses par les remèdes que je viens d'indiquer et surtout par les injections de nitrate d'argent faites par l'ouverture même du sac. Si le cas est simple, la guérison radicale a lieu en quatre ou six semaines. Cette conduite me paraît préférable à celle de l'emploi de la mèche ou de la canule métallique, qui n'attaque aucunement la cause, et expose souvent à des inconvéniens assez fâcheux.

3° Ou bien enfin la fistule est déjà déclarée. Dans ce cas, le mal est simple ou bien compliqué de fongosités dans le sac, de lésion de l'os unguis, d'oblitération insurmontable du canal nasal. Dans la première supposition, la fistule présente absolument les mêmes indications que dans le numéro précédent; peu importe qu'on dilate l'ouverture accidentelle avec des corps expansibles, comme les cordes à boyau, etc., ou bien qu'on emploie le bistouri; cela est subordonné d'ailleurs à la situation de la brèche fistuleuse. Dans la seconde, il est évident qu'il y a autre chose à faire : le sac doit être fendu largement, ses fongosités attaquées avec la pierre infernale, l'os malade, s'il est carieux, cautérisé également, ou bien pansé à sec pour attendre son exfoliation s'il est déjà nécrosé. Reste alors la question de l'oblitération invincible du canal nasal. Scarpa formait, dans ce cas seulement, un canal nouveau à travers l'unguis, à l'aide du fer rouge. Ce moyen est bon si l'os est carieux et le sac fongueux; mais ces cas sont devenus excessivement rares de nos jours, du moins dans nos grandes cités où l'on se fait soigner de bonne heure. Dupuytren employait, dans le même but, son trépan lacrymal à couronne, analogue à celui que notre confrère de Lyon vient de décrire. Ce moyen est certes préférable aux autres perforatifs inventés dans la même intention; je l'ai vu parfaitement réussir entre les mains de Dupuytren, et je crois que cette méthode est bien préférable à celle qui ouvre en pareille occurrence le sinus maxillaire pour y faire précipiter les larmes. Mais c'est là, comme on le voit, une thérapeutique exceptionnelle qu'on aurait grand tort de généraliser. Sous ce dernier rapport, par conséquent, je suis loin d'envisager la chose comme le praticien que je viens de nommer. Je me contente, pour le moment, de prendre date des quelques idées que je viens d'émettre, en attendant que je puisse m'expliquer avec plus de détails dans l'ouvrage que je viens d'annoncer.

TUMEUR FIBREUSE D'UN GRAND VOLUME RENFERMÉE DANS LA CAVITÉ DE L'UTÉRUS, et adhérente par toute son étendue à la surface interne de cet organe; oblitération de l'orifice interne du col utérin; par le docteur G. GOYRAND, d'Aix.

OBS. — Une femme octogénaire, de l'hospice des Incurables, fut amenée le 5 août à l'hôpital et placée dans mon service. Elle était au huitième jour d'une pneumonie, et succomba vingt-quatre heures après son entrée. En palpant son ventre, je fus frappé de l'existence d'une grosse tumeur à l'hypogastre; je fis l'autopsie, et voici ce que j'observai :

La tumeur hypogastrique, arrondie, occupait la moitié inférieure de l'espace qui sépare l'ombilic du pubis.

Toucher vaginal. Tumeur arrondie, volumineuse et pesante, surmontant le vagin; le col utérin ne forme pas de saillie; il est réduit à un orifice à bords mous, qui conduit dans un canal oblique en avant et à gauche, dans lequel le doigt s'engage, sans pouvoir en atteindre le fond et parvenir dans la cavité du corps de l'utérus.

Toucher rectal. Tumeur arrondie, très-volumineuse, résistante et sans inégalités, comprimant et aplatissant le rectum. Si on introduit un doigt dans le vagin ou le rectum, et que de l'autre main on embrasse la tumeur hypogastrique, on s'assure facilement que c'est le même corps qu'on touche par ces différens points.

Ouverture du cadavre. Tumeur très-volumineuse, s'élevant du bassin dans le ventre : c'est la matrice qui la forme. Cet organe a déplissé les ligamens larges. Les ovaires et les trompes sont appliqués sur ses côtés; les ligamens ronds et ceux des ovaires sont hypertrophiés. Sur la partie supérieure gauche de la tumeur principale existe une autre tumeur aplatie, large de 18 à 20 lignes, formant un relief de 6 ou 8 lignes. Cette tumeur, d'une dureté pierreuse, est couverte d'une mince couche de tissu charnu de l'utérus. C'est un corps fibreux pétrifié, d'autres diraient ossifié, à sa surface, et présentant intérieurement des vacuoles pleines d'un liquide consistant, ressemblant à de la lie de vin.

La vessie est triangulaire, aplatie, tout-à-fait vide. Sa paroi postérieure est appliquée contre l'antérieure. Ses deux angles inférieurs se prolongent en cornes sur chaque côté du vagin; l'urètre a une direction presque verticale.

L'utérus est dans un état de rétroversion. Son col mince, mou, allongé, est coudé à son origine, et appliqué dans toute sa longueur sur la paroi postérieure du corps, qui est maintenant inférieure. Du sommet du vagin, où il forme un simple cul de poule sans saillie, ce col se porte en avant à gauche et en haut, appliqué et uni par des liens celluleux à la partie correspondante du corps de l'organe, et finit par s'insérer dans ce corps, à deux pouces de son orifice vaginal. Le tissu du col utérin a un aspect charnu; ses faisceaux, longitudinaux pour la plupart, sont bien distincts. Cette partie de l'organe n'a plus aucune ressemblance avec un col utérin normal. Sa cavité est conservée, et bien plus large que dans l'état ordinaire. Les parois du corps de l'utérus, plus épaisses que dans l'état de vacuité, sont molles et charnues comme dans la grossesse. En les incisant, j'arrive sur un corps fibreux très-volumineux, que je trouve adhérent au moyen de liens celluleux très-solides par toute sa surface à toute l'étendue de la surface de la cavité utérine. L'adhérence est partout uniforme, de telle manière que je ne puis pas distinguer le point sur lequel le corps fibreux s'est primitivement développé. Je cherche enfin inutilement l'orifice interne du col de la matrice; il s'est perdu dans les adhérences du corps fibreux avec l'utérus. Je détache entièrement le polype; il n'a pas une forme tout-à-fait régulière; c'est une grande sphère à laquelle est surajoutée une portion de sphère beaucoup plus petite; cette dernière portion fait une saillie de 8 à 10 lignes. Ce corps fibreux pèse deux livres, neuf onces; il ne diffère pas des corps analogues qui se développent ordinairement dans l'utérus. Dans son centre, on observe une prédominence des systèmes celluleux et vasculaire; on y voit surtout de grosses veines, tandis que vers sa circonférence les couches concentriques de tissu fibreux sont denses et serrées.

Ce fait est fort curieux sous le rapport pratique. Il est fâcheux que nous n'ayons pas eu sur le compte de cette femme des renseignemens positifs; mais nous pouvons, sans nous tromper, tracer l'histoire de sa maladie. Sans doute, quand le polype se développa, il donna lieu aux symptômes qui accompagnent ordinairement ce genre d'affections, symptômes dont les plus graves sont les pertes utérines; mais quand une inflammation des surfaces contiguës du polype et de l'utérus eut fait adhérer ces surfaces et oblitéré l'orifice de l'utérus, les pertes cessèrent, et il ne dut rester à cette femme que quelques incommodités occasionnées par le poids du corps fibreux, et la gêne physique qu'il devait apporter à l'accomplissement de quelques fonctions. Ainsi cette femme devait éprouver des tiraillemens aux reins et aux aînes, une sensation de pesanteur au fondement, de la constipation, de la difficulté dans l'acte de la défécation, des besoins très-fréquens d'uriner.

Cette femme, qui peut avoir éprouvé des symptômes fort graves à l'époque du développement du corps fibreux, a dû passer pour guérie. En effet, les pertes qui forment le principal danger des polypes utérins ayant cessé, il ne lui resta plus qu'une incommodité très-supportable. Je ne sache pas qu'on ait jamais parlé de ce procédé de la nature pour la guérison du formidable appareil de symptômes qui accompagnent les corps fibreux de la matrice.

ECTROPION CONSIDÉRABLE SUITE DE BRULURE; TRAITEMENT PAR LA MÉTHODE D'ADAMS; GUÉRISON INCOMPLÈTE; BLÉPHAROPLASTIE; PROCÉDÉ DE M. BLANDIN; GUÉRISON. — Observation communiquée par M. BOINET, interne des hôpitaux.

OBS. — Le 4 août 1836, une jeune femme de chambre, nommée Eugénie Barret, âgée de 21 ans, d'une forte constitution, tempérament sanguin, vint à l'Hôtel-Dieu, salle St-Jean, n° 24, pour se faire traiter d'un ectropion de la paupière inférieure gauche. Cette jeune fille a toujours joui d'une bonne santé. A l'âge de deux ans elle tomba dans le feu et se brûla la joue gauche à sa partie supérieure et externe; cette brûlure se termina par une cicatrice vicieuse, qui produisit un renversement si considérable de la paupière inférieure de ce côté, que

plusieurs médecins jugèrent cet ectorpion incurable. Cette paupière inferieure ainsi renversee, produit une difformité très-grande chez cette jeune fille; les larmes coulent sur sa joue, et la conjonctive palpebrale est le siege habituel d'une inflammation. Cette paupière dont le bord libre n'a aucune adhèrence avec les parties ossenses sous-jacentes, pent être facilement relevee avec les doigts par une pression exercée de bas en haut. Telle était cette jeune fille lorsqu'elle entra dans le service de M. Blandin. Que faillait-il faire? trouver un moyen qui pût relever et maintenir relevée cette paupiere si fortement renversee. Dans ce but le procédé d'Adams fut mis en usage : une incision en V fut pratiquee, et les bords de la plaie reunis par plusieurs points de suture ; malgre l'emploi longtemps continue de bandelettes agglutinatives, de compresses graduées qui tenaient soulevee la paupière, cette operation n'eut qu'un demi-succès; l'ectropion persiste encore en partie, et de plus, l'ouverture de l'œil fut rapetissée, par cette operation qui diminua l'etendue du bord libre de la paupière. Ce fut alors que M. Blandin, après avoir ramolli la durete du tissu inodulaire de la cicatrice par des frictions avec l'onguent napolitain, recourut à la blepharoplastie; il obtint un succès complet, voici comment :

A l'aide de trois incisions, deux verticales et une horizontale, il tailla un lambeau sur la region anterieure de la tempe gauche, à la partie la plus voisine du grand angle de l'œil. Ce lambeau, à base inferieure, avait la forme d'un carré allongé de dix à douze lignes de hauteur, sur six ou sept de largeur. Après l'avoir détaché jusqu'à sa base, il le renversa horizontalement par un mouvement de demi-torsion, et vint le mettre en contact avec le fond d'une incision aussi horizontale, qu'il avait pratiquee dans toute l'etendue et dans toute la profondeur de la paupière inferieure, à deux lignes environ de son bord libre. Ensuite, à l'aide de quatre points de suture, ce lambeau fut reuni de chaque côte aux bords de l'incision. Un linge trone, enduit de cerat, un peu de charpie et une petite compresse graduee avec une bande pour les maintenir, composèrent l'appareil; on le leva le lendemain matin, pour s'assurer de l'etat de vie du lambeau qui avait une couleur vermeille. Le troisième jour, il etait deja agglutine dans presque toute son étendue; on ôta les fils, et une pression legère, à l'aide d'une petite compresse graduée, fut faite sur le lambeau qui avait de la tendance à se soulever et à dépasser le niveau des autres parties. La plaie de la tempe ne fut pas réunie, on la pensa à plat. Douze jours après cette opération la paupière était parfaitement relevée, ses mouvemens libres, et la cicatrice du lambeau à peine visible, et beaucoup moins que celle de la brûlure. La plaie de la tempe s'etait beaucoup rétrécie. Et cette jeune fille ne conserve, de cette difformité si désagréable, qu'un peu de rongeur du bord libre des paupières et une légère diminution dans l'ouverture de l'œil, produite par la première opération.

L'ectropion, dû à des cicatrices vicieuses, est une affection qui présente d'autant plus de difficultés au traitement, disent tous les chirurgiens, que, quoiqu'on fasse pour étendre ou pour détruire ces cicatrices, la paupière offre trop peu de prise pour que l'on puisse la maintenir, autant de temps qu'il serait nécessaire dans la situation convenable. L'ectropion de cette espèce est donc le plus souvent incurable. Ni l'incision courbe de Celse, faite à la base de l'orbite, ni l'ablation de la cicatrice, conseillée par quelques auteurs, ne peuvent convenir dans des cas de ce genre, parce que après la guérison la difformité se reproduit tout aussi forte qu'avant l'opération. Le procédé de Zondi, qui consiste à remplacer, au moyen d'un lambeau de peau pris sur la joue, la paupière, lorsqu'elle a été detruite, n'était pas non plus applicable dans l'observation qu'on vient de lire. Le procéde d'Adams offrait plus de chances de succès, puisqu'il s'agissait de guerir un ectropion entretenu par une maladie du tissu même de la paupière; c'est le traitement du bec-de-lièvre, que ce chirurgien a eu l'heureuse idée d'appliquer à cette difformité. Il fait une incision en V, dont la base correspond au bord libre et comble ensuite la perte de substance, au moyen de quelques points de suture qui servent à rapprocher et à mettre en contact les lèvres de la plaie; ce moyen, a bien l'avantage de rendre moins apparente la difformité produite par un ectropion, en diminuant l'étendue du bord libre de la paupière; mais il n'est pas suffisant, puisqu'il ne peut remédier à l'abaissement de la paupière; il a de plus l'inconvénient de rétrécir l'ouverture oculaire. Le procédé de M. Blandin nous parait préférable, parce qu'il réunit toutes les conditions nécessaires, pour guérir radicalement des ectropions, qui, jusqu'à ce jour, étaient le plus souvent considérés comme incurables (1).

TRAVAUX ACADEMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 14 NOVEMBRE.

ACTION DE L'IODE SUR LES BASES ORGANIQUES.

M. Dumas fait, en son nom et celui de MM. d'Arcet et Thènard, un rapport sur un mémoire de M. Pelletier.

Lorsque la decouverte des bases organiques salifiables a été bien constatée, les chimistes ont dû naturellement se demander à quel groupe il fallait les rattacher, les placer avec les oxides basiques, ou parmi les congenères de l'ammoniaque. Or, ce n'était pas d'après leur composition qu'on pouvait se déterminer; car, si ces bases renferment de l'oxigène comme les oxides metalliques, elles contiennent aussi de l'azote et de l'hydrogène comme l'ammoniaque. Il fallait donc recourir à d'autres indications. La chimie possède à ce sujet quelques principes généraux. Ainsi les oxides metalliques, en s'unissant aux acides hydrogenés, à l'acide chlorhydrique, par exemple, forment de l'eau et un chlorure; la destruction réciproque des deux corps, pouvant se faire si les circonstances sont convenables. L'ammoniaque et les hydracides se combinent au contraire sans reaction.

En soumettant les alcalis organiques à cette epreuve, on voit qu'ils se combinent purement et simplement avec l'acide chlorhydrique, ainsi que M. Liebig l'a constaté. « S'il etait demeuré quelques doutes à cet egard, dit M. Dumas, les expériences de M. Pelletier prouvent que les alcalis, s'unissant à l'acide iodhydrique, sans reaction quelconque, le feraient disparaitre. »

Il resulte de là qu'on serait dispose à classer les alcalis végétaux dans le groupe auquel appartient l'ammoniaque, et non parmi les bases analogues aux oxides métalliques.

Mais, quand au lieu de combiner les bases avec les acides hydrogénés on les combine avec des acides oxigénés, il se presente d'autres caractères qui méritent une egale attention. En effet, les oxides metalliques, en s'unissant aux acides oxigenes, peuvent toujours former des sels sans eau; tandis que l'ammoniaque ne se combine à ces acides qu'avec le concours de l'eau. En general, un sel ammoniacal, produit par un acide oxigene, renferme un atôme d'eau indispensable à sa constitution. Les alcalis organiques en se combinant avec les acides oxigénes forment des sels sans eau, d'après M. Baux. Les analyses de Serullas conduisent à la même consequence; celles de quelques codates, faites par M. Pelletier, auraient le même resultat.

Ainsi, d'après leurs rapports avec les acides oxigénés, les alcalis organiques, loin de se classer avec l'ammoniaque, prendraient rang parmi les bases analogues aux oxides metalliques.

On voit donc, poursuit le rapporteur, que des principes de classification, qui, jusqu'à present, ont semblé dignes de confiance, conduiraient dans ce cas à deux conclusions contradictoires. On serait ainsi conduit à former un groupe distinct pour les alcalis organiques, ne sachant auquel des deux precedens les rapporter.

Une question de ce genre meriterait d'être traitée avec un soin tout particulier; les analyses de M. Baup, celles de Serullas et même de M. Pelletier, suffisent bien pour représenter les rapports atomiques, des acides et des bases qu'ils ont mis en presence, mais elles ne suffisent peut-être pas pour faire connaitre si les sels analyses renferment ou non l'atôme d'eau qui fait le nœud de la difficulté, ou du moins pour faire taire toutes les objections à cet égard.

La nature generale des alcalis organiques peut encore être reconnue par d'autres épreuves qui jusqu'à present n'avaient pas été tentees. En effet, on sait que le chlore, le brome ou l'iode, agissent sur les bases oxigénees tout autrement que sur les bases hydrogenees.

Le chlore, par exemple, avec les bases oxigénées forme des chlorures métalliques et produit en même temps des hydrochlorites ou des chlorates. Avec les bases hydrogenees, il les detruit en s'emparant de l'hydrogène.

Les alcalis organiques ne se comportent ni comme les bases hydrogénées, ni comme les bases oxigenees avec les corps de cette espèce, à en juger du moins d'après l'action de l'iode. En effet, sous l'influence de l'eau, l'iode et ses bases se combinent sans reaction et forment des composés definis et cristallisables. Ces bases ne sont donc pas detruites comme l'ammoniaque, elles ne produisent ni iodites ni iodates comme les oxides metalliques.

Ainsi, la strychnine forme un iodure neutre, la brucine un bi-iodure, la cinchonine un sous-iodure comme la quinine. La morphine produit des réactions compliquees. On a donc les combinaisons suivantes :

1 atôme strychnine,	2 atômes iode.
1 atôme brucine,	4 atômes iode.
1 atôme cinchonine,	1 atôme iode.
1 atôme quinine,	1 atôme iode.

M. Pelletier, en faisant connaitre leur existence, observe que les bases qu'on vient de mentionner se comportent comme des radicaux en s'unissant à l'iode. Cette remarque, dit le rapporteur, paraitra fondée, si nous ajoutons que M. Pelletier parmi d'autres caractères inutiles à mentionner, en rapporte un tout-à-fait digne d'interêt.

Les iodures de ces bases soumis à l'action du nitrate d'argent donnent de l'iodure d'argent sans degagement d'oxigène. Les bases s'emparant de cet oxigène se modifient tout comme lorsqu'on la traite par un acide oxidant; mais ici, l'action qui parait plus nette pourrait bien former des composes nouveaux et correspondans aux iodures employés.

L'existence de ces iodures d'alcalis organiques démontrée, celle des oxides qui leur correspondent rendue probable; l'analyse de quelques iodates qui paraissent anhydres, celle de quelques sodhydrates qui se sont formes sans reaction, entre la base et l'acide; voilà les elemens du memoire de M. Pelletier depouilles de tout detail!

Ces quatre séries de corps, disent les commissaires, n'offrent peut-être qu'un mince interêt pratique, mais la discussion philosophique à laquelle ils se attachent est très-digne d'interêt. L'Académie, conformement aux conclusions du rapport, ordonne l'impression du memoire de M. Pelletier dans le recueil des memoires des savans etrangers.

CANCER DU SINUS MAXILLAIRE.

M. Larrey fait un rapport favorable sur un mémoire de M. Roux de Brignolles, relatif à une opération de ce genre.

RÉVEIL ET SOMMEIL DES PLANTES.

M. Dutrochet lit un mémoire sur ce sujet. Il y a des fleurs qui n'ont qu'un seu réveil, qui est leur epanouissement et qui n'ont qu'un seul sommeil qui précède

(1) Les procédés que M. Boinet vient de citer ne sont pas les seuls qui aient été mis en usage pour la restauration palpébrale dans les cas de cicatrice vicieuse. Il y en a, parmi les procedés connus, qui ont reussi et qu'il serait fâcheux de rejeter en masse. (*N. du R.*)

immédiatement la mort de la corolle, telles sont les fleurs des *mirabilis* et des *convolvulus*; il est d'antres fleurs qui présentent plusicurs jours les alternatives du réveil et du sommeil : telle est par exemple la fleur du pissenlit (*Leontodon taraxacum*).

La flenr du *mirabilis jalapa*, comme celle de M. Longiflora pent être considérée comme formée par la soudure de cinq pétales qui ont chacune leur nervure médiane. Ces cinq nervures qui sontiennent le tissu membreux de la corolle, comme les baleines d'un parapluie en sontiennent le taffetas, sont les seuls agens de l'épanouissement de la plante et de son occlusion, se courbaut, dans un cas en dehors, et dans l'antre en dedans.

En observant au microscope l'organisation de ces nervures, on voit, à leur côté interne un tissu cellulaire dont les cellules, disposees en séries longitudinales, décroissent principalement de grandeur du côte interne vers l'externe, en sorte que lors de la turgescence de ces cellules, le tissu qu'elles forment doit se courber de manière à diriger sa concavité en debors. C'est donc lui qui doit opérer l'épanouissement de la corolle ou son *réveil*. An côté interne de chaque nervure existe un tissu fibreux composé de fibres transparentes extrêmement fines et entremêlées de globules disposées en series longitudinales. Ce tissu est situé entre un plan de trachées d'une part et un plan de cellnles snparficielles remplies de l'air, de l'autre.

M. Dutrochet a séparé, par nne section longitudinale, le tissn cellulaire et le tissu fibreux qui composent la nervure, et ensuite plongea le tout dans l'ean. Le tissu cellulaire se conrba vers le dehors, le tissu fibreux vers le dedans de la corolle; ainsi c'est le tissu cellulaire de la nervure qui, par son incurvation, semble opérer le réveil de la corolle, tandis que son oclusion parait résulter de l'incurvation du tissu fibreux.

Une nervure de corolle d'un *mirabilis* encore en bouton, mais voisin de son épanouissement, a eté plongée dans l'ean et s'y courba fortement en debors, prenant ainsi sur-le-champ la courbure qui opère l'épanouissement et le réveil. Transportée dans du sirop de sncre, elle s'y est courbée en sens inverse, ce qui semble indiquer que le mouvement d'épanouissement est dû à l'codosmose. Des expériences subséquentes montrèrent que tel n'est pas le cas.

Une nervure de corolle, prête à s'epanouir et encore légèrement conrbée en dedans, ayant éte isolée et plongée dans l'eau, se courba fortement en-dehors, ce qui est le sens de l'incurvation qui détermine l'épanouissement. Au bout d'environ six heures d'immersion, la nervure quitta son incurvation en-debors, et bientôt elle fut enroulée en spirale en sens contraire. On s'assura que ce second monvement n'était pas dû à une déplétion du tissn cellulaire de la nervure, puisqu'en transportant cette partie dans du sirop de sucre, il n'y eut point renversement de la conrbure. Il devenait probable que c'était à une turgescence du tissu fibreux que le mouvement du debors de la nervure devait être attribué.

En voyant ces tissns si riches en organes respiratoires, l'auteur fut induit à croire que la turgescence était due non pas à un afflux de liquides, mais à un afflux d'élémens gazeux. « Si cette conjcetnre était fondée, dit M. Dutrochet, la nervure qui, plongée dans l'ean aérée, y prenait d'abord l'incurvation en dehors (celle du réveil), et qui y prenait subséquemment l'incurvation en-dedans (celle du sommeil), devait, si on la plongeait dans l'ean non aérée, y conserver invariablement sa première incurvation en-dehors, incurvation qui est dne à l'endosmose des cellnles du tissu cellulaire; cette nervure ne devait ainsi jamais présenter l'incurvation en-dedans, qui est celle du sommeil, et que je pansais être due à l'oxigénation du tissu fibreux. Je dois dire d'abord, ajonte-t-il, que, lorsqn'on plonge une partie végetale peu epaisse dans l'eau non aerée, celle-ci dissout promptement l'air contenu dans les organes pneumatiques de cette partie végetale, et prend la place de cet air, en sorte qu'il n'y a plus d'oxigène respiratoire dans cette partie vegetale. L'expérience justifia cette prévision.»

Ainsi, chez la fleur des *mirabilis*, le reveil et le sommeil, c'est-à-dire, l'épanouissement et l'occlusion de la corolle résultent de l'action alternativement prédominante de denx tissns organiques sitoés dans les nervures de la corolle, et qui tendent à se courber dans des sens inverses, savoir :

1° Un tissu cellulaire qui tend à se courber vers le debors de la fleur, par implétion de liquide avec excès.

2° Un tissu fibreux qui tend à se courber vers le dedans de la fleur par oxigénation.

La corolle du *convolvulus purpureus* offre exactement les mêmes phénomènes que la corolle des *mirabilis* relativement au mécanisme qui opère son épanouissement et son occlusion; la structure intérieure de ses nervures est exactement la même. La fleur des *mirabilis* s'épanouit le soir et se ferme le matin; la fleur du *convolvulus purpureus* s'épanouit vers le milieu de la nuit et ne se ferme que le soir du jour suivant. Ainsi ces deux fleurs sont également nocturnes pour l'heure de leur épanonissement. Si la fleur du *convolvulus purpureus* reste ouverte pendant le jour tandis que la fleur des *mirabilis* se ferme le matin, cela tient en grande partie à ce que la première est beaucoup plus lente que la seconde à oxigéner le tissu fibreux de ses nervures. Dans les fleurs qui, telles que le leontodon taraxacum, offrent pendant plusieurs jours les alternatives d'épanouissement et d'occlusion, le tissu fibreux, agent du sommeil, pard pendant la nuit une partie de l'oxigène qui a été fixée dans son intérieur pendant le jour et qui est la cause de son incurvation, en sorte que celle-ci, ayant le matin perdu de sa force, l'agent du réveil, le tissu cellulaire incurvable, par endosmose, l'emporte à son tour.

— CANDOLLE (de). PRODROMUS SYSTEMATIS NATURALIS REGNI VEGETABILIS, seu enumeratio methodica ordinum, générum, speciorumque plantarum huc usque cognitarum, in-8°. Tomes I à V, 80 fr. Le tome 1er seul, 17 fr.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 22 NOVEMBRE.

Présidence de M. Louyer-Willermay.

Correspondance officielle :

1° Lettre ministérielle, en date du 16 novembre, avec envoi de la recette et de l'échantillon d'une composition contre l'hydrophobie, proposée par le docteur Renard.

2° Lettre ministérielle, idem, avec envoi de la recette et de l'échantillon d'une pommade contre les cors aux pieds, proposée par le docteur Ladouce.

3° Lettre ministérielle, idem, avec envoi du rapport du medcein-inspecteur des eaux et boues de St-Amand.

Correspondance particulière :

1° Lettre de M. Bouvier sur l'orchite.

2° Lettre de M. Debuurg avec envoi de quelques insectes auxquels il attribue la propriété de produire l'ergot,

3° Lettre de M. Bonafous, datée d'Alger, 28 octobre, touchant l'influence du climat d'Alger sur la marche de la phthisie.

4° Lettre de M. Delaporte avec envoi de :

5° Deux observations de fracture du col fémoral.

6° D'un cas d'hémorrhagie abdominale, suite d'une altération de la rate.

7° Hydropisie de l'articulation du genou guérie par le moxa.

8° Histoire d'une opération pratiquee au cou, pendant laquelle il y eut introduction de l'air dans le système vasculaire.

9° Observation d'une hydrocèle enkystée.

10° Lettre de M. Bouchon, avec prière de nommer une commission pour examiner un nouveau lithotriteur de son invention.

11° Observation d'une tumeur encéphaloïde de la plèvre, par M. Hache.

12° Rapport sur les militaires reçus et traités dans les hôpitaux de Compiègne pendant la durée du camp de 1836, par le docteur Ovillette.

— A propos de la lettre de M. Bouvier sur l'orchite, M. Roux demande la parole. Il n'est pas de l'avis de ceux qui croient que le volume de la tumeur dépend en grande partie de l'inflammation de la tunique vaginale et de la sécrétion de cette membrane. Il panse, au contraire, que la maladie réside dans le testicule lui-même. Au reste, dit-il, cette manière de voir n'est pas nouvelle, elle appartient à Hunter.

M. ROCHOUX. J'ai émis une opinion contraire à celle de M. Roux, et j'y persiste. Je mets en fait que sur 100 orchites blennorrhagiques, il y en a au moins 88 avec épanchement dans la tunique vaginale, et je prie l'Académie de se rappeler que M. Velpeau, qui a défendu l'opinion de M. Roux, en accorde la moitie.

M. J. CLOQUET. J'ai vu beaucoup d'orchites et j'ose affirmer que, dans la plupart des cas, le testicule est étranger à la maladie; c'est l'épidydime qui est réellement affecté; j'avoue toutefois que presque toujours alors il y a épanchement dans la tunique vaginale.

M. ROUX. En un sens je suis de l'avis de M. J. Cloquet; quand j'ai parlé de la maladie du testicule, il est évident que je n'en séparais pas l'epidydime; c'est presque toujours par là que l'inflammation commence, après quoi elle se communique au testicule lui-même.

EMPYÈME.

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur l'empyème.

M. BARTHÉLEMY. On a dit, dans la dernière séance, que la pleurésie était commune parmi les chevaux et qu'elle y était souvent mortelle. La première proposition est incontestable, et la raison en est facile à comprendre : les chevaux, et surtout les chevaux employés à des services publics, sont plus que tous les autres exposés à toutes les intemperies des saisons, c'est-à-dire aux causes les plus efficaces des inflammations des organes de la respiration. Mais est-il vrai qu'elle soit aussi souvent mortelle qu'on l'a dit? Est-il vrai qu'elle se termine souvent par épanchement? Distinguons : lorsque la pleurésie est attaquée dès le principe et vivement, c'est-à-dire par des saignées abondantes et rapprochées, elle finit presque toujours par resolution, ou, s'il se forme un commencement d'épanchement, l'absorption le fait aisément disparaitre; mais si l'on s'y prend trop tard ou trop timidement, alors, j'en conviens, il se fait dans huit ou dix jours un épanchement avec formation de fausses membranes, d'autant plus résistantes qu'elles sont en grande partie composées de fibrines. C'est ce qui a été vérifié par M. Lassaigne, professeur de chimie à l'école vétérinaire d'Alfort.

Maintenant à quelle époque faut-il opérer? à la fin de la maladie c'est trop tard, et si on a recours à la ponction, elle ne fait que hâter la mort des animaux : témoin les observations de M. Gohier de Lyon et de M. Volpi de Milan.

Opérera-t-on plutôt au début de l'épanchement? Alors on a l'introduction de l'air à craindre. Je sais bien qu'on a dit qu'elle était sans danger; mais ici encore il faut distinguer. MM. Trousseau et Leblanc se sont assurés que, lorsque cette introduction est momentanée, elle n'a point d'inconvéniens graves; il en est autrement lorsqu'elle est prolongée, alors elle détermine réellement des inflammations infiniment redoutables.

Si nous passons aux plaies de poitrine avec épanchement, soit de sang, soit de pus, soit de sérosité, c'est toujours la même chose; s'il n'entre pas d'air, le cas

est beaucoup moins grave; s'il en entre, le liquide épanché se corrompt, il acquiert une odeur fétide et la plèvre s'enflamme.

C'est une vérité incontestable, en chirurgie vétérinaire, que l'opération de l'empyème est presque toujours sans résultat. Si la médecine humaine conserve encore des doutes, c'est qu'elle met une grande importance à prolonger la vie d'un malade; au contraire, le médecin vétérinaire n'a aucun intérêt à retarder les derniers momens de l'animal qu'il ne peut pas espérer de conserver; loin de là, c'est une charge pour le propriétaire.

Avant de quitter la parole, je relèverai l'erreur d'un de nos collègues. On a dit que la pleurésie faisait périr beaucoup de chevaux de l'administration des Omnibus. Je donne des soins à ces chevaux, dont le nombre s'élève à 800, et j'affirme ici que c'est beaucoup, s'il en meurt un tous les ans, de la maladie dont nous parlons!

— M. Cruveilhier. Lorsqu'à l'occasion de l'observation qui vous a été communiquée par M. Roux, j'engageai la discussion, je n'entendis parler que d'un seul point. L'existence de l'épanchement reconnue, le moment de l'opération arrivé, comment faut-il évacuer le liquide? faut-il lui donner issue tout à coup ou à plusieurs reprises? Et remarquez que la même question se présente à propos des abcès et de tous les épanchemens possibles. J'ai rapporté l'histoire d'une jeune personne de 16 ans, qui, avec une hernie ombilicale, portait une ascite. Raisonnant comme l'a fait M. Roux, j'évacuai d'abord deux litres de liquide; deux jours après, encore deux litres; à la troisième évacuation, il survint une péritonite qui emporta rapidement ma malade. Cependant je n'employai à la ponction qu'un stylet très-fin. J'avais espéré que cette évacuation successive du liquide permettrait aux parois de l'abdomen de revenir insensiblement sur elles-mêmes. Cette théorie est encore plus séduisante appliquée à l'hydrothorax. En effet, ici le poumon est comprimé, affaibli; les parois de la poitrine, en grande partie osseuses, ont nécessairement beaucoup moins d'élasticité. Si on évacue le liquide tout à coup, il est clair que l'air en prendra la place avec d'autant plus de facilité que le vide sera plus grand, et l'opinion générale place là tout le danger. J'ai parlé d'une discussion entre Pelletan et Dupuytren: Ils s'accordaient sur la nécessité de prévenir l'introduction de l'air, mais ils différaient sur les moyens. Dupuytren recommandait d'évacuer le liquide jusqu'à la première bulle d'air qui pénétrait dans la poitrine; mais il voulait qu'à ce moment on s'arrêtât et qu'on fermât la plaie.

J'ai fait quelques expériences pour vérifier les conjectures de Dupuytren et des autres touchant l'influence de l'air. J'ai ouvert la poitrine à un chien d'un côté seulement; j'ai fait d'abord une petite ouverture, puis une ouverture plus grande. Je m'attendais que le poumon de ce côté, comprimé par l'air extérieur, cesserait de jouer; loin de là, à chaque inspiration, l'air sortait par la plaie assez vivement pour éteindre la flamme d'une bougie.

Un peu surpris de ce résultat, je poussai l'expérience plus loin, j'ouvris les deux côtés de la poitrine, bien convaincu que l'animal périrait promptement d'asphyxie. Erreur; l'animal a vécu avec une respiration presque naturelle; il vit encore aujourd'hui, 12 ou 15 jours après cette cruelle épreuve. Lorsque j'ai fait cette expérience, je la croyais nouvelle; j'ai lu depuis qu'elle avait été faite. Un jour un jeune professeur plein de talent, demanda à Van-Swieten ce qui adviendrait si on ouvrait les deux côtés de la poitrine à un animal. Van Swieten répondit sans hésiter que la respiration serait suspendue et que mort s'ensuivrait. Alors son interlocuteur tire un chien qu'il cachait sous ses habits et qui n'en respirait guère moins bien quoiqu'il eût subi l'expérience dont nous parlons.

Alors Van-Swieten imagina que la respiration se soutenait parce que les ouvertures faites à la poitrine étaient moins grandes que la glotte; mais je me suis assuré que l'étendue des ouvertures ne change pas le résultat.

De tout cela je conclus que l'introduction de l'air dans la poitrine est peu ou point dangereuse. Ce n'est pas l'air qui a compromis si gravement les jours du malade opéré par M. Roux, c'est la sonde qu'il a laissée à demeure dans la plaie. Au reste, plusieurs chirurgiens donnent les mêmes préceptes; ils conseillent de laisser une mèche de charpie, une *tente* entre les lèvres de la plaie; mais aussi ils perdent presque tous leurs malades.

M. Larrey. Je rédige en ce moment sur cette opération une note que j'aurai l'honneur de communiquer prochainement à l'Académie.

M. Castel. Ce que vient de dire M. Cruveilhier peut être vrai de l'état sain, mais je ne crois pas qu'on en puisse faire l'application à l'état malade, et c'est à quoi l'on ne réfléchit pas assez dans les expériences sur les animaux. Je ne m'étonne point du reste que l'air extérieur ne comprime pas les poumons, et n'en altère pas les fonctions. Il faut considérer que l'introduction de l'air par les voies naturelles et l'introduction de l'air par les ouvertures artificielles faites à la poitrine, se contrebalancent et se font équilibre. Dans tous les cas, l'air n'est pas la seule cause, il s'en faut bien, des dangers de la ponction thoracique; une autre cause est dans le lieu qu'occupe la collection purulente.

On a dit, dans cette enceinte, que la pleurésie n'est pas dangereuse quand elle est simple; mais, Messieurs, elle est très-rarement simple. Consultez Morgagni, et vous verrez qu'il a rarement ouvert des corps, morts d'inflammation thoracique, où il n'ait trouvé tout à la fois pleurésie et pneumonie; et de là le nom ·i usité de pleuro-pneumonie.

Avant de terminer, je dois réhabiliter la pratique du médecin qui a donné lieu à cette discussion, de M. Faure. M. Faure est un homme fort instruit, quoiqu'il ait perdu plusieurs malades des suites de l'opération de l'empyème. Remarquez, Messieurs, que quelques-uns sont entrés à l'hôpital avec un épanchement tout formé; il ne s'agissait donc pas de le prévenir; et, quand il n'aurait pas existé, croyez-vous qu'il suffise de saigner et de saigner encore, pour trancher la maladie? N'en croyez rien, Messieurs. Je remarque que l'année dernière, à pareille époque, mais à une autre occasion, les grands *saigneurs* ont voulu engager une discussion avec les petits *saigneurs*. Qu'est il arrivé? les deux camps se sont-ils rapprochés? en aucune manière: chaque parti est resté ferme dans ses principes, et je crois voir les mêmes dispositions d'esprit.

— M. Piorry. Je m'étonne, Messieurs, de la confusion de la discussion. On demande si on peut pratiquer l'opération de l'empyème avec succès; mais cela dépend de l'état des organes. Et, par exemple, croyez-vous que l'épanchement primitif et aigu soit comparable à l'épanchement secondaire et consécutif? Comparerez-vous le malade qui a des tubercules dans le poumon avec celui qui n'en a pas? Commençons donc par bien poser la question. D'un autre côté, on a parlé de l'introduction de l'air dans la poitrine; mais ce n'est pas tout; presque toujours, après l'évacuation du liquide, la poitrine se resserre, se rapetisse; le foie remonte, le cœur remonte; c'est ce dont je me suis assuré à l'aide de la percussion et de l'auscultation.

A l'égard des expériences de M. Cruveilhier, je dirai que je les ai faites depuis longtemps. Lorsqu'on n'ouvre la poitrine que d'un côté, l'animal vit; il meurt si on l'ouvre des deux côtés.

Enfin on a parlé des *pleurites* simples. Mais, qu'est-ce que cela signifie? quelle est la *pleurite* simple? Quelle est la *pleurite* qui ne l'est pas? est-ce parce que les malades de M. Louis sont guéris qu'ils avaient une *pleurite simple?* Au reste, j'ai assez d'expérience de cette maladie pour dire que les inflammations les plus simples de la plèvre tuent encore quelquefois.

M. Amussat. M. Cruveilhier vous a dit que l'entrée de l'air dans la poitrine ne comprimait pas le poumon. A cela je réponds par une expérience de Bichat. Qu'on enlève la peau, les muscles intercostaux jusqu'à la plèvre. Arrivé là, on voit, comme à travers une vitre, le poumon se dilater et se resserrer tour à tour. Mais, qu'on perce la plaie, à l'instant le poumon s'affaisse et reste immobile; qu'on ferme l'ouverture avec le doigt, et la respiration recommence. Il est probable que, si les choses se sont passées autrement dans les expériences de M. Cruveilhier, c'est qu'il n'avait pas pris toutes les précautions nécessaires pour tenir les ouvertures béantes.

M. Gimelle. J'ai pratiqué ou vu pratiquer huit fois l'opération de l'empyème, cinq fois pour des pleurésies aiguës, trois fois pour des cas d'une autre nature. Les malades avaient de 21 à 30 ans. Toujours ils se sont sentis soulagés après l'opération; mais, vers le huitième jour, douleurs, inflammation, fièvre, suppuration abondante, d'une fétidité telle qu'il fallait isoler les malades. A chaque pansement l'air se pressait, s'engouffrait dans la poitrine. Finalement, ils sont tous morts, terme moyen, au bout de 40 jours. A l'ouverture des corps, on trouvait le poumon affaissé, refoulé au sommet de la poitrine, et la plèvre tapissée de fausses membranes jaunâtres et molles, quoique assez résistantes. Je vis que le poumon était refoulé chez tous ces malades, à l'exception d'un seul qui portait des tubercules.

— M. Lisfranc présente une pièce anatomique. Une demoiselle vit paraître sur une des apophyses mastoïdes un petit bouton qui, en 9 mois, acquit le volume de la tête d'un fœtus à terme. Plusieurs médecins de Paris avaient été consultés, et sur le nombre il s'en trouva qui conseillaient l'extirpation. M. Lisfranc fit prudemment une ponction explorative et s'assura de cette manière qu'il avait affaire à un cancer encéphaloïde. Du reste, cette jeune personne conserva l'intégrité de ses sens et de ses facultés intellectuelles jusqu'à trois ou quatre jours avant de mourir. On examina attentivement sur le cadavre cette tumeur. Elle avait des prolongemens jusques dans la fosse zigomatique; la face supérieure des rachis était corrodée; enfin on trouva une tumeur de même nature dans la fosse moyenne de la base du crâne, tumeur qui égalait le volume d'un œuf de dinde. On comprend combien, à l'aspect de tant de désordres, le chirurgien de la Pitié dut se féliciter de sa prudente réserve.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

LE MÉDECIN DES SALLES D'ASILE, ou Manuel d'hygiène et d'éducation physique de l'enfance, destiné aux médecins et aux directeurs de ces établissemens; et pouvant servir aux mères de famille; par le docteur L. Cerise, médecin-surveillant d'une des salles d'asile de Paris.

L'institution des salles d'asile est encore d'une origine si récente, au moins en France, et elle a un but si louable, elle promet des résultats si heureux, qu'il est du devoir de la presse et surtout de la presse médicale de favoriser tout ce qui peut être utile à la propagation ou à l'amélioration de ces établissemens. Ce n'est pas cependant que, considérés sous un certain point de vue, ils n'offrent quelques inconvéniens. Ainsi, la réunion nombreuse de tant de petits enfans dans des chambres étroites, dans des lieux peu aérés, est, on ne l'ignore pas, une circonstance peu favorable non-seulement à leur santé actuelle, mais encore au libre développement de leurs organes et surtout de ceux de la respiration. A une époque où le moraliste et le médecin hygiéniste déplorent les agglomérations d'êtres humains dans des espaces insuffisans, et réclament de l'industrie et des gouvernemens l'adoption des moyens propres à les empêcher, nous ne verrions pas sans quelque peine les enfans eux-mêmes soumis, dès leurs premières années, à cette vie d'encombrement qui est si funeste à un âge plus avancé, si l'état d'abandon et de vagabondage où ils sont la plupart du temps, ne leur était beaucoup plus nuisible encore. Nous admettons donc l'utilité

des salles d'asile dans l'état actuel de la société, et nous nous empressons de recommander le travail du docteur Cerise à l'attention de toutes les personnes qui portent quelque intérêt à ces établissemens de bienfaisance.

Ce volume n'est pas uniquement destiné aux médecins, comme semble l'indiquer le titre; nous craignons même que ce titre ne jette une espèce de défaveur sur l'ouvrage, et ne le fasse confondre avec quelques œuvres du charlatanisme qui ont emprunté des titres à peu près semblables. Nous croyons bien que l'auteur aurait pu éviter, sur les maladies spéciales à l'enfance, quelques détails qui sont trop incomplets pour être utiles à l'homme de l'art, et qui seraient déplacés dans les mains des gens du monde; cependant, l'intention qui l'a guidé dans son travail, et la manière dont il l'a exécuté, rachètent largement ce petit défaut, et font à la fois honneur et à ses vues bienfaisantes et à ses connaissances hygiéniques.

Mémoire sur l'encéphalite aigue et chronique, par Mansuy-Alphonse Rampont, D.-M. P. — Paris, 1836. 58 pages in-8°.

Ce travail contient une foule de discussions purement théoriques, au moins pour la plupart, sur l'inflammation du cerveau et de ses membranes, qu'il nous serait impossible de reproduire ici, même de la manière la plus sommaire. L'étude des affections cérébrales est encore trop peu avancée pour que les recherches, purement spéculatives, puissent être d'une utilité immédiate. Les bases mêmes sur lesquelles cette étude doit s'appuyer, sont loin d'être établies d'une manière assez positive, au moins à notre avis, et le nombre des faits authentiques et bien recueillis qui doivent servir à cette étude, est loin d'être assez considérable pour qu'on puisse déjà en tirer des inductions de quelque valeur. Cependant, et, bien que l'auteur fasse jouer, dans les affections cérébrales, à l'inflammation, un rôle plus important que celui qui est démontré par les faits, M. Rampont a fait preuve à la fois dans cette brochure d'une logique serrée et de connaissances pathologiques étendues.

Histoire du vaccin découvert a Amiens en 1836, par V. Autier, médecin; suivie de quelques réflexions sur son utilité. — Paris, 1836. 60 pages in-8°.

Le cow-pox venait à peine d'être découvert à Paris et à Passy, dans les premiers mois de l'année 1836, que l'auteur de cette brochure faisait la même découverte à Amiens ou aux environs. Ceux qui trouveraient de l'intérêt au récit de cette découverte, des circonstances dans lesquelles elle a été faite et des expériences qu'elle a suggérées à M. Autier, parcourront la brochure. Nous nous contenterons de dire que ce fut dans les premiers jours de juin de cette année que M. Autier fut appelé pour voir les quatre domestiques d'une maison où il y avait beaucoup de vaches, que tous les quatre présentaient sur les mains des traces d'éruption plus ou moins avancées qui lui offrirent les caractères de la vaccine, et que les expériences qu'il fit à cette occasion ne lui laissèrent aucun doute sur l'identité de cette éruption avec le cow-pox, identité qu'il nous paraît difficile de nier après les preuves que l'auteur apporte à l'appui.

Tout en admettant les faits avancés par M. Autier, nous croyons cependant devoir combattre quelques-unes des opinions qu'il a avancées à cette occasion, entraîné sans doute par l'importance exagérée qu'il attache à la découverte du nouveau vaccin, lorsqu'il lui attribue une grande supériorité, comme préservatif de la variole, sur le vaccin communément employé et dont l'origine remonte probablement à l'époque de la découverte de Jenner. Mais cette assertion suppose que le vaccin aurait perdu de son efficacité par ses transmissions fréquentes de bras à bras; et bien que cette opinion ait été déjà émise plusieurs fois, elle n'a jamais été appuyée de preuves de quelque valeur. Le vaccin que nous obtenons chaque jour avec l'ancien virus ne diffère nullement, pour les caractères anatomiques, de celui obtenu par Jenner dès la première année. En supposant encore que le vaccin eût éprouvé depuis 40 ans une modification analogue à celle que paraissent avoir subie la plupart des affections contagieuses depuis quelques siècles, il n'en résulterait pas qu'il fût moins efficace pour protéger contre la variole, car les maladies contagieuses, quoique peut-être moins graves qu'autrefois, n'ont rien perdu de leur propriété contagieuse et, il ne paraît pas qu'un plus grand nombre de sujets vaccinés soient aujourd'hui atteints de petite vérole que dans les premières années qui suivirent la découverte de la vaccine.

Histoire du choléra-morbus qui a régné dans l'armée française au nord de l'Afrique, et parmi les autres habitans de cette contrée, en 1834 et en 1835; par M. Audouard, D.-M. M., médecin principal d'armée. — Paris, 1836. 200 pages in-8°.

Mémorie sul choléra-morbus, appendice al bullettino delle scienze mediche publicato per cura della societa medico-chirurgica di Bologna; fasc. 1.

Mémoire sur le choléra-morbus, publié par la société médico-chirurgicale de Bologne; premier fascicule, 80 pages in-8°. Bologne, 1836.

A peine le choléra a-t-il disparu d'un endroit qu'on le voit immédiatement se montrer ailleurs, offrant partout la même marche, les mêmes phénomènes morbides et la même gravité; et les pays qu'il n'a pas encore visités doivent s'attendre à ne pas être plus épargnés que les autres. Il doit être évident aujourd'hui qu'il ne respecte plus rien; les pays les plus civilisés aussi bien que les moins avancés, les lieux élevés et les plaines sont presque également maltraités; enfin les terrains volcaniques eux-mêmes ne sont plus à l'abri de ses dévastations. De leur côté, les médecins de toutes les contrées continuent à publier les observations qu'ils ont été à même de faire sur cette terrible maladie, et nous voyons arriver à la fois les travaux publiés dans des lieux souvent bien éloignés. Le premier fascicule publié par les soins de la société médico-chirurgicale de Bologne, contient deux mémoires et le commencement d'un troisième dont la fin doit se trouver au commencement du second fascicule.

Dans le premier de ces deux mémoires, le célèbre physiologiste Bellingheri s'efforce de rattacher le choléra à une affection du grand sympathique et d'expliquer les formes différentes sous lesquelles il se présente par la maladie des différentes branches de cette partie importante du système nerveux. Dans le second, le professeur Pucciuntti présente d'importantes considérations générales sur les maladies contagieuses et en particulier sur le choléra-morbus, appuyées sur les observations qu'il a recueillies à Florence et à Livourne pendant l'épidémie de 1835. Nous ne pouvons analyser ici ces deux travaux déjà importans par eux-mêmes et qui le deviennent encore plus par la distinction que leur a accordée la société médico-chirurgicale de Bologne, en les faisant insérer dans ses mémoires; nous préférons nous en tenir, pour le moment, à cette simple mention et consacrer plus tard, lorsque la société médico-chirurgicale de Bologne aura achevé la publication de ces mémoires, un article spécial à leur examen.

Nous avons parcouru avec intérêt l'histoire du choléra-morbus dans l'armée d'Afrique, par M. le docteur Audouard. Ce travail offrait d'autant plus d'importance que l'auteur a eu l'occasion d'observer cette maladie sur des populations différentes, vivant sous le même ciel, mais ayant des mœurs et des habitudes dissemblables. En effet, dans l'enceinte de la même ville on voyait, à côté les uns des autres, les Maures, les Juifs et les Européens. Qu'on ne croie pas que le choléra ait fait peu de ravages en Afrique; à Constantine, par exemple, sur trente mille habitans que contenait la ville au moment de l'invasion, cinq mille sont morts, c'est-à-dire un sur six. Quelques recherches sur la manière dont le choléra s'est développé dans ce pays, sur les circonstances qui ont paru favoriser ou contrarier ses progrès, ajoutent encore à l'intérêt de la narration et complètent le but que se proposait l'auteur, qui, ayant été envoyé en Afrique par le ministre de la guerre, pour y observer le choléra-morbus, devait spécialement chercher, dans l'hygiène des camps et des casernes, les circonstances qui pouvaient exercer quelque influence sur sa marche et son développement.

Le Rédacteur en chef, Jules Guérin.

PARIS. — IMPRIMERIE ÉVERAT ET COMPAGNIE, RUE DU CADRAN, N° 16.

N° 49. (TOME IV. — 1836.) SAMEDI 3 DÉCEMBRE 1836.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La Gazette médicale de Paris (*Gazette de santé* et *Clinique des hôpitaux* réunies) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et équivaut à 6 feuilles in-8°. Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois. Pour l'Étranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Poissonnière*, n° 5, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

PHILOSOPHIE ANATOMIQUE.

DES DIFFÉRENCES DES ANOMALIES ET DES ALTÉRATIONS PATHOLOGIQUES; par M. Isidore Geoffroy-St-Hilaire, membre de l'Institut (1).

Les auteurs n'ont, pour la plupart, établi aucune distinction (2) entre les lésions maladives ou vraiment pathologiques et les déviations anomales ou tératologiques, pour eux sujet commun de cette branche si importante, mais si mal définie des sciences médicales, l'anatomie pathologique. Ouvrez, en effet, les livres même les plus récens, et vous y trouvez les altérations maladives et les anomalies, non-seulement groupées sous les mêmes titres généraux, chose juste et rationnelle, non-seulement mises en parallèle, mais intimement mêlées, mais assimilées et confondues entre elles. Ainsi la persistance dans un organe de ses conditions primitives de structure et sa dégénérescence maladive, sa fissure par non réunion et sa déchirure violente, sa non conformation et sa disparition accidentelle, sont presque identifiées les unes aux autres, et cela sans qu'on prenne nulle part la peine de démontrer par quelques considérations théoriques la justesse de ces rapprochemens que leur évidence sans doute et l'assentiment universel mettent suffisamment à l'abri de toute objection.

(1) Cet article est extrait du tom. III inédit de l'ouvrage de M. Isidore Geoffroy-St-Hilaire sur *les monstruosités*. Les tom. II et III de cet important ouvrage sont sous presse et paraîtront très-prochainement.

(2) La distinction des vices de conformation en *congéniaux* et *acquis* après la naissance, distinction si souvent reproduite dans les ouvrages d'anatomie pathologique, n'est point elle-même une distinction établie entre les anomalies et les altérations pathologiques; car il est des vices de conformation non congéniaux, et de maladies congéniales.

Feuilleton.

DE LA NOUVELLE CHAIRE DE MONTPELLIER. — CANDIDATURE DE M. PARISET A L'ACADÉMIE FRANÇAISE.

(Voir le numéro précédent.)

Nous avons exposé dans notre précédent article les motifs principaux qui nous font approuver la création de la nouvelle chaire de Montpellier. Cette chaire, en effet, telle qu'elle est définie par l'ordonnance d'institution, nous paraît être un premier retour dans une direction que l'école de Montpellier n'aurait pas dû quitter, et où on fera bien de la remettre quand même elle n'en verrait pas elle-même la nécessité. A ce propos il est peut-être bon de rectifier un bruit qui s'est répandu, et dont nous avons été surpris de trouver la confirmation dans deux lettres écrites par un professeur de Montpellier. On a dit que l'école avait été consultée sur la convenance et l'utilité de cette chaire, et qu'elle s'était décidée pour la négative à l'unanimité de tous ses membres, moins une voix, ce qui n'avait pas empêché le ministre de passer outre et de créer la chaire repoussée par une si imposante majorité. Il y a ici nécessairement quelque malentendu. Ce qui est certain, c'est que la Faculté de Montpellier *n'a pas été consultée*, et qu'elle n'a pu en conséquence donner au ministre la réponse qu'on lui attribue. Si on s'étonnait que la Faculté n'eût pas été consultée, il suffirait peut-être de faire observer que cette marche n'est pas sans précédens. Ainsi, par exemple, en 1834 on a créé à Montpellier, sans demander l'avis de la Faculté, une chaire de chimie, dite générale, pour un professeur qui était déjà chargé d'un cours de chimie à l'école de pharmacie, et la Faculté n'a pas réclamé. On ne s'est pas plaint du superflu, bien qu'il existât déjà à la Faculté une chaire de chimie, qui, pour ne pas être confondue avec la *générale*, a été appelée *pharmaceutique*, sans compter qu'il y a à la Faculté des sciences une quatrième chaire de chimie. Voilà bien des chimistes pour une école médicale. Si ces quatre chaires appartenant à une des *sciences accessoires*, sont indispensables à Montpellier, il n'est pas probable qu'une chaire de plus pour la science *principale* y soit déplacée. Du reste, si cette création avait besoin, indépendamment de son importance et de son utilité propres, d'être justifiée par des considérations extérieures, on pourrait en alléguer plusieurs et de diverses sortes. Ainsi: 1° Des précédens. Une chaire de pathologie et de thérapeutique générales a été créée à la Faculté de Paris en 1831. Sa création fut décidée par des motifs généraux analogues à ceux qui ont déterminé l'institution de celle de Montpellier.

Pour moi, au contraire, en établissant la nécessité de considérer l'ensemble de nos connaissances sur les anomalies comme une branche distincte et nouvelle des sciences physiologiques; en montrant par une multitude d'exemples comment les hémitéries et les monstruosités elles-mêmes ne font ordinairement que réaliser dans un être les conditions normales d'un autre type; enfin, en insistant dans le chapitre précédent sur les rapports généraux et pour ainsi dire sur le parallélisme de la série des anomalies et de la série zoologique, j'ai apporté des preuves nombreuses et irrécusables à l'appui de cette vérité importante (1) : que les anomalies et les lésions pathologiques forment deux genres de déviations très-distinctes et souvent même inverses par leur nature. Et s'il en est ainsi, confondre ces deux genres, c'est commettre une erreur grave et opposer à la fois aux progrès de l'anatomie pathologique proprement dite et à ceux de la tératologie, des obstacles que des distinctions quelque peu précises lèveraient aussitôt.

D'où vient que l'étude des mêmes faits ait conduit les auteurs, et m'ait conduit moi-même à des résultats diamétralement opposés sur les rapports des anomalies avec les lésions maladives? D'où vient que la tératologie, intimement confondue dans leurs ouvrages avec l'anatomie pathologique, n'en soit pas même pour moi un rameau distinct, et qu'elle constitue à mes yeux une science spéciale, parallèle, il est vrai, à l'anatomie pathologique, mais isolée de celle-ci et non moins étendue qu'elle-même?

C'est que les anomalies ont été principalement considérées, par presque tous les auteurs, sous le point de vue pratique; par moi, sous le point de vue théorique. Ils se sont proposé pour but leur guérison; et moi, leur connaissance approfondie, et par elle, la vérification et l'extension des lois générales de l'organisation.

Or, sous le point de vue pratique, les anomalies sont de deux genres. Les unes, et ce sont les plus nombreuses, ne rendent point nécessaires les secours de la médecine ou de la chirurgie, soit que, très-peu importantes, elles soient sans influence sur les fonctions vitales, soit au contraire que trop graves elles excluent complétement la viabilité. D'autres, au contraire, plus ou moins nuisibles aux êtres qui les présentent, ou même, si elles sont abandonnées à elles-mêmes, nécessairement mortelles, sont susceptibles d'une guérison complète ou au moins d'une amélioration. Les premières sont pour les praticiens presque comme si elles n'existaient pas : aussi en a-t-on souvent fait abstraction, ou ne les a-t-on mentionnées qu'accessoirement et seulement pour mémoire, à la suite des secondes, les seules dont la connaissance importe directement à la pratique. Pour les praticiens et pour tous les auteurs qui ont pris le même point de départ, la science s'est ainsi trouvée par le fait réduite à la connaissance d'anomalies équivalentes à de véritables maladies par l'influence fâcheuse qu'elles exercent sur l'organisation, comme aussi par la nature des ressources dont l'art peut disposer contre elles; d'où la réunion toute naturelle de la tératologie à l'anatomie pathologique.

En théorie, au contraire, une maladie et une anomalie sont choses toujours très-dissemblables, souvent contraires. Une maladie survient après que les organes se sont formés et développés, et les éloigne des conditions normales auxquelles ils étaient déjà parvenus (1). Une anomalie survient pendant leur formation ou leur développement (2), et les empêche d'arriver à ces mêmes conditions normales. L'une change ce qui a déjà été fait, l'autre ce qui doit se faire. En d'autres termes, pour l'anatomiste, une maladie est une altération, une déformation; une véritable anomalie est une formation insolite.

La maladie et l'anomalie ne sont pas moins différentes sous le rapport physiologique. La maladie est tout ce qui trouble la santé, indépendamment de toute modification organique appréciable; d'où la possibilité, souvent réalisée, comme chacun le sait, qu'un individu soit malade et même gravement malade, sans que la conformation d'aucune partie de son être ait subi une altération sensible. L'anomalie, au contraire, est toute inégalité, toute modification insolite dans la formation ou le développement des organes, indépendamment de toute influence exercée sur la santé; d'où la possibilité qu'un être anomal, et même gravement anomal, jouisse d'une santé parfaite. S'il s'agissait de citer ici des exemples, je n'éprouverais d'autre embarras que celui du choix, au milieu d'une multitude de cas également remarquables. Quel rapport existe-t-il entre des êtres malades et ces êtres anomaux de toute classe que j'ai montrés parcourant pleins de santé toutes les périodes de la vie? quel rapport entre les symptômes d'une maladie, premiers pas faits vers la désorganisation et la mort, et les circonstances anomales de la vie des monstres, les manifestations insolites de leur volonté et de leur sensibilité, leurs habitudes et leurs conditions singulières d'existence : phénomènes qui n'excluent en rien la santé parfaite, et qui, loin d'offrir les moindres indices de trouble et d'altération, sont les effets nécessaires du jeu libre d'organes entièrement sains, mais étrangers par leur conformation à l'espèce qui les présente? Il y a plus; on a vu que ces êtres anomaux qui ne viennent au monde que pour mourir, ou naissent déjà privés de vie, ne sont point eux-mêmes des êtres malades; ils succombent, sans que leurs organes aient subi la moindre altération vraiment pathologique, mais parce que, transportés tout à coup au sein d'un monde nouveau, leur organisation inachevée cesse d'être en harmonie avec les circonstances nouvelles qui les entourent.

Il est vrai qu'une anomalie et une maladie existent quelquefois chez le même sujet, et s'y modifient réciproquement; il est vrai même, et c'est ce que j'établirai bientôt, qu'elles peuvent être causes l'une de l'autre. Mais cette coexistence, cette relation de cause à effet, et quelques difficultés de détail qui en peuvent naître, n'empêchent pas que l'anomalie et la maladie ne soient deux modifications très-différentes de l'état régulier, l'une étant complétement indépendante de l'autre, et existant, si ce n'est par exception, sans celle-ci, comme celle-ci sans la première.

La science des maladies, ou la pathologie, et encore bien moins, l'anatomie pathologique (3), qui n'en est qu'une simple branche, ne peut

(1) Je l'ai déjà énoncée dans mes *Propositions sur la monstruosité considérée chez l'homme et les animaux*, thèse inaug., août, 1829, p. 44.

(1) Ce qui peut avoir lieu, on le conçoit facilement, même chez le fœtus. Chaque époque de la vie fœtale a son type normal propre, type différent du type normal définitif.

(2) Il faut excepter toutefois les anomalies par excès de développement. Mais celles-ci sont en très-petit nombre, et leur détermination par rapport aux altérations pathologiques, n'offre jamais de difficultés réelles.

(3) A moins toutefois qu'étendant contre l'usage le sens de ce mot, on ne veuille faire de l'anatomie pathologique une vaste science comprenant à la fois

---

2° Cette chaire existait jadis dans la Faculté de Montpellier sous une autre dénomination (Instituts de médecine et d'hygiène); mais cet enseignement général, déjà beaucoup trop élémentaire, disparut en 1826, lors de l'institution de la chaire spéciale d'hygiène, qui laissa en dehors les instituts de médecine.

3° Elle existe et a existé dans la plupart des universités étrangères et surtout dans celle des Pays-Bas et de l'Allemagne.

4° En 1835 la commission des finances de la chambre des députés, dans son rapport spécial sur le budget de l'instruction publique, a appelé l'attention du gouvernement sur cette lacune de l'enseignement de Montpellier.

5° En avril 1835, les pairs de France, les députés et les principales autorités du département de l'Hérault, adressèrent au gouvernement une demande expresse pour le rétablissement de cette chaire.

Ces considérations auraient quelque poids, si elles n'étaient d'ailleurs parfaitement superflues. La création de la chaire se justifie par des raisons directes, tirées de sa valeur et de son utilité propres. Cette chaire, ainsi que l'indiquent et son titre et le programme précis de ses attributions, tracé par le ministre, aura pour but l'enseignement des vérités générales dont se compose la science des maladies et l'art de guérir, enseignement philosophique et littéraire tout à la fois, puisqu'il aura pour base la recherche des principes et la critique des idées. Elle remplira donc un vide d'autant plus apparent, que toutes les spécialités pathologiques, anatomiques, chirurgicales, chimiques et autres, sont suffisamment représentées, tandis que la science des maladies, qui compte à la Faculté de Paris trois professeurs, n'a à Montpellier qu'un seul organe. On peut nier, et on l'a fait, non-seulement l'utilité d'un pareil enseignement, mais encore sa possibilité. Qu'est-ce que la pathologie *générale*, en effet? qu'est-ce que la thérapeutique *générale*? Ces mots sont vides de sens. Toute pathologie et toute thérapeutique ne sont-elles pas nécessairement spéciales? On ne peut pas plus parler des maladies en général, que les traiter en général. A cela nous répondons que la pathologie générale n'est autre chose que la pathologie même, c'est-à-dire la science des maladies en tant que cette science diffère de la physiologie. C'est l'étude de tous les phénomènes anormaux de l'organisme, considérés dans leur ensemble comme un grand phénomène dont il s'agit de découvrir les lois les plus générales sous la variété infinie des cas particuliers, pour en déduire des règles de pratique rationnelles. C'est l'étude des maladies particulières, considérées comme autant de faits et de manifestations du fait total à connaître, qui est la maladie. Quand ce grand fait sera expliqué et connu dans toute son étendue, on aura une *science* pathologique; jusque là on n'a que des observations et des faits qui ne méritent même ces noms, que lorsqu'on leur donne une valeur quelconque en les rattachant à des principes. Or, les faits et observations, tant qu'ils ne sont pas formulés en une théorie régulière et précise, ne servent et n'ont jamais servi à personne; jusque là ils sont comme s'ils n'existaient pas. L'empirisme est une chimère; et la médecine *d'observation*, *d'expérience*, dont on parle tant aujourd'hui sans trop entendre ce qu'on dit, et qu'on prétend pratiquer sans trop savoir ce qu'on fait, n'est rien autre chose que l'empirisme. Mais l'empirisme, quelque nom qu'il porte, qu'il invoque Hippocrate, Sextus ou Bacon, est impossible en pratique, et dès qu'il prétend se formuler, il se contredit d'abord, et, de plus, il aboutit le plus souvent à un énorme dogmatisme. Nous devons dire à l'honneur de M. Broussais que c'est là la seule chose qu'il ait bien comprise en philosophie médicale; et, s'il est malheureux en théories, au moins sait-il qu'il en faut faire, et ne n'eût on qu'un fait, c'est une loi de l'esprit hu-

donc comprendre en elle-même la science des anomalies ou la tératologie, pas plus que celle-ci ne pourrait comprendre la pathologie. Confondre l'une avec l'autre, ce serait, en faveur de quelques cas, les plus importans, il est vrai, en pratique; oublier cette multitude d'anomalies qui, n'exerçant aucune influence fâcheuse sur les êtres qui en sont affectés, et ne réclamant l'emploi d'aucun moyen thérapeutique, ne peuvent être, sous quelque rapport que ce soit, assimilés aux cas véritablement pathologiques. Placée d'ailleurs, par ses rapports naturels, entre la pathologie et la zoologie, la tératologie n'emprunte et je puis, ajouter, ne prête pas moins de lumières à cette dernière science qu'à la première et n'a pas des rapports moins intimes et moins multipliés avec l'une qu'avec l'autre. Aussi, pendant que les médecins, préoccupés surtout de l'étude des vices de conformation, assimilaient les déviations tératologiques aux altérations pathologiques, les naturalistes, fixant principalement leur attention sur les simples variétés et sur les hermaphrodismes, faisaient de l'étude des anomalies un simple appendice de la zoologie (1); autre rapprochement justifié aussi par quelques considérations inférieures par une multitude d'autres, et qui, de même que le premier, ne prouve rien en définitive, si ce n'est l'intimité des liens qui unissent entre elles toutes les sciences de l'organisation, et la possibilité logique de voir en elles, sous un point de vue élevé, autant de rameaux divers d'une seule et même science générale.

THÉRAPEUTIQUE OBSTETRICALE.

SUR L'EMPLOI DU SYPHON UTÉRIN DANS LES ACCOUCHEMENS SECS, et SUR LES INJECTIONS DE SEIGLE ERGOTÉ SOUS FORME D'ALCOOL SÉCALIQUE; par M. le docteur MONTAIN, professeur à l'école de médecine de Lyon.

1° SUR L'EMPLOI DU SYPHON UTÉRIN.

Il arrive souvent que les accouchemens deviennent pénibles, difficiles, par l'état de siccité dans lequel se trouvent les surfaces respectives de la tête et du passage; soit parce que les eaux sont écoulées, soit par une espèce d'irritation qui ne permet pas aux fluides ordinairement sécrétés de lubrifier ces surfaces; alors les douleurs se ralentissent, les parties s'engorgent, s'enflamment, et le travail douloureux se prolonge d'une manière désespérante. Ayant observé un assez grand nombre d'accouchemens pareils, soit pendant mon exercice de chirurgien en chef à l'hôpital de la Charité de Lyon, soit dans le cours de ma pratique particulière, j'ai fait usage du procédé suivant, qui m'a constamment réussi. Ce procédé est extrêmement simple, et c'est pour cette raison peut être qu'il avait échappé à l'imagination des praticiens; mais sa simplicité ne doit rien lui ôter de sa valeur, puisque ses succès sont incontestables.

J'ai fait faire une canule en argent, longue de 5 à 6 pouces, légèrement recourbée, terminée par une olive aplatie très-mince et criblée de trous sur ses faces et ses côtés; l'extrémité opposée est destinée à recevoir la canule d'une seringue à injection.

Je dirige cette canule, que j'appelle syphon utérin, bien huilée de manière à placer l'olive entre le passage et la tête de l'enfant; ce qui est très-facile et sans douleur; et, avec la seringue à injection primitivement remplie d'huile d'olive tiède, j'inonde, pour ainsi dire, le passage et le cuir chevelu de ce fluide onctueux; je porte successivement la canule autour de la tête, et bientôt le passage, devenant plus souple et plus glissant, permet à la tête de franchir plus aisément les obstacles qui l'arrêtaient.

Je pourrais rapporter un grand nombre d'observations sur ce sujet, car les accouchemens dans lesquels on peut utiliser le syphon utérin sont assez fréquens, et j'ai eu souvent l'occasion de m'en servir. Je signalerai seulement quelques cas assez remarquables.

OBS. I. — Madame L... était depuis plus de 24 heures aux douleurs, lorsque je fus appelé par son médecin pour l'aider de mes conseils. Les douleurs étaient assez vives, mais les eaux étaient écoulées depuis longtemps. Je proposai les injections à l'aide du syphon pour favoriser le passage. Dirigé par une conviction particulière, mon confrère crut devoir insister sur l'application du forceps, cette application fut essayée et ne put pas être accomplie. On en vint aux injections avec le syphon, et la tête franchit bientôt assez rapidement le passage.

OBS. II. — Madame C. avait de vives douleurs; elle était extrêmement nerveuse; les eaux s'étaient écoulées depuis trois jours; les parties étaient sèches, comme enflammées; au rapport de la sage-femme qui la soignait, depuis plusieurs heures les douleurs, quoique assez répétées, n'avaient pas changé la position de l'enfant. Je pratiquai trois ou quatre injections autour de la tête de l'enfant; et, pour ainsi dire à l'instant, la tête franchit tous les obstacles qui l'enrayaient (1).

2° EMPLOI DU SEIGLE ERGOTÉ EN INJECTION.

Parmi les médications qui se manifestent d'une manière évidente, en provoquant, en modifiant les fonctions d'un organe, il en est peu d'aussi frappantes que celle que détermine le seigle ergoté (*secale cornutum*) sur l'utérus, dans le travail de l'accouchement. Son action est prompte et intense; les contractions semblent se réveiller sous l'influence de la volonté qui leur commande; et si l'enfant est placé dans des conditions convenables, l'accouchement ne tarde pas à se terminer. Malheureusement pour l'humanité, l'ignorance entraînée par l'appât du gain cherche trop souvent à profiter de cette énergique médication, et les plus funestes suites peuvent en être les résultats. Ce n'est donc que dans les cas d'inertie de la matrice, lorsque l'enfant est convenablement placé, et

l'étude de toutes les altérations et de toutes les déviations organiques. Cette science se diviserait alors nécessairement en deux branches, l'anatomie pathologique proprement dite, ou, pour lui donner un nom spécial, l'*anatomie nosologique* et l'*anatomie tératologique*. Au reste, cette innovation, sans doute difficile à introduire dans la langue médicale, n'aurait peut-être aucun avantage assez important pour en compenser les inconvéniens.

(1) Ainsi il n'est guère de traité un peu étendu de zoologie où l'histoire des nains, des géans, des albinos, des mélanos, des polydactiles, des hermaphrodites et de beaucoup d'autres êtres anomaux ne se trouve au moins esquissée.

(1) Cet instrument, que j'avais signalé dans un mémoire inséré en 1820 dans le *Journal de Sédillot*, a été confectionné avec soin par M. Charrière, qui m'a appris que, depuis cette époque, plusieurs praticiens de Paris et des départemens s'en servaient avec avantage. C'est une preuve de plus à ajouter aux observations qui me sont personnelles, et qui m'ont démontré l'utilité du syphon utérin.

main d'en tirer une conclusion pratique. Or, les faits observés sont immenses; personne ne peut se plaindre qu'il en manque; on en rassemble tous les jours, et qui plus est on les compte maintenant; mais il ne faut pas croire que pour être nouvellement observés, ils soient nouveaux; la médecine est bien vieille, et si elle n'est pas constituée, ce n'est pas faute de matériaux. Si quelque chose lui manque, ce ne sont pas les faits, mais les principes, les théories, les doctrines qui seules constituent la science, et par suite l'art, qui n'est que l'application de la science. C'est cette science qu'il faut surtout chercher et enseigner, plutôt que l'art d'alligner sans fin des observations, et d'en extraire en chiffres un résultat qui sera démenti par les chiffres du lendemain. Les chaires de pathologie générale sont des enseignemens de ce genre; leur but n'est pas de décrire les maladies, car c'est là l'affaire de la nosographie et de la pathologie spéciale, mais d'en faire l'histoire et la théorie. Elles ont pour objet la philosophie de l'art de guérir, et cette philosophie n'est que l'art lui-même, fondé sur des principes déduits de tout ce qui a été vu et pensé dans tous les temps sur l'homme malade. Si ce sont là des rêveries et de la métaphysique, nous sommes coupables au premier chef, car tout ce que nous venons de dire est, selon nous, conforme aux plus simples suggestions du bon sens. Voilà ce que nous entendons par un cours de pathologie générale, et sur quels motifs nous approuvons l'institution de la chaire de Montpellier. Cette création n'est donc pas *inutile*, comme on l'a dit, puisqu'elle est justifiée par les besoins fondamentaux de l'enseignement médical; elle n'est pas *inconvenante*, car ayant un but et un objet parfaitement distincts de toutes les chaires existantes, elle n'empiète sur aucune, de même qu'aucune ne la supplée.

Quant au professeur à choisir, c'est, avons-nous dit, l'affaire du ministre. L'essentiel est que le but supérieur et scientifique soit rempli. Si le ministre avait créé cette chaire d'abord, sauf ensuite à trouver un sujet capable de la remplir, il aurait fait une chose hasardeuse; mais on sait que les choses ne peuvent se passer ainsi. On a cité comme désigné pour ces fonctions M. Risueno de Amador. nous serions très-disposés à approuver ce choix. Ce médecin est docteur de la Faculté de Montpellier; il a été élevé dans les principes de cette école; il a des titres publics à la confiance; il professait, il y a 15 ans, la philosophie dans une université espagnole; en 1829 il a remporté, dans un brillant concours où il s'agissait de philosophie et de littérature médicales, la moitié du prix fondé par Moreau, de la Sarthe, et il l'a partagé avec un adversaire dont on ne conteste ni l'érudition, ni les connaissances historiques, M. Dezeimeris; tout récemment, c'est à lui que l'Académie de médecine vient d'adjuger le prix Portal, et son mémoire (*Sur l'anatomie pathologique*) a été considéré par les juges de ce concours, et signalé dans le beau rapport de M. Double, comme un ouvrage des plus importans qui aient été écrits sur la matière, et comme la production d'un esprit supérieur. D'autres, sans doute, auraient pu être tout aussi dignes de cette distinction, mais c'est là une remarque qu'on peut faire à propos de toute nomination; il n'est pas nécessaire qu'il soit le seul digne, il suffit qu'il le soit. D'ailleurs, il faudrait les connaître, ces hommes qu'on assure abonder par centaines toutes les fois qu'une chaire est donnée; avec la meilleure volonté du monde, on ne saurait souvent où les trouver; on prend ceux qui se font voir, car on ne va guère aujourd'hui chercher les Cincinnatus à la charrue. La qualité d'étranger n'est pas une objection sérieuse, et il y aurait peu de libéralité à le faire souvenir de son origine, alors surtout qu'il l'a abdiquée pour devenir notre concitoyen. D'ailleurs, il est établi parmi nous depuis quatorze ans, et c'est par une distinction fondée sur les motifs les plus honorables, qu'il a obtenu la dispense d'une

enfin quand l'on juge que l'application du forceps ne conviendrait pas mieux, que l'on peut avoir recours à ce puissant moyen (1). Avant d'agir sur l'utérus, ce médicament doit nécessairement déterminer un effet primitif sur d'autres organes, lorsqu'il est introduit par les voies digestives, surtout chez les femmes nerveuses ou très-sanguines. J'ai vu une jeune personne chez laquelle il occasionna tous les symptômes de l'ergotisme convulsif, sans favoriser l'accouchement; je fus appelé pour la délivrer à l'aide du forceps que j'appliquai à la fin d'une cruelle agonie; dans d'autres circonstances, des gastrites, des entérites, des hépatites, ont été la suite de l'ingestion de cette substance.

Aussi, tout en rendant justice à la vérité, tout en reconnaissant la puissance de cette médication, suis-je loin d'en admettre le trop grand usage, ou plutôt l'abus, mais enfin j'admets l'indication bien rationnelle, et je propose d'éviter quelques-uns des inconvéniens, et surtout ceux qui sont la suite de l'action de l'ergot sur l'estomac et le système nerveux. Pour provoquer cette médication, je propose d'injecter sur le col de l'utérus et même plus haut un alcool sécalique étendu dans une certaine quantité d'eau tiède; le procédé que je conseille consiste à faire macérer une demi-once de seigle ergoté dans 3 ou 4 onces d'alcool, de conserver le mélange dans un flacon bien bouché, d'en étendre une ou deux cuillerées dans de l'eau tiède, et de se servir du syphon utérin pour faire des injections en dedans du col de l'utérus, etc. On renouvelle plus ou moins ces injections jusqu'à ce que la médication commence à se manifester.

Ce procédé, outre les avantages que j'ai déjà signalés, en offre d'autres très-évidens. Si son action est trop vive, on peut la corriger par d'autres injections sédatives; quand il a accompli son œuvre, on en préviendra les effets secondaires par des injections modératrices; ainsi je pense que la raison et l'expérience s'accorderont pour faire donner la préférence à cette manière d'employer le seigle ergoté (2). Je présenterai deux exemples à l'appui de cette médication.

Obs. III. — Madame L., sage-femme de Lyon, me fit appeler pour délivrer une jeune personne d'un tempérament lymphatique, dont la grossesse pénible avait affaibli les forces physiques et morales. Depuis plus de 24 heures elle languissait avec de faibles douleurs; toute énergie paraissait éteinte chez cette jeune personne obligée de cacher son état. Madame L. me proposa l'application du forceps, que je remplaçai par les injections sécaliques avec le syphon utérin. La tête était engagée, le col de l'utérus mou et dilaté. Après quelques-unes de ces injections, les douleurs se réveillèrent progressivement et ne tardèrent pas à expulser un enfant assez volumineux, qui paraissait mort depuis plusieurs jours. Aucun accident ne vint troubler le rétablissement de cette jeune personne.

Obs. IV. — Madame B..., à sa huitième couche, présentait depuis 48 heures des douleurs languissantes, et cependant la tête de l'enfant était dans l'excavation et dans la première position. Son pouls était faible, son courage abattu, et elle était en proie à des angoisses continues. Je lui proposai le forceps, elle s'y refusa avec opiniâtreté, ainsi qu'à l'usage du seigle ergoté par le haut. Alors, sans l'en prévenir, mais avec le consentement de son mari, je fis plusieurs injections sécaliques, ce dont elle s'aperçut à peine; et bientôt je vis se réveiller les douleurs qui déterminèrent assez rapidement l'expulsion d'un enfant énorme et comme asphyxié, mais qui fut bientôt rappelé à la vie par les soins convenables.

(1) Je ne présente ici que quelques considérations thérapeutiques sur cette importante question; un assez grand nombre de monographies l'ont traitée *ex professo*. Après Desgrange de Lyon, à qui l'on doit l'appréciation des circonstances qui permettent d'employer avec sécurité le seigle ergoté, et de celles qui le contr'indiquent, je me bornerai à signaler les recherches de Parmentier et celles de MM. Villeneuve, Baudelocque, Leveillé, etc., qui ont éclairé l'histoire médicale de l'ergot.

(2) La teinture sécalique pourrait encore être substituée à la poudre d'ergot dans tous les cas où ce médicament est indiqué. M. Roche a résumé, en quelques lignes, que je crois devoir reproduire ici, les indications qui réclament l'emploi du seigle ergoté. « Il réveille les contractions de l'utérus frappé d'inertie, soit » pendant, soit après l'accouchement; il accélère par conséquent l'accomplisse» ment de cet acte important, et fait cesser les hémorrhagies effrayantes qui lui » succèdent quelquefois; il convertit fréquemment les douleurs dites de reins en » douleurs utérines et expultrices; il provoque l'expulsion du placenta quand » elle se fait trop attendre; il diminue l'écoulement des lochies trop abondantes; » il arrête quelques leucorrhées. On l'a même conseillé pour chasser les gaz qui » s'accumulent dans l'utérus et le distendent; enfin on s'en est servi pour facili» ter la sortie complète des polypes utérins, ou pour les rendre du moins plus » accessibles à l'emploi des ligatures ou des instrumens. » (*Dict. de méd. et de chir. prat.*, 1834, t. 7, p. 483.)

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX FRANÇAIS.

1. ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE.

Les cahiers de septembre et octobre renferment les articles originaux suivans: 1° *mémoire d'anatomie physiologique et pathologique sur le système veineux considéré chez l'adulte et chez le fœtus*, par M. Edouard Lacroix; 2° *recherches cliniques pour servir à l'histoire des maladies des vieillards faites à la Salpêtrière*, par MM. Hourmann et Dechambre; 3° *réflexions sur l'œdème considéré comme symptôme dans la gangrène spontanée*, par M. Godin, interne à l'hôpital Necker; 4° *recherches pour servir à l'histoire pathologique du pancréas*, par M. Mondière; 5° *observations sur quelques points de l'histoire des congestions cérébrales, présentées à la société médicale d'Angers*, par M. Guérétin.

RECHERCHES CLINIQUES POUR SERVIR A L'HISTOIRE DES MALADIES DES VIEILLARDS FAITES A LA SALPÊTRIÈRE, par MM. HOURMANN et DECHAMBRE. (*Suite.*)

Nous trouvons ici la suite des intéressantes recherches faites par les auteurs sur les maladies des vieillards, et spécialement sur la pneumonie considérée chez eux seulement. Voici les principaux résultats qu'ils ont obtenu de ces recherches:

Etiologie. Deux sortes de causes concourent à la production si fréquente de la pneumonie chez les vieillards: 1° Les unes, prédisposantes, dépendent de l'état même de l'organisme, des changemens qui y ont été apportés par l'âge, ce sont: la rigidité de tout l'appareil mécanique de la respiration; les affections organiques du cœur et des gros vaisseaux; l'affaiblissement des forces, soit sénile, soit morbide, c'est-à-dire, dépendant de quelque affection débilitante; le scorbut, une diarrhée chronique, etc.; la bronchite; et enfin la pneumonie elle-même, puisque chez les vieillards la pneumonie double est très-commune.

---

des formalités exigées pour la naturalisation. C'est même un des plus nobles trait de l'esprit français, que cet accueil fait parmi nous au mérite étranger. On en voit plus d'un exemple dans l'instruction publique, dans la personne de MM. Orfila, Rossi, Libri, etc..., et ailleurs. Si M. Risueno de Amador justifie aussi bien la distinction dont il est l'objet, personne ne pourra s'en plaindre, et nous avons toute raison de croire qu'il ne démentira pas ses précédens.

On assure que d'autres chaires seront prochainement créées dans la Faculté de Paris et de Strasbourg. On parle notamment d'une chaire d'*histoire de la médecine* à Paris. Quoi qu'il en soit de ce bruit, et du nombre et de la nature de ces chaires, nous verrons toujours avec satisfaction les moyens d'enseignement se multiplier soit à Paris, soit ailleurs. Bientôt on saura à quoi s'en tenir, et il sera temps alors de dire notre opinion sur le parti qu'on pourrait tirer, pour les progrès des sciences et en particulier de la médecine, de ces institutions.

CANDIDATURE DE M. PARISET A L'ACADÉMIE FRANÇAISE.

Puisqu'un médecin se présente à l'Académie française, c'est un devoir pour nous, et un devoir des plus agréables, de féliciter le corps médical de cette bonne fortune. La chose, pour être extraordinaire, n'est pas sans précédens, autant que nous pouvons savoir; et, fût-elle sans précédens, ce que nous ne contesterons point aux érudits, nous soutenons qu'il est très-bien que ce précédent soit établi. La nouvelle a surpris beaucoup de gens qui ne peuvent, je ne sais pourquoi, se persuader que nous ayons parmi nous des gens d'esprit, ni que la médecine soit compatible avec la littérature. Le nom du candidat actuel nous semble, par bonheur, très-propre à faire cesser cet étonnement. Il est possible qu'il échoue, car, en matière d'élection académique, on n'est jamais sûr de rien; mais du moins il aura soutenu la lutte avec honneur. Ses titres au noble fauteuil sont du meilleur aloi, en supposant qu'il ne s'agit d'autre chose que de littérature, de bon goût, de beau langage et de style français. Il a prononcé plus d'*éloges* à lui seul que tous les quarante ensemble; et, pour qu'on ne prenne pas en mauvaise part cette observation, nous ajouterons que c'est avec des éloges à la main que Fontenelle, d'Alembert et Cuvier sont entrés à l'Académie. Sous ce rapport, aucun homme vivant ne saurait lui être comparé. Quant à la culture littéraire et aux belles connaissances, il a à faire valoir des droits non moins incontestables. Helléniste des plus distingués, il a traduit avec une élégance et une fidélité rares quelques traités d'Hippocrate, et il achève en ce moment une traduction complète des œuvres de ce beau génie, qui ne fût pas moins grand écrivain que grand philosophe et grand médecin. Le grec, bien qu'il soit le patrimoine spécial de l'Académie des inscriptions, ne saurait être un motif de défaveur à l'Académie française, surtout quand on le lui présente transformé en beau et pur français. C'est de la médecine, soit, mais laissons la matière si elle vous déplaît, et considérons la forme et l'art, puisque c'est de cela qu'il est question; la forme et l'art s'appliquent à tout, à la science comme aux choses d'imagination, à l'histoire comme à la poésie dramatique, aux faits comme aux idées: témoins entre mille autres, Buffon, Cuvier et Vic. d'Azyr. Or, M. Pariset est avant tout artiste; il cherche le vrai, mais aussi le beau, et si dans ses études médicales il se tourne si volontiers vers la Grèce, c'est qu'il y trouve la science associée à l'art, et que la médecine y parle la langue de Platon dans un temple dorique. C'est là ce qui le charme et l'entraîne dans toutes ses études, et c'est là aussi ce qui se retrouve dans ses productions originales, comme dans ses traductions. Nous sommes fâchés que MM. les académiciens ne puissent pas

2° Les causes occasionnelles indiquées ici sont les suivantes : l'action du froid, que l'on a niée chez les adultes, est de toute évidence chez les vieillards. C'est ce que démontre le relevé de 156 observations de pneumonies avec indication du mois où elles ont été recueillies; les variations de température et l'action des vents ses nt paru aux auteurs avoir favorisé le développement de la pneumonie ; mais une cause qui est plus spéciale aux vieillards, c'est le décubitus prolongé. On connaît la prédilection de la pneumonie pour les parties qui se trouvent les plus déclives même chez les adultes et spécialement chez les sujets atteints d'une autre affection. M. Dechambre pense cependant que cette influence n'a d'activité bien manifeste qu'autant que les autres causes déterminantes concourent avec elle.

Mode d'invasion. La pneumonie débute de deux manières différentes, tantôt brusquement et avec les symptômes qui l'annoncent chez l'adulte ; tantôt d'une manière insidieuse, sans frisson, ni point de côté; quelquefois elle est annoncée seulement par un malaise général, de la faiblesse, un peu de dyspnée; d'autre fois sans aucun phénomène appréciable, et même sans toux; enfin, dans quelques cas les malades ne se plaignent de rien, continuent de manger et de se promener comme à l'ordinaire, puis elles se sentent un peu fatiguées et meurent subitement ; et à l'ouverture du cadavre on trouve une grande partie du parenchyme pulmonaire en suppuration.

Les auteurs ont voulu rechercher si la forme du début de la pneumonie avait quelques rapports avec son siège ; mais ils n'ont pu arriver à un résultat positif. Il n'en a pas été de même lorsqu'ils ont recherché l'influence que pouvait avoir sur la même forme du début l'existence ou l'absence des diverses altérations organiques qui existent si souvent chez les vieillards; car ils ont constaté numériquement que, quand il existe des prédispositions organiques (maladies du cœur ou du cerveau), le début est presque constamment *latent*; tandis qu'en l'absence de ces mêmes prédispositions le début est *aigu* dans un peu plus de la moitié des cas.

Symptomatologie. La *douleur* paraît peu différer de ce qu'elle est chez les adultes; la *dyspnée* est souvent à peine appréciable. L'absence, plus ou moins complète de la dyspnée, a lieu surtout dans la pneumonie du lobe inférieur ; mais il en est autrement dans celle du lobe supérieur ; souvent alors c'est une véritable asphyxie; la face est violette, etc. La *toux* mérite chez le vieillard plus d'attention que chez l'adulte; elle est quelquefois si faible que les malades n'y font pas attention eux-mêmes. Au début, son timbre est aigre, argentin et n'offre rien de particulier ; mais bientôt elle devient grasse, et un gargouillement se fait entendre à chaque éclat dans l'arrière gorge; l'*expectoration* manque souvent, et il est rare qu'elle offre les mêmes caractères que chez l'adulte. Les crachats, lorsqu'ils existent, se présentent sous des aspects trop variés, suivant les cas, pour que nous établissions ici rien de positif à cet égard.

Signes physiques. L'auscultation offre quelques différences remarquables. Le râle crépitant, tel qu'il s'entend chez l'adulte, est extrêmement rare, les bulles qui le composent sont plus grosses, plus larges et plus humides. Le plus souvent le premier degré de la pneumonie ne donne lieu qu'à un râle muqueux qui occupe une plus ou moins grande étendue. Quelquefois, dès cette époque, on entend le souffle tubaire. Le gargouillement, au niveau de la racine du poumon, est à peu près constant. Rien de spécial relativement à la percussion.

Désordres sympathiques. Il est rare que la pneumonie parcoure ses périodes sans dérangement des facultés intellectuelles ; et de même encore l'influence sympathique exercée sur les fonctions du tube digestif par la pneumonie, chez les vieillards, est généralement beaucoup plus prononcée que chez l'adulte ; la langue est le plus souvent sèche et racornie. L'état du pouls et de la peau offre aussi beaucoup de différences ; il est très-rare que la plénitude du pouls et la chaleur moite de la peau se trouvent réunies chez les vieillards pneumoniques ; et il y a habituellement une grande discordance entre l'état du pouls et celui de la peau.

Formes. Les auteurs admettent trois formes principales dans la pneumonie des vieillards: la forme inflammatoire, l'adynamique et l'ataxique.

La forme adynamique est la plus commune, et offre elle-même deux variétés. Dans la première, la prostration apparaît à mesure que la pneumonie fait des progrès; la peau est chaude, sèche; la face est bien colorée; les lèvres se couvrent de fuliginosités; l'intelligence devient complétement obtuse. Dans la seconde variété les phénomènes d'adynamie apparaissent dès le début, et se compliquent de désordres du côté de la tête et du tube digestif, avec ballonnement du ventre et diarrhée. Le système nerveux paraît avoir reçu une très-forte atteinte. A l'autopsie on trouve des noyaux d'apoplexie sanguine mêlés à l'hépatisation, et surtout cet *état pultacé* qu'on rencontre dans les cas de fièvre typhoïde très-grave. La rate est ordinairement très-volumineuse; le foie gorgé de sang; les intestins présentent ce que les auteurs appellent de nombreuses traces d'inflammation caractérisées par la rougeur et le ramollissement de la muqueuse, et dans plusieurs cas, disent-ils, nous avons trouvé un développement anormal sans ulcération, des plaques de Peyer, et plus souvent des glandes de Bruner.

Cette variété, beaucoup moins fréquente que ne le pensent les auteurs, ne s'observe que chez les vieilles femmes qui ont conservé un embonpoint prononcé, et offre tant de points de contact avec la fièvre typhoïde proprement dite, ou avec la fièvre dite essentielle, qu'on conçoit facilement comment Pinel, qui observait aussi à la Salpêtrière, a pu prendre cette variété de la pneumonie pour une fièvre essentielle, et même décrire sa fièvre adynamique sur le modèle de cette phlegmasie. « Quand on cherche, dit M. Dechambre, à retrouver à la Salpêtrière la fièvre adynamique que Pinel a présentée comme endémique dans cet hospice, l'on est bientôt convaincu que cette fièvre n'est autre que la variété de pneumonie que nous venons de décrire et qu'il a méconnue. C'est surtout dans les phénomènes d'invasion que nous trouvons les traits de notre tableau. Ce sont aussi les mêmes dispositions chez les vieillards atteints. Dans les épidémies que décrit Pinel, comme dans celles dont nous avons été témoins, c'étaient toujours les vieilles femmes qui gardent le lit qui étaient particulièrement frappées. »

Cette partie du travail de MM. Hourmann et Dechambre est d'une haute importance : elle donne une solution prévue depuis longtemps, mais aujourd'hui positive d'une difficulté que présentait l'étude des fièvres. Elle prouve que Pinel avait tracé son tableau de la fièvre adynamique d'après nature, mais que la phlegmasie pulmonaire lui ayant échappé à une époque où l'anatomie pathologique était encore peu et

---

lire un morceau de M. Pariset, inséré sous forme de note dans une savante édition de La Fontaine, publiée en 1825, par M. Robert, conservateur de la bibliothèque Ste-Geneviève : c'est la traduction de la lettre d'Hippocrate à son ami Damagete, dans laquelle il lui raconte, avec cette grâce et ce charme qui n'ont été donnés qu'aux conteurs grecs, sa visite à Democrite et sa conversation avec ce sage que les Abdéritains croyaient fou. La forme grecque de cet admirable récit est rendue, par M. Pariset, avec un bonheur parfait, sans que le français perde rien de ses caractères essentiels en passant dans ce moule antique. Nous aurions à présenter un grand nombre d'autres exemples de l'art ingénieux, délicat et savant avec lequel M. Pariset sait rendre sa pensée et celle des autres, mais nous préférons citer surtout ce dernier fragment, parce qu'il peut être considéré comme une œuvre d'imagination et de goût et de pure littérature.

Tels sont, en abrégé, les titres littéraires de M. Pariset. Jusqu'ici ils n'ont été contestés par personne, et si bien reconnus même, qu'on a trouvé moyen de lui en faire un reproche en plus d'une circonstance. On a trouvé très-mauvais qu'il se permît d'avoir de l'esprit, d'aimer les belles choses et de bien écrire, attendu que toutes ces choses ne vont pas à un médecin, on lui a contesté le droit de parler de médecine, parcequ'il en parlait en trop bons termes. Il serait plaisant qu'on retournât aujourd'hui le reproche, et qu'on ne voulût plus voir en lui que le médecin quand il s'agit de l'homme de lettres. L'Académie française ne s'y méprendra pas sans doute à ce point. La science ne saurait, dans aucun cas, faire ombre au talent, et l'exercice d'une profession libérale n'est nullement incompatible avec l'esprit littéraire. La médecine est déjà représentée comme science à l'Académie des sciences morales et politiques, et à celle des sciences ; elle ne peut entrer à ce titre à l'Académie française, mais elle y peut demander sa place comme profession libérale. Là où il y a des avocats, il peut y avoir des médecins. M. Pariset a des droits littéraires trop bien établis pour être déplacé dans quelque Académie de lettres que ce soit, et ceux qui ont été assez heureux pour jouir de sa conversation, savent qu'il ne serait pas moins à son aise au milieu d'une société de beaux-esprits.

Bien que notre opinion ne puisse être d'aucune utilité à notre honorable confrère, car l'Académie française ne lit pas la GAZETTE MÉDICALE, et fait très-bien, nous avons cru devoir la manifester au nom du corps médical, comme un témoignage de sympathie pour un de ses membres les plus distingués, les plus respectés et les plus aimés. Personne ne pourra d'ailleurs nous blâmer de nous livrer *en famille* à des espérances agréables qui pourraient bien en outre (*dii omen avertant*! n'être que des illusions. C'est là, sans doute, un plaisir fort innocent.

ÉTUDES MÉDICALES MÉTHODIQUES PAR RÉUNION VOLONTAIRE DES ÉLÈVES, D'APRÈS LE PLAN DE M. SANSON ALPHONSE.

Cours d'anatomie descriptive humaine. M. Dumontier commencera, lundi 5 décembre, l'exposition de la texture fibreuse de l'axe cérébro-spinal, il continuera le mercredi 7 et le vendredi 9.

Le lundi 12, M. Leuret exposera ses recherches sur la lamellation du cerveau.

Anatomie microscopique. M. Raspail reprendra, le mardi 6, ses leçons interrompues par indisposition, amphithéâtre n° 3 de l'École pratique, à deux heures.

même mal cultivée, il avait dû nécessairement se tromper sur la nature de la maladie. Elle prouve encore que, quand on veut prendre la peine d'observer, comme le faisait Pinel, et dans les mêmes circonstances, on retrouve les mêmes états morbides et conséquemment que là au moins les maladies n'ont pas changé.

État du sang. Un des caractères les plus remarquables de la pneumonie des vieillards est fourni par le sang qui ne se couvre de la couenne inflammatoire que dans la minorité des cas, et qui est généralement mou, noir ou verdâtre, souvent même demi-liquide et semblable pour la consistance à la mélasse. Les auteurs croient reconnaître dans ces caractères du sang ceux de l'asphyxie, qu'ils prétendent être produite par la gêne qu'apporte à l'hématose la raréfaction de l'organe respiratoire et l'oblitération des capillaires.

La marche de la maladie n'offre qu'un seul fait qui lui soit spécial chez les vieillards : c'est la rapidité avec laquelle l'inflammation parcourt quelquefois ses périodes.

Diagnostic. D'après ce qui a été dit des symptômes, on conçoit facilement la difficulté d'arriver au diagnostic, non-seulement du siége et du degré de la pneumonie, mais même de son existence; et nous ne pouvons suivre les auteurs dans les longs développemens où ils entrent à cet égard. La seule chose que nous noterons de la discussion qu'ils ont établie sur ce point, c'est qu'on se hâte trop de fixer le siége de la pneumonie dans le lobe supérieur, parce que les signes qui l'annoncent ont lieu au sommet de la poitrine, au niveau, par exemple, de l'épine de l'omoplate, ou même au-dessus; ils ont vu des pneumonies du lobe inférieur donner lieu à du souffle tubaire dans la fosse sus-épineuse. Dans ces cas ils ont constaté que la grande scissure pulmonaire était verticale, et que le lobe droit inférieur remontait jusqu'au sommet de la cavité thoracique.

Le *pronostic* chez les vieillards est toujours très-grave; la terminaison de la pneumonie par la mort est d'une fréquence vraiment effrayante à la Salpêtrière. Le traitement contient de bonnes indications locales, mais rien qui ne ressorte naturellement de la connaissance des lois de la pathologie générale.

RÉFLEXIONS SUR L'ŒDÈME CONSIDÉRÉ COMME SYMPTÔME DANS LA GANGRÈNE SPONTANÉE; par M. A. GODIN, interne à l'hôpital Necker.

L'œdème ou l'hydropisie du tissu cellulaire peut dépendre, comme on sait, de plusieurs causes éloignées. On s'accorde cependant aujourd'hui à admettre comme cause prochaine un obstacle quelconque dans la circulation veineuse. Cette idée qui a été émise pour la première fois par M. Bouillaud, vient d'être contestée par Lobstein qui ne la regarde pas comme générale. Effectivement, lorsqu'un membre paralysé s'œdématie, il n'y a pas là obstruction veineuse, mais bien asthénie vasculaire, dilatation passive des pores des artères et des veines qui laissent échapper la partie la plus tenue du sang. Cet œdème se dissipe en effet avec le retour de l'innervation. Lorsque après les grandes hémorrhagies les extrémités et même le tronc quelquefois deviennent œdémateux, la chose arrive par faiblesse des vaisseaux comme dans le cas précédent. Il en est de même chez les phthisiques, après les longues maladies, etc.

L'œdème accompagne aussi, comme on sait, la gangrène humide. A quoi tient ce symptôme? C'est la question que M. Godin s'est proposé de résoudre dans le travail que nous avons sous les yeux. Il croit pouvoir établir, d'après deux faits qui lui sont propres, et quelques autres qu'il emprunte à différens auteurs, que la présence de l'œdème dans une région frappée de gangrène indique que la cause de la mortification existe dans le système veineux, et *vice versâ*, ce sont les artères qui sont malades lorsque la gangrène existe sans œdème. Dans le premier cas cependant les deux ordres de vaisseaux peuvent être intéressés à la fois.

Voici la substance des deux observations de l'auteur.

GANGRÈNE DES ORTEILS; ŒDÈME; OBLITÉRATION DE LA VEINE CRURALE.

OBS. — Une femme, âgée de 73 ans, entre à la Salpêtrière pour être traitée d'une tuméfaction de la jambe gauche avec douleur dans le trajet des vaisseaux fémoraux. Des phlyctènes noirâtres se déclarent sur les trois derniers orteils. L'artère crurale à l'aine est dure et donne la sensation d'un cordon résistant et ossifié. Cependant on sent les battemens qui quelquefois donnent lieu à une espèce de frottement. On ne peut découvrir rien de pareil dans le reste du membre, qui est œdématié. Plus tard, la gangrène se déclare par la noirceur de l'ongle du troisième orteil; elle envahit bientôt les deux orteils suivans. L'œdème du membre est considérable; la gangrène paraît se borner ensuite, l'œdème se dissiper, et la malade éprouver une amélioration sensible; mais bientôt la mort a lieu par suite d'une imprudence de régime.

A l'autopsie, on trouve des ossifications dans tout l'arbre artériel sous-cardiaque; la veine crurale, du côté de la gangrène, offre supérieurement des caillots adhérens à ses parois. A l'extérieur, ces caillots font paraître la veine noueuse. Les veines satellites des artères des jambes présentent la même altération; toutefois leur origine est libre.

Dans la seconde observation, il s'agit d'une femme âgée de 25 ans, cachectique, qui est entrée à l'hôpital Necker pour une gangrène sèche, envahissant les deux pieds, survenue à la suite de l'action du froid pendant une nuit du mois de décembre. Il n'y a pas d'œdème; la malade avait cependant éprouvé de vives douleurs dans les régions mortifiées. L'artère poplitée ne peut être sentie malgré la maigreur extrême. Enfin elle meurt et l'autopsie fait remarquer un rétrécissement de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche, et une sorte d'atrophie de l'aorte et de ses branches principales. Les artères des membres présentent la même altération. Le système veineux est sain.

Ces deux faits semblent péremptoires au premier abord pour prouver la proposition ci-dessus énoncée. Il reste cependant à décider si le caillot qu'on a remarqué dans la veine dans le premier cas, n'était pas plutôt l'effet que la cause même de la gangrène. Lobstein qui a été certainement juge très-compétent sur cette matière, a regardé l'oblitération veineuse en pareilles occurrences comme le résultat de l'innervation vicieuse qui se déclare par des douleurs dans la partie et qui occasionne à la longue la coagulation du sang sur tel ou tel point de l'arbre vasculaire. L'œdème précéderait dans ce cas la formation du caillot, et le caillot lui-même ne serait qu'un effet de la même cause qui frappe de mortification les tissus. Qui peut assurer d'ailleurs dans l'état actuel de la science que les artères ne contribuent pas à la formation de l'œdème, bien qu'elles se montrent saines à l'autopsie?

L'idée de regarder l'œdème dans la gangrène comme l'indice d'une lésion veineuse n'est pas neuve, comme on sait. MM. Ribes, Bouillaud, François, etc., avaient déjà avancé la même opinion. On n'ignore pas non plus que la phlébite peut aussi quelquefois occasionner la gangrène, ainsi que cela résulte de quelques faits cités par ces auteurs et rappelés par M. Godin; mais que peut-on encore conclure de ces observations et de ces faits relativement à la nature de la gangrène œdemateuse? Rien. Le travail de M. Godin cependant a le mérite d'appeler l'attention sur ce point important de pathologie dont l'éclaircissement doit conduire à quelques conséquences utiles de thérapeutique.

RECHERCHES POUR SERVIR A L'HISTOIRE PATHOLOGIQUE DU PANCRÉAS, par J.-T. MONDIÈRE, D.-M. P.

Avant de pouvoir étudier avec fruit les divers états pathologiques d'un organe, il est d'abord indispensable de connaître exactement son état physiologique, et, nous devons l'avouer, jusqu'à ce moment, les travaux des physiologistes ne nous ont fourni que des données très-incertaines sur le mode de vitalité du pancréas et sur les fonctions qu'il doit remplir dans l'économie. La composition du suc pancréatique, sa quantité, ses usages, sont l'objet de nombreuses discussions entre eux, et le travail de M. Mondière, qui considère le pancréas sous tous les points de vue (anatomie, physiologie et pathologie), ne nous fournit aucun nouveau document sur ce sujet. Riche en citations et surtout en faits recueillis dans les auteurs, peut-être laisse-t-il à désirer quelquefois une critique plus sévère, sinon dans le choix des faits, au moins dans leur appréciation et leur juste application. Le premier état morbide du pancréas, un peu important, indiqué par l'auteur est relatif aux *vices de la sécrétion pancréatique*. Si nous l'en croyons, la sécrétion pancréatique peut subir une augmentation considérable et produire ces déjections abondantes auxquelles les auteurs donnaient le nom générique de flux. C'est à cette sécrétion trop abondante que Portal attribuait la plupart des diarrhées; Wedeking, le flux cœliaque; et Dupuytren, les évacuations cholériques.

M. Mondière range encore, parmi les sécrétions pancréatiques augmentées, certains vomissemens abondans d'un liquide clair, d'un goût salé et désagréable, qui ont jugé plusieurs hydropisies; mais, comme il est rare qu'une sécrétion soit augmentée sans que son produit ne soit en même temps modifié dans sa nature, l'auteur pense que l'on doit attribuer l'ensemble des symptômes désignés, sous le nom de pyrosis, à une altération de la sécrétion pancréatique, bien qu'il reconnaisse que dans les cas de pyrosis, dont l'ouverture des corps est venue compléter l'histoire, le pancréas n'a offert aucune lésion appréciable. Il rapporte à cette occasion plusieurs cas de pyrosis, et croit trouver dans l'énumération des principaux symptômes la preuve que c'est le pancréas qui, dans ces cas, était malade.

Inflammation du pancréas. La pancréatite peut être ou idiopathique, ou symptomatique d'un phlegmasie de l'estomac, du duodénum,

du foie, etc. D'autres fois elle est le résultat sympathique de l'inflammation des glandes salivaires. M. Mondière rapporte quatre observations qu'il regarde comme des exemples de pancréatite, exempte de toute complication. La suivante, empruntée à un auteur allemand, et que nous analysons en conservant les symptômes auxquels il attache le plus d'importance, fera connaître ce qu'il désigne sous le nom de pancréatite.

Obs. — Une fille de 29 ans, ayant contracté la syphilis en même temps qu'elle devenait enceinte, fut soumise à un traitement mercuriel après ses couches. Les symptômes disparurent, mais la malade fut prise d'une salivation très-abondante (4 livres de salive par jour). Il s'établit alors une diarrhée qui augmenta à mesure que la salivation diminuait. Il y avait un état fébrile assez prononcé, quelques envies de vomir; le ventre était tendu. La malade se plaignait d'anxiété vers la région épigastrique, avec chaleur, douleur fixe, obtuse, profonde, et s'étendant vers l'hypocondre droit. Ces symptômes augmentaient lorsque l'estomac était plein. Il y eut un peu d'amélioration; mais la malade accusait toujours à la région sus-ombilicale une douleur profonde qui l'empêchait de se coucher sur le dos et le côté gauche, et augmentait par une forte compression. La diarrhée revint jusqu'à trente selles en 24 heures; les matières, qui jusqu'alors avaient été jaunes, devinrent semblables à de la salive.

Après une courte amélioration, les accidens reparaissent; une saignée est pratiquée, et dès le lendemain il y avait gonflement des parotides, qui amena bientôt la mort.

A l'autopsie, on trouve le pancréas rouge, tuméfié principalement du côté droit, paraissant plus consistant que dans l'état naturel. On voit, en l'incisant, s'en écouler de nombreuses gouttelettes de sang; son poids était de 8 onces. Le canal excréteur était très-dilaté; de plus, les parotides étaient enflammées.

Trois autres observations, à caractères plus tranchés, analogues à la précédente, sont rapportées ensuite; mais au lieu de les analyser il sera plus profitable, nous croyons, de suivre l'auteur dans l'énumération des symptômes qu'il attribue à la pancréatite.

La *douleur* est presque constante, située profondément vers la colonne vertébrale, sous forme d'un sentiment de chaleur, puis d'une ardeur brûlante qui remonte le long de l'œsophage.

La *constipation* et la *diarrhée* sont tellement liées à l'existence des lésions du pancréas que, dans toutes les observations qu'a recueillies M. Mondière, il les a trouvées et vues se succéder alternativement. Cette diarrhée n'est jamais accompagnée de colique et a constamment lieu dans les derniers temps de l'existence.

Vomissement. Au commencement le malade vomit chaque matin un liquide plus ou moins analogue à de la salive. Plus tard, ces vomissemens deviennent continuels et entraînent de la bile et les alimens en totalité ou en partie. L'auteur se demande si, dans tous les cas où il y a un vomissement d'un liquide analogue à la salive et des selles aqueuses, on devra croire qu'il y a inflammation du pancréas. Il pense que dans un certain nombre de cas il pourra n'y avoir qu'une altération de sécrétion sans lésion organique appréciable. Mais il y avait, à notre avis, une question que l'auteur aurait dû agiter auparavant, savoir: si le pancréas est le seul organe qui verse, dans l'estomac ou les intestins, un fluide aqueux, et si c'est réellement à cet organe qu'on doit attribuer les flux séreux si abondans qui ont quelquefois lieu. Ici l'opinion de Portal et même celle de Dupuytren ne sont pas des démonstrations. Et c'était là le point qui dominait toute la question.

Salivation. M. Mondière cite plusieurs autorités pour démontrer qu'on observe fréquemment la salivation dans les affections aiguës et chroniques du pancréas.

Tumeur. Lorsque le pancréas a acquis un volume assez considérable, le toucher peut faire reconnaître une tumeur profondément située entre l'appendice xyphoïde et l'ombilic, circonscrite, immobile, et presque toujours plus ou moins sensible à une forte pression.

Cette tumeur peut, en comprimant les canaux biliaires, donner lieu à l'ictère ou à des vomissemens abondans de bile, quand la portion inférieure du duodénum se trouve fortement comprimée.

Emaciation. Dans les affections du pancréas, l'amaigrissement survient de bonne heure et est quelquefois accompagné d'un véritable état d'anémie.

Causes. La première que cite M. Mondière, celle qui paraît être la plus fréquente, c'est l'abus des préparations mercurielles, puis l'usage du tabac, l'abus des liqueurs alcooliques, l'administration longtemps continuée du quinquina, les médicamens échauffans les métastases rhumatismale, varioleuse, etc., mais surtout en raison de la relation sympathique que l'auteur dit exister entre le pancréas et les parotides, l'inflammation de ces dernières. Il cite le fait d'un individu chez lequel une parotide volumineuse disparut subitement et fut remplacée par une douleur vive et profonde dans l'épigastre, laquelle fit place à une inflammation de testicule qui disparut aussi par l'apparition d'une nouvelle parotide.

M. Mondière ne se contente pas d'avoir étudié l'inflammation aiguë du pancréas, il cherche aussi à jeter quelque jour sur l'inflammation chronique de cet organe et sur les diverses dégénérescences qu'on y observe quelquefois, et dont il pense que la plupart doivent être considérées comme le résultat d'un travail inflammatoire lent et obscur.

L'*hypertrophie* et l'*atrophie* des pancréas ont été fréquemment observées; mais nous ne trouvons rien dans le travail de M. Mondière qui nous éclaire, soit sur les causes qui ont produit ces altérations, soit sur les symptômes qu'elles déterminent, soit enfin sur les médications qu'on pourrait leur opposer. Nous en dirons autant du *ramollissement*, de l'*induration simple*, de l'*induration cartilagineuse*, de la *transformation graisseuse*, de la *dégénération kysteuse*, *encéphaloïde*, *tuberculeuse*, etc., dont M. Mondière a recueilli un grand nombre de cas; nous nous arrêterons seulement un instant sur le *squirrhe du pancréas*, qui a été nié par quelques anatomistes, mais dont il y a des cas trop authentiques pour que son existence puisse être révoquée en doute. Nous retrouvons, dans l'histoire de cette altération du pancréas, à peu près les mêmes symptômes que dans celle de la pancréatite, savoir les phénomènes qui appartiennent au pyrosis, les vomissemens, le ptyalisme, la présence d'une tumeur appréciable au toucher, et l'ictère dans quelques cas. Quant aux évacuations d'une matière graisseuse signalées spécialement par les médecins anglais et attribuée par le docteur Bright au cancer du pancréas, M. Mondière en parle à peine: il pense que ce signe n'a pas l'importance qu'on a voulu lui donner, parce qu'il ne l'a trouvé indiqué dans aucun des cas de maladie du pancréas qu'il a parcourus. Cependant il est bon de noter qu'on observe rarement les matières rejetées par le vomissement et les selles avec assez d'attention pour qu'on puisse induire, du silence des auteurs sur ce point, contre les faits cités par le docteur Bright.

M. Mondière termine son mémoire, qui est la monographie la plus complète que nous possédions des maladies du pancréas, par une bonne bibliographie; il y a bien oublié quelques travaux, mais la plupart peu importans. Nous signalerons pourtant le *Journal de l'hôpital de Copenhague*, de Bang (*Selectaria diarii nosocomii regii Fredericiani Hafniensis, auctore F.-L. Bang, Hafniæ* 1789), où il aurait trouvé plusieurs faits importans et que nous croyons d'accord, la plupart, avec les opinions qu'il a émises.

II. REVUE MÉDICALE FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE.

Les deux cahiers de septembre et octobre contiennent sept articles originaux: 1° *sur les conditions les plus favorables au traitement des aliénés*, par M. Sabatier; 2° *de la dilatation partielle du ventricule gauche du cœur*, par M. Raoul Chassinat; 3° *observations d'anévrismes partiels du cœur*, par M. Prus; 4° *opération césarienne et réflexions à ce sujet*, par M. Legroux. Il s'agit d'une opération pratiquée en 1827 d'après la méthode de Lanverjat, c'est-à-dire par l'incision transversale du ventre et de la matrice. Comme la mère est morte le lendemain et l'enfant peu de jours après, ce fait n'offre pas un très-grand intérêt dans l'état actuel de la science. 5° *Sur la névralgie rhumatismale aiguë de la vessie*, mémoire posthume et inédit de Léveillé, médecin de l'Hôtel-Dieu de Paris; 6° *observations sur les effets du baume de copahu et de la décoction de café cru dans des cas de gravelle, de néphrite et de goutte, accompagnées de diverses notes pratiques* par M. Chrestien; 7° *sur l'influence du moral sur le physique*, par M. Pamard d'Avignon.

DE LA DILATATION PARTIELLE DU VENTRICULE GAUCHE DU COEUR; par M. Raoul-Chassinat.

Le nombre des cas de dilatation partielle du cœur augmente chaque jour et d'une manière si prodigieuse, que bientôt on ne les comptera plus. Ainsi, si nous en croyons l'auteur de ce mémoire, il n'y en avait, au moment où il a écrit, que 15 à 16 cas connus; et si nos notes ne nous trompent pas, nous pensons que ce nombre dépasse déjà 21 ou 22. Le mémoire du docteur Chassinat contient une histoire complète de cette affection; mais, bien que le nombre des cas connus augmente chaque jour, cependant il n'est point encore assez considérable pour qu'on puisse espérer d'arriver, sur la plupart des questions qu'embrasse cette étude, à des résultats vraiment satisfaisans. Aussi, ce qui nous a paru le plus intéressant dans ce travail, c'est l'histoire d'un nouveau cas observé par M. Chassinat lui-même, en 1834, à la Pitié. Nous en allons retracer ici les traits principaux.

Le sujet était un homme âgé de 65 ans, bourrelier de profession, qui n'avait jamais rien éprouvé qui pût faire soupçonner l'altération qu'il a offerte. Sa mort fut causée par une hémorrhagie cérébrale et une pneumonie double. Le cœur, très-volumineux et très-allongé dans le sens de sa longueur, offrait à sa pointe une tumeur arrondie, du volume environ d'un gros œuf de poule, avec un léger sillon à son point de réunion. Le péricarde qui la recouvrait présentait quelques taches brunâtres assez larges. L'épaisseur des parois du ventricule allait en diminuant jusqu'à sa pointe, où elle n'avait guère plus d'une ligne. C'est là qu'existait une cavité sous forme de cône creux tronqué, d'un pouce et demi de diamètre en tous sens, et remplie par une masse polypiforme. A l'intérieur, la membrane interne était à peu près saine dans sa partie supérieure, et descendait dans l'intérieur de la cavité anévrismale, qu'elle tapissait complètement; mais elle était épaissie, blanchâtre en certains points. La tunique musculeuse existait encore, et sans aucune solution de continuité appréciable dans toute l'étendue du sac; mais elle était pâle, extrêmement amincie, et réduite en une espèce de membrane.

L'auteur demande s'il est possible de se rendre compte des lois qui ont présidé à la formation de cette espèce de tumeur, et commence d'abord par critiquer, et, nous devons le dire, avec assez de bonheur, toutes les opinions émises jusqu'ici sur ce point de pathologie; il expose celle qu'il a admise et d'après laquelle cette dilatation du ventricule gauche du cœur serait le résultat du ramollissement prealable de son tissu musculaire, produit par une inflammation survenue d'emblée dans ce tissu, ou consécutivement à une phlegmasie de la membrane interne ou du péricarde. Nous ne suivrons pas l'auteur dans les développemens où il est entraîné lorsqu'il veut appliquer cette explication aux faits déjà observés, ni dans les recherches qu'il fait sur les causes et la symptomatologie de cette affection; car, ainsi qu'il le dit lui-même, il est impossible de rapporter, dans l'état actuel de la science, à la dilatation partielle du ventricule gauche du cœur, des symptômes qui lui soient propres, ni à son début, ni dans les différentes phases de son cours.

OBSERVATION D'ANÉVRISME PARTIEL DU COEUR, par M. PRUS, médecin de la Salpétrière.

Nous nous bornerons, comme pour le travail précédent, à faire connaître en peu de mots les caractères de la tumeur dont M. Prus donne ici la description. Le sujet était une femme, âgée de 58 ans, qui vint mourir à la Salpêtrière (infirmerie) d'une pleuro-pneumonie gauche, et n'offrit rien d'anormal du côté du cœur. Chez cette femme le feuillet viscéral du péricarde adhérait au feuillet pariétal au niveau de la pointe du cœur. Cet organe, au lieu de finir en pointe, se terminait inférieurement par une saillie, présentant à peu près le volume d'une pomme d'api; son diamètre vertical, mesuré de l'origine de l'aorte à la pointe du cœur, était de quatre pouces. Le diamètre de la base du cœur avait également la même dimension. Les parois du ventricule gauche ont à la base une épaisseur de sept lignes, tandis que dans la partie qui forme la tumeur elles ont à peine une ligne d'épaisseur.

Cependant on reconnaît que la couche musculaire n'est interrompue sur aucun point. Il en est de même de la membrane interne qui est amincie et dépolie, mais qui n'offre aucune solution de continuité.

La cavité de la tumeur est remplie en totalité par une masse de fibrine, composée de couches concentriques dont les plus superficielles sont très-denses et très-brunes, tandis que les plus profondes sont demi liquides et noirâtres.

MÉMOIRE POSTHUME ET INÉDIT SUR LA NÉVRALGIE RHUMATISMALE AIGUE DE LA VESSIE; par LÉVEILLÉ, médecin de l'Hôtel-Dieu de Paris.

Il est assez remarquable que, malgré les immenses progrès que les travaux récens ont fait faire à la pathologie et à la thérapeutique des voies urinaires, le sujet des névralgies vésicales soit resté complètement stationnaire. Ce qu'il y a de plus particulier à cet égard, c'est que les névralgies en question n'ont été décrites dans aucun traité d'une manière complète et soignée. Pourtant les cas de ces affections ne sont pas rares dans la pratique. Le mémoire de Léveillé écrit en 1814, et que ses héritiers publient aujourd'hui, renferme des remarques assez importantes pour servir utilement à la description des névralgies en question. C'est de la névralgie rhumatismale aiguë que l'auteur s'occupe principalement dans ce travail. Il se compose de deux parties: dans la première, il expose avec détails quatre observations pratiques; dans la seconde, il décrit dogmatiquement la maladie.

NÉVRALGIE VÉSICALE; TRAITEMENT ADOUCISSANT; GUÉRISON.

OBS. — Un homme âgé de 52 ans, mince, très-irritable, se plaint de douleurs aux reins qui descendent et se propagent jusqu'à l'épigastre; il survient ensuite des ardeurs au col de la vessie, avec envie fréquente d'uriner. Chaque fois que ce besoin se fait sentir, le malade ne peut rendre qu'une petite quantité d'urine avec des efforts douloureux qui arrachent des cris. Les boissons mucilagineuses et nitrées rendent le mal plus supportable et procurent un calme qu'on peut aussi attribuer au grand usage des bains entiers ou de fauteuil.

Plusieurs mois après, le mal reparait avec violence. Violent frisson suivi d'une grande chaleur, agitation, douleurs vives aux reins, à l'hypogastre et aux plis des aines; ardeur dans l'émission des urines et embarras de la vessie. Ces souffrances reparaissent souvent par accès; le malade a des besoins fréquens d'uriner; il rend à chaque fois une très-petite quantité d'urine limpide comme de la decoction légère de chiendent; il fait des efforts incroyables pour uriner: l'anus se contracte fortement; le penis se gonfle; l'urètre est douloureux sur le sommet du gland. Ces accidens cessent peu à peu après que les urines ont coulé. Le malade est obligé, la nuit, de se lever de son lit à chaque accès, et de se promener en chemise dans son appartement; rien ne calme les souffrances pour le moment; les cataplasmes emolliens au perinée, cependant, le soulagent un peu.

Prescription. Bains de pieds très-chauds fortement sinapisés; boire alternativement du petit-lait et de l'eau de chiendent emulsionnée. Amélioration; accès moins fréquens et moins pénibles; le mieux a été progressif. Douze jours après, cependant, nouvel accès violent. Je fis exposer au moment même le perinée sur un vase contenant de l'eau fraîche, en même temps que les pieds étaient plongés dans un bain sinapisé très-chaud. L'accès, depuis cette dernière époque, ne s'est plus renouvelé, et la guérison s'est maintenue depuis un an.

Dans les trois autres observations, il s'agit de cas analogues au précédent, les accès duraient pendant plusieurs heures, et il y avait rétention prolongée de l'urine; la sonde ne pouvait pas, durant ce temps, franchir le col de la vessie ni la partie musculaire de l'urètre qui étaient resserrés spasmodiquement. Ce qui a le mieux réussi dans ces cas, ce sont les boissons adoucissantes et nitrées, les demi-lavemens narcotiques et mucilagineux, les applications d'eau fraîche au périnée, et les cataplasmes laudanisés à l'hypogastre. Le mal a fini par céder complètement. Dans un cas, l'extrait de ciguë donné à la dose de trois grains par jour a aussi paru consolider la cure. Il est à remarquer que l'une des observations qui précèdent se rapporte à une femme âgée de 73 ans, ce qui est assez rare dans ce sexe, et chez laquelle la maladie a également cédé sous l'action périnéale de l'eau froide et du retour de la belle saison; cette femme était sujette à un rhumatisme vague et à une bronchite chronique.

La partie dogmatique de ce mémoire comprend d'abord la symptomatologie générale. A son début le mal s'offre par des caractères analogues à ceux de la cystite aiguë. La turgescence momentanée des parties génitales externes durant les efforts pour uriner forme, d'après l'auteur, un des caractères constans de la névralgie. « Je donne, dit Léveillé, le phénomène suivant comme constant pendant les douleurs, en quelque sorte expulsives, qui tourmentent chaque fois qu'on urine. Le pénis se gonfle toujours de manière à ne donner que l'idée d'un boursouflement et non celle de l'érection. Chez les femmes, le clitoris, les grandes et les petites lèvres se développent, le bourrelet antérieur du vagin devient saillant au-devant de l'entrée de ce canal. Comme toutes les névralgies, celle dont il s'agit revient par accès et offre des exacerbations à des époques plus ou moins rapprochées, surtout le soir; elle est souvent accompagnée de rétention urinaire. L'auteur a observé que cette affection abandonne parfois la vessie pour se jeter au cuir chevelu, aux tempes, aux arcades dentaires et aux articulations des mâchoires; elle se porte quelquefois aussi à la plèvre, d'où des pleurodynies, des suffocations, etc. Les organes gastriques se prennent également dans quelques cas. La rétention urinaire paraît, d'après l'auteur, dépendre de la contraction involontaire du sphincter, de l'anus et de la vessie qui détermine le gonflement des organes génitaux; le périnée lui-même étant contracté spasmodiquement empêche l'urine de couler.

On prévoit déjà de quelle importance il est de distinguer dans la pratique les symptômes de la maladie en question de ceux qui dépendent de la présence d'un corps étranger dans la vessie. Malheureusement les caractères ne sont pas toujours assez tranchés dans les deux cas pour pouvoir établir avec certitude ce diagnostic. Combien de fois n'a-t-on pas vu de ces prétendues névralgies n'être dans le fait que des phénomènes extraordinaires d'un pierre vésicale? Et *vice versa*, plusieurs individus n'ont-ils pas été taillés dans la présomption d'une pierre, alors que les symptômes ne dépendaient réellement que d'une névralgie de la vessie? Nous avons observé nous même, dans les hôpitaux de Paris, des cas de cette nature où le diagnostic a été longtemps douteux même pour les praticiens les plus exercés. Le cathétérisme explorateur est sans doute d'un très-grand secours dans ces circonstances, mais combien de fois ce moyen n'a-t-il pas été insuffisant, ou n'a-t-il pas induit en erreur? Toutes ces questions importantes de pratique méritent encore de nouvelles recherches approfondies; Lé-

veillé se proposait de les éclaircir dans un second mémoire sur les névralgies chroniques de la vessie, c'est ce que la mort ne lui a probablement pas permis de faire.

Quant à la thérapeutique qu'il expose dans ce travail, elle ne présente rien de neuf aujourd'hui, elle est basée sur les indications constitutionnelles et locales, variables d'ailleurs suivant les circonstances individuelles.

OBSERVATIONS SUR LES EFFETS DU BAUME DE COPAHU ET DE LA DÉCOCTION DE CAFÉ CRU DANS DES CAS DE GRAVELLE, DE NÉPHRITE ET DE GOUTTE, ACCOMPAGNÉES DE DIVERSES NOTES PRATIQUES; par le docteur CHRESTIEN de Montpellier.

La médication conseillée ici par le docteur Chrestien n'a pas été employée dans un assez grand nombre de cas, pour qu'on puisse lui attribuer une action spécifique dans le traitement des maladies auxquelles elle a été opposée. M. Chrestien rapporte trois cas où son emploi a été suivi de succès, mais aussi chez deux individus goutteux elle résta sans effet, et en outre il perdit de vue deux des trois individus chez lesquels les symptômes de la gravelle s'étaient amendés pendant qu'ils étaient soumis à ce traitement; et, comme le fait remarquer avec raison M. Chrestien lui-même, il arrive parfois que des personnes goutteuses, après avoir éprouvé, même à des époques très-rapprochées, des attaques de leur maladie, en ont été délivrées pendant plusieurs années sans aucune cause appréciable. Voici cependant le traitement employé dans ces cas par M. Chrestien : il associe le copahu à parties égales avec la farine de froment et la gomme arabique, et en forme des pilules de six grains; le malade en prend six le matin et autant le soir; et après chaque dose de pilules, on lui sert une grande tasse de décoction de trente semences de café cru entières qu'on a fait bouillir dans deux litres d'eau pendant une demi-heure; une troisième tasse est prise dans la journée; ce traitement doit être continué pendant plusieurs années.

III. JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE.

RECHERCHES SUR LA NÉCROSE ET LA TRÉPANATION DES OS; par M. JOBERT, de Lamballe, chirurgien de l'hôpital St-Louis.

L'auteur débute dans ce travail par émettre quelques considérations générales sur la structure des différentes pièces du squelette. Nous ne nous arrêterons dans cette partie que sur les idées qui nous ont paru offrir quelque chose de neuf ou de particulier à la manière de voir de l'auteur.

La vie, dit M. Jobert, est plus grande aux extrémités que vers la partie moyenne des os cylindriques. Cette proposition est sans doute basée sur ce que, d'après la remarque de Bichat, la diaphyse ne vit qu'aux dépens des artères périostales, tandis que les épiphyses reçoivent une quantité plus considérable de sang provenant des vaisseaux articulaires. Les recherches postérieures à Bichat cependant ont démontré qu'une pareille assertion n'était pas rigoureuse, car bien que l'artère nourricière qui traverse la région diaphysaire se destine principalement à la moelle, les trois ordres de vaisseaux propres à chaque os cylindrique, savoir : les périostaux, les articulaires et les médullaires, l'anastomosent tellement entre eux, qu'il y a à peu près compensation égale, ou un égal degré de vie sur tous les points de la substance osseuse. Si la nécrose arrive plus souvent dans la partie moyenne qu'aux extrémités, c'est là une autre question. Considérée maintenant sous le rapport de la sensibilité; la partie moyenne des cylindres osseux est incontestablement plus vitalisée que les extrémités. La découverte de Mascagni, confirmée par Béclard, Howship et Lobstein, sur les filets nerveux qui accompagnent l'artère nourricière, rend cette vérité incontestable. Pourquoi, en effet, l'amputation dans la partie moyenne des membres est-elle en général beaucoup plus douloureuse que la résection des extrémités osseuses? C'est que les nerfs en question se distribuent vers la diaphyse et s'épuisent, pour ainsi dire, avant d'arriver aux régions épiphysaires.

M. Jobert insiste d'une manière particulière sur la structure de la substance compacte des os et appelle principalement l'attention sur la forme canaliculaire de ce tissu, décrite et figurée la première fois par Howship et constatée dernièrement par M. Gerdy. (V. *Médico chirurgical Transactions.*) En comparant la structure de ce tissu compacte à celle de la substance spongieuse, l'auteur déduit la raison de la fréquence de certaines maladies dans chacune de ces parties.

On avait admis jusqu'à présent, d'après les expériences de Troja, que les os cylindriques vivaient sous la dépendance absolue de la membrane médullaire. Si vous détruisez en effet la moelle, l'os se nécrose, tandis que si vous arrachez le périoste, la mort de l'os n'est pas toujours inévitable; il peut se couvrir de bourgeons charnus et continuer à vivre aux dépens des deux autres ordres de vaisseaux que nous venons d'indiquer. M. Jobert cependant professe une opinion contraire. Il pense que la vie et les réparations de l'os sont entièrement confiées au périoste, la membrane médullaire n'ayant d'après lui d'autre office que de sécréter la moelle.

Arrivons à la partie la plus importante du travail de M. Jobert, à la nécrose ou à la gangrène des os ainsi qu'il la définit. A part la nécrose traumatique ou par brûlure, qui peut attaquer indistinctement toutes les régions du corps, on pourrait établir, d'après l'auteur, plusieurs variétés de nécrose spontanée dont chacune a son siége de prédilection selon la nature de la cause qui la produit. Ainsi, par exemple, la nécrose siphylitique affecte de préférence les régions cranienne, tibiale, claviculaire, maxillaire et nasale; la nécrose dartreuse (ulcères rongeans), les os de la face et du nez; la scrophuleuse, les os des mains et des pieds; la mercurielle, les os maxillaires, etc. Quelle que soit du reste la nature des causes qui occasionnent la nécrose, toutes agissent; ainsi que le fait observer M. Jobert, en étranglant la circulation et la vie dans une étendue plus ou moins considérable de la texture osseuse. L'auteur entre ici dans des détails particuliers et il cherche à expliquer par quel mécanisme spécial chacune des causes ci-dessus produit l'interruption de la vie d'un os par l'arrêt de la circulation. M. Jobert croit que l'action de la siphylis dans ce cas se réduit tantôt à la déposition d'une certaine quantité de lymphe sous le périoste ou bien entre la membrane médullaire et l'os, tantôt à un travail ulcératif des tissus superposés au périoste et du périoste lui-même.

Ce dernier mode d'action se vérifie aussi dans la nécrose dartreuse. Mais les choses se passent bien autrement dans la nécrose scrophuleuse. Suivant M. Jobert, le principe scrophuleux, en rendant tardive et lente la circulation de la lymphe, imbibe en quelque sorte et ramollit les membranes nourricières de l'os : de là une grande prédisposition à la nécrose. Mais ce ne sont là que de simples conjectures, comme on le voit; car il resterait toujours à expliquer pourquoi la scrophule attaque de préférence les os spongieux des extrémités, et comment il se fait que la mortification commence souvent par la partie centrale, comme au calcanéum, par exemple. Quant aux causes mécaniques, elles agissent toutes en détruisant soit le périoste ou ses vaisseaux, soit la membrane médullaire.

Il y a cette différence entre la gangrène des parties molles et la nécrose : dans la première, il y a engorgement, extravasation et putréfaction si le mal est accompagné de stase veineuse, ou bien les escarres sont sèches si la chose dépend d'une stagnation lente du sang artériel; dans la nécrose, au contraire, on ne remarque jamais la première circonstance; aussi la mortification osseuse ne peut-elle être comparée en général qu'à la gangrène sèche. M. Jobert trouve pourtant quelque ressemblance entre la nécrose des os courts et la gangrène humide.

Après cette première considération sur les causes de la gangrène, l'auteur passe à l'examen des qualités physiques de l'os frappé de mortification. La seule idée digne de reproduction dans cet examen est relative aux causes de la diminution et des inégalités de l'os nécrosé. L'explication généralement admise à cet égard était basée, comme on sait, sur l'action absorbante des lymphatiques. M. Jobert croit au contraire que l'action mécanique des bourgeons médullaires et le cours du pus suffisent pour expliquer la destruction de l'os et l'expulsion totale ou partielle du séquestre ou de la portion osseuse mortifiée.

Nous passons à l'os de nouvelle formation. Celui-ci n'est pas aussi régulier que le premier. Il est plus ou moins chagriné, bosselé à l'extérieur par des ossifications irrégulières. Il n'offre pas non plus une direction pareille à celle du premier; en effet, le membre restauré présente toujours un certain degré de difformité. Son volume est également plus considérable, de même que son épaisseur et sa résistance. Son canal médullaire est bouché ou bien cloisonné par des bourgeons osseux provenant de la coque nouvelle. M. Jobert n'admet point l'ossification de la membrane médullaire. L'os nouveau présente quelquefois des fistules dans son parenchyme qui n'aboutissent point au séquestre et qui sont, d'après l'auteur, doublées d'une membrane vasculaire.

Quant à la source de la régénération de l'os nécrosé, M. Jobert admet les deux doctrines connues, suivant que la mortification embrasse la totalité ou une partie de l'épaisseur du parenchyme osseux. Il admet avec Troja, David, etc., l'action exclusive du périoste dans le premier cas; le bourgeonnement de la portion restante de l'os dans le second, avec MM. Richerand, Larrey, Léveillé, Knox, etc. M. Jobert ne paraît pas avoir eu connaissance des travaux de Howship, qui jettent une si vive lumière sur cette importante question. Il se contente, en attendant, de résumer ainsi sa manière de voir à cet égard : 1° le périoste

seul sert à former le nouvel os; 2° le périoste et la partie d'os demeurée saine lorsque la nécrose n'envahit pas toute l'épaisseur de l'os, concourent à réparer la partie morte; 3° la membrane médullaire ne concourt jamais à former le nouvel os.

Arrivons enfin au traitement de la nécrose et principalement à l'emploi du trépan, comme moyen curatif, que M. Johert étudie d'une manière toute particulière. On croirait, au premier abord, que l'auteur s'occuperait, dans cette partie de son travail, de la trépanation de l'os nécrosé, opération si heureusement imaginée et pratiquée par Dupuytren. M. Johert ne traite au contraire que de la trépanation de la nouvelle coque osseuse, dans le but de former une brèche propre à donner issue au séquestre. Il répète, commente et perfectionne les préceptes qui avaient déjà été posés par les maîtres de l'art à ce sujet, mais il ne dit pas le mot des belles innovations de Dupuytren à cet égard. Lorsque le séquestre est très-étendu, le grand chirurgien de l'Hôtel-Dieu faisait observer avec raison qu'en suivant les préceptes ordinaires de la trépanation du nouvel os, il faudrait très-souvent pratiquer des plaies énormes et ébrécher considérablement la nouvelle coque avant de pouvoir extraire le cylindre nécrosé, ce qui occasionnait souvent des accidens dangereux ou même la mortification de l'os nouveau. Aussi avait-il adopté pour pratique de ne trépaner le nouvel os que sur un seul point de sa partie moyenne; il entrait par cette petite brèche sur l'os nécrosé, qu'il trépanait également en le divisant et en le morcelant; il en tirait plusieurs fragmens d'abord, attendait quelques jours pour que le reste du séquestre se présentât spontanément à l'ouverture, et il le trépanait une seconde fois, et ainsi de suite, jusqu'à ce que tout le cylindre mortifié était extrait par fragmens et par petites séances sans accidens. C'est ainsi que nous avons vu plusieurs cas de nécrose très-étendue des membres heureusement guéris par le praticien que nous venons de nommer. C'est cette espèce de trépanation que nous aurions désiré voir éclaircie par les intéressantes recherches de M. Johert.

OBSERVATION REMARQUABLE D'UNE HERNIE CRURALE ÉTRANGLÉE; KYSTE PRIS D'ABORD POUR LE SAC; PAQUET GRAISSEUX PRIS D'ABORD POUR L'ÉPIPLOON; GUÉRISON; par M. GUÉRÉTIN, élève de l'école pratique.

OBS. — Une femme, âgée de 65 ans, portait depuis 25 ans une hernie crurale droite, de la grosseur d'une forte chataigne. Le 14 mai 1836, pendant que la malade se promenait dans la rue, la hernie sortit de suite malgré la présence d'un bandage. Rentrée chez elle, la malade essaya en vain de la réduire. Le 19, elle entra à la Pitié. La réduction avait été impossible en ville malgré l'usage de différens moyens; la malade avait éprouvé des coliques violentes et des vomissemens stercoraux.

A la visite du lendemain, la malade ne vomissait plus depuis vingt-quatre heures. Le ventre est souple, presque sans coliques; la face calme; mais la hernie est dure, et commence à être douloureuse à la pression. Pas de selles depuis six jours. M. Samson ne se fia pas à ce mieux momentané; la sensibilité de la tumeur, son irréductibilité et les symptômes antécédens le décident à l'opération.

Après la section de la peau et de plusieurs tuniques aponévrotiques, l'opérateur arrive sur une masse lobulée, rouge-foncé, de la grosseur d'une petite pomme, qu'il prit pour le sac herniaire, et qu'il incisa avec précaution. Une cavité un peu anfractueuse, à loger une petite noix, pleine d'une sérosité trouble, acheva momentanément de le tromper. Une seconde tumeur rouge-foncé se présente alors, entourée sur ses côtés d'une ceinture inégale, lobulée, de trois lignes d'épaisseur environ, d'aspect épiploïque, qui s'enfonce avec le collet de la tumeur qu'elle embrasse. L'enveloppe extérieure du kyste incisé se continue en dehors de cette masse qu'elle recouvre. Le chirurgien crut donc le sac incisé; la deuxième tumeur lui parut être l'anse intestinale étranglée, entourée d'une portion d'épiploon qu'elle aurait perforée. Circonscrivant alors doucement avec le doigt la tumeur profonde et l'isolant bien de la masse prétendue épiploïque, avec laquelle elle n'a que de très-légères adhérences, il reconnut bientôt qu'il avait affaire au sac herniaire; il fut incisé avec des ciseaux. L'anse intestinale mise à nu était d'un noir foncé; sa texture ne parut pas altérée. Une couche plastique extrêmement mince l'accolait au sac. Les deux tiers seulement du calibre intestinal parurent pincés. Pendant que des aides attiraient en dehors avec des pinces les parois du sac, une contraction intestinale fit presque immédiatement rentrer l'intestin sans qu'il fût besoin de débrider.

Les suites de l'opération ont été heureuses, et la malade sortit guérie quelques semaines après.

OBSERVATION D'ENCÉPHALO-PATHIE SATURNINE, par le docteur TANQUEREL-DESPLANCHES.

L'auteur voudrait que l'on désignât, sous le nom d'encéphalo-pathie saturnine, l'ensemble des phénomènes présentés par quelques sujets sous l'influence de l'action du plomb, et qui se rattachent à des troubles du système nerveux encéphalo-rachidien, tels que le délire, le coma, les convulsions qu'on ne considère ordinairement que comme des complications et non comme inhérentes à la maladie du plomb. Cependant il pense que ces symptômes constituent par leur réunion et par leur enchaînement une des formes de l'empoisonnement par le plomb, aussi bien que la colique et la paralysie en expriment deux autres différentes. Il croit donc pouvoir affirmer que, quand les molécules saturnines viennent à porter leur influence sur l'encéphale, il en résulte un groupe de phénomènes morbides, toujours à peu près identiques, qui constituent à eux seuls une maladie qu'il faut classer dans le cadre nosologique; c'est ce qu'il désigne sous le nom d'encéphalo-pathie saturnine. Il cite l'observation suivante comme un exemple de cet état morbide.

OBS. — Bright, âgé de 24 ans, travaillait depuis six ans chez un broyeur de couleurs, lorsqu'il fut pris, en 1835, deux fois de suite dans l'espace de six mois, par la colique de plomb, mais sans aucun accident nerveux insolite. Repris pour la troisième fois, il entra à l'hôpital de la Charité le 13 juin 1836, se plaignant de petites coliques, d'anorexie, de douleurs dans les membres inférieurs et de constipation; il y avait eu quelques vomissemens; l'haleine était fétide; et l'intelligence intacte. (Deux gouttes d'huile de croton tiglium; lavement purgatif des peintres.)

Le 14 juin, le malade a eu quatre garde-robes et se dit soulagé; une bouteille d'eau de Seidlitz amène deux selles dans la journée; vers deux heures du soir, il se lève tout à coup dans son lit, exécute quelques mouvemens en sens divers, prononce des mots sans suite et se couche; il répète plusieurs fois ce manége.

Le 15, au moment de la visite, Bright reste couché dans son lit et semble dormir; quand on l'agite fortement, il bredouille quelques mots étrangers, puis retombe dans son assoupissement. Il peut se remuer facilement, mais avec lenteur; quelquefois il se lève sur son lit, puis se couche sur le ventre ou dans d'autres positions bizarres, mais sans parler et sans regarder les personnes qui lui adressent la parole. Tous les sens sont évidemment émoussés. Le pouls reste lent; 55 pulsations; la chaleur de la peau est naturelle; la respiration bonne; le ventre paraît à l'état normal; cependant le malade y porte fréquemment la main. (On continue l'huile de croton et le lavement purgatif des peintres.)

Le 16, à la visite du matin, les yeux du malade sont ouverts et hagards; on ne peut obtenir de réponse; le globe de l'œil se porte en haut; quelques mouvemens convulsifs parcourent les membres supérieurs et sont suivis de fortes secousses spasmodiques, la main se ferme et le pouce se place en-dedans; les pupilles restent dilatées; l'écume survient, la figure s'injecte, et pendant les trois minutes que dure cette attaque, le pouls ne présente aucune modification.

Après l'attaque, résolution complète, fréquence extraordinaire du pouls, transpiration abondante; trois accès se succèdent dans l'espace d'une heure, et le malade meurt à 2 heures, comme asphyxié.

AUTOPSIE.

Abdomen. L'S iliaque offre un rétrécissement très-sensible sur deux points différens, sans altération sensible des tuniques de l'intestin rétréci. L'intestin grêle offre dans toute sa longueur un développement prodigieux des glandes de Brenner et de Peyer; sur aucun point cependant il n'y a d'ulcération. La muqueuse digestive ne présente ni injections, ni ramollissement; on ne rencontre pas non plus au-dessous d'elle cette matière cassante, jaune, qui s'observe dans la fièvre typhoïde.

Thorax. Les poumons n'offrent rien de remarquable; on voit çà et là quelques tubercules crus; les bronches sont d'une couleur très-foncée.

Crâne. Les méninges offrent une arborisation assez marquée; les circonvolutions cérébrales ne présentent ni affaissement, ni saillie; les ventricules ne contiennent que très-peu de sérosité; la substance cérébrale, à peine injectée, a une bonne consistance; on trouve sur la dure-mère spinale un peu de sang coagulé étendu par plaques d'une manière uniforme, et un réseau vasculaire assez développé sur les parties antérieure et postérieure de la moelle.

Le grand sympathique et le pneumo-gastrique n'ont subi aucune altération. Le sang extrait de la veine-cave inférieure et du cœur droit, et analysé par M. Chevallier, n'a offert aucune trace de plomb.

OBSERVATION D'ACÉPHALOCYSTES DÉVELOPPÉS DANS LA GENCIVE; par M. LEFOULON, chirurgien-dentiste.

OBS. — Il y a deux ans environ que M. C. s'était fait extraire la troisième dent molaire inférieure qui était cariée. Trois mois après, une petite tumeur se montre sur la gencive de la dent enlevée; elle est douloureuse, incommode durant la mastication; son volume est progressif au point d'égaler par la suite un petit œuf de perdrix et obliger le malade à rester souvent avec la bouche béante. Sa présence a déjeté la quatrième molaire en arrière et en dehors, la deuxième en avant et en dedans. Cette dernière dent est cariée. La tumeur est converte par la muqueuse gengivale qui paraît saine; elle offre de la fluctuation à son centre.

M. Lefoulon extrait l'une des dents déplacées, et la tumeur se vide sur-le-champ. L'opéré crache avec du sang trois petits corps arrondis parfaitement transparens et nageant dans le bassin; ils avaient chacun le volume d'un gros pois; leur consistance était comme gélatineuse; ils contenaient dans leur intérieur un liquide parfaitement incolore et transparent comme de l'eau; examinés attentivement en présence de plusieurs médecins, ces corps ont été reconnus pour des acéphalocystes.

N. du Red. Il est assez remarquable que des kystes hydatiques puissent prendre naissance dans un tissu aussi mince que celui des gencives. D'après nos propres recherches sur ces sortes de kystes, leur existence se rallie le plus souvent à celle des organes glandulaires, ou des cryptes muqueux. Dupuytren rencontra un cas de cette espèce dans une amygdale; nous observâmes un kyste hydatique sur le bout de la langue, opéré par M. Roux à la Charité; son volume égalait celui d'une noix. Les médecins allemands ont décrit, dans ces derniers temps, les tumeurs hydatiques de la glande lacrymale (Beer, Weller).

Un kyste de même nature, du volume du poing, a été trouvé par M. Guersent fils dans le foie d'un jeune homme qui est mort à la Charité; il existe une foule de cas analogues pour ce dernier organe. On en a rencontré sous la muqueuse de la vésicule biliaire et même dans l'estomac et dans la matrice (Lobstein). Dans les ovaires la chose est très-fréquente : chez une femme dont nous avons disséqué le cadavre, un kyste hydatique et l'ovaire formaient hernie sous l'arcade crurale.

D'un autre côté, ces sortes de kystes ont été observés également dans des régions où ils n'avaient pas de liaison avec des organes glandulaires. Le docteur Barne trouva une tumeur hydatique volumineuse dans l'orbite, dont l'intérieur renfermait aussi une dent. Dupuytren opéra un kyste analogue dans l'orbite d'un enfant. On en a vu dans le canal rachidien et dans la poitrine (Magendie, journ.); dans la cavité des veines pulmonaires (Andral); dans l'abdomen (Brehmer); entre le rectum et la vessie (Ruych); dans les espaces inter-tendineux du poignet et du coude-pied; dans le canal médullaire de l'humerus et du tibia (Dupuytren, Cullérier); dans le tissu diploïque de l'os frontal (White), etc.

Mais quel est le principe formateur de ces sortes de tumeurs? par quelles données peut-on arriver *à priori* à leur diagnostic certain?

TRAVAUX ACADEMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 21 NOVEMBRE.

L'Académie procède à l'élection d'un correspondant pour la section d'astronomie. La section avait présenté la liste suivante de candidats :

1. M. Bailly, à Londres; 2. M. Dunlop, à Paramatta (Nouvelle-Hollande); 3 M. Carlini, à Milan; 4. M. Litrow, à Vienne (Autriche); 5. M. Hansen, à Gotha

Au premier tour de scrutin, M. Baily obtient la majorité absolue des suffrages (34 sur 42), et est déclaré élu.

SOMMEIL DES PLANTES.

M. Dutrochet lit la deuxième partie de ses recherches sur ce sujet, partie relative au sommeil des feuilles.

Les mouvemens par lesquels les feuilles prennent les positions alternatives de réveil et de sommeil, ont exclusivement leur siége dans des renflemens particuliers qui sont situés à la base de leurs pétioles, et qui constituent à eux seuls le court pétiole particulier de leurs folioles. Ces renflemens sont assez volumineux dans le haricot pour permettre l'étude facile de leur structure intérieure. On sait que les feuilles de cette plante offrent d'une manière très-remarquable les phénomènes du réveil et du sommeil; leurs folioles abaissent leur pointe vers la terre pendant la nuit, et le limbe reprend la position horizontale pendant le jour; abstraction faite toutefois de l'inclinaison variable que leur donne la natation.

Le renflement qui constitue le pétiole particulier tout entier d'une foliole de feuille de haricot, offre au dessous de l'épiderme une couche épaisse de cellules disposées en séries longitudinales, et qui généralement décroissent de grosseur du dedans vers le dehors, en sorte que, lors de la turgescence du tissu qu'elles forment par leur assemblage, ce tissu cellulaire doit tendre à se courber en dirigeant la concavité de sa courbure vers le dehors. C'est aussi ce que l'expérience démontre; car, en plongeant dans l'eau une lame mince enlevée longitudinalement sur ce tissu cellulaire, elle se courbe fortement dans le sens qui vient d'être indiqué; si l'on transporte dans du sirop cette lame ainsi courbée, elle se courbe en sens inverse.

Ainsi, dit M. Dutrochet, ce tissu cellulaire est incurvable par endosmose; il représente par sa disposition un cylindre creux dont toutes les parties longitudinales, si elles étaient séparées les unes des autres, tendraient dans l'état naturel à se courber vers le dehors Les cellules des deux ou trois couches les plus intérieures de ce tissu cellulaire ne contiennent que de l'air. Au-dedans de ces cellules pneumatiques se trouve une couche d'un tissu fibreux composé de fibres transparentes d'une grande ténuité et entremêlées de globules disposées en séries longitudinales. Une lame mince, enlevée dans ce sens sur ce tissu fibreux, étant plongée dans l'eau âcrée, elle s'y courbe en dirigeant la concavité de sa courbure vers le centre du pétiole. Si cette lame est plongée dans l'eau non âcrée, elle ne se courbe point du tout. Ainsi ce tissu fibreux est incurvable par oxigénation. Ainsi le renflement pétiolaire de la foliole du haricot contient les deux tissus incurvables déjà décrits pour les fleurs, et il y a de même entre eux un antagonisme, chacun l'emportant à son tour et produisant alors l'incurvation qui lui est propre. Dans les feuilles, comme dans les fleurs, c'est le tissu incurvable par endosmose qui est seul l'agent du réveil, et c'est le tissu incurvable par oxigénation qui est seul l'agent du sommeil.

Ces deux tissus incurvables disposés, comme il vient d'être dit, en deux couches cylindriques emboitées l'une dans l'autre, agissent sans doute chacun par toute la masse du cylindre creux qu'ils constituent, mais il n'y a pour chacun que le côté le plus fort qui manifeste extérieurement son action par l'excès de sa force sur le côte opposé.

BAREGINE.

M. Séguier lit une note sur les observations qu'il a faites en 1836 aux eaux de agnères de Luchon. Après avoir parlé des résultats des travaux qui ont eu pour objet d'obtenir un plus grand volume d'eau, il s'occupe d'une substance qui tapisse les parois des réservoirs où sont retenues les eaux thermales. Cette substance, dit-il, est celle qu'on a désignée sous le nom de barégine, parce que c'est à Barèges que l'a d'abord observée le chimiste qui l'a décrite. La barégine se trouve à Luchon dans deux états différens, tantôt adhérente aux parois, et tantôt libre. La première présente un aspect chevelu, soyeux; elle tapisse principalement dans les galeries les surfaces exposées tour à tour au contact de l'eau et de l'air.

Examinée au microscope avec un faible grossissement, la barégine détachée avec ménagement des parois offre l'apparence d'une masse de crin mal cardée; sous un grossissement plus fort chaque brin prend la forme d'un tube composé d'alvéoles juxta posées suivant la longueur. La barégine prise parmi les masses détachées et gisante sur le sol des réservoirs, présente un tout autre aspect; le microscope, même avec le plus fort grossissement, n'y fait jamais distinguer autre chose qu'une masse amorphe. Touchée avec la pointe d'une aiguille, cette matière semble être gélatineuse et glaireuse.

Afin de bien constater qu'il n'y avait là que deux états d'une même substance et non deux substances différentes, M. Séguier a détaché des parois d'une galerie une masse de barégine filamenteuse, et l'a abandonnée pendant plusieurs jours dans un vase découvert à moitié rempli d'eau des sources.

Les quatre premiers jours, aucun changement; le cinquième jour, les filamens commencèrent à paraître visqueux; les jours suivans, l'état de viscosité augmenta progressivement; enfin, vers le quinzième jour, la barégine ne forma plus que la masse opaque glaireuse ou gélatineuse précédemment signalée.

D'autres observations de M. Séguier sont relatives au mode de refroidissement des eaux thermales.

POLYPIERS FOSSILES.

M Milne Edwards lit des observations sur les polypiers fossiles du genre *eschare*.

La texture pierreuse ou plutôt osseuse de la tunique extérieure des eschares est une condition des plus favorables pour la conservation des dépouilles laissées par ces polypes dans ces couches sédimenteuses qui ont successivement envahi leur demeure; aussi, malgré leur grande délicatesse, en rencontre-t on souvent à l'état fossile, et le nombre des espèces détruites, dont l'existence est constatée de la sorte, excède de beaucoup celui des espèces vivantes observées dans nos mers. La recherche de ces fossiles a cependant été long-temps négligée, et peu d'auteurs s'en sont occupés. M Desmarest en a signalé quelques espèces à l'attention des naturalistes; Faujas de Saint-Fond et Lamouroux en ont également découvert; mais ce n'est guère que dans l'ouvrage de M. Goldfuss que l'on trouve à ce sujet des renseignemens précis et assez détaillés pour être réellement utiles.

L'étude de ces polypiers présente du reste quelque difficulté, car elle nécessite un examen minutieux et presque microscopique de la conformation de cellules dont ils se composent, et pour que les dessins que l'on en donne soient satisfaisans, il faut qu'ils représentent les objets grossis vingt fois au moins, et qu'ils soient tous observés sous un même pouvoir amplifiant.

Une cause qui, plus que toutes les autres, a contribué à diminuer la valeur des travaux dont cette branche de la géologie a déjà été enrichie, c'est l'ignorance où l'on était des modifications de forme amenées par l'âge dans une même cellule; car, faute de connaître ce fait, on se contentait d'ordinaire de l'examen de quelques loges bien conservées dans chaque polypier, et en agissant de la sorte on était exposé d'une part à multiplier sans raison les espèces, et de l'autre à confondre des espèces réellement différentes, mais dont les caractères distinctifs disparaissent dans la vieillesse. En effet, dit M. Edwards, les changemens que nous avons constatés dans la conformation extérieure des cellules tégumentaires des eschares vivantes observées en différens âges se remarquent aussi dans les dépouilles fossiles de ces polypes, et pour se prononcer sur l'identité ou sur la distinction spécifique de celles-ci, il devient souvent nécessaire de les comparer dans les diverses périodes de leur existence, comparaison qui n'est pas toujours possible, car souvent on ne trouve que des fragmens trop petits pour offrir des cellules d'âges différens.

Presque toutes les espèces d'eschares fossiles dont on a publié jusqu'ici de bonnes descriptions ou des figures reconnaissables, appartiennent à une époque géologique bien reculée, car elles proviennent pour la plupart de la formation crayeuse: ces terrains ne sont cependant pas les plus riches en polypiers de ce genre, et c'est surtout dans des couches beaucoup plus récentes de l'écorce du globe qu'on les trouve en abondance dans certains terrains dont la formation est postérieure à celle des couches tertiaires les moins anciennes du bassin de Paris. Le nombre des eschares est même si considérable, qu'à l'époque géologique correspondante ces zoophytes semblent avoir contribué sous nos hautes latitudes à la formation d'immenses bancs, à peu près comme on voit de nos jours d'autres polypiers s'élever, dans les mers voisines des tropiques, des rescifs et des iles.

Les observations combinées des géologues et des zoologistes ont conduit à établir l'opinion que dans la création des êtres organisés, la tendance générale de la nature avait été de procéder du simple au composé. Dans la série des animaux vertébrés, cette marche est indubitable; elle n'est peut-être pas aussi évidente pour la série des mollusques, et on ne sait encore que trop peu de choses sur les animaux articulés du monde ancien, sans décider si elle existe dans ce grand embranchement du règne animal; mais cette tendance paraît se montrer d'une manière bien marquée dans la structure des divers polypes qui se sont succédés à la surface du globe.

En effet, dit M. Edwards, nous avons fait voir dans nos précédentes recherches que les eschares et les genres voisins sont, de tous les polypes connus, les plus élevés en organisation. Or, parmi les zoophytes nombreux qui habitent les mers dans lesquelles se sont formés les calcaires de transition, on ne connaît aucun exemple bien constaté de polypier appartenant à cette famille; il est même probable qu'à cette époque reculée, il n'existait que fort peu de polypes de l'ordre des bryozoaires, tandis que les alcyoniens et les zoanthaires, dont la structure est plus simple, abondaient.

Dans la formation jurastique, les eschariens étaient rares; mais dans la craie et dans les calcaires tertiaires, leur nombre proportionnel augmente beaucoup, et dans les terrains plus récens désignés par quelques géologues sous les noms de

terrains quaternaires on *phocènes*, la quantité des débris laissés par ces polypes dépasse de beaucoup celle des fossiles appartenant aux ordres moins élevés des zoanthaires et des alcynnieus.

Les eschares proprement dites paraissent avoir commencé à exister vers l'époque de la formation du calcaire jurastique de Caen Lamouroux, co effet, a trouvé dans ce terrain un fossile qui appartient indubitablement à ce genre, et M. Desmarets en a fait connaître un second. Dans la craie de Maestricht, ces polypiers ne sont pas rares; le nombre des espèces figurées par M. Goldfuss, comme provenant de cette formation géologique, s'élève à dix; mais tous les fossiles désignés par res auteurs ne doiveut pas rester dans ce groupe, et il en est d'autres pour lesquelles les différences indiquées comme spécifiques paraissent être simplement des différences dues à l'âge des espèces. Cette liste des eschares de la craie se réduira par conséquent beaucoup: mais d'un côté, elle est augmentée par plusieurs espèces nouvell s que M. Edwards fait connaître.

Les terrains tertiaires des environs de Paris et de la Westphalie ont fourni également à MM. Desmarets et Goldfuss plusieurs eschares. M Edwards en fait aussi connaître quelques unes qu'il croit nouvelles. Mais c'est dans le crag d'Angleterre et dans les terrains analogues du bassin de la Loire qu'il a trouvé le plus de diversité dans ces polypiers : jusqu'ici on n'en avait pas décrit un seul.

Plusieurs eschares s'éloignent beaucoup des espèces actuellement esistantes; d'antres, au contraire, s'en rapprochent extrêmemeot; mais jusqu'ici M. Edwards n'a pu coustater l'identité spécifique d'aucun de ces polypiers avec les espèces récentes, et il est par conséquent présumable que les polypes de ce genre qui habitaient les mers anciennes, ont été détruits avant la création de ceux propres à l'époque actuelle.

L'auteur donne des descriptions des diverses espèces qu'il a observées; nous ne pouvons le suivre dans cette partie de son travail, et nous nous contenterons de faire remarquer qu'il a eu un soin tout particulier à faire ressortir les modifications que l'âge des polypes apporte dans la forme extérieure de leur enveloppe solide C'est surtout dans la conformation individuelle de leurs cellules qu'il a cherché les caractères distinctifs des espèces ; les différences qui s'y rencontrent ayant, ainsi que l'a fait remarquer M. de Blainville, une importance géologique bien plus grande que celles offertes par la forme générale du polypier.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE EXTRAORDINAIRE DU 26 NOVEMBRE.

Présidence de M. Louyer-Willermay.

L'Académie se réunit extraordinairement pour entendre la lecture des travaux des savans qui lui sont étrangers.

— M. Martin lit une notice sur l'étiologie des pieds-bots.

— M. Bouvier fait connaître quelques expériences sur la section du tendon d'Achille.

Nous reviendrons sur ces communications après les rapports dont ils doivent être l'objet.

SÉANCE DU 29 NOVEMBRE.

Correspondance officielle.

1° Lettre de M. le ministre de l'instruction publique à M. le secrétaire perpétuel, en date do 23 de ce mois : annonce que tous les établissemens publics dépendant de son ministère seront ouverts aux membres de l'Académie sur la présentation de leur médaille.

2° Lettre ministérielle, 26 novembre, avec envoi de trois rapports de MM. les docteurs Furney et Germain sur une épidémie de fièvres typhoïdes qui a régné dans la commune d'Ouglières (Jura).

Correspondance manuscrite.

1° Lettre de M. Hoffmann, de Munich, touchant la morsure des vipères.

2° Lettre de M. Penant, avec envoi d'un mémoire sur les fièvres intermittentes.

3° Considérations sur l'art d'écrire en médecine et sur les progrès de cet art depuis environ un demi-siècle, par M. Tonnet.

4° Lettre de M. Keime, de Tours : se porte comme candidat aux places de membre correspondant.

5° Observatinns d'ankyloses complètes accidentellement guéries, par M. Cazenave.

6° Lettre de M. Robert, de Marseille, avec envoi de la copie d'une lettre de M. Chevallier, de Rivaz, médecin de l'ambassade française à Naples, touchant le cholera-morbus qui règne dans cette ville.

7° Empoisonnement par le sel de tartre, par M. Liagard.

8° Lettre de M Bicord sur l'orbite.

Après le dépouillement de la correspondance, M Louis demande la parole. D'après la lecture du procès-verbal, dit-il, il semble que M. Piorry ait élevé quelques doutes sur l'exactitude de mon diagnostic. J'ai dit, et je répète, que j'ai vu, dans les premières années de mon entrée à l'hospice de la Pitié, 150 pleurésies *simples*, et que je n'ai vu périr aucun de ces malades. Si l'Académie partageait tant soit peu les idées de mon confrère, je suis prêt à dire les signes auxquels je reconnais les pleurésies, et l'on verra si je me suis trompé.

M. Piorry. Je rends toute justice à M Louis. Je ne nie pas qu'il n'ait vu 150 pleurésies, je ne nie pas qu'elles ne se soient toutes terminées heureusement, mais je ne comprends pas bien ce qu'on entend par pleurésie *simple*. Dans l'idée que je m'en fais, j'ajoute que cette *simplicité* est rare, je veux dire qu'il est rare de trouver 150 cas d'inflammation uniquement bornée à la plèvre; presque toujours cette inflammation se communique soit au poumon, soit à l'estomac, soit au cœur

M. Louis. Je dis qu'une pleurésie est simple lorsque les sujets qui en sont atteints étaient jusque-là parfaitement bien-portans, et lorsque, aux deux ou trois premiers jours de son invasion, il ne s'y joint aucun symptôme d'une autre maladie. Je sais que plus tard l'inflammation appelle l'inflammation et qu'il est très-rare d'ouvrir un cadavre qui n'en présente pas les traces dans plusieurs organes

Plaie par un coup de faux à la partie supérieure externe de la jambe droite; par M Thomas. — Rapport de MM. Amussat et Larrey, rapporteurs.

Un homme de trente-neuf ans reçut un coup de faux à la partie supérieure externe de la jambe, deux pouces au-dessous de la tête du péroné ; l'instrument pénétra dans les chairs à la profondeur de deux pouces ou deux pouces et demi.

Le blessé, qui était ivre, tombe sur le coup, et là, sans secours, il perd une énorme quantité de sang, lequel s'arrête à la fin de lui-même, après plusieurs lipothymies. En même temps, il survient des vomissemens et des selles involontaires.

M. Thomas arrive onze heures après l'accident; le visage du malade est décomposé, tout le corps est froid, l'artère radiale ne bat plus, c'est à peine si la main sent encore les battemens du cœur. Cependant, au bout de quelques jours, le pouls commence à se relever, la peau s'échauffe, les vomissemens et les selles continuent, l'intelligence se trouble, etc. Mais le membre blessé reste froid, glacé; il prend une legère teinte violacée; quelques phlyctènes se montrent. A ces signes, on juge que les artères principales ont été lésées L'opération fut faite le huitième jour par M. Thomas, en présence de trois de ses confrères, elle eut un plein succès. La dissection de la jambe justifia en tout point le diagnostic qui avait été porté. L'artère péronière était coupée en totalité ; la tibiale postérieure l'était à moitié ; la tibiale antérieure l'était un peu moins.

Après avoir rappelé le fait, M. Larrey se livre à quelques réflexions. Il loue M. Thomas de s'être décidé à l'amputation avant que la gangrène ne fût bornée, persuadé que, s'il eût attendu plus longtemps, c'en était fait du malade. Mais il pense aussi que si, dès les premiers jours de l'accident, on eût attentivement examiné l'état des parties lésées, on aurait reconnu la nécessité de l'opération, et alors, au lieu de couper la cuisse, on aurait coupé la jambe, espèce de mutilation moins dangereuse et moins pénible à supporter.

M. Nacquart Je ne comprends pas bien comment on aurait pu constater exactement l'état des parties blessées. Il eût sans doute fallu faire des fouilles; mais qui ne voit que c'était le moyen de réveiller l'hémorrhagie? Je crois donc que, sous ce rapport, M. Thomas s'est conduit avec une extrême prudence, et que, loin d'encourir le reproche de ses commissaires, il mérite leur éloge.

M. Larrey. Si M. Nacquart veut parler du premier ou même du second jour après l'accident, il a raison : il eût été dangereux alors de sonder la plaie ; mais plus tard il n'y avait aucun inconvénient, et j'y vois des avantages. Il est clair que, si l'on eût pu suivre la direction de la blessure et s'assurer exactement de son étendue, on aurait vu qu'on pouvait amputer la jambe, et l'on n'aurait pas exposé le malade à l'amputation de la cuisse, opération qui, je le répète, est beaucoup plus dangereuse que la précédente. L'état de froideur et d'insensibilité du membre aurait d'ailleurs suffi pendant les trois premiers jours, pour présumer la nature de la lésion et amputer dans les condyles du tibia, ainsi que je l'ai fait plusieurs fois avec succès dans des cas analogues. Au surplus, je prie l'Académie de remarquer que je ne fais cette réflexion qu'en vue du *lieu d'élection* de l'amputation, et que je ne blâme nullement M Thomas.

M. Roux Il me semble qu'il y a une omission dans le rapport de notre honorable confrère: il n'a pas dit bien exactement le lieu et l'état des parties blessées, ce qui fait qu'il est fort difficile d'apprécier la justesse de ses réflexions. D'un autre côté, je crains que M Larrey ne se soit laissé influencer par un de ses principes auxquels il tient le plus. On sait que M. Larrey veut qu'on ampute la jambe aussi haut que possible, et jusque dans les condyles.

M. Larrey répond que la blessure était à 2 pouces au-dessous de la tête du péroné. — En ce cas, répond M. Roux, on conviendra que la gangrène avait bien peu d'espace à parcourir pour atteindre la cuisse, et dès-lors la conduite de M. Thomas s'explique tout naturellement; elle lui était commandée par la position de son malade.

A l'égard de la méthode de M. Larrey, je ne puis l'adopter : je crois, au contraire, qu'il faut amputer la jambe dans tous les points de sa continuité, surtout aujourd'hui, où M. Mille, d'Aix, et M. Martin, de Paris, ont fabriqué des appareils qui s'adaptent si bien aux moignons, qu'ils remplacent en quelque sorte la partie du membre qui a été sacrifiée. Les chirurgiens semblent aujourd'hui s'arrêter de préférence sur l'amputation près des malléoles, quand la chose est praticable. Cette méthode présente de grands avantages sur celle pour laquelle notre vénérable collègue M Larrey montre de la prédilection.

M. Nacquart. Il me semble qu'on se méprend sur les intentions de M Thomas M. Thomas vous a sans doute adressé son observation pour vous montrer qu'on peut amputer avant que la gangrène ne soit bornée.

M. Larrey. Cela peut être, mais il n'en parle pas.

M Roux. M. Larrey loue M. Thomas du courage qu'il a eu d'amputer avant que la gangrène ne fût bornée. A la bonne heure. Toutefois, il est une distinction à faire : il est des cas où la gangrène tend à s'étendre indéfiniment, parce-qu'elle dépend d'une cause interne ; dans ce cas si on amputait avant la délimination spontanée, on s'exposerait à voir le moignon se gangréner à son tour; il en est d'autres, au contraire, où il est facile de prévoir qu'elle s'arrêtera, comme dans les cas de gangrène traumatique, par exemple ; dans cette circonstance, on est convenu depuis longtemps qu'on peut et qu'on doit même amputer avant que la mortification ne soit bornée

M. Velpeau. Dans le cas qui a soulevé cette discussion, il était sans doute impossible de prévoir la gangrène ; mais, la gangrène commencée, il n'est pas douteux que M. Thomas a bien fait d'amputer son malade ; c'était le seul moyen de le sauver. A l'égard de la question elle-même, je dirai que, jusqu'à la fin du dernier siècle, il était de précepte d'attendre que la gangrène fût bornée, avant

d'amputer. Depuis lors quelques chirurgiens, entre autres M Larrey, se sont écartés de la regle, et l'evenement a justifie la violation de ce principe. M. Roux a touché le point essentiel de la question. Il faut distinguer la gangrène senile, par exemple, dépendant d'une alteration du système artériel; il y a pen d'espoir qu'elle s'arrête, ou du moins il est fort à craindre qu'elle ne reparaisse; mais, lorsque la gangrène est l'effet d'une cause passagère, il est présumable qu'elle se borne d'elle-même, et dans ce cas on peut amputer.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR L'EMPYÈME.

Contre l'opinion de quelques médecins, M. Larrey se montre partisan chaud de l'opération de l'empyème; mais il veut : 1° qu'on onvre largement la poitrine; 2° qu'on évacue tout le liquide épanché; car, pour si pen qu'il en reste, l'air qui se mêle à lui le corrompt; 3° qu'on s'abstienne de toute espèce d'injections.

Quant au procédé opératoire, il consiste à faire l'incision des tegumens, de manière qu'elle ne soit pas parallèle avec celle des muscles intercostaux; et il suffit, pour cela, de tirer fortement en haut cette enveloppe, et de l'inciser à 1 ou 2 pouces au-dessous de l'intervalle intercostal qu'on se propose d'ouvrir; ensuite on coupe, sur le bord supérieur de la côte inferieure de cet intervalle, les muscles designés; la peau forme ensuite un opercule sur cette ouverture, qui s'oppose au passage de l'air et permet l'issue permanente du liquide séreux ou purulent. Cependant, pour empêcher l'adhésion primitive de la plaie, on doit y placer, pendant les deux ou trois premiers jours, une bandelette de linge effilée et trempée dans une substance balsamique Lorsque le travail de la suppuration est établi, on la supprime, car la presence des corps étrangers serait pernicieuse. La nature se suffit à elle-même.

— M. SÉGALAS présente quelques échantillons d'urine de calculeux, et fait voir en confirmation ce qu'il a dit dans une précédente séance, que les urines s'altèrent dans la vessie, et qu'elles y acquièrent souvent les qualités alcalines, malgré la non intervention de l'action de l'air.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

CLINIQUE DES PLAIES D'ARMES A FEU; par M. BAUDENS, chirurgien en chef et professeur à l'hôpital militaire d'Alger. — Un vol. in-8° de 610 pages. Paris, 1836. Chez Baillière, libraire, rue de l'Ecole-de-Médecine, n° 13 bis.

Les désastres de la guerre qui, depuis le commencement de ce siècle surtout, se sont multipliés incessamment, ne pouvaient manquer d'être profitables à la chirurgie traumatique. Si d'un côté nous déplorons les conséquences funestes des guerres civiles, de l'autre la chirurgie civile et militaire, et la science en général, en ont tiré d'immenses avantages au profit de l'humanité. Jamais l'étude des blessures par armes de guerre n'avait été, depuis A. Paré, plus approfondie que de nos jours; jamais le génie chirurgical n'avait déployé autant de ressources dans ces sortes de lésions. Grâce au courage et au dévouement scientifiques de quelques hommes supérieurs dont le nom honore la chirurgie de notre époque : les Percy, les Dupuytren, les Larrey, Gama, Briot, Assalini, Hunter, Hennen, Guthrie, S. Cooper, B. Bell, Seutin, etc., ont apporté dans cette branche de l'art un si grand nombre de perfectionnemens et d'innovations heureuses, qu'ils ont, pour ainsi dire, changé la face de cette partie de la science.

Après les ouvrages récens de M. Jobert et de Dupuytren sur les blessures par armes de guerre, ce sujet semblait tellement épuisé qu'on aurait à peine songé à la possibilité d'y ajouter quelque chose. Voici cependant M. Baudens venir avec un in-8°, examinant, à l'aide de l'expérience seule, une foule de questions importantes qui avaient été à peine effleurées par ses prédécesseurs.

M. Baudens ouvre son livre par l'examen de la question du débridement dans les plaies par armes à feu. Contrairement à l'opinion généralement reçue il rejette le débridement dans toute espèce de plaie simple et remplace ce moyen par les saignées générales et les irrigations locales d'eau fraiche. Déjà la chirurgie anglaise avait depuis Hunter renoncé complétement à la scarification des lésions dont il s'agit; M. Baudens s'est attaché d'une manière plus particulière à démontrer expérimentalement la bonté de cette pratique et l'inutilité et le danger de la conduite opposée, c'est-à-dire du débridement. Les raisons et les faits, sur lesquels l'auteur s'appuie, paraissent péremptoires, de sorte qu'on peut considérer la modification en question comme un véritable progrès thérapeutique. Il est bien entendu cependant que le debridement devient indispensable dans quelques cas particuliers, comme quand on a certains corps étrangers à extraire, une artère à lier, une résection à pratiquer, etc. Dans ces dernières circonstances, M. Baudens trouve de l'avantage à employer la sonde à dard lorsqu'il a des contre-ouvertures à faire, et le lithotome à double lame lorsqu'il s'agit de fendre le trajet d'une balle.

Il était généralement reçu de panser simplement à sec les plaies faites par le boulet, et de remettre à la nature et à la suppuration le détachement des parties mortifiées, alors, bien entendu, que les circonstances de la lésion ne commandaient pas l'amputation sur-le-champ. Cette pratique a été désastreuse dans le plus grand nombre des cas; l'énorme suppuration consécutive entraînait le plus souvent, soit la perte du malade, soit des infirmités fâcheuses. M. Larrey a, comme on sait, produit une heureuse réforme en excisant, de prime abord, la plupart des tissus frappés de mort, en régularisant la forme de la plaie et en réunissant les parties par première intention comme à la suite d'une amputation. M. Baudens a non seulement adopté cette pratique, mais encore il l'a généralisée et perfectionnée en ajoutant, à la suture des bords de la plaie, un appareil de compresses graduées sur les côtés et l'arrosement continu d'eau froide sur la région de la blessure et par-dessus le bandage.

Un premier fait qui doit frapper l'attention de l'observateur dans l'étude des plaies par armes à feu, est relatif à la déviation des balles. C'est là un phénomène physique que personne n'avait encore bien expliqué avant Dupuytren. On avait vu, il est vrai, depuis plusieurs siècles des balles contourner l'os d'un membre sans le fracturer, sillonner la surface concave ou convexe des cavités viscérales, sans blesser les organes qui y sont contenus, mais personne n'avait encore trouvé la loi de ces déviations si bizarres en apparence quelquefois. C'est en étudiant l'action des balles sur les corps inanimés que Dupuytren est parvenu aux résultats que nous connaissons aujourd'hui.

En traversant des corps de densité variée, comme en passant de l'air dans l'eau par exemple, les balles subissent les mêmes lois de réfraction que la lumière, c'est-à-dire elles s'approchent ou s'éloignent de la perpendiculaire. Elles subissent aussi des réflexions d'après les mêmes principes lorsqu'elles rencontrent des résistances supérieures à leur violence. Ces mêmes réfractions et réflexions des balles se vérifient également dans le corps de l'homme. En perforant, par conséquent, une région donnée de notre corps, une balle doit nécessairement se dévier de différentes manières de la direction perpendiculaire à mesure qu'elle passe de la peau dans le tissu cellulaire, dans la substance musculaire, aponévrotique, tendineuse, glandulaire, osseuse, etc. A cette première cause se joint celle de la réflexion successive du projectile, suivant qu'il frappe contre un plan osseux, une saillie, une arête de même nature, un muscle fortement contracté, un tendon, une aponévrose bien tendue, etc. Ces déviations et réflexions complexes sont d'autant plus faciles que la balle se trouve vers la fin de sa course. Un soldat, dont parle Hennen, reçut une balle vers la partie moyenne de l'humérus, passa par-dessus la partie postérieure du thorax, s'ouvrit un chemin dans les muscles de l'abdomen, pénétra profondément dans les muscles fessiers, et remonta enfin à la partie moyenne et antérieure de la cuisse opposée. Chez un autre, la balle frappa à la poitrine et alla se loger dans le scrotum. On pourrait citer une foule d'exemples analogues.

Si l'on voulait maintenant se rendre compte des cas nombreux des balles qui ont fait le tour de la face concave, soit du crâne, soit de la poitrine, soit du bassin, sans blesser les organes qui y sont contenus, on n'aurait qu'à étudier l'action des projectiles qui frappent les surfaces concaves, comme les niches des maisons par exemple. D'après les recherches expérimentales de Dupuytren à cet égard, il résulte : 1° que, lorsqu'une balle agit perpendiculairement sur un des plans d'une niche, elle s'aplatit et tombe au pied du corps frappé; 2° que, lorsqu'elle agit obliquement, au contraire, elle se réfléchit un grand nombre de fois suivant l'angle d'incidence, en faisant le tour de la niche et en décrivant un grand nombre de petites lignes droites qui représenteraient autant de cordes d'un certain nombre d'arcs de cercle dans lesquels serait divisée la courbe entière de la niche. C'est ainsi aussi, disait Dupuytren, qu'en se réfléchissant un certain nombre de fois contre la paroi osseuse de la cavité crânienne, thoracique ou pelvienne, une balle qui la frappe obliquement peut parcourir la moitié ou plus de cette cavité sans léser les viscères qui y sont contenus.

Dans un cas de M. Larrey la balle entra obliquement par le front, suivit le sinus longitudinal de la dure-mère, et s'arrêta à l'occiput sans blesser les méninges, ni le cerveau. Dans un autre exemple du même praticien, le projectile était entré par la bosse pariétale et s'était arrêté à la partie postérieure de la cavité crânienne. Dupuytren citait dans ses cours l'observation d'un jeune homme qui avait reçu, en duel, une balle à la poitrine : le projectile était entré d'un côté et sorti de l'autre, presque sur le point opposé du thorax. On avait cru d'abord que le poumon avait été percé de part en part. L'événement prouva cependant que

la balle n'avait fait que glisser entre le poumon et la cage thoracique, sans intéresser aucun viscère.

Pour comprendre à présent le mécanisme de la déviation des projectiles qui sillonnent les surfaces convexes des cavités viscérales, il faut avoir recours à l'étude de l'action des balles qui frappent les colonnes ou les voûtes.

Si une balle agit obliquement contre une colonne à nu, le projectile est rejeté au loin suivant l'angle d'incidence. Si, au contraire, la colonne est doublée d'un corps résistant, comme un paillasson, par exemple, le corps étranger peut être réfléchi un grand nombre de fois entre la surface de la colonne et le paillasson, et sillonner ainsi la surface convexe de l'objet. C'est précisément ce qui arrive sur les régions indiquées de notre corps lorsqu'une balle passe pour un certain espace entre les parties molles qui font l'office du paillasson et la surface convexe de la paroi osseuse. « J'ai extrait, dit M. Baudens, par une contre-ouverture, dans la région temporale gauche, une balle qui était entrée à droite par le point diamétralement opposé; les plaies ont été pansées simplement et sans débridement; l'irrigation d'eau froide a été continuée pendant plusieurs jours concurremment avec des saignées générales pour prévenir les accidens cérébraux, et la guérison s'est opérée avec rapidité. »

On sait combien sont redoutables les épanchemens purulens sous-aponévrotiques du crâne à cause des fusées faciles de la matière, et du décollement de la calotte, à la suite des plaies contuses. M. Baudens a fait usage dans ces cas d'un mode particulier de pansement qui mérite l'attention des praticiens.

« Après avoir vidé le foyer purulent, dit l'auteur, je me suis toujours opposé aux progrès du mal, et j'ai même favorisé très-efficacement le recollement des parties à l'aide d'une compression circulairement établie sur le crâne, au moyen de bandelettes agglutinatives imbriquées les unes sur les autres, et ramenées de la nuque sur les parties latérales de la tête pour venir se croiser sur le front. On obtient ainsi une calotte contentive qui empêche les fusées purulentes, favorise le recollement des tissus qu'elle tient en contact, et qui, en s'opposant à l'évaporation de la transpiration, entretient les parties dans un véritable bain de vapeur. Les cataplasmes sont lourds, incommodes, favorisent la dilatation des vaisseaux, appellent un nouvel afflux de sang et entretiennent la stase des liquides. »

Les fractures de la lame interne du crâne, sans lésion de l'externe, ont été déjà constatées un assez grand nombre de fois par contre-coup. Il est rare cependant que cette même fracture soit accompagnée d'esquilles qui blessent le cerveau. Voici cependant un exemple de cette espèce observé par M. Baudens.

FRACTURE DE LA LAME INTERNE DU CRANE SANS LÉSIONS DE L'EXTERNE; ESQUILLE; BLESSURE DU CERVEAU; AUTOPSIE.

Obs. — Un militaire qui avait reçu un coup de feu à la tête, avec simple déchirure des tégumens sur la région pariétale droite, n'offrait d'autre signe de compression que la paralysie du bras. Malgré la saignée générale, les secousses du transport sans cesse renouvelées pendant des marches qui durèrent quatre jours, le firent périr d'une encéphalite aiguë. A l'autopsie, je reconnus une brisure de la lame vitrée dont une esquille longue d'un demi-pouce s'était détachée et comprimait le cerveau. Le crâne n'offrait à l'extérieur ni fêlure ni contusion apparente. La balle, en redressant la surface du crâne avait détaché de la lame vitrée un faisceau de fibres osseuses qui avaient été distendues outre mesure. En supposant que les circonstances eussent permis de recourir au trépan et de le seconder par un traitement antiphlogistique convenable, cette opération eût-elle été indiquée? Les partisans du trépan répondront par l'affirmative, et ses détracteurs s'appuieront d'une foule de faits bien autrement compliqués et suivis de guérison sans y avoir eu recours; de sorte qu'il est assez difficile, dans l'état actuel de la science, de pouvoir se prononcer pour ou contre ce moyen.

Lorsqu'on se rappelle les expériences de Hartsoeker et de Willis sur les blessures perforantes et déchirantes du cerveau chez les animaux vivans, l'on conçevra la possibilité de la guérison des plaies analogues chez l'homme. Déjà J.-L. Petit et Quesnay ont cité des exemples incontestables de balles qui ont percé le cerveau de part en part, soit d'une tempe à l'autre, soit de la bouche au sinciput, soit enfin du front à l'occiput, et qui se sont heureusement terminés. Les émeutes parisiennes de juin 1832 nous ont aussi fourni l'exemple d'une femme dont la tête avait été percée de part en part, à la balle, par une balle qui était entrée à la tempe d'un côté, et sortie à la tempe de l'autre. La nature de la suppuration a indiqué évidemment que l'encéphale avait été intéressé, et pourtant la guérison a eu lieu. M. Baudens rapporte un fait analogue.

BALLE TRAVERSANT LE CRANE DE PART EN PART; PLAIE VERMINEUSE; GUÉRISON.

Obs. — Le 2 juillet, à la défense des hauteurs qui couronnent l'Atlas, un caporal du 30e de ligne reçut une balle qui, entrée à un pouce en arrière et six lignes au-dessus de l'apophyse orbitaire externe du côté droit, était ressortie à gauche par le point diamétralement opposé. Dans ce trajet, les parois orbitaires externe et interne, ainsi que la lame criblée de l'etmoïde, ont été réduites en esquilles; le muscle temporal et ses aponévroses, des filets nerveux de la branche temporo-faciale de la septième paire, des rameaux émanés des troncs principaux du trijumeau sont déchirés, ainsi que des branches des artères maxillaires externes et internes; dans les orbites, tous les nerfs et les muscles intra-orbitaires. La face antérieure et inférieure du premier lobe du cerveau a été aussi intéressée. Commotion encéphalique; hémorrhagie par les fosses temporales et nasales. Quand il arriva à l'ambulance, il était dans un état de syncope. Enlèvement des esquilles; nettoyage des plaies; pansement avec des compresses continuellement trempées d'eau fraîche; ablution d'eau froide pendant six jours. L'hémorrhagie reparait, elle supplée à la saignée. Délire par intervalles pendant la première quinzaine; ventouses scarifiées aux épaules; enrayement de la réaction. Plus tard, il se développa dans les orbites et dans les fosses nasales une foule de petits vers. Ces larves se nourrissaient de suppuration. J'avais déjà constaté que leur présence n'est point nuisible aux plaies en général; et je n'aurais apporte aucun soin scrupuleux à leur entière destruction, si je n'avais craint qu'elles ne pénétrassent dans le cerveau. Des lotions avec une légère solution de deutochlorure de mercure les ont fait périr promptement. Les yeux ont suppuré et se sont fondus. Le malade a guéri, mais il est resté privé de la vue, de l'odorat et d'une partie de l'intelligence.

Ce qu'il y a de plus étonnant encore à propos des plaies du cerveau, c'est de voir que des corps étrangers tels que des balles, par exemple, des morceaux de baguette de fusil, de lance, etc., peuvent rester engagés impunément dans la substance de ce viscère. Paré, Dupuytren, Sandifort, Salicet, M. Larrey et une foule d'autres auteurs rapportent des exemples de cette nature: en voici un autre non moins intéressant que M. Baudens a consigné dans son livre.

PERFORATION DU CORONAL; BALLE RESTÉE DANS LE CERVEAU; GUÉRISON.

Obs. — Un Turc, remarquable par sa forte constitution, âgé de 50 ans, reçut une blessure au front. Le projectile, dirigé obliquement de bas en haut, entre les deux sourcils, avait déterminé une large ouverture au crâne, dans lequel il s'était perdu. Le blessé, renversé sur le coup avec perte de connaissance, tomba au pouvoir des Français, et fut sur-le-champ transporté à l'ambulance. Perte des sens, état léthargique, respiration stertoreuse; pas de paralysie. On extrait quelques esquilles; on arrête l'hémorrhagie du sinus longitudinal supérieur par une compression avec une boulette de charpie. Les sinus frontaux sont ouverts et donnent passage à l'air des narines. On rase la tête et on cherche la balle. Aucun signe extérieur ne pouvant indiquer le lieu que la balle occupait, j'introduisis doucement une sonde de gomme élastique dans le crâne pour aller à sa recherche, en suivant le trajet qu'elle avait parcouru. Ce trajet me parut oblique de bas en haut et d'avant en arrière. Arrivé à 5 pouces, l'instrument ne cheminait plus aussi facilement; son bec ne me donnait pas la sensation d'un corps dur; je ne poussai pas plus loin, dans la crainte de rendre ces recherches téméraires. Pendant ces manœuvres, il y a eu insensibilité parfaite; du sang entraîna avec lui des débris de substance cérébrale désorganisée, réduite en bouillie. Hernie cérébrale par la brèche du frontal; pansement avec arrosement d'eau froide; méningo-encéphalite; saignées; eau froide; guérison. Rentrée de la hernie cérébrale; cicatrisation parfaite. Six mois après, la guérison se soutenait et la balle n'avait plus reparu. Il est probable que le plomb se sera cotonné d'un kyste membraneux isolateur qui le fixe solidement, et le cerveau, déprimé, se sera définitivement habitué à sa présence.

Un sujet digne de remarque à propos des plaies de la glande parotide, c'est que les coups de feu ne laissent pas ordinairement de fistule salivaire, tandis que le contraire a souvent lieu à la suite des plaies par armes blanches. Le coup de feu, disait Dupuytren, produit sur son trajet une escarre épaisse d'un quart, un tiers, une demi-ligne, qui devient une barrière à l'écoulement de la salive, comme dans les vaisseaux à l'hémorrhagie. Cette escarre ne tombe qu'après l'inflammation et alors les bourgeons charnus ont surgi et fermé l'extrémité des canaux salivaires.

DIVISION DE LA GLANDE PAROTIDE PAR ARME BLANCHE; FISTULE SALIVAIRE; GUÉRISON A L'AIDE DE LA CAUTÉRISATION ET DE LA COMPRESSION.

Obs. — Un voltigeur reçoit, par un kabayl, un coup de yatagan qui lui fit à la joue droite une large blessure dirigée transversalement au-dessous de l'os malaire et du lobule de l'oreille. La plaie a 6 pouces de longueur. Un sillon profond montre la glande parotide divisée jusqu'au point où l'artère carotide interne la traverse. Cette artère avait été heureusement protégée par la branche ascendante de la mâchoire inférieure. Pansement; suture de la plaie. Cicatrisation par première intention, à l'exception de sa partie centrale qui reste le siége d'une fistule salivaire dont je triomphai par l'emploi méthodique combiné du nitrate d'argent et de la compression.

Rien n'est plus ordinaire, dans les ambulances militaires, que de rencontrer des fracas de la mâchoire inférieure par des coups de feu. Si l'on panse comme des plaies ordinaires, ces sortes de lésions entraînent

des accidens inflammatoires graves, une suppuration intarissable, et enfin la mort ou des infirmités assez fâcheuses. M. Baudens a généralement adopté le parti de réséquer l'os fracturé, de régulariser la plaie avec le bistouri, d'affronter les parties avec la suture, et il a obtenu constamment une guérison prompte. Plusieurs faits viennent à l'appui de cette excellente pratique.

Nous avons été témoins de guérisons de paralysies traumatiques des membres, obtenues par M. Larrey à l'aide d'applications répétées de moxas dans le trajet du nerf blessé. Ce point capital de thérapeutique n'est peut-être pas suffisamment connu du public médical, car on croit généralement incurables ces sortes de paralysies. L'observation suivante de M. Baudens peut servir de preuve aux assertions qui précèdent.

BLESSURE DU PLEXUS BRACHIAL; PARALYSIE; MOXAS; GUÉRISON.

OBS. — Un soldat fut atteint par une balle qui traversa latéralement les parties molles de la région moyenne du col, et vint se fixer entre les apophyses transverses des quatrième et cinquième vertèbres, où je reconnus sa présence à l'aide du doigt porté au fond de la blessure. Ce projectile avait probablement déchiré le rameau nerveux de communication du plexus cervical avec le plexus brachial. Ce dernier avait été lui-même le siége d'une forte commotion, reconnaissable à la paralysie soudaine de toute l'extrémité thoracique qui était engourdie et semblable à une masse inerte et métallique que le blessé ne pouvait soulever malgré tous ses efforts. Je dilatai l'ouverture d'entrée dans l'étendue de 2 pouces, et suivant la direction des gros rameaux nerveux, pour ne point les atteindre avec le bistouri. Extraction de la balle à l'aide d'un élevatoire; plus tard, linimens excitans, moxas sur la naissance du plexus brachial. Le bras, qui était un peu atrophié, reprit sa nutrition et recouvra complètement ses fonctions sous l'influence de ces derniers moyens.

Les blessures du sommet du poumon sont beaucoup plus graves que celles de sa base, non pas seulement parce qu'elles donnent lieu à des hémorrhagies plus inquiétantes, mais bien encore parce que les épanchemens qui suivent ces lésions ne peuvent s'échapper au dehors que difficilement par régurgitation et jamais en totalité, tandis que, si la perforation du thorax avait lieu, par exemple, dans le dixième et onzième intervalle costal, les matières épanchées trouveraient une issue facile dans le lieu le plus déclive, s'écouleraient au fur et à mesure qu'elles se formeraient.

PERFORATION DU SOMMET DU POUMON PAR UNE BALLE; ÉPANCHEMENT; THORACENTÈSE LE CINQUIÈME JOUR; GUÉRISON.

OBS. — Un soldat reçut une balle qui, pénétrant à deux pouces en-dehors du sternum du côté droit, entre la deuxième et troisième côte sans les fracturer, ressort dans le dos, vers l'angle de la quatrième côte qui a été brisée. Conduit à l'ambulance d'Alger, ce militaire présente, outre les signes ordinaires aux plaies pénétrantes du thorax, ceux de la perforation du poumon. Le sang sort de la plaie par régurgitation, et de la bouche sous forme de crachats abondans. Pansement simple; fermeture de la plaie pour retenir le sang dans la cavité pleurale, et s'opposer par là à l'hémorrhagie. Le sang s'arrête sous l'influence de ce pansement; le pouls, la coloration et la chaleur se relèvent; réaction, saignées coup sur coup. L'épanchement semblait stationnaire, et sans m'abandonner à une fausse sécurité, dès le cinquième jour je pratiquai l'opération de l'empyème entre la dixième et la onzième côte, dans un lieu voisin de la colonne vertébrale. Ecoulement d'un litre environ de sang séreux et purulent; injections d'eau tiède. Guérison après deux mois de traitement.

Plusieurs auteurs ont parlé des procidences du poumon à la suite de lésions traumatiques du thorax, et de la sûreté de leur guérison, soit par le taxis, soit par la ligature et l'excision, soit enfin par la cautérisation. Les exemples, cependant, de cette espèce qu'on a publiés ne sont qu'en petit nombre, aussi allons-nous emprunter le suivant au livre de M. Baudens. Il est bon, en attendant, de faire remarquer qu'il ne faut pas confondre le prolapsus pulmonaire dont nous parlons, avec la hernie du poumon proprement dite, signalé par Sabatier. Le mot hernie, ainsi que Scarpa l'a très-bien établi, suppose toujours un sac ou du moins l'intégrité des tégumens qui n'existe point dans le prolapsus. (Malad. des yeux, article *prolapsus irien.*)

PULMONOCÈLE OU PROLAPSUS DU POUMON; TAXIS; MORT.

OBS. — Un canonnier français reçut, près d'Alger, un éclat d'obus qui, après avoir brisé dans le tiers postérieur les 7e, 8e, 9e et 10e côtes, était resté fixé dans le parenchyme du poumon. J'ai pu observer une hernie de ce viscère de la grosseur du poing. Cette hernie, contuse et déchirée, offrait à son centre le morceau d'obus qui était anguleux, et dont le plus grand diamètre n'avait pas moins de quatre pouces. J'en fis l'extraction; et le prolapsus fut réduit sans peine à travers la large solution de continuité du thorax. J'introduisis la main en entier dans la cavité des plèvres pour en retirer plus de trente esquilles de toute grandeur, et pour redresser les fragmens des côtes; je raffraichis les lèvres des plaies des parties molles; je fis effort sur les tégumens voisins, et à l'aide de sutures emplumées, je fermai si exactement la brèche thoracique que le sang ne trouva pas même d'issue à l'extérieur. Syncope prolongée par la perte sanguine. Réaction légère. Il était dans un état satisfaisant, quand il périt le sixième jour pendant son transport aux hôpitaux d'Alger. Il est probable que les secousses auront développé une hémorrhagie mortelle.

M. Baudens a adopté pour pratique de fermer hermétiquement toutes les plaies pénétrantes du thorax, se réservant toutefois de rouvrir cette cavité dans le lieu d'élection, si des collections de sang ou de pus l'exigeaient. Il agit, comme on le voit, à ce sujet, d'après les principes de M. Larrey. Dupuytren et Boyer avaient aussi adopté une conduite analogue pour le seul cas où il fallait s'opposer à une hémorrhagie moyennant les caillots intra-thoraciques. Le chirurgien de l'Hôtel-Dieu, cependant, réprouvait un pareil pansement dans les simples perforations du poumon par des balles. La clôture exacte de la poitrine, disait Dupuytren, par des emplâtres agglutinatifs et des bandages appropriés, est un moyen peu avantageux et qu'on emploie souvent inutilement. En effet, une balle, en traversant le poumon, a produit sur son trajet une escarre plus ou moins profonde, c'est un corps étranger qui doit sortir pour que la guérison s'opère, ainsi que le pus qui doit être formé inévitablement pendant et après l'élimination de l'escarre. Si on ferme hermétiquement les ouvertures, le pus, dont l'absorption n'a point lieu, peut s'amasser en foyer plus ou moins considérable, et produire des accidens graves s'il n'est point évacué. On prévient mieux ces derniers en lui permettant une issue facile par l'une ou l'autre ouverture de la balle, ou même par toutes les deux. Voici quelle a été la conduite de Dupuytren dans le cas le plus remarquable de blessure de la poitrine qui s'est présenté en 1830 à l'Hôtel-Dieu:

PERFORATION DU POUMON PAR UN BISCAYEN; GUÉRISON; PHTHISIE CONSÉCUTIVE.

OBS. — Le 29 juillet, à la prise du Louvre, le nommé Davin, commissionnaire, âgé de 17 ans, a le courage d'attaquer la grande porte du côté de la colonnade. La mitraille pleuvait de ce côté, venant de l'intérieur de la cour. Ne pouvant autrement forcer l'énorme porte, il tire à bout portant dans la serrure un coup de tromblon, dont il était armé; la porte s'ouvre à l'instant; mais malheureusement sa poitrine est aussi ouverte en même temps par un biscayen du volume d'un gros œuf de poule. Il fut transporté à l'Hôtel-Dieu. Le biscayen avait passé entre la troisième et la quatrième côtes en les écornant; c'était presque directement au-dessus de la base du cœur; et probablement au travers du lobe supérieur du poumon gauche; en arrière il formait une tumeur sous-cutanée à deux pouces environ au-dessous de l'épine du scapulum. Une large incision verticale pratiquée sur cette tumeur, mit d'abord à découvert un morceau de drap, au-dessous duquel on trouva le projectile. Les plaies furent nétoyées avec grand soin; par elles passaient librement le sang et l'air contenus dans la cavité de la plèvre. La plaie antérieure fut réunie à l'aide de la suture enchevillée; la postérieure fut pansée à plat. Réaction; saignées, sangsues; décubitus dorsal pour l'écoulement du pus. La suture antérieure détermina la gangrène de ce côté; larges escarres; les deux brèches restent ouvertes; on panse à plat. On vide tous les matins la poitrine du pus en élevant fortement le bassin bien au-dessus du niveau du thorax. Guérison des plaies après deux mois de traitement. Sortie. Le poumon paraît en bon état à l'auscultation et à la percussion; le petit malade est excessivement maigre en sortant. Il mourut phthisique dans le mois de décembre de la même année.

La chirurgie a retiré, dans ces dernières années, des avantages très-remarquables de l'emploi du pompement dans le traitement de certaines maladies, et dans l'exécution de certaines opérations. Dans la paracenthèse abdominale et thoracique, dans quelques extravasations urinaires, dans la précipitation d'un grand flot de sang dans la glotte, etc., le pompement, pratiqué soit à l'aide d'une sonde et de l'aspiration avec la bouche, ou bien d'une sonde et d'une seringue, est aujourd'hui rentré tout-à-fait dans les domaines de la thérapeutique. Ces différentes manières de pomper n'empêchent pas l'air de rentrer à la place du liquide qu'on soutire. Or, cette circonstance peut avoir de très-grandes conséquences, surtout à la poitrine. M. Baudens a imaginé un moyen très-simple pour exercer le pompement sans permettre à l'air extérieur de se précipiter dans la cavité pompée.

« Je voyais périr, dit-il, tous les malheureux arrivés à ce terme, et je conçus l'espoir de sauver ce dernier, si jamais je parvenais à préserver les plèvres du contact de l'air et à le débarrasser du liquide épanché à mesure qu'il serait sécrété. A cet effet, une très-grosse sonde de gomme élastique, ouverte à ses deux extrémités, fut fixée à l'aide d'emplâtres agglutinatifs et d'un bandage solide contre la plaie, mais sans y pénétrer de peur d'irriter les parties. Au pavillon de la sonde fut ajustée une poire de caoutchoux aplatie et vide d'air; cet appareil ne tarda pas à fonctionner, et on vit les parois élastiques de la poire se développer graduellement et forcer, par aspiration continue, le liquide épanché à se rendre dans le récipient actif qu'elles représentaient. Lorsque ce dernier était plein, on comprimait la sonde pour s'opposer au retour de l'air dans la poitrine, la poire était détachée, vidée, aplatie de nouveau et remise en place. Je parvins à extraire du thorax, par une action non interrompue, trois litres environ de sérosité purulente en cinq jours, après laquelle la source de l'épanchement parut tarie, et

j'enlevai l'appareil. » Dans un autre cas, M. Baudens dit avoir remplacé avec avantage la poire élastique par un petit appareil muni d'une pompe foulante et aspirante qu'il a laissée en permanence.

Tous les chirurgiens étaient, jusqu'à présent, d'accord sur la conduite à tenir relativement aux balles perdues dans l'abdomen, c'est-à-dire de les abandonner aux ressources de la nature. M. Baudens, au contraire, ayant observé que dans le plus grand nombre des cas de cette nature, il y a lésion intestinale, et que les malades meurent presque constamment au moment où l'on s'y attend le moins, a adopté pour pratique d'explorer toujours la plaie avec le doigt, de la débrider au besoin, entrer dans le ventre, tirer l'intestin lésé et le coudre, ou bien établir un anus contre nature. On sait que les blessures intestinales sont presque toujours situées immédiatement derrière l'ouverture péritonéale; cela est si vrai, que c'est ordinairement là qu'ont lieu les adhérences entre l'intestin vulnéré et la paroi de l'abdomen, et que, si une anse intestinale vient à sortir par la plaie, c'est presque constamment celle qui a subi une solution de continuité. M. Baudens assure que l'intestin blessé paraît plus dur que les autres au toucher du doigt explorateur, à cause de la forte rétraction de ses fibres. A ce signe s'en joignent plusieurs autres connus, tels que la tympanite, l'écoulement de la matière intestinale dont le doigt s'imprègne, etc. Mais écoutons la nature répondre à l'appel de M. Baudens.

BLESSURE INTESTINALE PAR UNE BALLE; ENTÉRORAPHIE; GUÉRISON.

OBS. — Un soldat fut blessé en 1831, sous les murs de la Ferme-Modèle, par une balle qui, entrée trois pouces en dehors de l'ombilic du côté gauche, était sortie dans le dos en dehors de la colonne vertébrale. L'introduction du doigt à travers la plaie m'ayant fait distinguer d'abord une portion d'intestin durcie par la contraction de sa couche musculaire, me permit de découvrir bientôt après la solution de continuité dont elle avait été affectée; et en retirant le doigt, comme il était imprégné de matières stercorales, il me fut aisé de comprendre que le colon transverse avait été lésé. J'agrandis l'ouverture abdominale pour attirer cet intestin vers la plaie, je fis tousser le blessé, et il sortit à l'instant, ainsi que des gaz épanchés dans l'abdomen. L'arc du colon présentait une large échancrure sur l'un de ses bords; je renversai les lèvres de la plaie en dedans, traversai la duplicature de l'intestin de manière à fermer la plaie par trois points de suture, et à adosser entre elles les séreuses selon le précepte de M. Lambert; et comme lui encore je coupai les fils fixés par des nœuds avant que de réduire les parties. (Saignées, sangsues.) Guérison prompte sans autre complication que s'il n'y avait eu que simple division des parois de l'abdomen.

Cette observation, conjointement à celles qui précèdent, sont déjà suffisantes pour donner une idée de la haute portée pratique de l'ouvrage de M. Baudens. La méthode didactique, claire et précise qu'il offre dans l'examen de toutes les variétés des blessures par armes à feu; les faits importans et rares qu'il renferme; les idées neuves et ingénieuses enfin qu'il présente, nous font un devoir de recommander le livre de M. Baudens à la méditation des praticiens.

MÉMOIRES ET OBSERVATIONS DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE PRATIQUES, par J.-L. ARONSSOHN; ou compte-rendu de la clinique médicale de la Faculté de Strasbourg pendant le service de M. Aronssohn, agrégé en exercice; par M. Hirtz, aide de clinique. Deuxième fascicule, 112 pages in-8°. Strasbourg, 1836.

Ce fascicule ne contient que les observations des maladies de poitrine, et l'auteur annonce pour la seconde partie de ce travail, l'histoire des maladies du bas-ventre et de la tête. C'est dans cette seconde partie surtout que nous devons trouver le développement des idées thérapeutiques que M. Aronssohn a eu l'occasion d'émettre dans le cours de ses leçons cliniques. Aussi attendrons-nous la publication de cette seconde partie, pour porter un jugement complet sur ce travail; en attendant, cependant, nous devons dire l'impression que nous a laissée la lecture de ce second fascicule, et les objets principaux qui y sont traités. Les observations (faits) y sont nombreuses et rapportées avec ces détails qui inspirent la confiance, et qui, bien que très-souvent ennuyeux pour le lecteur, n'en sont pourtant pas moins nécessaires pour démontrer l'authenticité du fait. Si quelques-unes n'offrent d'intérêt que sur des points peu importans, elles sont cependant en général bien choisies, et fournissent à l'auteur l'occasion de faire preuve, dans les considérations qui viennent à la suite, de connaissances cliniques approfondies. Ainsi, nous trouvons un groupe d'observations de pleurésies, puis de pneumonies, ensuite d'emphysèmes, et enfin des maladies du cœur et des gros vaisseaux. Trois tableaux synoptiques, placés à la fin, offrent le résumé des observations de pleurésie, de pneumonie et d'emphysème pulmonaire recueillies pendant le service de M. Aronssohn.

VARIÉTÉS.

CHOLÉRA A MUNICH.

D'après des lettres de Munich, en date du 17, le choléra aurait pris dans cette capitale un développement instantané et si effrayant, que nulle part il ne se serait montré avec une telle force. Ce sont les classes aisées de la société qui ont, assure-t-on, fourni le plus de victimes au fléau.

Le roi Othon avait quitté Munich pour se rendre dans le duché d'Oldenbourg; tous ses aides-de-camp et toutes les personnes de sa suite sont successivement morts en route. Le prince a été forcé de s'arrêter pour attendre d'autres compagnons de voyage.

A Munich, le valet-de-chambre du roi Louis est mort dans l'intérieur même du palais. La consternation la plus grande règne dans cette capitale, qui est atteinte pour la première fois par le choléra; le commerce et les affaires sont interrompus; toutes les réunions ont cessé par la crainte de cette terrible épidémie; des cochers ont été trouvés morts dans la rue, à la porte des maisons où ils attendaient leurs maîtres.

Enfin, on ne peut se faire une idée de la désolation qui règne à Munich. Toutes les personnes qui ont la liberté et les moyens de quitter la ville fuient à la campagne; mais cette précaution est souvent superflue, car ils emportent avec eux le germe de la maladie et se privent des secours qu'ils auraient reçus dans la capitale.

Des nouvelles plus récentes annoncent que l'épidémie avait beaucoup perdu de son intensité.

— Sur le rapport de M. le ministre de l'intérieur, une médaille d'or a été accordée à M. Martini, adjoint au maire de Toulon, pour le dévoûment dont il a fait preuve lorsque le choléra a ravagé cette ville. L'invasion prolongée du choléra à Ancône a donné lieu à de nombreux actes de dévoûment. Sur la proposition de M. le général Cubières, des médailles d'honneur en or ont été accordées à madame Leblanc, dont le mari, capitaine au 66ᵉ de ligne, est mort de l'épidémie; à Hyacinthe Mairand, prêtre, français d'origine, qui a quitté son couvent pour assister les malades comme infirmier; à MM. Nicora, Chimenz et Guerini, docteurs, accourus de Rome pour se consacrer au service des hôpitaux.

Des médailles d'honneur en argent ont été accordées à M. de Gohby, chirurgien d'Ancône: aux frères Pio Cini et Benassi, de la congrégation de Saint-Jean-de-Dieu, qui ont quitté leur couvent pour soigner les malades avec un dévoûment admirable; à MM. Colombier et Guerbiny, sergens au 66ᵉ; et enfin aux sieurs Humbert, voltigeur; Catel, Senégas et Prat, fusiliers au même régiment, qui se sont offerts dès le premier jour pour soigner les cholériques.

— *Nouveau manuel d'anatomie descriptive* d'après les cours de MM. Béclard, Bérard, Blandin, Breschet, Chassaignac, Cloquet, Cruveilhier, Gerdy, Lisfranc, Marjolin, Velpeau, etc. 2ᵉ édition, augmentée d'un précis d'anatomie générale, mais, au niveau des travaux les plus récemment publiés sur cette science. Un fort volume in-18. Prix: 5 fr. 50 c., et 6 fr. 50 c., franc de port, par la poste. A Paris, chez Bechet jeune, libraire de la Faculté de médecine, place de l'Ecole-de-Médecine, n°. 4.

— CANDOLLE (DE) COLLECTION DE MÉMOIRES POUR SERVIR A L'HISTOIRE DU RÈGNE VÉGÉTAL, et formant le Commentaire du Prodromus, in-4°, avec planches gravées.

Premier mémoire: sur la famille des Melastomacées, in-4°, avec dix planches. 10 fr.

Second mémoire: sur la famille des Crassulacées, in-4°, avec treize planches. 10 fr.

Troisième et quatrième mémoire: sur la famille des Onagraires et des Paronychiées; in-4°, avec neuf planches. 8 fr.

Cinquième mémoire: sur la famille des Ombellifères; in-4°, avec dix-neuf planches. 15 fr.

Sixième mémoire: sur la famille des Loranthacées; in-4°, avec douze planches. 10 fr.

Septième mémoire: sur la famille des Valérianées, avec cinq planches, in-4°. 5 fr.

Huitième mémoire: sur la famille des Cactées, avec douze planches in-4°. 10 fr.

Paris, chez Trenttel et Wurtz.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

PARIS. — IMPRIMERIE EVERAT ET COMPAGNIE, RUE DU CADRAN, N° 16.

N° 50 (TOME IV. — 1836.) SAMEDI 10 DÉCEMBRE 1836.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La Gazette médicale de Paris (*Gazette de santé* et *Clinique des hôpitaux* réunies) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et équivant à 6 feuilles in-8°. Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois. Pour l'Étranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Poissonnière*, n° 5, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

AVIS A MM. LES SOUSCRIPTEURS.

MM. les souscripteurs dont l'abonnement expire à la fin de ce mois, sont invités à le renouveler prochainement s'ils ne veulent pas éprouver d'interruption dans l'envoi du journal. Pour ne pas décompléter les collections, aucun numéro ne sera envoyé aux personnes qui n'auraient pas donné avis de leur renouvellement avant le premier janvier. On s'abonne dans les départemens chez tous les directeurs des postes et des messageries. La quittance d'abonnement sera présentée au domicile de MM. les Souscripteurs de Paris.

SOMMAIRE.

PHYSIOLOGIE.

EXPÉRIENCES SUR LE SANG SUIVIES DE L'ÉNONCÉ DE QUELQUES FAITS NOUVEAUX QUI PEUVENT SERVIR A ÉCLAIRER L'ÉTUDE DE QUELQUES-UNS DES PHÉNOMÈNES LES PLUS IMPORTANS DE LA VIE ORGANIQUE, TELS QUE LA RESPIRATION, LA CHALEUR ANIMALE, LA CIRCULATION VEINEUSE, LES SÉCRÉTIONS ET LA NUTRITION; par le docteur Rogers, de Philadelphie (1).

Depuis la découverte d'Harvey, la plupart des questions qui se rattachent à la respiration, à la chaleur animale, à la circulation veineuse, à la nutrition et aux sécrétions, ont vivement occupé l'attention des physiologistes, et, malgré les immenses travaux entrepris sur ces différens sujets, la science n'a encore fait que peu de progrès comparativement à ceux qui lui restent à faire. Il ne serait peut être pas sans intérêt de chercher quelle a pu être la cause de cette lenteur dans la marche des sciences qui se rattachent à l'organisation, d'examiner si elle dépend de la nature de l'esprit humain, des nombreuses difficultés que rencontre cette étude, ou plutôt de la mauvaise direction de la route dans laquelle se seraient engagés les physiologistes; mais nous préférons entrer immédiatement en matière, et faire connaître les résultats principaux de nos expériences et les inductions que nous croyons devoir en tirer pour l'explication des fonctions organiques les plus importantes.

Respiration. Ce n'est que depuis l'époque où Black fit connaître la présence de l'acide carbonique dans l'air expiré et où la composition de ce gaz fut connue, qu'on a commencé à avoir quelques idées un peu

(1) Extrait de *The american journal of the medical sciences*, august, 1836.

Feuilleton.

HYGIÈNE DES ENFANS.

(Inductions du principe posé.)

Aimer et comprendre les enfans, comme je l'ai dit précédemment, forme donc la base fondamentale de leur hygiène et de leur éducation. Mais cette grande règle est susceptible d'immenses développemens contenus dans les nombreux traités écrits sur ce sujet, et qu'on peut consulter Contentons-nous d'examiner quelques principes généraux de cette science si peu connue, quoique tant de gens prétendent l'avoir approfondie.

A quel âge doit-on commencer l'éducation?. . Avec la vie. Plus on réfléchira sur ce que nous sommes, et plus on conviendra de l'importance et de la réalité de cette maxime. Mais ce que je dis de l'éducation en général, doit également s'entendre du corps comme de l'esprit, d'une hygiène largement conçue et suivie avec persévérance. Qui veut la fin, veut les moyens; or, cette vieille vérité trouve ici toute son application. Voulez-vous un esprit sain dans un corps sain? voulez-vous obtenir un développement graduel, complet de l'organisme et de l'intelligence, un parfait équilibre des lois de l'économie, puis du cœur et de l'esprit, une santé ferme et une ame elevée, des membres vigoureux et de mâles pensées, un tempérament robuste et un caractère prononcé? voulez-vous, en un mot, viriliser un enfant, l'élever peu à peu à la hauteur où l'humanité peut atteindre dans sa perfection? eh bien! partez du commencement, abordez l'œuvre à sa racine, tout dépend de là. La raison en est simple, l'organisation humaine est, de toutes les organisations, la plus souple, la plus malléable, la plus facile à suivre telle ou telle direction: il faut donc tout d'abord s'en occuper et l'étudier. Un enfant, cet être éminemment fragile, tiré du néant il y a peu d'heures, uniquement protégé par sa faiblesse et la tendresse de ses parens, a pourtant en lui un fond de vie étonnant, un instinct qui le pousse dans un sens ou dans un autre, souvent même avec une force difficile à réprimer. En voici la preuve: laissez prendre à un très-jeune enfant de mauvaises habitudes, par exemple de ne jamais vouloir dormir dans son berceau, d'exiger par ses cris qu'on le promène la nuit, de préférer telle chose à telle autre, et vous verrez avec quelles incroyables difficultés vous parviendrez à détruire ces habitudes; jugez de ces difficultés, quand il aura quelques années, car souvenez-vous que l'homme n'est que l'*enfant développé*.

Montaigne, qui a si bien peint l'amour de l'*engendrant* pour son *engeance*, dit que *notre principal gouvernement est aux mains des nourrices*, vérité pro-

justes sur la respiration. Trois théories principales ont été données pour expliquer les phénomènes de cette fonction : celle de Black attribuée à Priestley, d'après laquelle l'acide carbonique dégagé avec l'air expiré se formerait dans les poumons par la combinaison de l'excès de carbone contenu dans le sang veineux, et de l'oxigène de l'air ; celle de Lagrange, qui pensait que cette combinaison se faisait non dans le poumon, mais dans la grande circulation ; enfin celle de M. Ellis, qui veut que le carbone ne soit point à l'état libre dans le sang, mais qu'il soit sécrété par les poumons dans lesquels il se combinerait avec l'oxigène de l'air pour être rejeté sous forme d'acide carbonique.

Le docteur Stevens, ayant constaté que certains sels ont la propriété de rougir le sang veineux, et qu'au contraire les alcalis et certains acides ont celle de noircir le sang artériel, suppose que l'oxigène, d'après la théorie de Lagrange, après avoir pénétré par le poumon est conduit par les artères jusqu'à leurs extrémités capillaires, où il s'unit au carbone, et forme l'acide carbonique qui, ramené avec le sang veineux, lui donne la couleur foncée qui le distingue, tandis que le sang artériel devrait la sienne à la présence des substances salines qu'il contient. Toute la question de la différence de couleur entre le sang artériel et veineux repose donc sur l'existence, supposée dans ce dernier, d'une grande quantité d'acide carbonique, présence qui a été soutenue et niée à diverses reprises. Dans les expériences que j'ai faites sur ce point, j'ai été amené à constater qu'il se forme dans le sang, un certain nombre d'heures après qu'il a été tiré de la veine, de l'ammoniaque dû à un commencement de décomposition ; et j'en conclus que c'est à cette circonstance et non point à un dégagement d'acide carbonique qui n'a encore pu être démontré, qu'est due l'augmentation de l'alcalinité qu'éprouve le sang lorsqu'on le laisse quelque temps en repos, et sur laquelle le docteur Stevens appuyait sa théorie qui, si elle reposait sur un fait mal interprété, n'en était pas moins ingénieuse.

J'ai fait un grand nombre d'expériences pour découvrir le gaz acide carbonique dans le sang veineux, soit pendant sa coagulation, soit après, et dans aucun cas je n'ai pu en trouver la moindre trace, ce qui, au reste, est conforme aux résultats obtenus déjà par Berzelius, Muller, Mitscherlich, Gmelin et Tiedman, qui soutiennent que non-seulement le sang veineux ne dégage pas d'acide carbonique dans le vide, mais même qu'il absorbe ce gaz en grande quantité et sans qu'on puisse ensuite l'en retirer même à l'aide de la machine pneumatique. Dans un cas où j'avais fait passer immédiatement le sang de la veine jugulaire d'un mouton dans une seringue en verre, et sans qu'il eût été un seul instant exposé au contact de l'air, il ne s'était pas encore dégagé la moindre quantité de ce gaz au bout de trois semaines. Ce fut encore en vain que je soumis le sang, dans plusieurs de ces expériences, à une température de 100 degrés R. ; mais quand la température était élevée au-delà de 120 degrés R., alors on pouvait constater qu'il se dégageait de l'acide carbonique qui, évidemment, n'était le produit que de la décomposition, puis qu'on constatait qu'il se formait en même temps de l'ammoniaque et de l'acide muriatique.

Cependant, en répétant les expériences de M. Dutrochet, du docteur Mitchell et du professeur Graham de Glascow sur les phénomènes d'endosmose des liquides et des gaz, j'ai été amené à reconnaître que les tissus animaux et végétaux exercent une action directe sur les gaz avec lesquels ils se trouvent en contact, et j'ai constaté par de nombreuses expériences que cette action varie suivant les tissus employés, suivant leur nature et les maladies qu'ils ont pu avoir éprouvées ; je pense même qu'on pourrait, par l'emploi de certains tissus, obtenir la séparation d'un gaz donné qui serait mêlé avec un ou deux autres gaz, et qu'il serait possible, en variant les tissus, d'éliminer ainsi, chacun à leur tour, plusieurs gaz mélangés.

L'expérience suivante fera facilement comprendre la différence d'action que je signale ici. Je la fis dans le but seulement de m'assurer si les différens gaz passent avec la même facilité à travers les différens tissus. Je me pourvus d'abord de quatre tubes courts, ouverts par les deux bouts, de la même longueur et d'un calibre égal ; je couvris l'extrémité de l'un d'eux (le premier) d'un morceau d'épiderme (*cutis vera*) ; je fermai l'extrémité du second avec un lambeau de péritoine, celle du troisième avec un morceau de membrane muqueuse, et enfin celle du quatrième avec une tranche très-mince de foie. Ces tubes ainsi préparés furent disposés sur une cuve à mercure remplie d'une égale quantité d'acide carbonique, et chacun d'eux fut recouvert d'une cloche en verre contenant six fois autant d'oxigène que chaque tube contenait d'acide carbonique. Dans cette expérience, les deux côtés opposés de chaque tissu organique étaient donc en contact avec un gaz différent. On vit bientôt le mercure s'élever dans tous les tubes, mais non dans la même proportion. Au bout d'une demi-heure l'expérience fut suspendue, les résultats paraissant assez prononcés. Le tube fermé par en haut avec un lambeau de membrane muqueuse fut celui où le mercure s'était élevé le plus haut, c'est-à-dire où il passa la plus grande quantité d'acide carbonique dans l'oxigène de la cloche ; la peau en avait laissé passer une moindre quantité ; le péritoine encore moins, et enfin la tranche de foie fut le tissu qui se montra le moins perméable au gaz.

Cette expérience, faite avec tout le soin possible, fut répétée plusieurs fois et avec le même résultat, lors même qu'au lieu de tissus animaux j'employais des tissus végétaux. Un fait, qui est encore d'une haute importance et que démontrent mes recherches, c'est que cette action des tissus organiques ne s'exerce pas seulement sur les gaz, mais encore sur les fluides avec lesquels ils sont en contact. Si, par exemple, on ferme une bouteille remplie d'acide carbonique avec un lambeau de membrane muqueuse, et qu'on la renverse, le goulot plongé dans de l'eau de chaux, on ne tarde pas à voir la chaux contenue dans l'eau du vase inférieur précipitée sous forme de stries nombreuses et de rubans qui se forment quelquefois avec une vitesse extraordinaire, et se répandent dans toute la masse du liquide. Au bout de dix heures, le quart de la bouteille était rempli d'eau pure, et la surface intérieure de la membrane était couverte de carbonate de chaux.

L'action normale, qu'exercent les tissus dans ces expériences, est changée lorsqu'on les trempe dans quelques astringens ; ainsi un lambeau de peau, après avoir été laissé quelque temps dans une faible infusion de tannin ou dans une forte solution d'alun, ne laissait plus passer qu'avec beaucoup de difficulté des substances qui auparavant passaient très-facilement.

Ayant constaté par plusieurs expériences que l'action signalée ici s'exerçait souvent dans le sens opposé aux lois de la gravitation, je voulus m'assurer si cette influence était capable de surmonter une grande résistance mécanique ; j'attachai donc un lambeau de membrane sur le goulot d'une bouteille pleine d'une solution de sulfate de potasse et

---

fonde et qui se confirme chaque jour. En effet, le lait de cette nourrice est formé de son sang, et celui-ci de tout son être ; il en résulte que ses vices et ses vertus, sa physionomie, son langage, le son de sa voix, son caractère, son humeur, ses goûts, ses passions, tout s'infuse à la longue dans l'économie du nourrisson, l'imprègne de sa substance, le change, le modifie, le fait ce qu'il est et ce qu'il sera. Oh ! oui, *quæ luctat, mater magis quam quæ genuit* (Phœd.). Celle qui allaite est plus mère que celle qui engendre. Diodore de Sicile attribue la cruauté de Caligula à la coutume qu'avait sa nourrice de s'enduire le mamelon de sang pour le faire prendre à son nourrisson. Descartes avait de l'inclination pour les personnes louches, parce que sa nourrice l'était. Je n'en suis pas étonné, et les exemples de ce genre seraient infinis si on les remarquait dans le commun des hommes. On voit donc quel soin, quelle attention, quel discernement il faut apporter dans le choix d'une nourrice, de cette femme mercenaire qui vend son lait pour avoir du pain. Sans doute il serait mieux que la mère pût nourrir son enfant, il y a de l'identité entre son sang et celui qu'elle a procréé, nourri longtemps de sa propre substance, indépendamment des autres soins si bien connus des bonnes mères. Mais cela n'est pas toujours possible, et on est bien revenu aujourd'hui des déclamations philosophiques du dernier siècle sur ce sujet. Qui oserait nier qu'une nourrice étrangère, mais jeune, fraîche, bien portante, ne soit préférable à une mère d'une constitution frêle, étiolée, flétrie par les chagrins, les plaisirs, les maux de nerfs, délicate, irritable, qui se trouble et perd la tête au premier cri, aux moindres douleurs de son enfant. Or, comme de toutes les liqueurs du corps humain, celle qui s'altère le plus et le plus vite sous l'impression des affections vives de l'ame, est certainement le lait, qu'on juge si la plupart des femmes de nos grandes villes sont capables de nourrir, ainsi que toutes en ont le désir.

Le lait est pourtant la base et l'unique alimentation dans les premiers temps de la naissance ; c'est un point qu'il ne faut jamais perdre de vue. Un médecin réduisait à trois points principaux l'hygiène des petits enfans, beaucoup de *lait*, beaucoup de *chaleur*, beaucoup de *sommeil*, opinion que je partage entièrement. Je sais très-bien qu'en élevant les enfans, les circonstances dominent, et qu'on est souvent réduit à faire ce qu'on peut ; mais je sais aussi qu'il faut se rappeler le plus possible les préceptes consacrés par une longue et constante expérience. Le premier de tous, je le répète, est de jeter dès l'origine, avec la plus minutieuse attention, les fondemens d'une solide santé ; le reste ira de lui-même. Dès l'instant que le principe vital est secondé dans son énergie, chez les enfans, par des soins bien entendus, il prend son rapide essor ; on voit même des enfans pâles, languissans pendant quelque temps, se ranimer, ressaisir une existence pleine et forte quand on change à propos leur mode hygiénique. Tel enfant alerte, vif, dru, vigoureux, d'une carnation rose et lactée, n'a été quelquefois qu'un chétif nourrisson, tant il y a chez ces petits êtres un fond inépuisable de vie qui ne demande qu'à croître et à prospérer.

Ce que je dis ici de l'hygiène en général doit s'entendre du moral comme du physique, surtout à l'époque de la première jeunesse. C'est alors surtout que l'éducation du corps et celle de l'esprit doivent marcher simultanément. Selon Hérodote, les Perses n'enseignaient que trois choses à leurs enfans : manier un cheval, tirer de l'arc et dire la vérité. On voit que, dans ce genre d'instruction très-peu compliqué, le moral n'était pas oublié. En effet, chez les anciens, l'éducation physique et l'instruction morale marchaient toujours de pair, parce qu'ainsi qu'on l'a observé, ce n'était ni l'ame ni le corps qu'on voulait former, c'était un homme. Aussi le principe est-il le même pour l'esprit et pour le corps ; il faut part

la plongeai, le goulot en bas, dans un vaisseau rempli d'eau pure. Au bout de six heures la membrane était fortement distendue en dehors, et quatre heures plus tard la tension était tellement forte que la membrane fut rompue avec éclat. La pression exercée dans ce cas par la force de transmission de cette membrane devait être égale à celle de quatre atmosphères, et aurait pu être beaucoup plus considérable si la membrane avait offert plus de résistance.

Les expériences que j'ai faites pour étudier l'action qu'exercent les tissus organiques sur les fluides liquides ou gazeux avec lesquels ils se trouvent en contact, sont extrêmement nombreuses et ne permettent pas de douter que cette action ne diffère entièrement, soit de la simple attraction capillaire, soit des effets que l'on obtient des corps simplement poreux ; bien plus, elles démontrent que les différentes membranes ou les différens tissus ne sont pas également perméables à tous les liquides. Il y a des cas où la membrane laisse passer le fluide et non la matière qu'il tient en solution, et d'autres où c'est le contraire. L'expérience suivante fera comprendre facilement quelle peut être l'importance de ces recherches pour l'explication de quelques-uns des phénomènes de sécrétion que jusqu'ici on n'a point tenté d'expliquer. J'attachai à l'extrémité d'un tube un lambeau de la peau d'un membre qui venait d'être amputé immédiatement, ayant soin de placer l'épiderme en dehors et de bien le laver ; puis je mis dans le tube du sang récemment tiré et dont on avait empêché la coagulation en l'agitant, et plongeai le tout dans de l'eau distillée, qui, au bout de quelques heures, traitée par le nitrate d'argent, fournissait la preuve que la peau avait laissé transuder une partie de l'hydrochlorate de soude contenu dans le sang. Ainsi, nous voyons que la simple structure de la peau suffit pour expliquer la transudation des substances salines qui, pendant la vie, s'écoulent par sa surface et s'accumulent au-dessous dans divers états morbides. L'analogie nous porte à espérer que la même loi pourra expliquer aussi les sécrétions qui sont fournies par le tissu glanduleux. Quelques expériences même nous portent à croire qu'on peut ainsi obtenir artificiellement l'urine du sang en mettant ce fluide en contact avec un lambeau du tissu des reins.

Revenons-en cependant à la question que nous examinions tout-à-l'heure, celle relative à la présence de l'acide carbonique libre dans le sang veineux et dont nous nous sommes éloignés un instant pour exposer l'action qu'exercent les tissus sur les gaz et les liquides avec lesquels ils se trouvent en contact, et pouvoir arriver à l'expérience suivante qui démontre la présence de l'acide carbonique libre dans le sang veineux : je remplis une petite vessie de cochon, récemment enlevée, de sang veineux et frais, et la suspendis sous un grand réservoir placé sur le mercure et plein d'oxigène. Au bout de deux heures, le mercure qui formait le fond du réservoir avait considérablement baissé. Une quantité notable d'oxigène avait disparu et été remplacée par une quantité plus considérable encore d'acide carbonique. La même expérience répétée avec d'autres gaz, tels que l'hydrogène, l'azote, l'hydrogène combiné, fournit toujours le même résultat, c'est-à-dire le développement d'une certaine quantité d'acide carbonique.

Cette expérience ne nous fournit-elle pas une nouvelle théorie pour la formation de l'acide carbonique pendant la respiration, fondée sur l'analogie de l'appareil de l'expérience et des organes de la respiration, et sur l'identité des résultats. Chez les mammifères, les poumons reçoivent à chaque inspiration une grande quantité d'air atmosphérique par les bronches, pendant que les veines pulmonaires, ramifiées à leur surface, leur fournissent une quantité considérable de sang. Ici, on trouve d'un côté le tissu pulmonaire en contact avec une atmosphère d'oxigène et d'azote, et de l'autre avec le sang veineux ; et de même que, dans l'expérience précédente, l'acide carbonique est éliminé à chaque expiration, ces expériences peuvent aussi expliquer, au moins jusqu'à un certain point, comment les poissons et les autres animaux aquatiques pourvus de branchies peuvent séparer les élémens respirables du fluide dans lequel ils vivent.

Il est cependant impossible de déterminer, d'après ces expériences, si l'acide carbonique existe dans le sang combiné ou à l'état libre, ou encore s'il ne se forme qu'au moment de son élimination ; mais ce qui paraît certain, c'est que la portion d'oxigène qui est introduite à chaque inspiration, n'est pas nécessaire pour la formation de l'acide carbonique qui se dégage immédiatement.

Source de la chaleur animale. Voulant m'assurer si, pendant ce passage de l'acide carbonique et de l'oxigène à travers les parois de la vessie mais dans une direction opposée, la température restait la même, j'introduisis le bulbe d'un petit thermomètre dans la petite vessie disposée comme dans l'expérience précédente, et remarquai une grande élévation de la température qui ne peut être attribuée qu'à l'action simultanée d'une part de l'absorption de l'oxigène, de l'autre de la transmission de l'acide carbonique à travers la paroi membraneuse. Je conclus donc de cette curieuse expérience que toutes les fois qu'un tissu permet, en vertu de ses forces moléculaires, le passage d'un fluide, il en résulte une élévation de température, et que cette cause doit être une source abondante de chaleur dans tous les tissus animaux et végétaux, puisqu'il n'est peut-être pas une seule fonction qui puisse s'exécuter sans que cette chaleur soit produite. Ainsi, pendant la respiration, comme nous venons de le voir, ainsi encore dans la circulation, le sang en passant des extrémités des artères dans les plus petites veines, traverse une masse de tissus, et doit développer une élévation de température.

Circulation veineuse. Aux causes auxquelles on a attribué la circulation du sang dans les veines, et dont aucune n'est complètement satisfaisante, il semble rationnel d'ajouter la force d'impulsion qu'exercent les tissus membraneux du corps sur les fluides avec lesquels ils sont en contact.

Sécrétions et nutrition interstitielle. Nous avons déjà indiqué les inductions que l'on peut tirer de nos expériences pour expliquer les différentes sécrétions ; il est dès-lors facile de comprendre comment chaque tissu possédant la propriété de ne se laisser traverser que par certains fluides, les différens fluides sécrétoires de l'organisme peuvent être fournis par des organes glanduleux ou des membranes différentes. La même explication nous est fournie pour l'absorption interstitielle ; chaque tissu étant doué de la faculté de repousser certaines substances et d'en laisser passer d'autres. Il n'est pas sans intérêt de rappeler ici que, tout récemment, le docteur Daubeny a publié quelques expériences très-curieuses sur la propriété qu'ont les plantes de choisir les matières terreuses qui leur conviennent. Le même principe peut encore nous expliquer l'action de quelques médicamens sur certains organes, sujet qui ouvre un riche et vaste champ pour de nouvelles recherches.

Je citerai encore, parmi les autres applications qui peuvent être fai-

---

du commencement, c'est-à-dire des *langes* et du *berceau.* Faites les enfans gens de bien le plus tôt possible.

Une chose importante qu'il convient de se persuader, et nous ne serons pas démentis par ceux qui les élèvent et les observent, c'est que les plus jeunes enfans ont une finesse instinctive plus grande qu'on ne le suppose, qu'ils ont du vouloir, en un mot de la raison, quelque petite qu'en soit la sphère ; ils naissent à la vie de la pensée, en même temps qu'à la vie du corps ; c'est une simple lueur, un faible et pâle rayon, si l'on veut, mais enfin ce rayon existe. Observez donc avec soin et prudence ce premier jet de l'intelligence, afin de le développer convenablement, car des passions d'hommes germent dans ces petits cœurs. La colère, la crainte, la vanité, la jalousie et même la méchanceté réfléchie, s'observent dans un très-jeune âge, l'expérience journalière ne le prouve que trop. Un enfant fut condamné par l'aréopage, pour avoir crevé les yeux à une caille. Ce jugement prouve, selon moi, la haute sagesse de ce tribunal. Souvenons-nous bien que l'honnête enfant fait l'honnête homme.

J'ai connu une femme qui, très-peu savante, mais douée de beaucoup de jugement, possédait tout le génie d'une mère, c'est-à-dire, cet instinct qui donne souvent la claire vue de la science de l'éducation. Eh bien ! cette femme disait qu'elle ne connaissait à cet égard qu'une règle qu'on pouvait réduire à trois mots : *prudence*, *patience* et *vigilance* ; qu'aide de ce triple moyen, on venait à bout de tout chez les enfans, pourvu qu'on commençât de bonne heure. Une fois des habitudes contractées, des plis formés de l'ame et du corps, il faut longuement et quelquefois inutilement travailler pour redresser l'un et l'autre. L'expérience, cette démonstration des démonstrations, comme l'appelle Bacon, a en effet mille fois prouvé que de même que les maladies se produisent quelquefois l'une par l'autre, de même aussi les vices forment une chaîne dont le premier anneau est l'*égoïsme*, précisément le caractère le plus saillant du moral de l'enfant. Certes, s'il y a des maux physiques qui se transmettent de sang à sang ; d'autres qu'on acquiert par le sein de sa nourrice, et qui détruisent à jamais la santé ; il y a aussi des principes qu'on boit avec le lait et qu'on rend avec son ame. Ces vérités que j'énonce ici rapidement, sont bien connues et depuis longtemps, mais examinez les applications qu'on en fait, voyez ce qui se passe dans un grand nombre de familles, ne semble-t-il pas que la lumière soit encore sous le boisseau.

A ce précepte fondamental de toute bonne hygiène des enfans, de commencer leur éducation dès leur naissance, je me hâte d'en ajouter un autre, non moins important, celui de la persévérance. Il est des parens à qui viennent des éclairs de vérité et de bon sens ; ils voient ce qui est et ce qui est bien, mais leur caractère ondoyant et mobile ne s'attache à rien, ne poursuit rien ; bientôt leur insouciance, leur manque d'esprit de suite, détruisent tout, confondent tout,

> Gâtent jusqu'aux boutons, douce et frêle espérance.
>
> (LAFONTAINE.)

Ainsi l'on voit des enfans, nés vigoureux et bien portans, devenir chétifs, malingres, difformes, parce qu'on ne les a pas observés avec une attention suivie, parce qu'on a manqué au précepte de cette bonne mère dont je parlais il n'y a qu'un instant, prudence, patience et vigilance. La nature humaine est ainsi faite, elle se sature de tout ce qui l'entoure et des sentimens où elle vit. Il faut en conclure, que si on se relâche envers les enfans des soins hygiéniques qu'on leur doit, si on y met de la négligence ou de longues intermissions, si on n'observe pas con-

les du même principe, la circulation du placenta. En effet, si nous admettons que chaque tissu est doué d'une force inhérente qui lui permet de choisir et de transmettre certains fluides, l'absence d'une communication directe entre l'utérus et le placenta ne sera plus un obstacle insurmontable à l'intelligence des fonctions du placenta, qui, au contraire, deviennent immédiatement faciles à saisir.

Quelle que soit la nature de la propriété que nos expériences ont démontrée dans les tissus organiques, et qui avait déjà été indiquée par M. Dutrochet, qui, le premier, appela l'attention des savans sur les phénomènes curieux d'endosmose, il n'en résulte pas moins que cette force est propre aux tissus organiques. Mais le rôle qu'elle joue dans ces phénomènes est loin d'être passif, comme semblent le croire MM. Dutrochet et les docteurs Mitchell et Graham, qui ont continué ses recherches. Ces expériences ne forment qu'une partie d'une série de recherches importantes que je crois propres à jeter quelque lumière sur plusieurs points des sciences physiques et organiques; car, si les chimistes et les physiciens ne peuvent, dans leurs recherches sur la vie, atteindre le génie qui y préside, il n'y a aucun motif qui puisse les empêcher d'étudier la construction de sa demeure. Tel est, nous pensons, l'objet des sciences physiques appliquées à l'étude de la physiologie.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

TRAITEMENT DE L'ENTORSE AU MOYEN DU FROTTEMENT ET DU MASSAGE COMBINÉS; par le docteur MAIGNIEN, chirurgien aide-major à l'École spéciale militaire de St-Cyr.

L'entorse est une affection chirurgicale que l'on ne parvient ordinairement à guérir qu'à l'aide d'un traitement long et souvent très-énergique, lequel, malgré tout le rationalisme de son emploi, n'a pas toujours un succès complet ou exempt d'accidens consécutifs plus ou moins fâcheux. Aussi arrive-t-il que certaines entorses laissent dans la partie lésée un gonflement permanent ou une douleur habituelle qui s'exaspère à la moindre fatigue et à des époques souvent très éloignées de l'invasion de la maladie.

Tous les moyens thérapeutiques généraux conseillés jusqu'ici ont eu principalement pour but de s'opposer au développement de l'inflammation, ou de combattre celle-ci lorsqu'elle existait; de là l'usage des réfrigérans et des astringens dans le premier cas; des antiphlogistiques et des émolliens dans la seconde circonstance.

La méthode que je publien'est point nouvelle, seulement elle m'a été suggérée par les indications homéopathiques. Peut-être n'aurais-je pas dû, pour le succès de cette méthode, prononcer cette épithète, assuré que des esprits présomptueux et irréfléchis vont reléguer ce procédé, pour me servir de leurs propres expressions, au nombre des rêves des disciples d'Hannemann.

Le traitement des entorses, par le frottement et le massage combinés, offre non-seulement l'avantage d'être très prompt dans ses effets, mais encore d'être très-peu ou point du tout dispendieux dans ses moyens; de plus, je suis porté à penser, d'après de mes observations, que les accidens consécutifs qui signalent assez habituellement la période de déclin des entorses traitées par les réfrigérans et les antiphlogistiques ne se font pas remarquer dans les mêmes affections guéries par le procédé que j'indique.

Moyens d'applications. S'informer du sens dans lequel le mouvement de l'articulation a été exagéré, afin de ne pas imprimer au membre une impulsion dans cette direction lors des premières tentatives que l'on emploiera pour faire agir la partie lésée, impulsion qui provoquerait de la douleur, chose que l'on doit éviter dans tout le traitement. Pratiquer, le long du membre et en passant sur l'articulation blessée, un frottement d'abord très-léger, en effleurant pour ainsi la peau: ce frottement comprendra dans son action la rondeur du membre et la totalité de l'articulation, si cela est possible; à cet effet on emploiera les deux mains. Du reste, il faudra s'attacher spécialement à frictionner l'endroit où le malade accuse le plus de douleur et le plus de gêne.

Le frottement, primitivement doux et lent, sera augmenté progressivement dans sa vitesse et son degré de pression, revenant cependant à une pratique mitigée sitôt que le patient annonce quelque mal. Après quarante-cinq minutes ou une heure de frictions, on tentera de faire faire à l'articulation quelques mouvemens. Dans ce premier essai, on n'imprimera pas d'action au membre dans le sens où il a été forcé; on pourra faire tous les autres mouvemens. Pour cela, on maintiendra la partie lésée d'une main, et de l'autre on procédera avec beaucoup de précaution et de lenteur aux différentes impulsions possibles sans douleur; on continuera cette manœuvre pendant quatre à cinq minutes.

Arrivé à cette période de l'opération, le blessé dit éprouver déjà beaucoup de soulagement; la tension qui se faisait remarquer, la chaleur qui existait, le gonflement qu'on avait pu constater, ont graduellement diminué.

On revient aux mêmes manipulations; toutefois la sensibilité moins grande de l'articulation permet de porter le frottement jusqu'à un véritable massage. Néanmoins on ne doit pas passer brusquement de l'un à l'autre. Au bout de trente à quarante minutes de nouvelles pratiques, on fait mouvoir l'articulation dans tous les sens, et on peut l'exécuter sans causer d'autre phénomène qu'une très-légère douleur qui se déclare lors de la production des mouvemens dans lesquels le membre a été fortement dévié. Ce jeu articulaire dure cinq à six minutes.

Ensuite on passe quinze à vingt minutes de massage, après lequel on prescrit au blessé de marcher, ordonnance qu'il remplit avec quelque hésitation, laquelle résulte plutôt du souvenir du mal qu'il a éprouvé, que de la douleur elle-même.

Pour consolider la guérison on répète encore deux ou trois fois le frottement et le massage combinés le jour même ou le lendemain de l'accident.

On conçoit que, si des ligamens articulaires avaient été rompus, on ne pourrait obtenir un succès aussi complet; néanmoins on diminuerait par le même moyen le gonflement et la douleur qui existent en pareilles circonstances. La cicatrisation seule des organes rompus assure une guérison solide.

OBS. I. — M. Rème, élève à l'Ecole spéciale militaire de Saint-Cyr, s'élance d'un lieu élevé, au moyen d'une corde à laquelle il est suspendu et décrit dans l'espace un arc de cercle dont le rayon est formé par la corde. Arrive au terme

---

tinuellement, pas à pas, par un travail d'incubation, le développement de leurs forces, afin qu'il soit régulier, complet, progressif, bientôt il se forme une ligne de déviation qui, tant soit peu prolongée, conduit à de funestes résultats. N'est-il pas vrai qu'au bout d'un certain temps d'un régime mauvais, irrégulier, le corps s'altère, les membres se déforment, l'épine se courbe; croyez aussi que par le défaut de persévérance, l'esprit se fausse, l'intelligence s'amoindrit et l'orthopédie morale qu'on emploie ensuite est souvent plus insuffisante que les machines destinées à redresser les membres. Veillez donc et veillez sans cesse, il n'y a que ce moyen de parvenir au but, d'obtenir un esprit sain dans un corps sain. Un jeune arbre s'élance dans les airs, mais son tronc est faible, il fléchit, il se courbe, il tend à se briser; que fait-on? on lui donne un tuteur qui l'étreint, le redresse, le soutient et le dirige. Quelques années encore, cet arbre acquiert de la force, il s'élève, brave les tempêtes et donne les plus beaux fruits. L'hygiène des enfans, prise dans tous ses développemens, dans ses plus petits détails, n'est pas autre chose. Le corps humain est dans son commencement délicat et très flexible, son tuteur c'est votre raison, c'est votre expérience, votre clairvoyance, ce sont vos soins continues et prodigues. En quoi consiste la profonde et providentielle passion d'une mère pour son enfant? précisément dans cette incessante et infatigable activité, qui, le jour, la nuit, à chaque heure, à chaque instant, enveloppe, pour ainsi dire, de ses soins, de sa tendresse, l'être qu'elle a engendré. Cet enfant est tout pour elle, c'est sa vie sous une autre forme; elle ne peut en détacher un moment son regard, son cœur, son esprit; elle le couvre de sa vigilance et de sa perpétuelle sollicitude. Ceci explique la prodigieuse influence des mères sur l'éducation et l'avenir de leurs enfans. La mère de Kant avait soin que son fils ne dit jamais un mensonge, et ce grand philosophe eut toute sa vie le mensonge en horreur. Ainsi peut-être, la femme d'un pauvre sellier de Kœnigsberg a été la première cause de la haute philosophie et de la gloire de son fils On voit ici le résultat de la persévérance, base essentielle de l'éducation.

Qu'est-ce en effet que cette éducation? l'art de donner peu à peu des penchans avant qu'il y ait des habitudes. Mais pour y parvenir il faut, comme je l'ai dit, connaître, étudier les enfans; or, cette étude doit être continuelle et suivie à cause des rapides changemens qui ont lieu dans leur organisation. Faites donc en sorte que tout soit arrangé, combiné, et surtout proportionné à cette organisation dans ses divers développemens. Ainsi, une nourriture trop faible débilite les enfans, une nourriture très-succulente les excite, les pousse trop comme on dit, et il est constant que les maladies du premier âge viennent en grande partie de la disproportion entre la puissance de leurs organes digestifs et l alimentation Indépendamment de ces maladies, une nourriture trop abondante, trop variée, dispose les enfans à la gourmandise, vice bien plus grave qu'on ne croit. Ce petit garçon à qui on demandait, veux-tu beaucoup de crême? et qui répondit, j'en veux *trop*, est la parfaite image de l'ambitieux futur et de l'égoïste sans frein. On doit voir que ce que je dis de l'art d'alimenter le corps, s'applique aussi à l'esprit; celui-ci doit être nourri dans les justes proportions du développement organique: la loi physiologique, la règle du bon sens le veulent ainsi. En général, il faut longtemps semer dans la mémoire des enfans avant de recueillir dans leur intelligence, et pourtant cette dernière exige de la culture; si vous la négligez, elle s'affaiblit et s'étiole, lui donnez-vous une nourriture trop forte, au-dessus de la portée de l'enfant, il ne vous comprend plus ou vous comprend mal, et vous semez sur une terre inféconde. Une petite fille de sept ans, à qui on apprenait le catéchisme avec des explications métaphysiques sans fin, dit un jour à sa mère: oui, ma-

décroissant de la course, il ne s'élance point à terre comme il devait le faire, mais rétrograde en arrière et tombe sur le sol, en s'appuyant sur la pointe du pied droit renversé qui est porté dans une extension forcée, en raison du poids du corps qui vient se fixer sur cette extrémité placée dans une position défectueuse. Une douleur très-vive se fait sentir; mais le mouvement auquel cet élève continue de se livrer obscurcit momentanément le mal.

Cinq heures après l'accident ayant été appelé, je trouve M. Rème en proie à des douleurs très-grandes : impossibilité de placer le pied à terre et de le remuer; gonflement très-prononcé et large ecchymose à la région pédieuse; tension et gonflement des articulations tibio-tarsienne et tarso-métatarsienne. Le blessé est transporté de suite à l'infirmerie, où, le faisant placer sur un lit, lui recommandant de m'abandonner librement son pied, et pour provoquer un relâchement articulaire complet, occupant son attention par une conversation plus ou moins intéressante, je commençais à exécuter un frottement très-léger s'étendant depuis le genou, passant sur le trajet des muscles extenseurs du pied et des orteils, et venant se terminer à l'extrémité du membre : ma main contournait la jambe en dehors avec le pouce et en dedans avec les doigts; puis je recommençais d'autres frictions toujours dans le même sens. Assuré que ces manœuvres ne causaient aucune douleur, je les continuais pendant une heure, en ayant soin d'augmenter graduellement la pression et la vitesse du frottement. Au bout de ce temps, je tentai quelques mouvemens d'adduction et d'abduction, et pour les produire avec tout le ménagement possible, j'avais la précaution de fixer la jambe au moyen de la main gauche, tandis que la droite, saisissant tantôt la pointe du pied, je portais cet organe à droite ou à gauche, tantôt le talon, j'imprimais une action légère de flexion. La douleur était déjà fort peu de chose.

A ce premier temps, je fis succéder de nouvelles frictions qui se distinguèrent par un degré plus marqué de force et de vitesse : c'est surtout dans cette seconde période du traitement qu'on doit passer progressivement du frottement au massage. Trois quarts d'heure après cette autre pratique, je communiquai aux articulations du pied des mouvemens en toutes les directions : en portant la pointe en dedans et en bas, une légère douleur se fit sentir; je renouvelai alors le frottement pendant quinze minutes et prescrivis au blessé de marcher : comme il put le faire sans gêne, je l'engageais à se promener pendant une demi-heure, temps après lequel la progression s'exécutait avec autant de facilité que s'il n'y eût jamais eu d'entorse.

Pour consolider la guérison, j'entrepris encore de masser le pied pendant une heure le lendemain; et le jour suivant M. Rème sortit de l'infirmerie. Deux mois se sont écoulés depuis cet accident et cet élève n'a éprouvé aucun ressentiment.

Je pourrais citer plusieurs cas analogues. Ainsi le nommé Imbert, tambour, franchissant une poutre en s'appuyant sur les mains et rejetant les pieds de l'autre côté de cette poutre, se contourna le pied droit qui fut atteint d'une entorse de même nature que la précédente. Douleur très-vive, presque impossibilité de mettre le membre par terre; gonflement très-prononcé; ecchymose; insomnie pendant toute la nuit : frictions, froissement, massage et guérison complète au bout de trois heures.

Obs. II. — M. Daillet, manque une marche en descendant un escalier, le pied droit reçoit une secousse qui provoque une entorse qui prive cet élève de sommeil pendant une nuit; le lendemain je le traite par le procédé que je viens de décrire et j'obtiens le même succès.

Obs. III. — L'élève Chable tombe d'un mur de vingt pieds, et sa main droite fléchie reçoit tout le poids du corps : une violente entorse avec gonflement et douleur très-aiguë est le résultat de cet accident. N'étant point de service, trente sangsues sont appliquées; cataplasme émollient; bain de bras. Le lundi suivant, à la reprise de mes fonctions, je trouve le membre dans un état de pronation forcée et étendu sur le lit, ne pouvant être remué ni changé de place que difficilement; je mets en usage les frictions et le massage, et deux heures après le blessé se sert de son bras, agite même un bâton et annonce ne plus éprouver de douleur. La guérison s'est soutenue et consolidée.

St-Cyr, le 14 octobre 1836.

CLINIQUES ÉTRANGÈRES.

CLINIQUE MÉDICALE DE L'HÔPITAL CIVIL ET MILITAIRE DE GENÈVE; par le docteur H.-C. LOMBARD, médecin de cet hôpital.

§ I. GASTRALGIES.

J'ai fait connaître il y a quelques années dans la GAZETTE MÉDICALE le résultat de mon expérience sur l'emploi du sous-nitrate de bismuth dans la gastralgie. Depuis lors, j'ai eu de nombreuses occasions d'éprouver les bons effets de ce médicament; la plupart des gastralgies soumises à mon observation ont été traitées par le bismuth, et presque toujours j'ai obtenu une amélioration remarquable, sinon une guérison radicale. Ainsi que je l'avais noté précédemment, les gastralgies avec ou sans vomissemens cèdent promptement à l'administration du bismuth; les douleurs et les vomissemens qui accompagnent le cancer de l'estomac sont aussi calmés par le même médicament, quoique les progrès de la maladie ne soient pas arrêtés par lui; mais on comprend que c'est encore beaucoup de soulager alors que l'on ne peut plus guérir.

Quelles que soient les propriétés anti-gastralgiques du bismuth, il faut reconnaître cependant qu'il est un certain nombre de cas rebelles à son emploi, et c'est alors que le rôle du praticien devient plus difficile, puisqu'il doit recourir à d'autres moyens moins efficaces. J'ai cherché à reconnaître quels étaient les meilleurs succédanés du bismuth, et dans quels cas ils réussissaient lorsque ce médicament avait échoué.

En premier lieu, je signalerai l'*oxide de zinc* qui a réussi à calmer les gastralgies et les vomissemens traités sans succès par l'emploi du bismuth. L'oxide de zinc peut être administré à la dose de 6 à 12 grains dans les vingt-quatre heures; son action paraît se rapprocher beaucoup de celle du bismuth, c'est-à-dire qu'elle consiste dans une sédation des nerfs pneumo-gastriques. L'usage du zinc est surtout indiqué dans les gastralgies sympathiques de la leucorrhée; peut-être alors exerce-t-il quelque influence sur la sécrétion des mucosités utérines, et son action sur l'estomac n'est-elle que secondaire; toujours est-il que, chez les femmes atteintes de fleurs blanches, les douleurs et les tiraillemens dont l'estomac est le siége sont singulièrement soulagés par l'emploi de l'oxide du zinc uni à quelque extrait narcotique, tel que l'extrait de laitue vireuse, de ciguë ou d'opium.

L'action des *alcalins* est très-différente de celle du bismuth et du zinc; aussi voyons-nous cette classe de médicamens réussir lorsque les sédatifs métalliques ont échoué. Nous avons vu que le pyrosis, les vomissemens acides et toutes les formes de gastralgie qui paraissent dépendre de la présence d'un acide dans l'estomac, cédaient le plus ordinairement à l'emploi du bismuth; il est cependant quelques cas qui résistent à ce médicament, et alors une médication toute chimique fait cesser les symptômes morbides; l'emploi de la soude, de la potasse, de la magnésie et de la chaux réussit souvent à guérir les diverses formes de gastralgie que nous venons de signaler. Le sous-carbonate et le bi-carbonate de soude exercent une influence singulièrement favorable

---

man, je comprends, quand Jésus-Christ jouait *à cache-cache*, il savait toujours où étaient les autres. Ne voilà-t-il pas une petite fille bien instruite des mystères de la religion. Encore une fois, l'hygiène des enfans, prise dans un de ses points de vue généraux, exige une attention qui ne doit jamais se relâcher, parce qu'elle doit toujours se proportionner à l'organisme. Ah! que de temps, de travaux et de peines il faut, dans la suite, si on a eu le malheur de négliger ce précepte. On ne refait que bien difficilement un sang altéré, un corps épuisé, languissant, une constitution ruinée, l'empreinte fatale est placée pour la vie. Croyez-vous aussi étouffer ces passions, ces sentimens, ces énergies secrètes dont la main du Créateur a mêlé le tissu de notre vie, quand elles ont pris de bonne heure une direction contraire à l'ordre, à la vertu? il ne faut pas s'en flatter. Le naïf élan du premier âge n'est plus, la fleur première de la sensibilité et de la pensée, une fois éclose et flétrie, c'est sans retour, le temps a déjà marché.

D'ailleurs en suivant pas à pas le développement d'un enfant, on apprend une chose bien importante, c'est de le connaître intimement, et rien n'aide davantage à son hygiène et à son éducation morale. Certainement il y a un fonds commun d'organisme aux enfans, mais il est faux de dire que tous se ressemblent. Quiconque les observe de près, remarque au contraire dans leur constitution comme dans leur caractère, le germe d'une individualité prononcée. Chez tous, il y a deux systèmes organiques d'une grande activité, ce sont les systèmes nerveux et muqueux, et cependant on remarque des différences notables dans leurs fonctions chez les enfans, différences qui augmentent au bout de très-peu d'années. Il est de ces petits êtres très-impressionnables, éminemment sujets aux convulsions, aux spasmes, à l'éclampsie, tandis que d'autres résistent à des sensations même très-vives; on en voit contracter des rhumes, des coqueluches, la rougeole et une foule de maladies éruptives, aux moindres variations de température, tandis que d'autres enfans y sont presque insensibles, toutes choses étant égales d'ailleurs; et ces spécialités de tempérament se remarquent quelquefois dès la naissance, il y a déjà un type individuel formé. Le célèbre Mirabeau en fut un exemple. Il naquit avec deux dents, sa tête énorme mit à sa sortie la mère dans le plus grand danger. (*Mémoires*, tome 1er, page 238.) « Destiné à être le plus turbulent et le plus ingambe des jeunes gens, il avait un pied tordu à sa naissance; à être le plus éloquent des hommes et des orateurs de son siècle, sa langue en naissant fut enchaînée par le *filet*. (*Id.*) » Plus loin, voici ce que son père écrivait au bailli de Mirabeau son frère : « Je n'ai rien à te dire de mon énorme fils, sinon *qu'il bat sa nourrice* qui le lui rend bien, ils se gourment à qui mieux mieux; ce sont deux bonnes têtes ensemble. (*Id.*)

Si l'on recherchait bien chez les enfans les différences fondamentales qui les font eux et non point autres, je suis persuadé qu'on trouverait pour chacun le véritable fil conducteur propre à toute bonne éducation. Un ancien a dit, en parlant de cette éducation, qu'il fallait chez certains enfans employer la *bride* et chez d'autres recourir à *l'éperon*, frappant témoignage de la différence notable qu'on trouve chez eux. Ces différences de constitution et de caractère sont quelquefois si prononcées, qu'elles font ou le charme ou le désespoir des parens. Il y a dans certains enfans un principe de vie si ferme et si tenace, un équilibre de fonctions si bien établi, qu'ils s'accommodent de tout régime, qu'on les voit résister à une foule de maux. Il en est d'autres que les soins hygiéniques les plus sages, les mieux combinés, ne feront jamais vivre; il semble que les maladies et la mort soient radicalement infusées dans leur économie. On trouve parmi eux des esprits indolens, rebelles à toute instruction, tandis qu'on remarque chez d'autres les symp-

dans les cas de pyrosis et de vomissemens acides : ils sont aussi très-utiles dans une forme de gastralgie qui n'a pas été signalée jusqu'à présent, et que l'on rencontre cependant assez souvent ; je veux parler de la gastralgie causée par l'insuffisance de la sécrétion salivaire. Chez les personnes atteintes de cette incommodité, les symptômes gastralgiques sont accompagnés de sécheresse de la bouche dès qu'elles parlent ou éprouvent quelque émotion, et surtout par le besoin impérieux de boissons abondantes pour aider à la mastication, et plus tard à la digestion. Dans ce cas, les alcalins sous forme d'eau de soude (*soda-water*), et l'eau de Vichy réussissent très-bien. Le sous-carbonate de magnésie, l'eau de chaux et la solution de potasse caustique remplissent la même indication dans tous les cas où l'acidité est le caractère prédominant des symptômes gastralgiques. La solution de potasse caustique administrée à la dose de quelques gouttes dans un véhicule aromatique a souvent réussi lorsque d'autres médicamens avaient échoué ; son action paraît à la fois chimique et tonique, et cette double propriété est précieuse dans un assez grand nombre de cas où la sécrétion acide reconnaît pour cause une débilité que les toniques seuls peuvent combattre.

Il est probable que c'est à cette dernière cause que sont dus les bons effets obtenus par une méthode singulière, et qui compte cependant de nombreux succès dans les anciennes gastralgies : je veux parler de l'ingestion de l'*eau chaude* en quantité considérable et à une température aussi élevée que la bouche et l'œsophage peuvent la supporter. J'ai réussi par ce moyen à calmer des gastralgies que ni le bismuth, ni les alcalins, ni les antispasmodiques n'avaient pu adoucir ; ce moyen réussit surtout chez les femmes dont la menstruation est irrégulière et insuffisante, souvent aussi chez celles qui sont atteintes de leucorrhée abondante. On commence par faire avaler 7 à 8 onces d'eau aussi chaude que le malade peut la supporter ; cette dose peut être répétée deux, trois, quatre et même huit à dix fois dans le courant de la journée, et principalement lorsque les douleurs recommencent ; l'état de plénitude de l'estomac ne contr'indique pas l'ingestion de l'eau bouillante. Dans la plupart des cas, je n'ai pas trouvé nécessaire de rien ajouter à l'eau, que les malades préfèrent ordinairement sans aucun mélange. J'ai continué cette médication pendant plusieurs semaines sans que l'estomac ait paru affaibli par l'ingestion d'une aussi grande quantité de liquide, car, non-seulement des gastralgies qui avaient résisté depuis plusieurs années à toute autre médication ont cédé à l'emploi de ce moyen, mais encore les fonctions digestives ont repris une activité et une régularité qui ont redonné des forces et de l'embonpoint à des malades fortement débilités. Il est probable que beaucoup d'eaux minérales peu chargées en principes actifs agissent aussi bien par leur température que par le volume qu'occupent dans l'estomac les doses considérables de liquide qui y sont ingérées ; on pourrait donc, dans certains cas, remplacer ces eaux minérales par de l'eau chaude, et il est probable que l'on en obtiendrait d'aussi bons effets, puisque nous avons vu l'eau simple réussir dans les mêmes circonstances pour lesquelles on envoie les malades faire une cure d'eaux minérales.

Il n'est pas de praticien qui n'ait eu l'occasion de voir les fréquentes rechutes des gastralgies sous l'influence des causes morales et de reconnaître que chez la plupart des malades atteints de dérangemens des fonctions digestives, les chagrins et les émotions jouaient le principal rôle; aussi est-il facile de comprendre que les antispasmodiques doivent en venir, soit comme médication principale, soit comme adjuvans dans un grand nombre de cas de gastralgies ; c'est, en effet, ce qu'apprend l'expérience. L'éther, la valériane, l'assa fœtida et d'autres médicamens de la même classe réussissent souvent à calmer ces gastralgies nerveuses ; l'huile animale de Dippel, l'un des plus puissans antispasmodiques de la pharmacopée, réussit aussi dans les mêmes cas à la dose de huit à dix gouttes par jour, administré sous forme pillulaire à cause de sa détestable saveur.

Les *purgatifs* réussissent dans quelques cas de gastralgies rebelles à toute autre méthode de traitement. Chez les jeunes filles atteintes de chlorose et dont la menstruation est insuffisante, la gastralgie avec ou sans vomissemens est un des symptômes les plus fatigans, et qui ne cède presque jamais aux sédatifs ou aux antispasmodiques. Les purgatifs âcres et principalement l'aloës calment la gastralgie en amenant des selles nombreuses et probablement aussi en tonifiant l'utérus dont les fonctions languissantes réagissent sur l'estomac au moyen des sympathies qui existent entre ces deux organes. Les gastralgies causées par une atonie du foie et par une diminution de la sécrétion biliaire sont aussi traitées avec succès par les purgatifs ; les préparations mercurielles sont souvent insuffisantes pour ramener le foie à son état normal et alors les purgatifs salins, l'aloës, la coloquinte et la gomme gutte font cesser des vomissemens et des douleurs d'estomac qui avaient résisté à toute autre méthode de traitement. Il est probable que c'est de cette manière qu'agit le remède Leroy dont les succès sont incontestables dans un grand nombre de cas de gastralgies.

La gastralgie est souvent le résultat d'une atonie des fibres musculaires de l'estomac, et, dans ce cas, les digestions sont imparfaites et d'une lenteur remarquable, d'où résultent des douleurs, de l'angoisse épigastrique et quelquefois aussi des vomissemens provoqués par un bol alimentaire mal digéré. Ces divers symptômes sont favorablement modifiés par un médicament qui jouit de la propriété d'accélérer les contractions musculaires de l'estomac et des intestins, je veux parler de la noix vomique ; administrée à la dose de quelques gouttes de la teinture ou d'une fraction de grain de l'extrait, elle facilite singulièrement la digestion en hâtant le passage du bol alimentaire dans les diverses parties de l'estomac et le petit intestin. Ce même médicament est aussi très-précieux pour amener des selles chez les personnes dont le ventre est paresseux par atonie des muscles intestinaux. Une à deux gouttes de la teinture suffisent ordinairement pour amener ce résultat.

Il est une dernière forme de gastralgie qui doit être traitée par une méthode particulière ; je veux parler de cette surexcitation nerveuse de l'estomac qui rend le contact des alimens non-seulement douloureux, mais encore impossible à supporter, de là viennent ces douleurs et ces vomissemens qui surviennent peu d'instans après le repas. L'emploi de quelques gouttes de laudanum avec la première cuillerée de potage réussit souvent à calmer ces douleurs et les vomissemens en stupéfiant la membrane muqueuse de l'estomac et en permettant ainsi le contact du bol alimentaire et son passage régulier dans le duodénum.

Les médicamens ingérés dans l'estomac ne sont pas les seuls qui puissent être employés contre les gastralgies. En effet, les applications extérieures, soit irritantes comme les sinapismes, les vésicatoires et les moxas, soit calmantes, comme la morphine et l'acide prussique, sont d'un très-grand secours dans certains cas de vomissemens et de cram-

---

tômes indicateurs de résolutions viriles, d'une ame ardente, d'une maturité hâtive. De même au moral, il y a tel enfant qui naturellement et sans effort se conduit vers le bien, qui aspire pour ainsi dire la vertu avec l'air pénétrant dans ses poumons ; il est, au contraire, de ces natures perverses que l'éducation la plus douce, la plus sévère, la plus méthodique, ne fera jamais dévier ; ils sont fatalement prédestinés au vice, au crime, au bagne ou au suicide.

Ce sont ces différences, pour le dire en passant, qui rendent à jamais insoluble le grand problème des avantages de l'éducation publique. Comment croire que des moyens uniformes, dirigés sur des caractères infiniment variés, puissent avoir de bons résultats? « Et n'est-ce pas pitié de mettre souvent le bât à l'aiglon, et de dresser l'ânon à planer dans les nuages. » Cette étude des différences constitutionnelles des enfans, est d'autant plus importante, que chez eux les impressions sont toujours vives, quelquefois ineffaçables. De là, la nécessité de leur donner une direction convenable, *adeo in teneris consuescere multum est.* (Æneid. lib. II.) Donnez de grossiers alimens à un enfant, renfermez-le quelque temps dans un air peu renouvelé, les tristes effets de ce régime ne tarderont pas à se manifester. Ce teint transparent, ces vives couleurs, ces yeux brillans et purs, cette fraîcheur de carnation qui donnent tant de charmes aux beautés de l'enfance, font bientôt place à l'étiolement, à la faiblesse, à l'épuisement. Ces mêmes phénomènes s'observent pour l'intelligence ; elle se brise par trop d'excitement, elle se stupéfie par trop d'inaction. Tout cela dépend des impressions premières, mais celles-ci sont subordonnées dans leur force, leur faiblesse, leur impulsion à la différence d'organisation des enfans. Je le répète, la loi vitale est toujours identique, elle est même applicable aux qualités du cœur. Voyez cet enfant dont les grâces vous charment ; sa bouche rieuse, sa figure animée, sa pétulance, son spirituel babil, font l'orgueil de sa mère, c'est son amour, son tout, son chéri ; mais qu'arrive-t-il, si s'enivrant de maternité, elle ne sait pas s'arrêter à propos, tempérer de sévérité son excessive tendresse? Cet enfant ravissant se transforme en petit tyran qu'on évite et qu'on fuit. Où sont les tendres parens qui méconnaissent la toute-puissante faiblesse de l'enfance? Il y a ici d'incroyables séductions dont ils ont bien de la peine à se défendre. Il faut pourtant s'armer de prudence et de force, car gâter un enfant, c'est promettre à la société un égoïste de plus ; gâter un enfant, c'est jouer son avenir contre quelques instans de contrainte. Or, ce n'est que par une bonne direction hygiénique physique et morale, par une sage et prévoyante fermeté, qu'on saura éviter des maux incalculables. Rien de plus connu que ces préceptes, mais les résultats y répondent bien peu ; pourquoi cela? C'est qu'on oublie souvent que les premières impressions pénètrent profondément l'esprit et le corps, et qu'elles ont du retentissement dans toute la vie. Un jour d'exécution publique, une femme du peuple dit à son fils, âgé de quatre ans, et dont elle ne pouvait apaiser les cris : « Si tu gueules, tu n'iras pas voir guillotiner. » Calculez les effets d'une pareille remontrance. Voulez-vous voir l'autre extrémité de l'échelle sociale? La duchesse de Chaulnes avait un fils unique qu'elle gâtait d'une manière insupportable pour tout le monde. Cet enfant était gaucher, ce qui désolait sa mère. Un jour il frappa violemment une dame âgée sa cousine, et sa mère de s'écrier : Malheureux enfant! toujours de la main gauche! Je le demande, quelle éducation, et surtout quelle fatale tendresse!

Une chose qu'on ne remarque pas assez, et que les médecins philosophes devraient s'attacher à faire comprendre, c'est l'influence de la santé des enfans sur leur éducation morale. Il ne faut jamais oublier que du mauvais état de cette santé dépendent très-souvent les vices du cœur et de l'esprit qui les caractérisent dans

pes d'estomac. Les dérivatifs cutanés sont une ressource précieuse alors que les autres méthodes de traitement ont échoué ou n'agissent que très-lentement ; les sinapismes sont utiles pendant les crises de douleur ; mais comme méthode curative, les vésicatoires sont bien plus efficaces ; il est peu de gastralgies qui résistent à l'emploi de ce moyen surtout si l'on entretient pendant quelque temps la suppuration au moyen des pommades épigastriques ; j'ai vu guérir par une application de vésicatoire à l'épigastre des gastralgies qui dataient de plusieurs mois et même de plusieurs années. J'ai aussi obtenu des effets remarquables de la même méthode appliquée à la nuque ; dans les gastralgies qui me paraissaient dépendre d'un état morbide du cerveau ou des nerfs pneumo-gastriques, j'ai pensé qu'il était plus avantageux d'appliquer la dérivation aussi près que possible de l'origine du nerf ; c'est d'après cette considération physiologique que j'ai été conduit à mettre le vésicatoire à la nuque, et par cette méthode j'ai réussi à calmer des vomissemens qui dataient de plusieurs mois ; les douleurs gastralgiques cèdent aussi à l'emploi de ce moyen que je signale aux praticiens comme l'une des meilleures méthodes à mettre en usage contre les vomissemens spasmodiques ou de toute autre nature.

L'emploi des antispasmodiques et des narcotiques sur l'épigastre réussit souvent à calmer les gastralgies les plus intenses ; l'emplâtre d'assa-fœtida que j'ai signalé dans la première partie de ma clinique comme une bonne application dans les cas de palpitations est aussi fort utile lorsqu'on veut calmer les douleurs gastralgiques, surtout celles qui reconnaissent une cause nerveuse et cèdent aux antispasmodiques. Mais quelle que soit l'efficacité de l'assa fœtida, elle n'approche pas des bons effets que l'on obtient avec la morphine et l'acide prussique en frictions sur l'épigastre ; l'on peut employer l'eau comme véhicule de la morphine et du cyanure de potassium, etc., alors l'on peut mettre de six à douze grains de chacun de ces sels sur trois onces de véhicule ; l'on peut aussi unir la morphine et le cyanure de potasse avec l'axonge, et alors les doses de sels doivent être plus considérables et varier entre trois et six grains de chacun d'entre eux pour une once d'axonge.

Après avoir passé en revue les divers médicamens qui réussissent à calmer les douleurs et les vomissemens de la gastralgie, je terminerai par quelques observations sur le traitement de cette maladie et sur le meilleur régime à conseiller aux personnes qui en sont atteintes. En premier lieu, l'absence de tout aliment indigeste est naturellement nécessaire ; en second lieu, il faut toujours essayer l'usage du lait d'ânesse ou de vache, et s'ils ne peuvent être supportés on aura recours aux gelées de viande, aux fécules et aux œufs. Il est certains cas de vomissemens qui ne peuvent être calmés par aucun médicament et qui cèdent à l'emploi du lait à la dose d'une cuillerée à café, répétée tous les quarts d'heure ; or, il me paraît probable que, si le lait peut être gardé dans l'estomac alors que tous les autres liquides en sont rejetés, c'est que c'est le seul qui se solidifie dès son arrivée dans l'estomac, et qui, par conséquent, n'en provoque pas les contractions en occupant successivement diverses positions de la muqueuse irritée. L'action de la glace est diamétralement opposée à celle du lait, puisque de solide elle devient liquide ; mais alors l'action tonique dont elle jouit, en soustrayant du calorique aux parties environnantes compense l'influence locale du liquide. Aussi la glace est-elle l'un des meilleurs anti-émétiques que l'on puisse employer. Les potions effervescentes et salines, les eaux gazeuses jouissent de la même propriété. Le mélange du blanc d'œuf avec de l'eau est aussi une boisson précieuse dans les cas de gastralgies. Enfin, pour terminer ces réflexions pratiques sur ce sujet, je signalerai les bons effets du changement d'air et en particulier d'une situation élevée pour guérir les gastralgies, surtout lorsqu'elles sont accompagnées de vomissemens opiniâtres. J'ai souvent réussi à guérir par ce moyen des malades qui n'avaient obtenu aucun avantage de toutes les médications que nous venons de passer en revue. Je ne pense pas qu'il soit nécessaire de citer des observations à l'appui de chacun des faits contenus dans ce résumé, et je me contenterai de deux ou trois observations caractéristiques des méthodes mentionnées ci-dessus.

GASTRALGIE TRÈS DOULOUREUSE, QUELQUEFOIS ACCOMPAGNÉE DE VOMISSEMENS DATANT DE PLUSIEURS ANNÉES, ET DISPARAISSANT PAR L'EMPLOI DU VÉSICATOIRE A L'ÉPIGASTRE.

Obs. I. — Une femme non mariée, âgée de 40 ans, de taille élevée, de tempérament nerveux, éprouva pour la première fois, il y a quelques années, sous l'influence de causes morales, des douleurs aiguës à la région épigastrique ; les douleurs paraissent quelques instans après l'ingestion des alimens, elles sont caractérisées par un sentiment de poids et de contraction ; il y a quelquefois des renvois et des vomissemens de matières alimentaires. La menstruation ne présente aucun dérangement ; il n'y a pas de mouvement fébrile, ni aucun autre désordre général. La malade raconte qu'après avoir employé une grande variété de remèdes, elle n'a obtenu d'amélioration que par l'emploi du vésicatoire sur l'épigastre. Guidé par cette indication, je fais appliquer un large vésicatoire sur cette région et je conseille de l'entretenir en suppuration par la pommade épispastique. Ce moyen est employé avec ardeur par la malade, qui maintient la surface dénudée dans un état continuel d'irritation ; et, en fait, le résultat est aussi satisfaisant qu'elle peut le désirer, les douleurs, les renvois et les vomissemens disparaissent pendant plusieurs mois. La malade a remarqué à d'autres époques que la cessation des douleurs est d'autant plus prompte et d'autant plus prolongée que la douleur du vésicatoire a été plus violente. Malheureusement il a souvent suffi d'une émotion un peu vive pour amener une rechute, mais seulement après quelques mois d'absence de souffrances.

GASTRALGIE SYMPATHIQUE DE DYSMÉNORRHÉE ET DE LEUCORRHÉE ; EMPLOI D'UN GRAND NOMBRE DE MÉDICAMENS ; GUÉRISON PAR L'APPLICATION D'UN VÉSICATOIRE A L'ÉPIGASTRE.

Obs. II. — Une femme de 30 ans, non mariée, de petite taille, tempérament nerveux, ayant beaucoup maigri depuis quelques mois, est atteinte depuis plusieurs années de douleurs gastralgiques très-aiguës et accompagnées de vomissemens, surtout à l'époque des règles. L'état actuel est caractérisé par une douleur aiguë à l'épigastre, augmentée par la pression et par le mouvement ; il y a sensation d'un serrement très-douloureux dans la région épigastrique, depuis longtemps l'appétit est nul, il y a même dégoût très-prononcé, la langue est nette, les selles rares et difficiles ; il y a quelquefois des vomissemens et des renvois aqueux. Tous ces symptômes sont exaspérés par l'apparition des règles qui sont très-douloureuses et très-abondantes ; dans l'intervalle de la période menstruelle il y a une leucorrhée très-prononcée. Je prescrivis des bains qui amenèrent un soulagement momentané, j'eus alors recours au bismuth qui soulagea aussi, mais seulement pendant quelques jours après lesquels ce médicament parut avoir perdu son influence sédative ; les antispasmodiques et les purgatifs n'eurent également qu'un succès momentané ; c'est alors que j'eus recours à l'application du vésicatoire à l'épigastre. La plaie qui résulta de l'emploi des cantharides, fut très-douloureuse et présenta une rougeur et une tuméfaction très-considérables qui persistèrent pendant plusieurs jours ; mais ce qu'il y eut de remarquable, c'est que dès le moment où les douleurs extérieures furent devenues très-intenses, les douleurs gastralgiques et tous les symptômes décrits plus haut cessèrent complètement, et cette absence de douleurs a duré près de six mois.

---

la suite. Vous avez beau faire de magnifiques plans d'éducation, à quoi servent-ils quand le sujet n'y peut répondre ? Comment développer une ame forte, un esprit actif, cultivé, dans un corps malsain et malingre, chétif et souffrant ? Oserez-vous réprimer, *contrarier*, selon le mot en usage, un enfant d'une mauvaise constitution, en proie à la douleur ? contraindre au travail, à l'application, un être faible pour qui vivre est un travail de chaque jour ? Un enfant qui souffre est presque toujours morne, triste, exigeant, de mauvaise humeur : de là l'égoïsme progressif, les caprices, les penchans vicieux, les maladies graves, l'épuisement, la vieillesse et une mort prématurée. Voyez par quelle chaîne non interrompue on arrive aux plus tristes résultats, en partant du point d'une mauvaise santé. Changez celle-ci, tout s'améliore, tout prend une nouvelle face. Une santé ferme dans les enfans est donc la cause de leur avenir heureux comme de leur bonheur présent, le but auquel il faut tendre sans cesse, le point d'appui qu'on ne doit jamais abandonner. Si l'éducation est le Prométhée qui vivifie l'homme et le rend propre aux devoirs de la société, aux obligations qu'elle impose, cette éducation est impossible quand la santé ne répond pas aux soins de la culture morale. Former et perfectionner l'instrument avant d'en faire usage, voilà la règle fondamentale. Cependant, malgré les progrès évidens de notre époque, malgré les avertissemens des philosophes et des médecins, que de préjugés existent encore sur ce point important ! combien est grande la puissance de la routine ! En général, on donne beaucoup à l'instruction, très-peu à l'éducation, et presque rien à la santé ; nous livrons l'esprit à l'école, la santé et le caractère au hasard des circonstances. Aussi rencontre-t-on dans le monde beaucoup de gens instruits, spirituels, mais fort peu de cœurs vertueux, d'ames nobles et fortes ; ce seraient autant de dupes toujours prises au guet-à-pens du savoir-faire des autres. Aujourd'hui comme jadis, on voit encore des enfans dont l'esprit élevé en serre chaude, promet beaucoup, et voilà tout, il y a des fleurs et point de fruits ; tout est desséché, consumé, parce qu'on a mis le feu aux racines de l'arbre de vie. Il y a trois ans environ que j'ai vu un de ces petits prodiges déclamant Corneille, et culotté en artilleur de la garde nationale ; puis les parens d'être ravis. Le pauvre enfant n'a pas tardé à succomber à ce régime doublement absurde.

Ce n'est pas que les parens négligent entièrement la santé : leur *intention* est d'avoir des enfans bien portans ; mais le plus souvent cette volonté est sans persévérance et surtout sans méthode, ou s'abandonne à une pratique banale. L'âge, le temps, les circonstances, le pays, le climat, la constitution individuelle, la diversité des organes modificateurs de l'économie, la proportion dans leur action, leur influence, la précaution de partir dès l'origine, de surveiller sans cesse, d'étudier les premières impressions, etc., tout cela est ignoré, ou négligé, ou mal combiné ! Il est vrai que c'est une science comme une autre, que cette science exige de la réflexion et de l'expérience ; encore ne réussit-on pas toujours. Est-il déjà si simple, si aisé d'être bonne nourrice ? non, sans doute : il faut un régime sain, une vie réglée, un caractère égal, des mœurs pudiques, du sang-froid, de l'attention, de la propreté. Jugez donc de ce qui est nécessaire quand l'éducation doit être continuée, progressive, s'étendre jusqu'au printemps de la vie et même au-delà ; car, ainsi qu'on l'a dit, la vie de l'homme n'est en réalité qu'une grande éducation dont le perfectionnement est le but.

R. P,

Les deux observations qui précèdent ont plusieurs traits communs qu'il est à peine nécessaire de signaler, tant ils sont évidens. En premier lieu, les bons effets d'une médication irritante chez deux personnes éminemment nerveuses; ensuite, l'amélioration proportionnée au degré de douleur et d'irritation produites par le vésicatoire, et enfin la cessation complète de la gastralgie pendant plusieurs mois, après l'emploi des épispastiques.

Ces faits ne sont pas sans importance actuellement qu'une certaine défaveur semble jetée sur la médication que nous avons employée. On craint d'appliquer un vésicatoire chez les personnes nerveuses, à cause de la surexcitation qu'il produit; on redoute l'emploi du même moyen toutes les fois qu'il existe un état fébrile un peu prononcé; et cependant je puis affirmer que, dans la plupart des cas, le vésicatoire n'augmente pas la fièvre. que son action est aussi bienfaisante qu'il y ait ou non un mouvement fébrile, et qu'il n'est presque pas de région du corps où l'on ne puisse en faire usage, non-seulement sans inconvénient, mais encore avec un avantage marqué. C'est ainsi que les parois abdominales seront couvertes de vésicatoires dans les cas d'entérite aiguë et chronique, de péritonite subaiguë ou chronique, de métro-péritonite, etc; l'emploi du même moyen sur le cuir chevelu préalablement rasé est aussi l'une des ressources précieuses de la thérapeutique; enfin la médication par les vésicatoires, sur la colonne vertébrale aussi bien que sur les parois thoraciques, compte d'assez nombreux succès pour qu'il soit inutile d'insister sur leur emploi.

GASTRALGIE AVEC VOMISSEMENS, REVENANT SOUS FORME D'UN ACCÈS DE FIÈVRE INTERMITTENTE; DATANT DE PLUSIEURS ANNÉES ET DISPARAISSANT PAR L'USAGE EXTERNE DE LA MORPHINE ET DU CYANURE DE POTASSIUM.

Obs. III. — Une dame âgée d'une soixantaine d'années, de tempérament éminemment nerveux, ayant eu autrefois beaucoup d'embonpoint qui a disparu depuis six ou sept ans, teint jaune paille non ictérique, éprouva pour la première fois, il y a cinq ou six ans, de vives douleurs à la région épigastrique; ces crises, d'abord très-rares, se rapprochèrent il y a vingt mois, et furent caractérisées par un frisson très-intense et très-prolongé; le refroidissement de la surface était surtout sensible aux deux épaules qui étaient froides au toucher; après quelques heures, quelquefois une demi-heure de frisson, se montraient une angoisse extrême dans la région épigastrique, des douleurs aiguës dans la même région, aux lombes et dans la région dorsale de l'épine du dos, des renvois et enfin des vomissemens abondans de matières alimentaires. Après les frissons et les douleurs mentionnées plus haut, une chaleur intense et enfin une sueur abondante terminaient la crise et laissaient la malade dans un état d'abattement extrême. Pendant les deux jours qui suivaient la crise, les urines étaient d'un jaune foncé, comme celles des ictériques et déposaient un sédiment rosacé très-abondant. L'état que je viens de décrire présentait, comme on le voit, tout l'aspect d'un accès de fièvre intermittente; il avait même paru quelquefois avec une certaine régularité, et néanmoins les préparations de quinquina avaient échoué complètement, ainsi qu'une grande variété de traitemens auxquels divers médecins avaient soumis la malade depuis cinq ans. Appelé auprès d'elle, je cherchai d'abord à diminuer la longueur des crises, et j'y réussis souvent au moyen de potions opiacées qui, si elles étaient prises à temps, arrêtaient les vomissemens et calmaient les douleurs dorsales et épigastriques. Mais leur retour ne fut ni empêché, ni éloigné, malgré l'emploi du vésicatoire et des sangsues appliquées sur un point de la région dorsale qui était douloureux sous la pression. Les bains tièdes, l'eau chaude en boisson, l'emplâtre fétide sur l'épigastre, l'usage intérieur des alcalins, du sous-nitrate de bismuth, du lait d'ânesse, et d'une grande variété d'autres médicamens, échouèrent également, les crises furent moins prolongées, mais revinrent presque aussi fréquemment qu'auparavant. La malade fut transportée à la campagne et ne paraissait en éprouver aucun soulagement, lorsque je prescrivis l'usage extérieur du sulfate de morphine et du cyanure de potassium, à la dose de six grains dans une once d'axonge; cette pommade était employée en frictions sur l'épigastre que l'on recouvrait ensuite d'un cataplasme de farine de lin. Sous l'influence de ce traitement combiné avec la diète lactée et le bismuth que la malade avait déjà essayés vingt fois sans succès, les crises s'éloignèrent et finirent par disparaître complètement. L'influence de la morphine et du cyanure de potassium était si prononcée que lorsque le frisson commençait et que les vomissemens paraissaient inévitables, l'emploi de la pommade suffisait pour les arrêter et pour faire arrêter la crise. Il y a maintenant plus de deux ans que cette amélioration a été obtenue, et depuis lors elle ne s'est pas démentie à l'exception de quelques crises isolées et peu intenses qui n'ont pas empêché la malade de bien digérer une nourriture variée et abondante, et enfin de reprendre des forces et de l'embonpoint. Mais ce qu'il y a de fort remarquable, c'est que, depuis la cessation des crises, ont reparu de la tristesse et des idées pénibles, auxquelles la malade était déjà en proie avant les crampes d'estomac, et tel est l'état misérable où la jette cette mélancolie, qu'elle préférerait voir reparaître les douleurs aiguës qu'elle ressentait par intervalles, mais qui lui laissaient des journées entières de bien-être et de gaîté, tandis que maintenant elle est poursuivie par ses idées mélancoliques comme par un fantôme qu'elle ne peut chasser de son imagination.

Cette observation est non-seulement remarquable par le résultat auquel j'étais loin de m'attendre, puisque tout faisait supposer l'existence d'un cancer de l'estomac, malgré qu'il n'y eût aucune tumeur apparente à l'épigastre, mais encore par l'alternative qui a paru exister entre les douleurs d'estomac et un état moral très pénible. Il serait difficile de spécifier quelle est la nature de cette cause qui, pendant longtemps fixée sur la région épigastrique, amenait une violente crise de gastralgie et de vomissemens, et qui, plus tard, a produit un état de vapeurs et de mélancolie encore plus insupportable à la malade. Cette cause qui produit des effets aussi variés est-elle identique dans les deux cas? Est-ce le rhumatisme, est-ce une simple modification nerveuse? Toutes ces questions me paraissent impossibles à résoudre dans l'état actuel de la science, aussi me contenté-je de signaler le fait sans en donner aucune explication, laissant à d'autres le soin de trancher cette difficulté.

§ II. CANCER DE L'ESTOMAC.

CANCER DU PYLORE AVEC ÉPAISSISSEMENT CONSIDÉRABLE DES PAROIS DE L'ESTOMAC DONT LES FIBRES MUSCULAIRES SONT TRÈS-VOLUMINEUSES; NERFS PNEUMO-GASTRIQUES BEAUCOUP PLUS GROS QU'A L'ÉTAT NORMAL.

Obs. IV. — Un menuisier, âgé de 65 ans, entre à l'hôpital dans un état d'amaigrissement extrême et notablement affaibli; il rapporte avoir depuis trois mois de la constipation et des vomissemens: la constipation a été combattue par des purgatifs, mais elle reparaît dès qu'on cesse l'usage des médicamens. Il y a maintenant seize jours qu'on n'a point administré de purgatif, et dès-lors les évacuations sont arrêtées; les vomissemens reviennent constamment et sont tantôt composés de matières alimentaires, tantôt en entier formés d'une pulpe rougeâtre et quelquefois noirâtre que le malade compare à de la lie de vin. La langue est rouge et sèche, le pouls naturel (65 à 70). L'examen de la région épigastrique ne fait reconnaître aucune tumeur bien distincte, mais on sent à la partie inférieure un peu plus de plénitude qu'à la portion supérieure. Je mets ce malade à l'usage du lait et du bouillon pour toute nourriture, et je n'administre d'autre médicament que de la glace sucrée et quelques lavemens pour amener des évacuations alvines. Ce traitement paraît diminuer notablement la disposition aux vomissemens qui ne reviennent maintenant que tous les cinq ou six jours; les matières vomies sont rougeâtres, filamenteuses et floconneuses assez semblables à de la panade peu épaisse. Au bout d'un mois, le malade paraissant se dégoûter de la glace, je commençai l'emploi du sous-nitrate de bismuth à la dose de douze à seize grains par jour. Cette modification du traitement diminua encore les vomissemens qui ne revinrent plus que tous les dix ou douze jours, et même alors ils parurent être provoqués par l'emploi des lavemens que la constipation rendait nécessaires. Cependant malgré cette amélioration dans l'un des symptômes les plus fatigans de la maladie, elle n'en marcha pas moins rapidement, de manière à entraîner la mort environ six semaines après l'entrée du malade à l'hôpital.

AUTOPSIE 48 HEURES APRÈS LA MORT.

Cadavre parvenu au dernier degré d'émaciation. L'examen de la région épigastrique fait avant l'ouverture ne laisse apercevoir aucune trace de tumeur, à peine peut-on reconnaître l'empâtement signalé pendant la vie dans la région sus-ombilicale.

Poumons sains et crépitans; cœur remarquablement petit; aorte très-volumineuse depuis son origine jusqu'à un pied au-dessous de sa courbure; la membrane interne est rugueuse et contient de nombreuses plaques dures et en partie cartilagineuses. Les valvules sigmoïdes sont granuleuses en partie transformées en cartilages et en partie composées de granulations osseuses. Les valvules tricuspides et mitrales sont épaissies et cartilagineuses; les oreillettes sont comme ratatinées, leurs parois sont épaisses, leur cavité très-petite et leur membrane interne jaune, opaque et assez semblable aux parois artérielles; la paroi inter-auriculaire est très-épaisse.

Les nerfs pneumo-gastriques examinés depuis l'angle de la mâchoire jusqu'aux parois de l'estomac ne présentent pas de renflemens ni de coloration morbides, mais leur volume est environ double de l'état normal; cette augmentation de diamètre est uniforme et s'observe jusqu'aux dernières ramifications qui se répandent autour de l'œsophage et dans la tunique musculeuse de l'estomac; quelques branches qui se rendent à des glandes squirrheuses qui entourent la petite courbure de l'estomac ne présentent aucune augmentation de volume ou de consistance. Les nerfs phréniques ont un diamètre uniforme sans renflement ni augmentation de volume.

L'estomac est volumineux, sa cavité est assez grande; il contient à l'intérieur le liquide noirâtre et poisseux que le malade a souvent vomi; les parois ont une épaisseur considérable, constituée principalement par l'augmentation de volume des fibres musculaires qui sont réunies en faisceaux aussi volumineux que ceux du grand pectoral; on peut les suivre jusque dans l'anneau fibreux qui entoure le pylore; dans cette région, on voit les fibres musculaires se continuer au milieu d'un tissu blanchâtre, dur et lardacé, dans lequel on distingue un grand nombre de petits corps opaques jaunâtres et assez résistans. La membrane muqueuse est un peu épaissie, elle est légèrement injectée, mais non ramollie. Il n'existe qu'une ulcération dans toute l'étendue de l'estomac, elle occupe le centre de l'anneau fibreux du pylore qui est en partie érodé; l'on retrouve à la surface ulcérée deux artères dont l'orifice est béant et qui contiennent un caillot noirâtre en tout semblable à la matière vomie par le malade. L'anneau fibreux du pylore occupe une étendue de huit à neuf lignes au-dessus de l'orifice de l'estomac, mais se termine brusquement au-dessous, en sorte que les parois du duodénum ne participent en aucune manière à l'induration squirrheuse, elles sont, au contraire, molles, rougeâtres et complètement saines. Le reste des intestins ne présente aucune lésion. Il existe quelques glandes indurées et squirrheuses autour de la petite courbure de l'estomac. Le foie est un peu gras, sa couleur est d'un jaune foncé. Les reins et la vessie ne présentent aucune altération. La rate est atrophiée, sa surface est ridée et son volume ne dépasse pas celui d'une demi-pomme de reinette, son tissu est dur et résistant.

J'ai donné tous les détails anatomiques de cette observation, parce qu'elle me paraît conduire à plusieurs remarques intéressantes: en premier lieu, nous voyons l'orifice béant d'un vaisseau artériel qui y dait

à l'intérieur cette quantité considérable de sang que le malade rejetait sons forme de matière noire et poisseuse. Il est probable que dans les cas où l'on n'a trouvé aucune ulcération dans l'estomac, la matière noire n'en était pas moins produite par du sang exhalé à la surface de la muqueuse, du moins les analyses chimiques semblent assigner une identité parfaite de composition entre le sang et cette matière noire.

En second lieu, nous signalerons l'augmentation de volume des nerfs pneumo-gastriques coïncidant avec une hypertrophie considérable des fibres musculaires de l'estomac. Ce fait pourrait paraître confirmatif de l'opinion énoncée par Bellingeri, qui considère le pneumo-gastrique comme un nerf musculaire destiné à dilater l'estomac ; or, l'on comprend combien devait être considérable l'effort nécessaire pour vaincre la résistance de l'anneau fibreux du pylore et pour le dilater de manière à laisser passer les alimens. Il me paraît cependant probable que la dilatation n'est pas la seule fonction du pneumo-gastrique et qu'il contribue aussi à la contraction de l'estomac, puisque l'augmentation de volume ne portait pas seulement sur les rameaux distribués aux fibres musculaires du pylore, mais aussi à celles de toutes les autres portions de l'estomac ; en sorte qu'en définitive on peut considérer les pneumo-gastriques comme des nerfs musculaires. J'ai cherché depuis quelques années à étayer cette opinion sur l'examen des pneumo-gastriques dans toutes les autopsies que j'ai faites, et voici les résultats auxquels je suis parvenu. Je n'ai trouvé que deux cas de maladies du cœur où les pneumo-gastriques fussent le siége de quelque lésion anatomique ; dans un de ces cas, le nerf droit était plus gros que le gauche, cette altération coïncidait avec une hypertrophie considérable des ventricules ; il n'y avait cependant pas de prédominance des cavités droites sur celles du côté gauche. L'augmentation de volume du pneumo-gastrique droit était uniforme et en occupait toute la longueur. Il n'y avait aucune coloration morbide. Dans le second cas, qui avait pour objet un homme asthmatique depuis un grand nombre d'années, le pneumo-gastrique gauche présentait à sa bifurcation au niveau de la crosse de l'aorte un renflement considérable formé par une tumeur mélanique qui avait écarté les filets nerveux ; il existait aussi chez ce malade une hypertrophie des cavités gauches du cœur.

Le professeur Schœnlein a publié, il y a plusieurs années, les recherches qu'il avait faites sur l'état des pneumo-gastriques chez les phthisiques : il avait trouvé chez un tiers des sujets environ ces nerfs tuméfiés dans une portion de leur étendue. J'ai cherché à vérifier cette observation dans les autopsies de phthisiques, et jusqu'à présente quoique j'aie examiné dans cette intention plus de trente phthisiques, je n'ai pas rencontré un seul cas de renflement ni de coloration morbide des nerfs pneumo gastriques.

Enfin, dans les maladies de l'estomac j'ai signalé la coïncidence de l'hypertrophie du nerf trisplanchnique avec celle des fibres musculaires de l'estomac. M. Prus a décrit un cas semblable à celui que je viens de citer (V. p. 92 de son traité sur le cancer de l'estomac), et dernièrement encore, j'ai rencontré un nouveau cas d'hypertrophie du pneumo-gastrique chez un malade atteint de cancer du pylore. En voici les principaux détails.

CANCER DE L'ESTOMAC ; HYPERTROPHIE CONSIDÉRABLE DES FIBRES MUSCULAIRES DE LA PORTION PYLORIQUE DE L'ESTOMAC ; AUGMENTATION DE VOLUME DU PNEUMO-GASTRIQUE DROIT ; ESCARRES AU SACRUM ; RAMOLLISSEMENT DE LA PARTIE CENTRALE DE LA MOELLE ÉPINIÈRE.

OBS. V. — Un charretier, âgé de 43 ans, entra à l'hôpital dans un état de maigreur extrême, il accusait plusieurs mois de maladie et ne pouvait dès longtemps supporter aucune nourriture sans la rejeter par le vomissement. Le teint est pâle, il existe de l'œdème aux extrémités ; le pouls est faible et lent, on ne peut reconnaître aucune tumeur épigastrique. Les matières vomies sont poltacées et ressemblent à du cataplasme de farine de lin, elles sont acides et rougissent fortement le papier de tournesol. Ce malade fut mis à l'usage des alcalins, et telle fut l'amélioration obtenue par cette méthode qu'il put rester dix à douze jours sans vomir ; il supportait assez bien de la nourriture animale en quantité assez notable, lorsqu'il survint une escarre au sacrum, et plus tard une paralysie presque complète des extrémités inférieures avec raideur du tronc et affaissement considérable. Il ne tarde pas à succomber à cet ensemble de symptômes.

Autopsie. Anasarque assez considérable. Il existe sur le saerum un escarre assez profonde, occupant une étendue de trois à quatre pouces de diamètre.

La cavité de l'arachnoïde rachidienne contient une grande quantité de sérosité rougeâtre. La membrane propre de la moelle est légèrement, mais uniformément injectée. La substance de la moelle est ramollie et diffluente à son centre, où il existe deux canaux latéraux qui proviennent de la destruction totale de la substance grise. La substance blanche est plus ferme, mais présente quelques portions ramollies principalement à la réunion du tiers inférieur avec les deux tiers supérieurs.

Les plèvres et les poumons ne présentent aucune altération morbide.

Le cœur est petit ; le ventricule gauche est hypertrophié concentriquement ; le ventricule droit est un peu dilaté, mais ses parois sont extrêmement minces.

Le foie est petit et gorgé de sang.

L'estomac est volumineux, ses parois sont de plus en plus épaisses à mesure que l'on s'approche du pylore où elles ont près d'un demi-pouce d'épaisseur. La muqueuse est mince, grisâtre et ramollie dans tout le grand cul de sac ; épaisse, blanchâtre, dure et recouverte de fongosités rougeâtres depuis le pylore jusqu'à quatre pouces à l'intérieur de l'estomac. Le pylore est presque complètement fermé par ces fongosités et par l'augmentation de volume des tuniques musculeuse et celluleuse. Le duodenum est sain dès son origine, et l'épaississement des membranes finit brusquement à l'anneau fibreux du pylore.

Les deux nerfs pneumo-gastriques sont examinés depuis la région sous-maxillaire jusqu'à leur terminaison dans les fibres musculaires de l'estomac. Le gauche ne paraît pas être notablement augmenté de volume ; le droit, au contraire, est d'un tiers plus volumineux que son correspondant dans toute sa portion thoracique, et cette augmentation est surtout sensible dans les rameaux œsophagiens, dans ceux qui se répandent sur toute la petite courbure de l'estomac, ainsi que dans les rameaux pyloriques dont quelques-uns sont aussi volumineux que le tronc principal.

Cette observation vient confirmer le fait cité plus haut et les déductions physiologiques que nous en avons tirées ; mais avant de passer outre je ferai remarquer combien l'usage des alcalins avait amélioré l'état de ce malade qui, sans la formation d'une escarre au sacrum, aurait pu vivre encore longtemps dans un état tolérable.

La cause immédiate de la mort fut la méningite rachidienne et la myélite aiguë qui se développèrent à la suite de la formation de l'escarre. Ce cas a été signalé comme assez fréquent par M. Ollivier (*Traité de la moelle épinière*) ; et pour ma part, j'ai déjà eu deux ou trois fois l'occasion de voir l'inflammation de la moelle et de ses membranes se développer sous l'influence de la gangrène des tégumens sus-jacens. Mais, pour en revenir aux pneumo-gastriques, l'on peut donc considérer comme un fait d'observation la coïncidence de l'épaississement partiel des fibres musculaires de l'estomac avec un pneumo-gastrique plus volumineux que son correspondant. Au reste, je puis citer un fait qui vient encore confirmer cette déduction pathologique : c'est un cas d'atrophie très-évidente des deux pneumo-gastriques chez une malade qui présentait en même temps un amincissement considérable des parois musculaires de l'estomac et de l'œsophage.

On peut conclure des faits précédens que, si les lésions anatomiques du poumon et du cœur paraissent n'exercer aucune influence sur le volume des nerfs pneumo-gastriques, il n'en est pas de même des maladies de l'estomac qui, lorsqu'elles sont accompagnées d'augmentation ou de diminution du volume des fibres musculaires, coïncident toujours avec une modification correspondante du volume des pneumo-gastriques, et en définitive, on est ainsi amené à les considérer comme des nerfs musculaires en ce qui regarde l'estomac, tandis qu'ils ne paraissent pas exercer une influence aussi évidente sur les muscles du cœur ou des bronches.

CRAMPES D'ESTOMAC DEPUIS PLUSIEURS ANNÉES ; CANCER ET PERFORATION DE L'ESTOMAC ; RUPTURE D'UN VASTE ABCÈS DANS L'HYPOCONDRE GAUCHE ; PÉRITONITE SURAIGUE.

OBS. VI. — Un manœuvre, âgé de 44 ans, homme de taille élevée, de constitution robuste et remarquablement bien musclé, avait fait divers séjours à l'hôpital, tantôt dans les salles de medecine pour des crampes d'estomac qui revenaient très-fréquemment et acquéraient par momens un haut degré d'intensité, tantôt dans les salles de chirurgie pour des ulcères variqueux aux deux jambes ; ce qu'il y avait de remarquable chez cet homme, c'est que les crampes d'estomac reparaissaient dès que les plaies des jambes commençaient à sécher et à se guérir ; aussi fut-il plus d'une fois forcé par l'intensité des douleurs d'estomac de sortir des salles de chirurgie pour faire rouvrir par la marche les plaies de la jambe ; ce moyen lui reussissait presque toujours.

Il y avait huit jours que cet homme était sorti guéri de ses ulcères variqueux, lorsque le 12 février, à cinq heures du soir, étant occupé à scier du bois, il fut saisi d'une douleur très-aiguë dans l'abdomen, douleur qui l'obligea à suspendre immédiatement son travail ; il put néanmoins, quoiqu'en se tenant tout courbé, venir à pied à l'hôpital. A son entrée, il eut une selle naturelle, urina abondamment et fut plus tranquille quand il fut couché. Une heure après son entrée, je trouvai ce malade dans l'état suivant : face pâle et grippée ; langue blanche ; ni nausées ni vomissemens ; peau froide ; extrémités froides ; abdomen excessivement douloureux sous la pression dans la région ombilicale ; muscles tendus surtout dans la région hypogastrique qui est tuméfiée et arrondie comme si la vessie était notablement dilatée ; la région sus-ombilicale est moins tendue et moins douloureuse sous la pression. Pouls irrégulier, faible et si fréquent qu'il est impossible de le compter. L'intelligence n'est point troublée et le malade rend parfaitement compte de ses sensations. Je prescris une saignée du bras et des fomentations sur l'abdomen.

Le lendemain au matin, le malade n'est point mieux, bien au contraire, son état s'est beaucoup aggravé ; la face est pâle, grippée, décomposée ; la langue est blanche ; il existe un hoquet très-fatigant ; le pouls est nul ; les battemens du cœur sont faibles, tumultueux, impossibles à compter ; la douleur ombilicale n'a point diminué ; la région hypogastrique est de plus en plus arrondie et fluctuante ; n'a eu ni selle, ni évacuation d'urine depuis hier. On fait des efforts inutiles pour sonder le malade ; la sonde ne peut pénétrer jusque dans la vessie, son bec étant arrêté par un corps qui paraît mou et fongueux ; il sort quelques gouttes de sang avec la sonde ; des injections d'eau tiède sont essayées sans plus de succès.

Les symptômes décrits plus haut augmentent à chaque instant d'intensité ; mal-

gré l'emploi du bain et des sangsues, enfin le malade succombe vingt-deux heures après l'invasion de la douleur abdominale.

AUTOPSIE 40 HEURES APRÈS LA MORT.

Habitus extérieure. Expression singulière de souffrance dans le visage dont les traits sont contractés de manière à exprimer la plus vive frayeur. Point d'émaciation, bien au contraire, les muscles du tronc et des membres sont volumineux et recouverts d'une épaisse couche de graisse; en un mot, sujet succombant, en apparence, au milieu de la meilleure santé.

Thorax. Poumons sains et crépitans, sans adhérences.

Cœur volumineux; cavités et orifices sains.

Pneumo-gastriques gauche et droit de couleur, de volume et de consistance normaux.

Abdomen. A l'ouverture du péritoine, sortie d'un liquide séro-albumineux, jaunâtre, contenant des flocons albumineux et purulens. Les gros et les petits intestins sont recouverts par une exsudation sémi-puriforme qui les fait adhérer entre eux; leur surface extérieure est d'un rouge vif: coloration qui s'étend aussi au feuillet abdominal du péritoine.

Toute la partie supérieure gauche de l'abdomen est occupée par une poche circonscrite en haut par le foie et le diaphragme, à droite par le foie, la vesicule du fiel et le duodénum, à gauche par la concavité des fausses côtes et la partie supérieure et latérale des parois abdominales, en bas par la face antérieure de l'estomac où l'on remarque une perforation circulaire à bords irréguliers et comme enlevés avec un emporte-pièce. Les debris de matières alimentaires et la nature du liquide contenu dans la poche démontrent la facilité avec laquelle les substances introduites dans l'estomac, se repandaient dans cette cavité anormale. Les parois de cette poche sont formées par les divers organes que nous venons de décrire, mais recouverts par une couche de fausse membrane jaunâtre de trois ou quatre lignes d'épaisseur, la rate seule n'en est point recouverte et sa surface est comme macerée par le liquide au milieu duquel elle nage. C'est dans le voisinage de la rate qu'existe une déchirure de plusieurs pouces qui laisse communiquer la poche avec le reste de la cavité du péritoine.

L'estomac examiné dans sa surface intérieure présente une membrane muqueuse, mamelonnée, grisâtre, ardoisée, non ramollie, formant de nombreux replis et qui est ulcérée en trois points; l'une des ulcérations est située à un pouce du pylore du côté de la petite courbure, elle a quinze à dix-huit lignes de diamètre, ses bords sont épais et formes par un tissu lardacé blanchâtre, qui présente des intersections celluleuses indurées, criant sous le scalpel, et des lobules graisseux transformés en une substance jaune et resistante en quelques points voisins de l'ulcération; on trouve des ganglions mous et rougeâtres. Le centre de l'ulceration que nous venons de decrire présente une perforation de six à sept lignes de diamètre, à bords épais, grisâtres, taillés à pic, évidemment de date très-ancienne. Il existe deux autres ulcérations moins étendues en surface et en profondeur, et qui n'intéressent que la membrane muqueuse; l'une d'elles parait être en voie de cicatrisation si l'on en juge par l'affaissement des bords et le peu de profondeur du fond de l'ulcère. La muqueuse des intestins ne présente aucune lésion de couleur ou de consistance, elle est même remarquablement pâle dans les points correspondans au plus haut degré de la péritonite.

Le *foie* et la *rate* ne présentent aucune lésion morbide.

Les *reins* sont à l'état normal ainsi que la *vessie* qui ne contient pas une goutte d'urine ou d'aucun autre liquide; ses parois ne présentent aucune lésion.

L'histoire du malade qui fait le sujet de cette observation est peut être unique dans la science. En effet, comment peut-on supposer que, chez un homme de constitution athlétique et dont les muscles sont recouverts d'une épaisse couche de graisse, il ait pu exister, pendant plusieurs années, une perforation de l'estomac avec passage des alimens dans une vaste poche péritonéale? Comment admettre, chez un homme qui ne se plaignait que de crampes d'estomac et de constipation, qu'il pût exister des désordres aussi considérables dans l'abdomen, une tumeur squirrheuse de l'estomac et deux autres ulcérations de la muqueuse gastrique? On ne peut pas mieux comprendre comment la suppuration des ulcères variqueux pouvait diminuer les douleurs dont l'estomac était le siége, et cependant ce malade se disait soulagé dès que ses jambes suppuraient, tandis qu'il souffrait beaucoup dès que les plaies commençaient à se fermer. On peut, il me semble, conclure de ce fait à l'utilité des exutoires dans certaines maladies chroniques et même dans celles qui sont accompagnées de lésions organiques considérables.

Si, de l'histoire de la maladie, nous passons à la crise qui entraîna la mort, nous aurons aussi quelques déductions pratiques à en tirer. En premier lieu, je signalerai l'absence de nausées et de vomissemens, malgré l'existence d'une péritonite suraiguë; cette circonstance, quoique rare, n'est pas unique dans la science, puisque l'on rencontre quelquefois des péritonites intenses qui ne sont accompagnées d'aucun dérangement des voies digestives. Le sang tiré de la veine ne fut point couenneux, malgré l'existence d'une inflammation très-violente, mais qui, il est vrai, n'avait pas encore acquis son plus haut degré d'intensité. Enfin la forme du ventre m'avait fait supposer qu'il existait une rétention d'urine, et cette circonstance tenait aux adhérences de la région supérieure de l'abdomen, qui ne pouvait se développer comme l'hypogastre où il n'existait aucun obstacle à l'abord du liquide péritonéal et des gaz intestinaux. L'absence complète de sécrétion urinaire et la rétraction de la vessie sur elle-même, nous avaient encore induits en erreur, en nous faisant croire que la sonde était empêchée de pénétrer jusque dans la vessie par quelque tumeur fongueuse ou par un caillot volumineux. Je signalerai encore, en terminant, le court espace de temps (huit jours) qui s'est écoulé entre la guérison des ulcères variqueux et la rupture de la poche péritonéale; il n'a fallu qu'une semaine pour amener cette pléthore humorale qui devait entraîner la mort. On voit ici combien il est dangereux de supprimer un exutoire alors qu'il est devenu une seconde nature, surtout lorsqu'il existe une lésion grave ou quelque organe disposé à devenir le siége d'un travail morbide quelconque.

Je ne citerai pas un plus grand nombre d'observations de cancer de l'estomac, parce qu'aucune de celles que j'ai vues n'a présenté de fait bien remarquable; mais avant de quitter ce sujet, j'ajouterai quelques remarques pratiques sur le cancer de l'estomac.

Les causes morales sont certainement les plus fréquentes, si j'en juge d'après les faits que j'ai eu l'occasion d'observer. Dans presque tous les cas il y avait eu des chagrins et des émotions pénibles longtemps prolongés; chez la plupart des malades il y avait une disposition de tristesse qui avait préexisté à la maladie actuelle. Dans quelques cas, les excès de boisson semblaient être la seule cause appréciable. Enfin, chez d'autres malades, le cancer s'était développé sans aucune cause apparente et souvent aussi sans symptôme bien distinct. Ceci me conduit à dire quelques mots de certains symptômes qui jouent un rôle important dans le cancer de l'estomac. Telle est l'acidité extrême des sécrétions gastrique et salivaire, fait qui mérite de fixer l'attention du pathologiste aussi bien que du praticien. Si l'on examine avec le papier de tournesol la salive et les matières rejetées par le vomissement, on reconnaîtra qu'elles sont toujours très-acides; aussi plusieurs malades se plaignent-ils d'avoir l'œsophage brûlé et les dents agacées par la matière des vomissemens. J'ai basé sur cette circonstance le traitement palliatif que j'emploie dans les cas de cancer de l'estomac, qui consiste dans l'administration des alcalins sous diverses formes et avec un grand avantage, soit pour faire cesser la tuméfaction pénible de l'estomac distendu par des gaz, soit pour arrêter les renvois et les vomissemens acides.

Les matières vomies présentent différens aspects qui sont trop connus pour qu'il soit nécessaire de les signaler. Je dirai seulement qu'une des formes les plus fréquentes est celle d'une pulpe d'un brun clair qui ressemble exactement à du cataplasme de farine de lin. Quelquefois aussi, lorsque la pulpe est plus délayée, on croirait voir de la pommade, et cela sans que le malade ait rien mangé de semblable. Il est probable que ces matières sont le produit d'une sécrétion particulière et du mélange d'une certaine quantité de sang dont l'albumine coagulée forme les grumeaux dont nous venons de parler.

Je ne terminerai pas ce qui a rapport aux symptômes, sans signaler l'inexactitude d'un fait énoncé dernièrement dans l'Académie de médecine: je veux parler de l'existence constante d'une tumeur extérieure dans les cas de cancer de l'estomac. Les deux observations que j'ai citées plus haut contredisent formellement ce que cette proposition a de plus absolu, et si j'en juge par mes souvenirs, je serais disposé à considérer l'absence de tumeur apparente comme se rencontrant plus fréquemment que le cas signalé comme constant par un membre de l'Académie royale de médecine.

Les diverses remarques qui précèdent sur le traitement des gastralgies, s'appliquent également à celui du premier et du second degré du cancer de l'estomac, qui, à vrai dire, sont le plus souvent considérés comme une simple gastralgie, jusqu'à ce que les vomissemens pultacés ou le développement d'une tumeur épigastrique ne laissent plus aucun doute sur l'existence d'une maladie cancéreuse. Telles sont, en particulier, les observations que, dès 1830, j'avais faites sur les bons effets du bismuth comme palliatif des douleurs et des vomissemens qui accompagnent le cancer de l'estomac. Depuis lors, les occasions ne m'ont pas manqué d'expérimenter ce médicament, et je puis ajouter, après un essai de plusieurs années, que, dans bien des cas, le bismuth soulage notablement et fait cesser les douleurs et les vomissemens, de manière à procurer quelques semaines, souvent même quelques mois de bien-être complet, pendant lesquels la maladie semble avoir complétement disparu.

§ III. ICTÈRE.

L'ictère est plutôt un symptôme qu'une maladie produite sous l'influence de toutes les causes qui peuvent amener la résorption de la bile et son mélange avec le sang. L'ictère présente autant de variétés qu'il y a de circonstances fonctionnelles ou organiques qui peuvent gêner le cours du liquide sécrété par le foie. C'est ainsi que la compression durable ou passagère des conduits biliaires, l'inflammation du foie et sa

dégénérescence, l'inflammation de l'estomac et du duodénum, et enfin le spasme des muscles du conduit hépatique et des canaux cystique et cholédoque, sont autant de conditions pathologiques de l'ictère. Je n'entrerai point dans l'étude de ces diverses circonstances, et je me contenterai de signaler quelques faits relatifs aux cas les plus simples, ceux que l'on a désignés sous le nom d'ictère spasmodique.

Niée par quelques auteurs, cette forme de la maladie me paraît cependant devoir être adoptée, puisque nous voyons des malades chez lesquels aucune fonction ne paraît lésée, qui conservent leur appétit et la régularité de leurs fonctions digestives, et qui pourraient se considérer comme tout-à-fait bien portans, s'ils ignoraient la teinte jaunâtre de leur peau et la couleur foncée de leur urine. Ne doit-on pas admettre chez ces malades une cause passagère qui, après avoir modifié pour quelques instans l'état des organes, disparaît pour ne plus revenir, et qui ne laisse d'autre trace de son passage que le dépôt, dans les divers tissus, de la matière colorante de la bile qui circule dès-lors avec le sang. L'ictère spasmodique ainsi caractérisé n'est donc qu'une maladie légère que l'on peut comparer aux ecchymoses par suite de contusion, et qui, comme ces dernières, ne demande pas un traitement bien actif. Cependant, comme il est dans notre mandat de faire disparaître toutes les apparences morbides, quelque légères qu'elles puissent paraître, il faut chercher à faire cesser la teinte ictérique de la peau et des autres tissus, et dans ce but diverses méthodes ont été conseillées. Les unes consistent à combattre le spasme par les bains, les saignées et les applications émollientes; mais, ainsi que je l'ai dit plus haut, un très-grand nombre des malades atteints d'ictère ne présentent aucun phénomène morbide autre que la coloration de la peau; il est donc inutile de chercher à combattre un spasme qui a dès longtemps disparu. D'autres praticiens cherchent à rétablir le cours naturel de la bile au moyen des purgatifs salins et mercuriaux; cette méthode, plus rationnelle que la précédente, doit convenir toutes les fois qu'indépendamment d'un obstacle à la libre sortie de la bile, il existe une surabondance de ce liquide qu'il est utile d'évacuer par le canal intestinal.

Mais le tube digestif n'est pas le seul émonctoire de notre corps; les reins jouent aussi un rôle important à cet égard, puisque nous voyons les substances qui ne sont pas destinées à nourrir notre corps être promptement évacuées par les urines; et en particulier dans les cas assez nombreux d'ictère, où les selles n'ont pas été modifiées, les urines semblent être seules chargées de débarrasser l'économie de la matière colorante de la bile.

L'utilité des diurétiques est une conséquence naturelle de l'observation qui précède, et une expérience de plusieurs années m'a confirmé dans cette opinion. L'examen des urines ictériques m'a encore conduit à un autre résultat sur leur composition, que j'ai presque toujours trouvée extrêmement acide, sauf deux exceptions que je mentionnerai plus bas. L'urine des malades atteints de jaunisse rougissait fortement le papier de tournesol, et le degré d'acidité paraissait lié à l'intensité de la teinte ictérique. Cet état des urines m'a conduit à administrer les alcalins, qui ont le double avantage d'activer la sécrétion des reins et de rendre leur produit moins acide; aussi ai-je vu, sous leur emploi, les jaunisses les plus intenses disparaître en quelques jours. Je puis affirmer que la méthode purgative, employée comparativement avec la méthode chimique et diurétique, est loin de présenter les avantages de cette dernière.

Les deux seuls cas où j'ai rencontré les urines alcalines sont: 1° celui d'une femme âgée de 50 ans, qui, malgré une teinte ictérique très-prononcée, rendait des urines qui n'étaient point chargées en couleur, et qui ressemblaient beaucoup plus aux urines d'une personne bien portante, qu'à celles d'une personne atteinte d'ictère; elles ne rougissaient pas le papier tournesol, et ramenaient au bleu le papier rougi par un acide; chez cette malade il y avait souvent des vomissemens bilieux, et presque constamment une diarrhée jaunâtre et féculente. Le foie était volumineux.

A l'autopsie, je trouvai cet organe à l'état gras et d'un tissu jaunâtre et peu résistant; il y avait des tubercules dans les deux poumons. On voit que ce cas sort complètement du cadre que je m'étais tracé, puisque je ne parlais que des ictères simples, et qui ne dépendent pas d'une lésion organique. Néanmoins je ne quitterai pas ce sujet sans signaler la coïncidence des urines alcalines et d'un foie à l'état gras. Cette remarque sera peut-être de quelque utilité pour d'autres observateurs. Enfin, le second cas d'ictère qui m'a présenté des urines alcalines, n'était probablement lié à aucun désordre organique, puisqu'il a disparu assez promptement sous l'influence du traitement alcalin, que j'employai malgré l'état chimique des urines, et qui réussit probablement en activant la sécrétion des reins.

Rien n'est plus simple que l'emploi des alcalins dans l'ictère; aussi me contenterai-je, pour faire apprécier leurs effets thérapeutiques, de citer deux observations où leur emploi a été suivi de la prompte cessation de l'ictère.

ICTÈRE SPASMODIQUE; EMPLOI DU CALOMEL ET PLUS TARD DU SOUS-CARBONATE DE POTASSE; GUÉRISON EN QUINZE JOURS.

OBS. VII.—Un cordonnier, âgé de 24 ans, ayant bu un verre d'eau froide pendant qu'il avait chaud, fut atteint d'un ictère très-intense, mais sans autre malaise. Il entre à l'hôpital huit jours après l'apparition de la teinte ictérique. Le premier jour on administre du calomel à dose purgative; mais malgré cette médication, l'intensité de l'ictère augmente tous les jours; les conjonctives et la peau sont d'un jaune presque noir; les urines sont très-foncées; elles rougissent fortement le papier de tournesol et prennent une teinte verte avec l'acide nitrique. C'est alors que je commence l'emploi du sous-carbonate de potasse à la dose d'un à trois gros dans les vingt-quatre heures. L'effet de cette médication fut si prompt qu'en trois jours une diminution très-notable de l'ictère fut remarquée par tous les élèves qui suivaient ma visite. Le malade sortit après quinze jours de traitement; il ne présentait plus alors qu'une teinte ictérique à peine perceptible aux conjonctives. Les urines conservaient encore une couleur un peu foncée; elles étaient acides malgré l'emploi d'une dose assez forte d'alcalins administrés pendant douze jours.

ICTÈRE SPASMODIQUE; EMPLOI DU SOUS-CARBONATE DE SOUDE; GUÉRISON EN DIX-HUIT JOURS.

OBS. VIII. — Un cordonnier, âgé de 25 ans, fut exposé au froid et à l'humidité en voyageant à pied; arrivé à Genève, il ressentit de la céphalalgie, de l'anorexie et de la lassitude. A son entrée à l'hôpital, on remarque une légère teinte ictérique sans douleur épigastrique ou hépatique, le foie n'est pas augmenté de volume et l'abdomen est indolent sous la pression; les urines sont ictériques et très-acides; la peau est chaude et moite; le pouls fréquent. Une purgation d'eau magnésienne fut administrée avant d'avoir reconnu la teinte ictérique. Dès-lors le sous-carbonate de soude fut administré à la dose d'un demi-gros jusqu'à une demi once dans les vingt-quatre heures. Sous l'influence de ce traitement qui n'avait aucune influence sur les selles, puisqu'il fallut souvent administrer des lavemens émolliens, du moins pendant les premiers jours, les urines devinrent moins acides, la fièvre cessa deux ou trois jours après l'entrée du malade à l'hôpital, et la teinte ictérique diminua si rapidement, qu'au bout de quinze jours elle avait complètement disparu. Le malade ne resta à l'hôpital que vingt jours en comptant le jour d'entrée et celui de sortie.

Nous voyons dans ces observations deux cas d'ictère spasmodique simples et sans complications; chez ces deux malades la jaunisse s'est développée après l'ingestion d'un verre d'eau froide, circonstance que j'ai souvent rencontrée comme cause de l'ictère.

L'un de ces malades avait de la fièvre; chez l'autre la maladie a été apyrétique; tous les deux avaient pris un purgatif avant que la teinte ictérique se fût développée; mais ni l'un ni l'autre n'ont pris dès-lors de dérivatif sur le canal intestinal, et cependant le cours naturel de la bile ne s'est pas moins rétabli avec promptitude. Chez tous les deux, les urines ont été plus abondantes pendant le traitement. L'ensemble de ces circonstances peut servir à démontrer l'existence d'un *ictère spasmodique* tel que je l'ai défini dans les pages qui précèdent.

En terminant ce sujet, je dirai que, parmi les principaux symptômes concomitans de l'ictère, il en est fort peu qui se rencontrent habituellement. C'est ainsi que j'ai très-rarement vu les malades se plaindre d'avoir la bouche amère et des digestions difficiles; que je n'ai jamais rencontré ce prurit de la peau que les auteurs considèrent comme accompagnant toujours l'ictère.

La constipation est plus fréquente que le dévoiement; mais, ainsi que nous l'avons vu précédemment, on peut guérir l'ictère sans employer des purgatifs. Enfin, il est un symptôme qui devient rarement mortel et que j'ai eu l'occasion d'observer chez un jeune homme atteint, depuis six semaines, d'un ictère qui avait résisté à toutes les médications employées pour le combattre, et qui cependant ne paraissait pas lié à une maladie organique du foie. Ce jeune homme avait de fréquens épistaxis pendant lesquels il perdait une grande quantité de sang; ennuyé de ne point guérir, il voulut être transporté à la campagne et il succomba en route à un épistaxis que rien ne put arrêter. Cette complication de l'ictère a déjà été signalée par Monro dans sa *Médecine des armées*, où il dit avoir vu plusieurs soldats atteints d'ictère mourir d'hémorrhagie nasale.

LOMBARD.

— M. Johnson, pharmacien de Paris, nous fait part qu'il vient de confectionner des cigares en feuilles de datura stramonium. Nous engageons nos confrères à expérimenter ce nouveau mode de préparation, qui paraît devoir offrir quelques avantages.

TRAVAUX ACADEMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 28 NOVEMBRE.

INFLUENCE ATTRIBUÉE A LA LUNE SUR LES CHANGEMENS DE TEMPS.

M. Lartigue, capitaine de corvette, adresse un mémoire dans lequel il discute une partie de cette question. Malgré l'opinion presque unanime des savans qui se sont occupés de météorologie, les agriculteurs et surtout les marins disent avoir remarqué que tout passage d'une phase de la lune à la phase suivante amène inévitablement un changement de temps.

« Je laisse aux agriculteurs, dit M. Lartigue, le soin de soutenir leurs opinions, mais je vais essayer de démontrer, par des remarques faites dans mes voyages, que la croyance des marins à une influence de la lune sur le temps et sur les vents, tout en manquant d'exactitude à mon avis, n'est pas sans avoir une apparence de fondement.

» J'ai entendu, poursuit l'auteur, soutenir l'opinion que je vais discuter du moment où je suis entré dans la marine. Jeune alors, je n'attachais guère d'importance à la vérifier, et ce n'était que dans des circonstances de mauvais temps qui me retenaient sur le pont, que je m'occupais des effets que notre satellite pouvait produire sur le temps. Mais la lune se levait, se couchait, passait au méridien, devenait pleine ou nouvelle, et très-souvent le temps n'éprouvait pas la plus légère amélioration. Cependant je n'ai pas toujours été trompé dans mon attente, et il m'est arrivé quelquefois de voir le temps s'embellir aux instans mêmes où ces diverses circonstances se manifestaient. Plus tard, en 1812, poursuit l'auteur, je me trouvai en position de faire des remarques plus suivies et plus précises.

Une escadre de quinze à vingt voiles, mouillée sur la rade de Brest, appareillait pour faire des évolutions dans la baie toutes les fois que les vents et la marée le permettaient. Cette circonstance mit chaque officier dans l'obligation de se livrer à une étude particulière des vents et des marées. Mes remarques ne tardèrent pas à me faire découvrir un grand rapport entre l'état de l'atmosphère et celui des marées. Celles-ci, en changeant, occasionnaient d'ordinaire une variation sensible soit dans la force, soit dans la direction de la brise, et souvent aussi dans le temps. Chacun peut se convaincre, sur la rade de Brest, que, dans certaines circonstances, la force du vent augmente lorsque le courant vient d'une direction opposée; qu'à d'autres momens *la brise entre avec la marée*, et que, parfois, le courant fait succéder à un calme plat une légère brise contraire à sa direction. Enfin, quand les vents soufflent du large, le commencement de flot détermine assez fréquemment une pluie plus ou moins abondante, et c'est toujours le cas le plus rare que le changement de marée n'occasionne aucune variation.

Ces observations continuées pendant deux ans me convainquirent, dit M. Lartigue, du peu d'influence de la lune sur l'état du temps, mais commencèrent à me faire croire que les courans des marées exerçaient une action sur l'atmosphère, et les études que j'ai pu faire ultérieurement sur une base plus grande et plus générale, n'ont fait que me fortifier dans cette croyance.

M. Lartigue dit avoir vu souvent en pleine mer un orage s'élever à une certaine heure de la journée, cesser après une durée plus ou moins longue, et recommencer le lendemain environ une heure plus tard; l'instant de sa naissance, comme celui de sa fin, n'avait souvent aucun rapport avec les phénomènes lunaires. Cependant, quelquefois aussi le mauvais temps commençait ou finissait alors même que la lune paraissait à l'horizon ou en disparaissait; mais ces singuliers rapports ne se sont présentés à lui que dans les parages où il existe des courans. Une seule fois, dit-il, j'ai vu des orages de cette espèce pendant trois jours consécutifs: c'était à l'ouverture du golfe de Manar et en vue des côtes méridionales du Malabar.

Ces orages, dit M. Lartigue, avaient-ils pris naissance au moment du changement de marée? c'est ce que je ne saurais affirmer, ne connaissant pas l'heure à laquelle la mer est pleine dans ces parages les jours de sizigies; mais il est certain qu'ils ont retardé chaque jour à peu près de la même quantité que les marées; et, comme, dans ces circonstances, la fin de l'orage paraissait correspondre au lever de la lune, tout le monde à bord pensait que c'était à l'influence de cet astre qu'on devait attribuer la fin du mauvais temps.

Plus tard, M. Lartigue, dans une navigation de 18 mois sur les côtes de la Guyane, où il s'occupait principalement de recherches sur les courans et les vents, a remarqué que, pendant quelques mois de l'année, chaque changement de marée amenait un grain plus ou moins fort, quelques jours avant et quelques jours après les sizigies, c'est-à-dire lorsque les courans des marées avaient le plus de force. Ces grains, dont la durée ordinaire est de 30 à 40 minutes, mais qui ne se font pas ressentir à toutes les grandes marées, ont été observés sur toutes les côtes de la Guyane et à l'embouchure du fleuve des Amazones.

Dans l'intérieur de ce fleuve le même effet s'observe ainsi. A la ville de Para, au mois de juin 1825, l'auteur a vu se former tous les jours un orage, quelquefois violent, dont la durée variait d'une demi-heure à deux heures. La marée, dit-il, n'est pas la cause première de ces orages, mais elle paraît avoir quelque influence sur leur force et leur durée.

Lorsque le flot commençait à dix heures du matin, l'orage, dit M. Lartigue, avait lieu à cette même heure, mais jamais plus tôt; alors il était peu intense et il ne durait pas longtemps. Le jour suivant, il se faisait sentir à environ onze heures, avec plus d'intensité et de durée que la veille. Quand la mer commençait à monter de midi à deux heures, l'atmosphère se chargeait en même temps, et l'orage, qui ne tardait guère à éclater, était accompagné d'une pluie très-abondante, d'une très-forte brise et de violens coups de tonnerre. L'intensité de ces orages diminuait sensiblement lorsque le flot commençait après deux heures du soir. Ce phénomène ne manqua qu'aux époques où la marée commençait à monter avant onze heures du matin ou après trois heures de l'après midi.

On pourrait supposer au Para que le lever et le coucher de la lune exercent une grande influence sur ces orages; mais ni la lune ni la marée ne sont la cause de ces orages, puisqu'ils n'ont jamais lieu la nuit, et que ce n'est qu'à l'instant où le soleil a le plus de force, qu'ils se font ressentir avec beaucoup d'intensité. L'auteur, en parlant de ces orages, fait encore remarquer qu'ils ont plus de durée et de force à l'époque des quadratures qu'à celle des sizigies.

Si les observations faites à Brest, sur les côtes de la Guyane et plus tard dans le Tage, ne m'avaient pas déjà convaincu, dit M. Lartigue, que les changemens de marée amenaient ordinairement une variation quelconque dans notre atmosphère, celles auxquelles je me suis livré dans la Manche, sur les côtes d'Angleterre et de Hollande ne m'auraient laissé aucun doute à ce sujet; car ces variations sont beaucoup plus sensibles dans ces dernières mers, où les courans sont généralement très-forts.

MÉMOIRE SUR LES CORDES VIBRANTES; PAR M. DUHAMEL.

Le problème des cordes vibrantes a beaucoup exercé la sagacité des géomètres, et c'est à lui qu'on doit les premiers progrès du calcul des différences partielles; il peut donc paraître étonnant, dit M. Duhamel, que la question n'ait pas encore été soumise au calcul, en supposant le mouvement produit, comme il l'est le plus ordinairement par l'action d'un archet.

Cette action n'a pas encore été analysée par les physiciens; leurs traités n'en parlent pas, et c'est probablement cette absence de données physiques qui a empêché jusqu'ici les géomètres de s'occuper d'une question qui devait leur offrir quelque intérêt.

La note que nous analysons a pour objet de faire connaître la manière dont l'auteur envisage l'action de l'archet sur les cordes, de traiter par le calcul quelques questions qui s'y rapportent, de montrer l'accord du résultat de ces calculs avec les faits. Il renferme aussi l'exposition d'un fait nouveau auquel M. Duhamel a été conduit par la théorie, et que l'expérience a confirmé.

La force à laquelle la corde est soumise par l'action de l'archet étant du genre de celles que l'on désigne sous le nom de frottement, il était d'abord nécessaire que les principales lois du frottement fussent connues, et elles ne le sont que depuis les expériences de Coulomb. Ce célèbre physicien a reconnu que, quand les substances en contact ne changent pas, la force du frottement est proportionnelle à la pression, indépendante de la vitesse et de l'étendue de la surface en contact; mais que cependant lorsque la vitesse relative est nulle, cette force est un peu plus grande que lorsqu'il y a mouvement relatif. M. Duhamel examine les conséquences que l'on peut tirer de ces lois dans la question qui nous occupe.

La vitesse de la corde change à chaque instant; mais, tant que la vitesse relative de l'archet est de même signe, le frottement produit une force constamment de même sens et de même intensité. Si la vitesse relative devient nulle, cette force sera tant soit peu augmentée; et si la vitesse relative change de signe, la force en changera elle même en conservant la même valeur. Si donc on considère d'abord le cas le plus simple, où l'archet a une vitesse constamment plus grande que celle de la corde, on a à calculer le mouvement de tous les points d'une corde soumise dans une petite partie de sa longueur à l'action d'une force constante de grandeur et de signe. M. Duhamel a donné la formule qui résout non-seulement cette question, mais la question beaucoup plus générale où l'on supposerait que la force est une fonction quelconque du temps. C'est ce qu'il a pu faire au moyen d'une méthode qu'il a eu occasion de rappeler dans une note précédente. Voici le résultat auquel il est parvenu dans le cas de la force constante produite par l'archet. Si une corde est soumise, dans une partie quelconque de son étendue, à des forces indépendantes du temps, mais variables d'un point à un autre, et que l'on construise d'abord la figure suivant laquelle elle serait en équilibre sous l'influence de ces forces, le mouvement de chaque point, par rapport à sa position d'équilibre, sera le même qu'il eût été, toutes choses égales d'ailleurs, relativement à sa position naturelle, sans aucune action étrangère.

On conclut de là immédiatement que le son rendu par une corde soumise à l'action d'un archet, dont la vitesse surpasse toujours celle du point de contact de la corde, est le même que si la corde, écartée d'abord de sa position naturelle, était abandonnée librement à elle-même,

Mais si la pression et la vitesse de l'archet étaient telles que la corde acquît au point de contact la même vitesse que l'archet sans être encore arrivée à la valeur maximum que comportait la nature de l'oscillation commencée, le mouvement se trouverait nécessairement ralenti. Quand la corde, après avoir terminé cette partie de son mouvement dans le sens de l'archet, reviendra vers sa position précédente, la vitesse relative de l'archet ne changera plus de signe jusqu'à l'accomplissement de l'oscillation entière; mais on voit que l'oscillation complète composée de l'allée et du retour se trouvera augmentée et par conséquent le son deviendra plus grave.

C'est ainsi, dit M. Duhamel, que j'ai été conduit à ce résultat inattendu qu'une corde mise en mouvement par un archet peut rendre des sons plus graves que le son fondamental; c'est en effet ce que j'ai vérifié par l'expérience, en établissant un rapport convenable entre la pression et la vitesse de l'archet; il a obtenu la seconde, la quarte, la quinte et jusqu'à la douzième et à la quatorzième du son fondamental.

APPRÉCIATION DU NOMBRE DES ENFANS MORT-NÉS.

M. de Montferrand avait, dans une de ses précédentes communications relatives aux lois de la mortalité et de la population en France, comparé le nombre des jeunes gens nés en 1814 et qui, d'après les feuilles du mouvement de la population, devaient être encore vivans en 1835, avec le nombre fourni par les listes de recrutement pour la même année. La somme des nombres calculés pour soixante-un départemens se trouvait au-dessous du nombre réel de 7,659 sur 231,483. L'auteur indiquait l'erreur produite par les *morts-nés* comme la principale cause de la différence entre le calcul et l'observation; quand il a voulu ensuite déterminer le rapport des *morts-nés* à celui des naissances, il a trouvé que ce rapport était très-différent suivant les lieux; ainsi, tandis qu'à Strasbourg il y a 1 mort-né sur 11 naissances; à Paris, il y en a 1 sur 19; à Berlin 1 sur 20; dans les villes de la Belgique 1 sur 20,4; à Vienne 1 sur 24; à Londres 1 sur 27; dans l'ensemble de la monarchie prussienne 1 sur 29; Stockolm 1 sur 37; dans les campagnes de la Belgique 1 sur 38,2.

« Les différences qu'on remarque dans les nombres fournis par divers pays,

ne sont peut-être pas aussi fortes, dit M. de Montferrand, qu'elles le paraissent au premier coup-d'œil. En effet, les enfans portés sur les registres avec la dénomination commune de morts-nés, forment en réalité deux catégories : les uns sont sortis sans vie du sein de leur mère, les autres sont morts dans le délai de trois jours accordé pour la déclaration à l'officier de l'état civil. La législation, les réglemens administratifs, la négligence des familles pauvres et obscures, influent sur la seconde catégorie qui doit être beaucoup plus nombreuse dans les capitales, dans les centres d'industrie, que dans les petites villes et dans les campagnes. »

En prenant une ville d'une importance moyenne par son étendue et sa population, et qui, placée au centre de la France, est cependant en dehors du mouvement industriel et de toute circulation, la ville d'Issoudun, M. de Montferrand a pensé qu'on aurait une moyenne entre les grandes villes et les campagnes en France. Le rapport des morts-nés aux naissances est de 1 sur 28, et ce résultat, qui diffère peu de ceux qu'on a vu donnés pour l'ensemble de la Belgique et pour la monarchie prussienne, est celui que l'auteur adopte.

Quant à la proportion des deux sexes dans les enfans morts-nés, M. de Montferrand trouve pour la moyenne, en France, le nombre 1,340.

En partant de ces bases et du nombre moyen des naissances,

966,354 { 498,012 garçons ;
468,342 filles,

on est conduit à conclure que le nombre des morts-nés s'élève annuellement à

19,763 garçons,
14,749 filles,

Total, 34,512.

Donc le rapport des morts-nés aux naissances est :

Pour les garçons, 1/25, ou plus exactement 0,0397.
Pour les filles, 1/32, ... 0,0315.

Les rapports analogues, dit l'auteur, doivent varier d'une classe de départemens à l'autre, mais ils doivent croître et décroître en même temps que les décès du premier âge. Tel est le motif qui m'a fait comparer le nombre des morts-nés à celui des décès au-dessous de trois mois. On trouve ainsi

Pour les garçons. . . . 0,312.
Pour les filles. . . . 0,288.

Ces deux rapports diffèrent peu l'un de l'autre, et on peut les regarder comme sensiblement égaux à 0,3, c'est-à-dire que, pour les deux sexes, le nombre des morts-nés est, à très-peu de chose près, les trois dixièmes des décès au-dessous de trois mois.

« Cela posé, poursuit M. de Montferrand, on peut déterminer l'influence des morts-nés sur les calculs relatifs au recrutement, contenus dans la note que j'ai présentée en mai 1836. Le nombre des conscrits étant de 611 pour 1,000 naissances de garçons, les 231,183 jeunes gens conscrits pour la classe de 1834, correspondent à 378,368 naissances du sexe masculin en 1814, et, par suite, à 15,135 morts-nés du même sexe.

» Si, dans tous les départemens, on avait ajouté les morts-nés aux décès du premier âge, il faudrait augmenter de 15,315 le nombre des conscrits calculé; alors, au lieu d'une erreur de 7,659 en moins, on en aurait une de 7,476 en plus.

» Mais, comme il est certain que le résumé n'a pas été fait partout de la même manière, et qu'on a la preuve que souvent les morts-nés ont été mis dans une catégorie distincte, si l'on suppose que la moitié des morts-nés a été comptée dans les décès du premier âge, on trouve, en faisant la correction, que le nombre de survivans fournis par les feuilles de recrutement ne diffère que très-peu de celui qu'on obtient du calcul fondé sur la loi de mortalité. »

SÉANCE DU 5 DÉCEMBRE.

L'Académie procède, par voie de scrutin, à l'élection d'un membre pour remplir, dans la section de géométrie, la place vacante par la mort de M. Ampère.

Deux des candidats portés sur la liste présentée par la section, MM. Duhamel et Liouville, annoncent qu'ils se retirent.

Au premier tour de scrutin, M. Sturm obtient 46 suffrages, M. Duhamel 3, M. Liouville 2.

M. Sturm est déclaré élu.

INSECTOLOGIE.

— M. Duméril fait en son nom et celui de M. Blainville un rapport favorable sur plusieurs notices concernant diverses espèces d'insectes, par M. Robineau-Desvoidy.

Le premier est relatif à deux espèces d'abeilles du genre osmie, qui construisent leur nid dans des coquilles vides de colimaçons. L'une de ces abeilles maçonnes était connue des naturalistes, quant à son industrie, mais ses mœurs, et surtout les soins qu'elle prend pour assurer le développement ultérieur de sa progéniture et pour la préserver des attaques extérieures, n'avaient point été complètement observées.

Il y a deux sortes de coquilles choisies par ces osmies pour devenir le réceptacle de leur travail, ce sont celles des colimaçons des jardins et de la livrée ou rubannée.

Le nid construit par la première espèce d'osmie, que l'auteur nomme *hélicicola*, se reconnaît de prime-abord parce que la bouche de la coquille est fermée à son orifice par une sorte d'opercule constituée par une lame d'un carton composé de débris de végétaux réunis par un suc gommeux provenant de la salive de l'insecte. Ce couvert clôt une cavité remplie d'un miel jaunâtre, au milieu duquel on trouve une larve sans pattes, qui est celle de l'abeille. Suivant la largeur de la coquille, on trouve, soit sur les côtés de cette première loge, soit immédiatement au-dessous, d'autres cloisons papyracées, et quelquefois successivement jusqu'au fond de la spire dix ou douze autres loges ou cellules bien circonscrites, semblables et sans aucun vide.

La seconde espèce d'osmie, que l'auteur désigne avec Latreille sous le nom de *bicolore*, construit spécialement dans la coquille de la rubannée, mais avec d'autres matériaux. On y trouve en effet constamment de petits graviers ou des fragmens, soit calcaires, soit siliceux, disposés par couches successives au nombre de quatre ou de cinq, séparées entre elles par autant de lames de carton, et c'est seulement au fond que l'on découvre une ou deux cellules contenant chacune du miel jaunâtre et une larve vivante.

L'auteur donne la description détaillée de ces deux espèces d'osmie, et il fait connaître les procédés qu'elles emploient dans leurs constructions. Pour suivre les métamorphoses de ces insectes, il avait réuni plus de cent nids. Il a vu aussi que les larves subissent leur métamorphose en nymphes, en se filant un cocon de soie jaunâtre. Plusieurs de ces nymphes n'étant pas écloses, il eut occasion de reconnaître que leur coque était occupée par plus de deux cents petites larves d'insectes hyménoptères de la famille des chalcides, larves qui se sont changées en nymphes sans filer de cocons, et ont produit une espèce d'eulophe, que M. Robineau désigne sous le nom d'*eulophus osmiarum*.

Le second mémoire est destiné à faire connaître quelques faits relatifs à l'histoire des *sapyges*, genre d'hyménoptères que Latreille et M. Lepelletier de Saint-Fargeau soupçonnaient être des insectes parasites; c'est ce que vient confirmer M. Desvoidy. Non-seulement il a trouvé les coques de l'espèce nommée *sapyga punctata* dans les nids des osmies dont nous venons de parler, mais il en a observé les métamorphoses, sans pouvoir découvrir toutefois les manœuvres que la femelle met en pratique pour pénétrer dans la coquille de l'hélice afin d'y pondre ses œufs. Au reste, il a observé le fait sur une autre espèce qu'il désigne sous le nom de *sapyga chelostomæ*. On sait que Latreille nomme chélostomes certaines abeilles à corps arrondi, dont le ventre est garni en dessous d'une brosse soyeuse, et dont les mandibules sont alongées, étroites, arquées ou fourchues. C'est dans le nid préparé par un de ces insectes, dans le tronc d'un vieil arbre, et au moment où il venait de le quitter, qu'il a vu l'insecte parasite s'introduire avec promptitude et en sortir avec un certain air de triomphe. Il a vu cette manœuvre répétée un grand nombre de fois.

De ces deux faits observés sur le sapyge des osmies et sur le sapyge des chélostomes, M. Robineau conclut que le genre sapyge doit être définitivement de la famille des fouisseurs.

Le troisième mémoire est relatif à plusieurs insectes parasites des blaireaux.

Le quatrième mémoire concerne un insecte à deux ailes, dont la larve vit en parasite dans le corps d'une abeille-bourdon ; l'auteur qui le considère comme constituant une espèce nouvelle, le désigne sous le nom de *conops auripes*. Déjà MM. Audouin et Lachat avaient reconnu l'existence d'une larve et d'une nymphe d'un diptère analogue dans le corps du même hyménoptère, et un jeune naturaliste l'avait vu naître ou apparaître sous l'état parfait dans une boîte d'ailleurs bien close qui renfermait plusieurs bourdons vivans.

M. Robineau-Desvoidy raconte dans ce mémoire les manœuvres dont il a été témoin au moment où une de ces abeilles-bourdon était poursuivie par l'espèce de conops qui cherchait à déposer ses œufs dans son corps. Il suppose que le diptère exerce une sorte de fascination sur sa victime ; voici comment il décrit les manœuvres dont il a été témoin :

« Le bourdon entrait en colère, frémissait des ailes, augmentait son bruissement comme s'il eût voulu inspirer de la terreur ; mais lui-même se trouvait sous l'influence d'un sentiment qu'il ne pouvait maîtriser. Au lieu de se jeter sur son adversaire, beaucoup plus petit que lui, au lieu de s'enfuir à la hâte, il demeurait obstinément sur la place où il était venu d'abord pour recueillir du miel; il tournoyait comme dans une sorte d'égarement entre les rameaux de la sauge; tantôt il restait accroché à la tige et aussitôt le conops de s'élancer sur son dos, puis de s'enfuir au plus vite. Cette manœuvre fut exécutée sept à huit fois sous mes yeux.

L'auteur, d'un coup de filet, s'empara du conops, mais le bourdon profita de ce moment de répit pour prendre son vol, de sorte qu'il fut impossible de constater si réellement des œufs avaient été déposés sur lui.

Un cinquième mémoire est une notice sur un nouvel ennemi de l'abeille domestique, une espèce d'*asyle* que Fabricius nomme *diadema*.

L'auteur raconte qu'il prit d'abord au vol un individu femelle de ce diptère qui emportait une abeille ouvrière, comme un épervier emporte une alouette. L'abeille, sans être entièrement privée de la vie, était frappée d'une sorte de torpeur ou d'engourdissement qui l'empêchait de se mouvoir. L'asyle, au moment où il l'avait saisie, lui avait enfoncé dans la tête son suçoir armé de lames tranchantes et enduites probablement d'une salive empoisonnée.

L'un de ces asyle ainsi chargé de sa proie se précipita à terre et s'enfonça dans un trou où il disparut en un instant. M. Robineau, en prenant les précautions convenables pour arriver au fond de la tanière, y trouva l'asyle qui venait y déposer sa victime. Il devint ainsi évident pour lui que l'asyle diadême enfouit l'abeille domestique dans des galeries souterraines où son corps doit servir d'aliment à la larve qui y est déposée. L'auteur a renouvelé son observation sur trois individus, mais il n'a pu jusqu'à présent s'assurer si chaque trou est destiné à renfermer plusieurs abeilles ou plusieurs œufs.

A cette occasion l'auteur raconte qu'à une époque où il s'occupait d'un travail particulier sur les asyles, il observa, dans la collection de M. le comte Dejean, un individu de cette même espèce d'A. Diadema, portant l'indication suivante : *Apud massilias in Gallo-provincia fœmina cum ape mellifica inter pedes ; an præda et latro ?* Mais ce document n'offrait qu'une vague conjecture qui se trouve maintenant vérifiée.

Une notice sur une mouche nouvelle qui vit dans les liliacés, et que l'auteur nomme *Herbe..a Narcissi*, fait le sujet du sixième mémoire, et fournit à l'auteur l'occasion de discuter les classifications des diptères proposées dans ces derniers temps.

Un septième mémoire est relatif à plusieurs espèces de diptères qui vivent dans les excremens du blaireau, de la chauve-souris et de la belette, espèces que l'auteur regarde comme nouvelles. Les détails dans lesquels il entre sur leurs

mœurs ne peuvent intéresser que les personnes qui s'occupent spécialement de cette sorte d'études.

ZOOLOGIE.

M. de Blainville fait en son nom et celui de M. Geoffroy Saint-Hilaire un rapport sur un mémoire de M. Deshayes, intitulé : *Considérations générales sur les belemnites.*

Les belemnites ont depuis longtemps attiré l'attention des naturalistes sous les différens rapports de leur structure et de l'analogie plus ou moins marquée qu'elles offrent avec des parties d'êtres actuellement vivans, de la distinction et de la distribution des espèces, enfin de leur position dans les couches de la terre où elles ont été trouvées jusqu'ici, de manière à en tirer une sorte de mesure géologique.

On a senti d'assez bonne heure les nombreux rapports que ces corps ont avec les coquilles des nautiles et des spirules parmi les êtres vivans, et avec les orthocères véritables que l'on ne connait encore aujourd'hui qu'à l'état fossile. Mais, quand on a voulu aller plus loin et chercher quels pouvaient avoir été les animaux de ces coquilles si différentes de toutes les autres par les cloisons perforées ou syphonées dont une partie de leur cavité est remplie, on a été tout naturellement porté à établir la comparaison avec les sèches et les calmars, l'animal des nautiles et des spirules ayant été longtemps inconnu ou du moins fort mal connu; et, comme l'on a rencontré dans des couches plus récentes que celles où se trouvent les belemnites des corps organisés fossiles dont le rapport avec l'os des sèches est évident, en même temps qu'ils ont quelque chose des belemnites, l'os de la sèche a été analysé d'une manière plus complète et par conséquent plus comparable.

On y a en effet reconnu trois parties : la pointe ou le cône qui commence en arrière, les ailes qui l'accompagnent en s'étendant plus ou moins en avant et s'irradiant sur les bords, enfin le disque antérieur composé d'une partie solide et calcaire, dure et granuleuse en-dessus, tendre et poreuse en-dessous, et d'une partie membraneuse qui recouvre l'autre et la déborde. On a pu dès-lors établir ou proposer d'admettre qu'une belemnite n'est qu'un os de sèche intérieur, s'accroissant comme celui-ci par couches enveloppantes, dont la partie conique aurait un très-grand développement par suite de dépôts successifs, mais sans partie aliforme et sans partie avancée clipeiforme autre que la portion membraneuse de la dernière couche débordant plus ou moins l'ouverture, avec cette grande différence cependant que la cavité enveloppée par la portion conique est remplie en plus ou moins grande partie par une suite de cloisons échancrées ou percées à la marge inférieure, et dont l'ensemble constitue ce qu'on nomme dans son ensemble l'*alvéole de la belemnite.*

D'après cette manière de voir, les belemnites se trouvent commencer la série des nombreuses coquilles cloisonnées, syphonées, que l'on a désignées sous les noms de spiroles, de nautiles et d'ammonites, et par conséquent devoir suivre immédiatement les sèches qui terminent la première division des animaux mollusques.

Tel était l'état des connaissances sur ce sujet, lorsque M. de Zieten décrivit et figura des empreintes de corps organisés trouvés dans le calcaire de Solenhaufen, qu'il attribua à la lame cartilagineuse d'une espèce de calmar, mais que l'on a regardées depuis comme des empreintes d'os de sèche, ce qui est évidemment bien plus probable. Quoi qu'il en soit, M. Agassiz, qui parait avoir émis cette opinion un des premiers, découvrit en 1834, dans la collection de MM. Philippots, à Lyme Regis, des échantillons de roches calcaires dans lesquels des belemnites telles qu'on les connaissait alors se trouvaient jointes sans discontinuité à des empreintes semblables à celle que M. de Zieten considérait comme provenant de la lame cartilagineuse du calmar.

M. Deshayes n'a pas vu la pièce sur laquelle repose l'assertion de M. Agassiz, et il a eu seulement un dessin fait par ce paléologue ou du moins sous ses yeux. Cependant, comme c'est sur l'exactitude de ce dessin que repose en grande partie la justesse des déductions qui font l'objet de son mémoire, qu'un autre dessin publié récemment par M. Buckland donne de cette espèce une toute autre idée, les commissaires de l'Académie pensent qu'il serait nécessaire que M. Deshayes eût vu de ses yeux la pièce en question, et jusque-là ils ne croient pas pouvoir porter sur son mémoire un jugement motivé.

CHIRURGIE.

M. Roux lit un rapport sur un mémoire de M. Maunoir, de Genève, ayant pour titre : *Mémoire sur les causes de non succès dans l'opération de la cataracte, et sur les moyens d'y remédier.*

La cataracte, c'est la cécité produite par l'opacité du cristallin ou de sa capsule. L'opération qu'elle comporte consiste, soit à faire sortir de l'œil, soit à déplacer, soit à broyer le cristallin qui, par son opacité, intercepte le passage de la lumière au-delà de la pupille. Heureux les malades chez lesquels les deux yeux étant soumis ensemble ou successivement à l'opération, il y a réussite d'un côté. La vision peut encore être claire et distincte; la force de la vue et la portée de ce sens n'exigent pas absolument le concours des deux organes que la nature y a affectés. Nous voyons bien avec un seul œil, seulement le champ de la vision est moins étendu qu'avec les deux. Mais, sans qu'il advienne aucun de ces désordres physiques que l'inflammation fait naître si souvent, il se peut encore que la vision ne se rétablisse pas après l'opération de la cataracte la plus heureuse. Que, par exemple, on y ait procédé par extraction, la plaie de la cornée se réunit, l'humeur aqueuse se reproduit, la pupille conserve sa forme naturelle, le corps vitré reste diaphane, en un mot il n'existe aucun obstacle au passage de la lumière, l'œil distingue parfaitement la clarté d'avec les ténèbres, il reçoit même l'impression des couleurs; cependant la vision est abolie, l'image des choses extérieures ne se trace plus sur la rétine, il n'y a plus perception des objets. C'est probablement qu'alors le corps vitré n'est pas devenu convexe en avant, comme il le doit être pour qu'il puisse suppléer au cristallin qui n'est plus, et qu'alors aussi il y a divergence extrême, et non plus convergence des rayons lumineux. M. Maunoir ne parait redouter que l'inflammation et ses effets immédiats consécutivement à l'opération de la cataracte. Il parait croire aussi que cette inflammation dépend toujours de circonstances éventuelles.

M. Maunoir a adopté comme méthode générale l'opération de la cataracte par la méthode dite par extraction. M. Maunoir considère comme une circonstance qui peut causer de graves accidens que le lambeau de la cornée comprenne et dépasse la moitié de la circonférence de cette membrane. Suivant lui, un tel lambeau doit bientôt tomber en gangrène, parce qu'il ne reçoit plus, par sa base trop étroite, assez d'élémens de vie. C'est ainsi qu'il explique le boursouflement avec opacité de la cornée toujours accompagné d'une inflammation violente, laquelle succède fréquemment à l'opération pratiquée avec le plus de bonheur en apparence, opinion dont le blâme M. le rapporteur, qui dit qu'on observe ce mode de transformation après l'abaissement comme après l'extraction; et dans cette dernière, après des incisions trop petites, comme après des incisions plus grandes; et la preuve enfin qu'il n'y a pas gangrène de la cornée, c'est que cette membrane ne s'exfolie pas. Il n'y a pas non plus autant de danger que le pense M. Maunoir à ce que la membrane hyaloïde étant rompue, il y ait issue d'une quantité même un peu considérable de l'humeur vitrée, ni, non plus, à ce que l'iris soit entamé plus ou moins profondément, quand il vient se présenter sous le tranchant du kératotome, au moment où l'on fait l'incision de la cornée, ou bien à l'instant où l'on se dispose à ouvrir la capsule du cristallin.

L'expérience apprend que souvent l'humeur vitrée se reproduit, et le plus souvent aussi une incision avec ou sans perte de substance, faite à l'iris, n'a d'autre résultat qu'une légère déformation de la pupille; M. Roux pense même que s'il était possible de prévoir et de maitriser les événemens à venir, ce pourrait être un avantage, dans certains cas, de faire naître à dessein l'une des circonstances dont il s'agit. Mais après l'abaissement comme après l'extraction, il faut s'attendre à des revers dans les circonstances mêmes les plus favorables. M. le rapporteur les énumère et exprime le regret que M. Maunoir n'ait pas joint à son mémoire un relevé statistique des faits, il eût ainsi légitimé la préférence qu'il accorde à l'extraction, comme méthode générale. C'est en effet, ajoute-t-il, une question encore vivement controversée, et qui partage les chirurgiens les plus habiles, que celle de la valeur relative de l'extraction et de l'abaissement pour l'opération de la cataracte. Il est vraisemblable cependant que la supériorité de l'extraction sur l'abaissement sera généralement reconnue. Le nombre des opérations de cataractes pratiquées par M. Roux s'élève à près de 5,000. Voyons maintenant dans quel rapport ont été les succès et les revers par la méthode de l'extraction ou par celle de l'abaissement. Or, M. Roux déclare qu'il a trouvé, à diverses reprises, des résultats exactement semblables. Cependant il n'hésite point à préférer l'extraction. Il termine en disant que, nonobstant quelques lacunes, nonobstant aussi quelques vues et quelques préceptes dont la valeur peut être contestée; le mémoire de M. Maunoir est riche de considérations utiles, et nous a paru digne de l'approbation de l'Académie. Les commissaires désirent qu'il en soit adressé des remercîmens à l'auteur, en invitant M. Maunoir de continuer à faire part de ses travaux à l'Académie.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Présidence de M. Louyer-Willermay,

SÉANCE DU 6 DÉCEMBRE.

Correspondance officielle :

1° Lettre ministérielle en date du 3 décembre, avec envoi d'un rapport du médecin des épidémies de l'arrondissement de Poligny.

2° Lettre *idem, idem,* avec envoi d'un dessin représentant un appareil auquel on attribue la propriété de préserver des influences miasmatiques les personnes qui vivent au milieu d'un foyer d'infection.

3° Lettre *idem, idem,* avec envoi du rapport du mémoire des épidémies de l'arrondissement de Château-Gontier, sur une *mésentéro-céphalite* qui a régné à Daon.

4° Lettre *idem, idem,* avec envoi du cahier des observations recueillies en 1835 aux bains de Rennes, par M. Cazaintre, inspecteur de ces eaux.

5° Lettre *idem, idem,* avec envoi d'un rapport du médecin des épidémies de l'arrondissement de Sarrebourg, sur une maladie qui règne encore dans la commune de Barchain.

6° Lettre de M. le ministre du commerce à M. le secrétaire perpétuel, en date du 30 novembre : il invite l'Académie à vouloir bien rédiger une instruction à l'usage des conseils de salubrité des départemens, sur les causes des épidémies, la topographie médicale et l'hygiène publique. Commissaires : MM. Pariset, Marc, Orfila, Villeneuve, Adelon, Chevallier et Villermé.

La correspondance manuscrite ne comprend qu'une seule pièce, c'est une lettre de M. Gogliozo, avec un instrument destiné à aviver les bords des fistules recto-vaginales. Cet instrument porte le nom de ciseau articulé.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR L'EMPYÈME.

M. BARTHÉLEMY. S'il est intéressant pour la science de bien connaître les maladies et de les guérir, il est bien plus avantageux pour l'humanité de les prévenir. M. Barthélemy rappelle ici les paroles de Vicq-d'Azyr en confirmation de cette grande vérité. C'est ce qui me détermine, ajoute-t-il, à vous faire connaître le traitement que j'emploie contre la pleurésie, traitement dont l'un des principaux avantages est de prévenir l'épanchement. Je sais que cette méthode n'a pas l'assentiment de toute la compagnie. M. Castel, par exemple, en suit une autre; mais il nous a dit ses prédilections théoriques sans les justifier par aucun fait pratique. Un autre membre, M. Cruveilhier, a dit que l'introduction de l'air dans la cavité des plèvres est sans danger. Quelque étrange que soit cette proposition, elle n'est ni nouvelle, ni concluante. Il y a seize ans, en 1820, on a fait, à Lyon, sur des chevaux, des expériences pareilles à celles qui nous ont été rapportées, c'est-à-dire qu'on a ouvert les deux côtés du thorax, on a même blessé à dessein le poumon, et la guérison était complète au vingtième jour; mais remarquez attentivement qu'on avait soin de fermer les plaies quatre ou cinq minutes après qu'elles avaient été faites. En sorte que ces expériences, en apparence si concluantes, ne prouvent rien sinon que l'accès de l'air est sans danger lorsqu'il est momentané et

qu'il n'excède pas quelques minutes; il est, au contraire, fort dangereux, lorsqu'il se prolonge. Si quelques expérimentateurs en ont jugé autrement, c'est qu'ils ont opéré sur des chiens dont la peau très-mobile, très-ample et très-élastique vient promptement fermer l'ouverture extérieure, tandis que l'exsudation de la plèvre réunit les lèvres de la plaie intérieure. Mais, qu'on introduise une canule entre les lèvres de la plaie pendant un quart d'heure seulement, et les animaux mourront au bout de 30 à 40 heures, non de pleurésie mais d'asphyxie. Cela se conçoit : lorsque l'air pénètre en petite quantité, il est absorbé par la plèvre encore saine; il ne l'est plus lorsqu'il est plus abondant, car alors il irrite, il enflamme les parties, et l'on sait que les surfaces enflammées sont peu propres à l'absorption.

Si l'introduction de l'air est grave lorsque la plèvre est saine, elle l'est bien davantage lorsque la plèvre est malade. On a ouvert la poitrine à un cheval et l'on a piqué, disséqué l'artère intercostale. Ce côté se remplissait naturellement de sang, mais on n'attendait pas que la plèvre fût malade pour fermer la plaie, et il n'en résultait rien de fâcheux. C'était tout le contraire si on laissait la plaie béante un peu longtemps.

On a fait plus, on a tiré deux litres de sang de la jugulaire d'un cheval et on l'a injecté immédiatement dans un côté du thorax en ayant le soin de fermer immédiatement la plaie. Nul accident, guérison prompte. Cependant que devenait ce sang? On a répété l'expérience, et l'on a tué le cheval 24 heures après l'injection : il restait à peine un tiers du sang injecté, le reste avait été absorbé. On a refait la même chose sur un autre cheval, mais on ne l'a tué qu'après dix jours; à cette époque on n'a plus trouvé qu'un petit caillot.

On a varié ces expériences de toutes les manières. Dans une autre circonstance, on a divisé l'artère intercostale, puis on a pratiqué une contr'ouverture. Il n'est pas venu une goutte de sang. Deux heures après, on a tué l'animal et l'on a trouvé le sang en caillot.

Une autre fois, on a pratiqué la contr'ouverture avant d'ouvrir l'artère intercostale : il a coulé un peu de sang par la plaie, mais fort peu comparativement à celui qu'avait donné l'artère.

Ainsi l'opération de l'empyème est inutile dans les épanchemens de sang, elle est dangereuse dans des épanchemens purulens ou séreux.

On a dit qu'on avait extrait de la poitrine des balles et d'autres corps étrangers : je ne le nie pas; mais qui ne sait que, dans ces cas, la nature isole ces corps en formant des adhérences autour d'eux; en sorte qu'il est probable qu'alors on n'a pénétré que dans des espèces de kystes.

M. Roux. Je ne sais si, après les développemens qu'a pris cette discussion, je ne devrais pas renoncer à la parole. Lorsque j'ai communiqué à l'Académie le seul fait heureux que je puisse citer en faveur de l'opération de l'empyème, j'étais loin de prévoir les suites de cette communication : toutefois, je ne m'en plains pas, au contraire. Je dois dire seulement qu'en discutant les avantages des divers procédés opératoires, je n'avais qu'une chose en vue, c'était de corriger la sécheresse d'un fait isolé. J'ai d'ailleurs laissé entrevoir que la ponction du thorax est une opération grave et qui a ses dangers. Ces dangers résultent tous de l'introduction de l'air dans une cavité qui n'est pas faite pour le recevoir. Plusieurs de nos collègues ne sont pas de ce sentiment; et, moins occupés de l'introduction de l'air que de l'évacuation de l'épanchement, ils ne craignent pas de faire de larges ouvertures.

La paracentèse du thorax a quelque chose qui la distingue de toutes les autres : par la nature de l'épanchement, elle se rapproche de la paracentèse de l'abdomen. par ses dangers, elle se rapproche du trépan. On a dit que si elle était dangereuse par l'introduction de l'air, elle ne l'était pas du moins par la nature des parties divisées. Tel n'est pas encore mon sentiment. Pour moi, je n'oserais jamais promettre que la ponction de la tunique vaginale dans l'hydocèle ne sera pas suivie d'une très-vive inflammation de cette membrane. A plus forte raison ne prendrais-je pas cet engagement dans la ponction de la poitrine. Tous les dangers de cette opération dépendent, je le répète, de l'entrée de l'air, non que l'air soit très-irritant par lui-même, mais parce qu'il agit sur des parties déjà malades. Lorsque les parties sont saines, le cas est beaucoup moins grave. tous les jours on voit des fractures des côtes avec emphysème, parce que les cellules bronchiques sont déchirées : l'air s'infiltre donc dans les tissus, sans que, pour cela, il en résulte aucune inflammation.

Au reste, on est si convaincu des dangers de l'introduction de l'air dans la cavité pleurale, que les efforts des chirurgiens tendent tous à la prévenir. Dans la dernière séance de l'Académie des sciences, on a présenté deux instrumens qui n'ont pas d'autre but; mais je doute fort qu'ils répondent aux intentions de leurs auteurs; et quand ils y répondraient, que deviendrait le vide que laisserait la sortie de l'épanchement, puisque le poumon a tant de difficulté à revenir sur lui-même et à reprendre son élasticité?

M. Cruveilhier. Je ne demande la parole que pour rectifier un fait, car je ne connais rien de plus funeste dans les sciences que des faits incomplets ou douteux. On a dit dans la dernière séance que, si les chiens sur lesquels j'ai expérimenté avaient survécu, c'est que j'avais fait des ouvertures trop petites, et en cela on a renouvelé les objections de Van-Swieten. On a dit encore que mes ouvertures se fermaient d'elles-mêmes par le défaut de parallélisme entre la division de la peau et la division des muscles et de la plèvre.

J'ai refait la même expérience vendredi dernier. J'ai fait d'abord une ouverture d'un pouce d'un côté du thorax, et la respiration est restée presque la même. J'ai ouvert l'autre côté de la même manière, et l'animal s'est mis à vociférer. J'ai introduit mes doigts dans la plaie, et je me suis assuré que l'air entrait abondamment dans les cavités des plèvres. Au moment où je parle, l'animal est guéri.

Je ne conseille jamais l'opération de l'empyème dans les maladies aiguës, mais je dis que dans les épanchemens chroniques c'est souvent le seul moyen de salut; il est bien entendu qu'on n'y doit venir qu'après avoir essayé de tous les moyens conseillés par une sage thérapeutique.

On a dit que les saignées suffisaient pour prévenir l'épanchement après la pleurésie, mais quand cela serait, la pleurésie n'est pas la seule cause des épanchemens thoraciques : la scarlatine, la rougeole partagent avec elle ce triste privilége.

M. Castel. M. Barthélemy s'est trompé en disant que je n'avais cité aucun fait à l'appui des objections que j'ai dirigées contre les abus de la saignée. Il s'est trompé, car j'ai lu un fragment d'un mémoire où j'ai réuni 86 observations de pleuro-pneumonie, recueillis dans l'espace de 10 ans de pratique dans un grand hôpital. J'avais été amené à citer ces observations, non par le désir de faire valoir la méthode que j'avais suivie, mais pour repousser la prétention de faire triompher une méthode opposée. Au surplus, j'eus la satisfaction de voir que, dans la séance suivante, on réduisit les proportions des guérisons, et qu'on en vint à les niveler avec ma statistique.

Loin de croire que les saignées soient toutes-puissantes pour prévenir les épanchemens dans la pleuro-pneumonie, je crois que l'abus de ce moyen a un effet diamétralement opposé, et je ne suis pas le seul ni le premier médecin de ce sentiment. Je n'ai jamais vu plus d'empyèmes que depuis qu'on est si prodigue de saignées. J'appelle en témoignage M. Faure lui-même. En deux ans, dans un petit hôpital, il a vu huit fois cet accident.

S'il y a des rapports entre le cheval et l'homme, il y a aussi des différences et l'on a tort de conclure de l'un à l'autre.

M. Barthélemy a dit qu'il ne fallait pas opérer dans les épanchemens de sang; c'est précisément alors que l'opération réussit, parce que le poumon est sain.

En général l'opération de l'empyème réussit d'autant mieux que les organes thoraciques sont moins altérés. Baillon cite l'exemple d'un cocher qui fit une chute, laquelle amena un épanchement thoracique : on lui pratiqua la ponction, et il fut sauvé.

M. Barthélemy répond qu'il n'a pas été compris de M. Castel.

La discussion s'arrête.

M. Bouley présente une pièce anatomique : c'est le médiastin d'un cheval mort de pleuro-pneumonie. Il fait voir que le médiastin de cet animal est, à sa partie postérieure, d'une finesse extrême, et percé à jour comme une dentelle; d'où il conclut que les chevaux n'ont presque jamais une pneumonie d'un côté seulement, comme l'homme; elle est presque toujours double, ce qui la rend extrêmement dangereuse. En second lieu, il infère de cette disposition l'inutilité d'ouvrir les deux côtés de la poitrine; il suffit d'ouvrir un seul côté pour donner issue à tout le liquide épanché.

A quatre heures et quart l'Académie se forme en comité secret pour entendre un rapport de M. Bousquet au nom de la commission chargée de préparer les élections des correspondans.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

TRAITÉ COMPLET D'ANATOMIE DESCRIPTIVE ET RAISONNÉE; par P. P. Broc, D.-M. P., professeur particulier d'anatomie, de physiologie et de médecine opératoire.

Il y a environ deux ans que nous rendîmes compte du premier volume de cet ouvrage. Le jugement était peu flatteur; il nous attira, de la part de l'auteur, une réponse assez aigre, dans laquelle, cependant, nous étions plus ménagés encore que certains de nos confrères en critique qui avaient pensé et écrit du livre à peu près comme nous. Il est rare qu'un auteur, qui se fait imprimer pour la première fois, sache subir les conseils et surtout le blâme de la critique; aussi, parfaitement accoutumés à ces sortes de réactions, nous les laissons volontiers s'apaiser d'elles-mêmes. Les éloges que nous avons faits du talent déployé par M. Broc dans le concours d'anatomie, ne lui permettaient pas de nous garder rancune; et nous pouvons donc aujourd'hui analyser son ouvrage complet, en signalant avec la même franchise ce qu'il contient de bien et les points où il nous paraît pécher.

Il importe avant tout, pour juger ce travail, de bien établir le point de vue où l'auteur s'est placé. « L'esprit n'élabore, dit-il, que les connaissances qui sont dans une relation exacte avec son état, comme la terre ne féconde que les germes qui sont en rapport avec sa nature. » En d'autres termes, un travail intellectuel quelconque ne peut être facile et profitable, qu'autant qu'il y a un rapport exact entre l'état de l'esprit et la nature des choses sur lesquelles il s'exerce; comment pourrait-il réagir sur ces choses si, trop compliquées, trop difficiles à saisir, elles exigeaient un degré de force et d'aptitude dont il serait dépourvu? Or, l'esprit, qui par lui-même est faible et limité, doit nécessairement s'attacher d'abord à observer, dans un objet quelconque, ce qu'il y a de plus facile à saisir, et c'est l'ensemble qui offre ce caractère, car il est aussi grand que possible, et pour le nombre il est réduit à l'unité. Mais cet ensemble, considéré d'abord comme un élément est composé d'un certain nombre de parties, qui, pour l'étendue, occupent le second rang; et chacune de ces parties devient l'objet d'un examen en tout semblable au premier; puis ces parties se composent elles-mêmes de divers groupes qui donnent lieu à un troisième examen; et ainsi de suite jusqu'à ce que la connaissance acquise offre un degré convenable de précision.

Appliquant ces idées à l'étude de l'homme, M. Broc a été conduit à examiner successivement trois fois son sujet, en passant successivement des plus grandes aux plus petites dispositions. Ainsi le premier volume traite de l'homme en grand; et, pour emprunter encore ici les paroles de l'auteur, il renferme ce que personne ne devrait ignorer; c'est une anatomie qui convient à tout le monde, et qui surtout soustrait l'élève à la pénible nécessité de chercher d'abord sur un cadavre ce que couvre l'horreur dont la mort est venue l'entourer. Et voilà précisément ce que nous avons blâmé de toutes nos forces. Faire lire à un élève un gros volume d'anatomie avant de lui montrer le cadavre, c'est à notre sens, abuser d'une méthode fort bonne en soi, et de laquelle, comme nous le verrons tout à l'heure, M. Broc a su tirer plus loin de grands

avantages. Tout ce premier volume aurait gagné, pour les étudians en médecine, à être réduit aux limites d'une introduction et cela suffisait encore pour le plan du livre. Mais pour les gens du monde et pour les dames, ce volume est sans doute le meilleur Traité d'Anatomie facile et superficielle.

La seconde partie traite des *organes considérés en grand*. Ici l'auteur échappant aux généralités trop vagues du premier volume, s'occupe déjà des dispositions essentielles des organes, de celles qui servent de base à l'art de guérir. C'est l'anatomie du physiologiste et du médecin, dans laquelle, sans entrer dans les derniers détails de forme et de structure, l'auteur en dit assez pour nous faire comprendre les usages de nos parties; bien plus, pour faire voir que jusqu'à un certain point leurs dispositions matérielles sont dans un rapport exact et nécessaire avec leurs fonctions. L'ordre adopté par l'auteur diffère peu de celui qu'ont suivi les autres auteurs, bien qu'il y attache quelque importance; il étudie successivement les os, les articulations, les muscles, les aponévroses, le cerveau, les organes des sens, les organes de la circulation, de la respiration, de la digestion, et les organes génito-urinaires, enfin il finit par les vaisseaux et les nerfs. Nous avouons qu'il nous paraît peu méthodique de séparer le cœur des vaisseaux et le cerveau des nerfs; cet isolement de choses faites pour être rapprochées se fait sentir surtout dans la description des nerfs des sens qui se trouvent à une énorme distance de celle du cerveau et des organes sécréteurs, c'est-à-dire de leur point de départ et de leur terminaison.

Quant à la manière de décrire, M. Broc prend une région en particulier, par exemple, la colonne vertébrale, la poitrine, le crâne, etc.; et après en avoir examiné heureusement tous les os, il recherche dans un article spécial la raison d'être de chaque chose, conformation, structure, mouvement, en ayant soin toutefois de poser la limite où le raisonnement doit s'arrêter. Quelques considérations du même genre avaient été données par Bichat dans son *Anatomie descriptive*; et c'est ce qui a placé cet ouvrage si haut au dessus de tous ceux du même genre. La description sèche et iograte a fait place à une discussion claire, simple, exacte, qui fait entrer à la fois sans effort et la conformation de l'organe et ses usages dans l'esprit du lecteur. L'arthrologie ou étude des articulations est conçue dans le même esprit. Nous regrettons vivement que l'auteur n'ait pas continué sur ce plan pour les autres organes. La description des muscles, des viscères, des vaisseaux et des nerfs ressemble donc à toutes les autres descriptions, si ce n'est qu'elle est dépourvue des derniers détails, et conséquemment qu'elle est moins abstraite et plus facile à retenir.

Le dernier volume, le plus volumineux de tous, traite *des organes considérés jusque dans leurs derniers détails*. Dans le plan primitif de l'auteur, ce devait être l'anatomie du chirurgien; il devait donc se livrer à l'examen successif des divers groupes chirurgicaux, tels que la tête, le cou, la poitrine, etc.; et étudier dans chacun de ces groupes, d'abord les os, puis les muscles, etc. Il y a renoncé, ayant réfléchi, dit-il, qu'on ne pourrait mettre ce procédé en usage qu'autant que les sujets seraient également distribués par parties. Or, quel est l'élève qui se déciderait à en prendre plusieurs pour en étudier un seul groupe? Le mode de distribution a en sa faveur l'usage; et que pourrait contre ce puissant régulateur des choses un simple motif d'utilité? Nous doutons que cette raison ait paru suffisante à M. Broc lui-même, dont tout le livre est consacré à montrer ce que peut avoir de vicieux la méthode actuelle d'enseignement, qui a bien aussi l'usage en sa faveur; mais en y réfléchissant mieux, peut être y a-t-il eu à ce changement un motif resté inaperçu pour l'auteur même. Lorsqu'il annonçait, dans son premier et son second volume, qu'il examinerait trois fois successivement son sujet, il avait en lui-même classé parfaitement ces trois anatomies bien distinctes: anatomie des gens du monde, anatomie du médecin, anatomie du chirurgien. Mais il a dû s'apercevoir qu'entre l'anatomie du médecin et celle du chirurgien en existait une autre qui demandait aussi sa place, l'anatomie de l'anatomiste, qui s'occupe de détails inutiles au médecin et au chirurgien tout ensemble. Il fallait cependant bien traiter celle-ci sous peine de faire un ouvrage incomplet; et c'est en effet une anatomie purement descriptive que M. Broc nous a faite. Le chirurgien y chercherait en vain les données nécessaires pour pratiquer la plupart des opérations; les notes que l'auteur a semées en abondance au bas des pages et qui se font lire avec intérêt, ont plutôt rapport encore à la physiologie ou à des discussions anatomiques qu'à la chirurgie; et pour compléter ce traité il lui faudrait un quatrième volume.

Nous devons dire ici quelque chose du style. M. Broc dit lui-même quelque part que son style est en rapport avec la matière qu'il traite; large dans le premier volume, moyen dans le second, étroit dans le troisième. Il y a à en dire quelque chose de mieux et de pis. Le style large du premier volume tombe souvent dans l'emphase; celui du second est clair, précis, souvent original; au total ce second nous paraît bien supérieur aux deux autres. Le dernier qui est un bon traité d'anatomie descriptive, rien de moins, rien de plus, est écrit nettement et simplement comme il doit l'être. J'en excepterai cependant les nombreuses notes qui se trouvent au bas des pages, dont la plupart sont des boutades contre des opinions trop hasardées, dont l'auteur veut débarrasser la science. Ainsi après avoir indiqué les trois manières principales de concevoir la membrane de l'humeur aqueuse, il met en note:

« D'après une quatrième opinion, la membrane de l'humeur aqueuse n'existe pas. Une cinquième pourrait consister à penser que cette membrane, extrêmement remarquable, a une manière d'être qui tient précisément le milieu entre l'existence et le néant; et je suis persuadé qu'elle donnerait à réfléchir à bien des gens. »

A propos de la direction du tibia, voici une note qui empêchera certainement de l'oublier quand on l'aura lue:

« Tous les anatomistes disent que le tibia est vertical, et il le serait en effet, s'il n'était pas un peu oblique. »

En résumé, cet ouvrage, dont nous n'avons point dissimulé les défauts, tranche d'une manière frappante parmi les Traités d'Anatomie publiés depuis Bichat, et révèle dans son auteur, avec une grande indépendance d'esprit, des vues originales et un talent remarquable d'expositions. Non-seulement il peut être d'une grande utilité pour les élèves, mais les maîtres eux-mêmes gagneront à le consulter.

PRÉCIS D'ANATOMIE COMPARÉE, ou tableau de l'organisation considérée dans l'ensemble de la série animale; par H. HOLLARD, D.-M. P., etc. (1)

Cet ouvrage, destiné à offrir aux élèves et à toutes les personnes qui suivent les cours publics une esquisse générale des traits les plus saillans de l'organisation, n'est point cependant un simple résumé de faits épars, comme on serait tenté de le croire. L'auteur les rallie à des idées générales qu'il expose avec beaucoup de lucidité dans sa préface, et qui, bien que non partagées par la majorité des anatomistes, n'en méritent pas moins l'attention comme expression d'une école qui a beaucoup grandi dans ces derniers temps.

Dieu est aussi nécessaire à la science de la nature qu'à la nature elle-même; et l'intelligence de l'homme ne concevra quelque peu l'univers que quand elle le concevra comme l'œuvre d'une parfaite intelligence. Aussi, pour M. Hollard, l'organisation n'est pas la cause de la vie; c'est seulement une condition de sa manifestation, l'interprète d'un principe supérieur émané de l'être des êtres. Il s'attend donc à y trouver partout le sceau d'une sagesse providentielle; l'unité de l'esprit créateur s'y révèle par l'unité de l'organisation elle-même, toutefois avec des conditions de variétés et de progrès. L'unité, tel est le dernier mot de la doctrine anatomique de M. Hollard; non pas l'unité telle que la conçoivent M. Geoffroy Saint-Hilaire et les physiologistes allemands. Ces auteurs n'ont point remonté assez haut, et ne se sont attachés qu'à des principes d'un ordre secondaire et même fort contestables. On reconnaît dans cette préface, comme dans tout le livre, l'élève de M. de Blainville; et d'ailleurs l'auteur ne cache nullement ce qu'il doit à son maître; et l'ouvrage n'est presque que la reproduction des doctrines anatomiques de ce professeur.

Pour montrer sous leur véritable jour l'unité, la variété et le progrès de l'animalité, M. Hollard a suivi la marche ascendante qui conduit des animaux inférieurs aux supérieurs, du simple au composé. Sa distribution des appareils est faite pour remplir le même but. Ainsi, il traite d'abord des appareils destinés à l'entretien de l'individu: appareils d'absorption alimentaire et d'absorption gazeuse, appareils de la circulation et de la sécrétion dépuratoire. Puis viennent les appareils destinés à la continuation de l'espèce, qui, réunis aux premiers, forment une première division. La deuxième comprend les appareils spécialement destinés à établir les relations de l'animal avec le monde extérieur, savoir ceux des sens et de la locomotion; et enfin la dernière division est affectée à l'appareil d'imitation et d'harmonisation. Il examine successivement chaque appareil dans les classes inférieures, puis dans les supérieures; et, il faut le dire, ce tableau de l'organisation animale ainsi présenté, offre un puissant intérêt et mène à de belles considérations sur la physiologie de l'homme, qui résume en lui seul toutes ces organisations inférieures.

L'ouvrage de M. Hollard a rempli une lacune, et il mérite le succès qu'il a déjà obtenu.

(1) Un vol. in-8°. Paris, 1835. Chez Deville-Cavellin, rue de l'Ecole-de-Médecine, n° 10.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

PARIS. — IMPRIMERIE ÉVERAT ET COMPAGNIE, RUE DU CADRAN, N° 16.

N° 51. (TOME IV. — 1836.) SAMEDI 17 DÉCEMBRE 1836.

Gazette Médicale DE PARIS.

La Gazette médicale de Paris (*Gazette de santé* et *Clinique des hôpitaux* réunies) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et équivaut à 6 feuilles in-8°. Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois. Pour l'Étranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Poissonnière*, n° 5, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

AVIS A MM. LES SOUSCRIPTEURS.

MM. les souscripteurs dont l'abonnement expire à la fin de ce mois, sont invités à le renouveler promptement s'ils ne veulent pas éprouver d'interruption dans l'envoi du journal. Pour ne pas décompléter les collections, aucun numéro ne sera envoyé aux personnes qui n'auraient pas donné avis de leur renouvellement avant le premier janvier. On s'abonne dans les départemens chez tous les directeurs des postes et des messageries. La quittance d'abonnement sera présentée au domicile de MM. les Souscripteurs de Paris.

SOMMAIRE.

CHOLÉRA-MORBUS.

Découverte d'un entozoaire dans les intestins des cholériques de Naples; par M. Salvator de Renzi, médecin en chef de l'hôpital de Loreto.

Mon cher confrère,

J'ai l'honneur de vous faire part d'une découverte dont la répétition constante sur les cadavres de nos cholériques nous porte à y attacher une grande importance. Avant-hier, en ouvrant quelques cadavres de cholériques à l'hôpital della Consolazione, MM. Ramaglia, Tiberi et Chiara ont observé chez tous des vers solitaires (*tricephalus*) dans l'intestin cœcum. J'ai voulu de suite m'assurer si le même hôte se rencontrait sur les cholériques d'un autre hôpital. J'ai donc prié M. le professeur Nanula de vouloir bien se rendre avec moi à l'hôpital de Loreto. Nous avons fait aujourd'hui cinq autopsies de sujets cholériques en présence de cet habile anatomiste, et nous avons trouvé chez tous les mêmes entozoaires en nombre plus ou moins considérable (1). Cet être reste niché dans le gros intestin, et est enveloppé d'une grande quantité de matière dense, muqueuse, albumineuse, d'apparence vitrée. Le plus grand nombre se trouvait dans le cœcum et dans le colon; chez quatre sujets cependant nous en avons rencontré aussi dans l'iléon, et chez deux autres également dans le duodénum. Chez tous le *tricephalus* existait en compagnie d'un grand nombre d'ascarides lombricoïdes qui encombraient tous les intestins.

(1) Notre confrère de Naples a joint à sa lettre un dessin de plusieurs individus entozoaires qu'on vient de découvrir. C'est absolument le tricephalus des entomologistes, qu'on trouve dessiné dans les ouvrages de Delle Chiaje, Werner, Rudelphi Bremser, Gœze, Gmelin, Brera, Cuvier, Lamark, Rœderer, Bloch, etc., etc. (*N. du Réd.*)

Feuilleton.

SUR LE DEVOIR DU MÉDECIN.

Extrait du discours prononcé par M. le professeur Cruveilhier à la séance publique de la Faculté de médecine de Paris (1).

Qu'est-ce que le *devoir?* Le devoir, messieurs, c'est l'honneur, c'est la vie morale de l'homme, c'est la vie morale des sociétés, qui languissent lorsqu'il se relâche, qui périssent lorsqu'il s'éteint.

A la voix du devoir, la volonté se soumet; l'homme de cœur préfère l'indigence ou les fers à une prospérité coupable; le soldat reste à son poste et reçoit la mort; Régulus retourne à Carthage, où l'attendent les plus cruels supplices.

Pour peu que l'on considère le médecin dans ses rapports avec la société, on comprendra qu'aucune profession n'impose des devoirs plus rigoureux et plus multipliés. Son ministère a cela de spécial et d'honorable à la fois, qu'il exige toutes les qualités de l'esprit et du cœur; dépositaire de la vie de ses semblables, il doit être versé dans la connaissance de tout ce qui peut conserver la santé et guérir les maladies. Comment, s'il n'est pas honnête homme dans toute l'acception de ce mot, remplira-t-il la mission de confiance et de délicatesse à laquelle il est appelé?

Le médecin doit donc être *homme de science* et *honnête homme:* la science lui fournit les matériaux; les qualités morales en règlent l'emploi, et seules peuvent lui donner l'élévation de caractère et l'énergie dont il a si souvent besoin dans l'exercice de son art.

La *science* est le premier devoir du médecin. Lorsqu'il s'agit de la vie des hommes, l'ignorance est un crime: or, la science ne se devine pas, elle s'acquiert par un travail persévérant. C'est pour donner à la société toutes les garanties désirables, sur la capacité des hommes appelés à exercer la profession de médecin, que le législateur a imposé des conditions et des épreuves qui établissent l'aptitude à l'étude de la médecine et l'aptitude à l'exercice de l'art de guérir. Or,

(1) Un grand nombre de personnes ayant désiré connaître le beau discours que M. le professeur Cruveilhier a prononcé à la rentrée de l'école, nous insérons avec plaisir la plus grande partie de ce discours, n'en ayant retranché que ce qui a trait à MM. Dupuytren et de Jussieu.

D'après les recherches qu'on a faites jusqu'à ce moment, le tricéphalus a été également rencontré et chez les vieux et chez les jeunes cholériques, chez ceux dont la maladie avait duré plusieurs jours, comme chez ceux qui avaient succombé en moins de 24 heures de temps.

On avait d'abord pensé que les entozoaires en question auraient pu s'engendrer après la mort de sujets. D'après nos recherches cependant, ils étaient tous morts au moment de l'autopsie, quelque rapprochée que fût notre dissection du moment de l'expiration.

On a examiné très-attentivement les matières rendues par les cholériques durant la vie, on n'a pu y constater aucun de ces êtres, mais il est bon de remarquer qu'un grand nombre de malades ont rendu des lombrics et par l'anus et par la bouche.

Ces faits nous ont naturellement conduit à la question de savoir si les petits ténias dont il s'agit étaient la cause déterminante du choléra. Nous avons pensé que pour pouvoir résoudre convenablement une pareille question, il faudrait s'assurer d'abord si les mêmes entozoaires se rencontrent chez les cholériques des autres pays; c'est ce que nous ne sommes pas en état de faire en ce moment. Il serait en vérité difficile de comprendre comment des entozoaires qui n'ont pas besoin de l'usage du microscope pour être vus, auraient pu échapper à l'investigation des observateurs de différentes nations qui ont analysé si minutieusement les matières intestinales des cholériques. Pourtant il ne serait pas impossible à la rigueur qu'un fait aussi capital eût échappé à leurs recherches. Pour que cette vérification eût toute la valeur désirable, il serait à souhaiter qu'elle eût lieu, non-seulement dans les provinces de notre royaume où le choléra existe, mais encore dans les autres régions que l'épidémie ravage.

On prévoit déjà quelle portée immense cette découverte de notre anatomiste M. Ramaglia pourrait avoir dans la thérapeutique du choléra, si les recherches ultérieures venaient à la confirmer. Des instructions, en attendant, viennent d'être transmises à plusieurs praticiens, afin d'insister principalement sur le médication antelmintique, s'ils le jugeaient à propos, dans le traitement des cholériques.

Je termine en vous rappelant que le tricéphalus a été déjà rencontré un grand nombre de fois dans les fièvres muqueuses sans aucun symptôme cholérique. Rœderer et Wagler en ont constaté la présence dans l'épidémie pituiteuse qui a régné à Gottingue; ils avaient attribué la cause de la maladie à la présence de cet entozoaire; Lobstein, cependant, fit voir que ces médecins avaient pris l'effet pour la cause, ou une simple coïncidence pour l'essence de la maladie. Effectivement, les vers n'avaient été rencontrés que chez les pauvres et chez les enfans des hospices de charité. En outre, les mêmes hôtes existaient chez des sujets morts de fièvre typhoïde; de sorte que je crois qu'il faudrait encore être sobre de conclusions générales avant de se livrer à de nouvelles recherches comparatives.

Si les travaux auxquels nous nous livrons avec ardeur en ce moment nous permettent de découvrir quelques nouveaux faits importans, je me ferai un véritable plaisir de vous les transmettre. Je profite, en attendant, de cette occasion, pour vous dire que la force du choléra chez nous décline beaucoup en ce moment.

SALVADORE DE RENZI,
Médecin en chef de l'hôpital de Loreto, membre du conseil de santé.

Naples, ce 27 novembre 1836.

MÉDECINE OPÉRATOIRE.

MÉMOIRE SUR QUELQUES NOUVELLES MÉTHODES POUR OBTENIR LA GUÉRISON DES OUVERTURES CONTRE NATURE A L'EXTRÉMITÉ ANTÉRIEURE ET LIBRE DE L'URÈTRE CHEZ L'HOMME; par M. DIEFFENBACH.

Depuis longues années j'ai dirigé toute mon attention sur les fistules et ouvertures contre nature de l'urètre chez l'homme, sur celles surtout qui sont situées à la portion antérieure et libre du pénis, ainsi que sur les fistules vésico-vaginales chez la femme.

Je publierai plus tard mes observations sur ces dernières; je ne traiterai ici que des perforations de l'urètre à l'extrémité libre du pénis, et je donnerai le résultat de mes nombreuses et pénibles expériences.

Les échecs que j'éprouvai dans mes premières tentatives étaient faits pour me détourner d'essais ultérieurs, si j'avais été facile à décourager, d'autant plus que j'avais entendu de la bouche des plus grands maîtres de tous les pays que les ouvertures à l'extrémité antérieure et libre de l'urètre étaient presque toujours incurables. En effet, la réunion d'une pareille fistule urétrale obtenue par Cooper a acquis une renommée européenne, et d'autres exemples d'un semblable succès sont infiniment rares.

Que l'on veuille bien me comprendre; je n'entends parler ici que des fistules urétrales situées à la région du pénis comprise entre le scrotum et l'extrémité du gland. Dans les autres points de l'urètre, depuis le commencement du scrotum jusqu'à la vessie, la guérison des petites et même des grandes ouvertures fistuleuses, quoique présentant encore de nombreuses difficultés, est cependant proportionnellement bien plus facile : aussi ne confond on jamais ces lésions les unes avec les autres.

Des ouvertures fistuleuses et même de très larges pertes de substance à la région postérieure scrotale de l'urètre, qu'elles soient restées à la suite d'une opération, ou qu'elles aient été produites par un rétrécissement, par infiltration de l'urine, par la présence de calculs enkystés, ou par un cathétérisme malheureux, peuvent être guéries par le seul séjour de la sonde en gomme élastique dans le canal. J'ai guéri, ajoute M. Dieffenbach, un assez grand nombre de ces malades, par l'usage simultané de la sonde et de cataplasmes ou de fomentations appropriées. M. le professeur Rust, qui a une si grande expérience et une connaissance si approfondie de ces sortes de lésions, a d'ailleurs jeté une vive lumière sur cette matière. J'ai eu occasion de voir aussi, à mon grand étonnement, dans un cas où presque tout le scrotum avait été détruit par une infiltration urineuse très-étendue, et où l'urine s'échappait de la fistule par une ouverture d'un demi-pouce de diamètre, tout le tissu qui avait été désorganisé se reproduire à l'urètre, par-dessus la sonde à l'aide d'une granulation riche et abondante, et en même temps le scrotum se régénérer entièrement.

La réunion des pertes de substances de l'urètre, situées à la région postérieure scrotale du pénis, est favorisée par la présence d'une couche épaisse de parties molles qui recouvrent ici ce canal, dans la profondeur, par un tissu cellulaire abondant, extérieurement, par la peau du scrotum qui se reproduit avec la même facilité qu'il a été détruit.

---

messieurs, plus ces conditions seront sévères, plus elles assureront, avec la dignité de l'art, les succès de ceux qui embrasseront cette carrière.

Il serait à souhaiter que les élèves nous arrivassent tout préparés par l'étude des mathématiques, de la physique, de la chimie, et des élémens d'histoire naturelle, à celle des sciences médicales avec lesquelles elles ont de si nombreux points de contact; ainsi, les quatre années d'inscription exigées pour le doctorat pourraient être entièrement consacrées à la médecine proprement dite, au lieu d'être en partie destinées à l'acquisition de sciences d'une importance secondaire, et dont l'attrait est souvent un écueil.

On n'est vraiment étudiant en médecine que lorsqu'on a mis le scalpel à la main, et lorsqu'on suit les hôpitaux. Si vous voulez que votre éducation médicale soit forte, fondez-la sur l'étude de l'organisation et sur l'observation clinique, comme sur un roc inébranlable. Les sciences médicales (permettez-moi cette comparaison) sont toutes greffées sur l'anatomie comme sur un sujet; plus les racines ont profondes, plus la sève sera riche et abondante, plus la tige sera vigoureuse t se chargera de fleurs et de fruits.

Vous êtes revêtu du titre de docteur : vous avez subi vos examens avec distinction. Votre dissertation inaugurale n'a point été une vaine formalité, mais un acte sérieux dans lequel vous avez éclairé, par des faits nouveaux ou par des recherches bibliographiques, un point de doctrine encore obscur. Vous arrivez dans la pratique, non, comme autrefois, simple théoricien ou discoureur habile; la fréquentation assidue des hôpitaux, qui, grâces aux leçons cliniques, ne sont plus un champ solitairement exploité par quelques médecins privilégiés, mais bien des sources d'instruction abondantes et pures, vous a donné une expérience précoce, supérieure peut-être à celle que vous auraient acquise vingt ans de pratique particulière.

Vous voilà praticien; et déjà que d'études, que de veilles, que d'efforts! cependant votre carrière ne fait que s'ouvrir. La vie du médecin est une vie de labeur, d'abnégation, de sacrifices; esclave volontaire, vous êtes attaché à la glèbe du devoir le plus rigoureux; vous ne vous appartenez plus, vous appartenez à l'humanité souffrante. Pour vous, plus de doux loisir, pas un jour que vous puissiez consacrer au repos, aux plaisirs, au bonheur des champs, aux lettres et aux arts que vous avez cultivés dans votre jeunesse, et que vous aimez passionnément, peut-être!

Vous rentrez épuisé de fatigue : on vient vous chercher encore, et vous ne pouvez pas, vous ne devez pas dire : A demain. Le sommeil du médecin est le seul qu'on ne respecte jamais. Malheur à lui s'il refuse son ministère, il trahi son devoir!

Tous les momens du médecin doivent être partagés entre l'étude et la pratique : la pratique qui fournit les matériaux, l'étude et la réflexion qui les coordonnent et les fécondent. La médecine n'est pas seulement une science d'observation, mais tout ensemble une science d'observation et de raisonnement. L'expérience que n'éclaire pas le raisonnement, c'est la routine, c'est l'empirisme. On ne saurait donc assez inviter les hommes de l'art à suivre le mouvement de la science; car la médecine, comme toutes les sciences de faits, ne saurait rester stationnaire; et il n'a été donné à aucune intelligence humaine de poser en médecine les colonnes d'Hercule. Mais, messieurs, je me hâte de le dire, le progrès, ce n'est pas toujours le mouvement : car il est un mouvement sur place, il est un mouvement circulaire, il est un mouvement rétrograde, et voilà pourquoi on ne

Mais il en est autrement quand il s'agit de fistules à la portion antérieure et libre de l'urètre. Là ce canal n'est recouvert que par les corps caverneux et par la peau du pénis, qui, semblable à celle des paupières, n'a que l'épaisseur d'une feuille de papier, et est loin de posséder, comme l'enveloppe scrotale, la même faculté de se reproduire. Elle peut donc rarement donner naissance à des bourgeons charnus nécessaires pour restaurer la perte de substances de l'urètre.

A ces obstacles s'en joint un autre qui n'est pas moins grand, c'est l'écoulement continu de l'urine par l'ouverture fistuleuse. Les plaies, résultant de l'opération de la taille, à la partie postérieure de l'urètre ou au col de la vessie, guérissent en général avec facilité, à raison de l'abondance des bourgeons charnus qui s'élèvent de la couche épaisse des parties molles environnantes, et dont le développement n'est point arrêté par l'écoulement de l'urine. Mais à la partie antérieure et libre de l'urètre, n'y aurait-il qu'une fente extrêmement fine, le contact de l'urine empêche tout travail de cicatrisation, tout effort plastique, que la plaie soit récente, ou que les bords d'une ancienne solution de continuité aient été rafraîchis pour produire une inflammation artificielle.

Les lèvres d'une pareille plaie s'altèrent, et tout suintement de lymphe coagulable s'arrête à leur surface dès qu'une goutte d'urine vient à les toucher; et, s'il y a déjà un commencement d'agglutination, ces mêmes lèvres se séparent aussitôt.

Je ne dois cependant pas passer sous silence que j'ai réussi à guérir des plaies récentes, accidentelles de l'urètre au pénis, avec la même facilité que d'autres plaies simples. De plus, j'ai parfois incisé la verge jusque dans l'urètre, soit pour extraire de grands calculs rénaux, solidement cochâssés, et se refusant à toute tentative de broiement, ou d'autres corps étrangers introduits par l'orifice externe, soit pour remédier à une infiltration de l'urine qui s'était faite dans le pénis même, sans atteindre le scrotum, à la suite de rétrécissemens du canal, et où il n'y avait plus moyen de donner issue au liquide extravasé, soit enfin dans le cas où une main peu exercée avait fait fausse route avec la sonde. Dans ces différentes circonstances j'ai quelquefois obtenu une cicatrisation rapide, sans aucun accident et à l'aide d'un traitement simple. Mais ce sont là des exceptions qui n'infirment point la règle.

La guérison des ouvertures fistuleuses de l'urètre à l'extrémité antérieure et libre du pénis; qu'elles soient grandes ou petites, anciennes ou récentes, doit donc être considérée comme un phénomène extrêmement rare en chirurgie, et, ainsi que je l'ai déjà dit, il est même des chirurgiens qui la regardent comme entièrement impossible. L'homme de l'art qui affirmerait le contraire en parlerait comme un aveugle des couleurs, ou bien, le hasard seul l'aurait favorisé dans un cas de cette nature. A l'exception de quelques succès extrêmement rares, obtenus dans ces derniers temps, et que l'on peut citer comme des monuments vivans des progrès de la chirurgie moderne, il n'existe point, ou du moins je ne connais point d'exemples de guérison de pareilles fistules. Encore moins a-t-on tracé des méthodes opératoires applicables selon la diversité des cas. Ces méthodes, que la théorie n'a pu créer, sont nées d'une longue expérience.

L'importance du sujet m'a engagé à réunir ce que de nombreuses observations m'ont enseigné à cet égard; qu'il me soit permis d'en faire connaître ici le résultat.

La grandeur des ouvertures contre nature à la partie antérieure et libre de l'urètre chez l'homme varie depuis une fente extrêmement fine qui ne permet que l'introduction d'une barbe de plume ou d'une soie très-mince jusqu'à une cavité capable de recevoir l'extrémité d'une grosse sonde; tantôt ces ouvertures m'ont présenté le diamètre d'une lentille ou d'un gros pois, tantôt elles offraient une largeur de trois à quatre lignes et plus; dans quelques cas il manquait un morceau entier de l'urètre avec son enveloppe tégumentaire dont la perte de substance excédait toujours celle de ce canal, de manière que celui-ci ne se trouvait plus entouré par la peau formant un bourrelet.

Les chances de guérison de ces ouvertures fistuleuses dépendent moins de leur largeur que de la place qu'elles occupent le long de la face antérieure et libre du pénis. Les plus faciles à fermer sont celles situées à proximité du scrotum, à raison de la surabondance et de la texture plus ferme de la peau de cette partie.

Vers le milieu du pénis, la guérison devient déjà plus difficile; elle est très-rare et presque impossible quand la perte de substance a une certaine étendue et qu'elle intéresse la portion de l'urètre située immédiatement derrière le gland, au point d'insertion du frein; dans ce cas, ce dernier est nécessairement toujours détruit; une perforation légère du gland même présente moins de difficultés; mais ce qui en offre plus que tout le reste, c'est l'hypospadias, au degré même le plus léger, où il n'existe qu'une simple fente du gland; plus cette fente s'étend en longueur, plus la difficulté augmente, et elle devient excessive quand la solution de continuité atteint jusqu'à la vessie. En général, les cas les plus défavorables sont ceux où ces ouvertures contre nature sont congénitales, comme l'hypospadias et l'épispadias partiels ou complets.

Les accidens et incommodités que ces ouvertures fistuleuses entraînent à leur suite varient en raison de leur siége et de leur étendue.

Dans les fistules dont la fente est, pour ainsi dire, capillaire et dont on ne découvre souvent l'orifice externe qu'avec une extrême difficulté, il ne suinte, pendant l'émission des urines, qu'une goutte très-tenue de ce liquide qui en trahit le siége; plus ces ouvertures s'élargissent, plus la quantité d'urine qui s'en échappe augmente; enfin dans les fistules très-considérables, ce liquide sort en totalité, ou du moins en très-grande partie, par ces voies insolites. Dans l'épispadias, la quantité d'urine qui s'écoule le long de la fente urétrale, comme dans une rigole, est encore assez notable.

Plus l'endroit où s'est faite la perte de substance est près du scrotum, plus cette dernière a d'étendue, plus le malade sera exposé en urinant, à humecter ses vêtemens. Dans l'acte du coït, le sperme suivra tantôt sa direction naturelle, tantôt il en déviera, selon la grandeur de l'ouverture; les fistules extrêmement fines ne paraissent pas pouvoir lui livrer passage.

Les fistules urétrales congénitales ou acquises, exercent sur le moral des malades une influence très-fâcheuse et difficile à décrire. J'ai vu, dit l'auteur, des individus, atteints de ce mal depuis nombre d'années, qui, à part une légère incommodité en urinant, jouissaient du libre exercice de toutes leurs fonctions; je les ai vus maudire l'existence, désespérer de leur bonheur à venir, et parler même de suicide; cependant, nul d'entre eux ne s'est jamais porté, à ma connaissance, à cette funeste extrémité.

Je n'ai jamais observé que les fistules fines perforassent l'urètre de

---

saurait trop répéter que l'érudition est indispensable au médecin, mais que, pour porter tous ses fruits, elle ne doit pas être limitée aux auteurs contemporains, qu'elle doit interroger presque également, et les auteurs modernes, et les auteurs anciens : la lecture des anciens, en faisant passer sous nos yeux, comme dans un tableau vivant, les observations faites à toutes les époques et sous l'influence des doctrines les plus diverses, nous affranchit de la séduction des idées du jour, nous dispense du soin de recommencer à chaque instant la science, et de donner comme nouvelles des choses dites et jugées depuis des siècles. L'érudition peut, en outre, nous ramener vers une direction oubliée, mais féconde, qui, reproduite avec le secours des acquisitions nouvelles, peut régénérer la science.

Messieurs, tous les hommes ne sont pas aptes à la pratique de la médecine : un sens droit, un discernement exquis, un esprit positif. voilà les conditions indispensables pour le praticien. L'art d'observer exige moins d'imagination que de rectitude, moins d'élévation dans l'esprit peut-être que de sagacité, d'attention et de persévérance.

Il est des esprits qui ne se plaisent que dans le monde des abstractions, et qui se trouvent mal à l'aise dans le monde des réalités. La plume, un auditoire nombreux les inspirent; mais la vue d'un malade ne les inspire jamais. Leur esprit généralisateur ne saurait se plier à la marche froide, sérieuse, patiente de l'observation. Ils brilleront peut-être dans une discussion, dans un enseignement théorique; leurs ouvrages seront remarquables par des vues philosophiques; mais brisez l'écorce, sortez-les des généralités où ils ont soin de se retrancher, forcez-les de vous suivre sur le terrain des faits, ils ne se retrouvent plus, leurs forces les abandonnent. Pour eux, un aperçu, c'est un fait; une idée *à priori*, un point de départ; une induction, une vérité démontrée : ce sont les métaphysiciens ou les poètes de la science; ils ne seront jamais praticiens.

Indépendamment de la science et des qualités de l'esprit dont je viens de vous tracer le tableau, aucune qualité du cœur ne saurait être étrangère au médecin : comment se passionnera-t-il pour un art dont l'étude et la pratique sont hérissées de tant de difficultés, si le froid égoïsme a glacé son âme, si l'intérêt est le mobile de ses actions, s'il n'a de paroles douces et consolantes que pour le riche, et s'il n'aborde le pauvre qu'avec indifférence, brusquerie ou dédain?

On dit que l'exercice de la médecine, et surtout l'exercice de la chirurgie, endurcit le cœur. Oui, il émousse cette sensibilité des nerfs qui trouble les sens; mais il laisse intacte et pure cette sensibilité de l'âme, cette sensibilité virile qui compatit à la douleur, qui l'abrège, qui la console, qui relève le courage abattu, laisse à l'homme de l'art assez de sang-froid pour remédier à un accident imprévu, et se concilie avec une inébranlable fermeté.

Cette sensibilité de l'âme, c'est l'humanité, c'est la bienfaisance. L'humanité et la bienfaisance sont par excellence les vertus du médecin, et le bonheur qui s'attache à l'exercice de ces vertus, sa plus douce récompense. Placé par sa position sociale entre les classes riches et les classes pauvres, le médecin est en quelque sorte médiateur entre les unes et les autres; il fait descendre sur le pauvre les faveurs du riche, comme aussi il fait remonter vers le riche la reconnaissance et les bénédictions du pauvre. Il est le protecteur-né de tous les malheureux, souvent leur unique appui, leur consolateur et leur ami. Gardez-vous de lui en vouloir si, passant tour à tour de l'étroit réduit où gémit une famille sans pain, dans les salons de l'opulence, son âme est parfois brisée; si, toujours corps à corps avec la misère et la douleur, voyant le but sans s'inquiéter des moyens de l'attein-

de hors en dedans, ni dans une direction verticale, droite, comme cela arrive pour les plus grandes ouvertures; le trajet fistuleux suivait constamment une direction oblique de dedans en dehors et d'arrière en avant.

La plus grande étendue de ces fistules a été, dans un cas, d'un pouce; ordinairement elle est de 6 à 9 lignes. L'orifice interne est toujours plus large que l'externe, et le canal a parfois la forme d'un entonnoir d'arrière en avant et de dedans en dehors, surtout dans les cas où l'orifice externe est tellement étroit, que la peau se trouve à peine humectée quand le malade urine. Il peut arriver que, de temps en temps, il ne sorte pas une goutte d'urine par ces fistules si étroites. Si on examine une première fois un malade dans un pareil moment, et que l'orifice externe de la fistule ne puisse être trouvé, on fait comprimer le gland par le malade, afin que l'urine, ne pouvant pas sortir par l'orifice de l'urètre, vienne heurter contre la fistule, à travers laquelle on en voit alors suinter ordinairement quelques gouttes. Ce moyen d'exploration ayant un jour manqué à l'auteur, le malade lui en indiqua un autre plus certain; il prit un morceau de batiste fine d'un demi-pouce carré, et l'appliqua sur l'endroit du pénis où on soupçonnait l'existence de la fistule. Saisissant avec deux doigts d'une main le gland, il ferma, en comprimant, l'orifice externe de l'urètre, tandis qu'avec deux doigts de l'autre main il serra modérément le linge contre le pénis; il poussa ensuite l'urine dans l'urètre et la laissa s'écouler rapidement en abandonnant tout à coup le gland. En examinant le morceau de batiste, qui était devenu adhérent au pénis, on vit une empreinte humide de la grandeur d'une tête d'épingle; ce guide suffit pour faire découvrir à l'instant l'orifice fistuleux externe.

Les parois des fistules très-étroites sont en général d'une telle délicatesse, qu'on ne sent extérieurement ni dureté, ni épaississement. Quelquefois cependant on perçoit une légère dureté, comme une corde mince qui s'étend obliquement d'avant en arrière.

Il n'est pas rare de voir le suintement de l'urine s'arrêter périodiquement dans une fistule et donner lieu à un abcès urineux.

Lorsqu'on a découvert l'orifice externe, parfois invisible, d'une fistule capillaire, on peut, en raison de l'élasticité des tégumens du pénis, introduire une corde à boyau très-fine, effilée et huilée avec soin. Lorsqu'on a pénétré à une profondeur de quelques lignes, on coupe l'autre extrémité restée en dehors à une distance de quelques lignes aussi; on la fixe au moyen d'une petite bandelette agglutinative, et on recouvre le tout d'un morceau de linge, puis on verse sur cette partie de l'eau chaude, jusqu'à ce que la corde se soit gonflée. Le trajet fistuleux se trouve ainsi dilaté; et comme il est toujours plus large en arrière qu'en avant, son examen devient plus facile, et on peut dès-lors y introduire une petite sonde délicate; si l'on a eu soin d'introduire dans l'urètre une sonde cannelée, la cannelure, dirigée en bas au moment où l'extrémité de la bougie qui a pénétré par la fistule a rencontré la cannelure, on entend un petit bruit produit par le contact des deux instrumens.

Pour déterminer la largeur et la forme d'une fistule, on se sert de l'extrémité d'un cathéter à la partie antérieure de laquelle on a adapté, d'après Ducamp, un morceau de cire à modeler. Lorsqu'on est arrivé avec ce bouton de cire à l'orifice interne de la fistule, on comprime latéralement le pénis de manière que la cire s'enfonce dans cette dernière; l'empreinte prise, on retire le cathéter et on le plonge dans l'eau froide; de cette façon on n'a pu prendre d'une manière parfaite que la forme de l'orifice interne; aussi n'a-t-on besoin que de cette dernière.

L'examen des fistules plus larges dans lesquelles on peut introduire, sans préparation aucune, l'extrémité d'une sonde, se fait d'une manière plus simple et plus facile.

Lorsqu'il existe une grande perte de substance de l'enveloppe tégumentaire et d'une portion de l'urètre, la paroi de ce canal opposée à l'ouverture apparaît comme un velours cramoisi, et on peut facilement arriver, avec une sonde de femme, depuis l'orifice externe de l'urètre à l'ouverture fistuleuse, et, en introduisant cette même sonde par cette dernière ouverture, la faire ressortir, dans un sens opposé, par l'orifice urétral naturel.

Dans les cas où l'urine s'écoule depuis longtemps par une ouverture contre nature, la portion de l'urètre située en avant se dessèche peu à peu, la sécrétion muqueuse venant à tarir insensiblement. Plusieurs fois l'auteur a retiré, avec le cathéter, une matière muqueuse gluante, même caséeuse, et il s'est rencontré souvent que l'urètre était entièrement desséché, uniformément rétréci dans toute sa longueur, et sa muqueuse endurée; dans les cas récens, toutes ces parties étaient extrêmement sensibles.

MANIÈRES DIVERSES DONT GUÉRISSENT LES FISTULES ET OUVERTURES CONTRE NATURE, A L'EXTRÉMITÉ ANTÉRIEURE ET LIBRE DU CANAL DE L'URÈTRE.

Les fistules ou ouvertures contre nature de l'urètre peuvent se réunir et se cicatriser, soit par le développement de bourgeons charnus aux lèvres de la plaie, soit par première intention, en provoquant au pourtour de ces ouvertures une inflammation adhésive par cautérisation, ou en avivant leurs bords que l'on réunit ensuite par suture.

A. OBSERVATIONS ET PROCÉDÉS OPÉRATOIRES RELATIFS AUX FISTULES ÉTROITES.

Quelque simple que paraisse au premier abord la réunion des fistules urétrales étroites, rien cependant n'est plus difficile; les deux méthodes les plus usitées, la *cautérisation* et l'*incision*, employées sur le même individu, ont souvent échoué.

1° CAUTÉRISATION.

Je pratique la cautérisation de la manière suivante :

Je commence par dilater le trajet fistuleux de la largeur d'une plume de corbeau au moins, au moyen d'une corde à boyau que l'on introduit par l'ouverture externe, et que l'on peut faire ressortir par l'orifice urétral si la fistule se trouve près du gland; puis je place dans l'intérieur de l'urètre une bougie en cire, tant pour préserver l'intérieur du canal de l'action du caustique, que pour pouvoir mieux fixer le pénis. Il faut que cette bougie soit de moyenne grosseur; trop mince, elle permet facilement au caustique qui est ordinairement liquide de filtrer à côté; trop volumineuse, elle distend trop le trajet fistuleux, et le pinceau imbibé de la liqueur irritante ne peut pénétrer assez profondé-

---

dre, il fatigue de ses réclamations toutes les administrations de bienfaisance, qui, dans la sphère élevée où elles sont placées, ne voient que les masses ou les surfaces, et descendent rarement dans les détails des douleurs individuelles.

Aux yeux du médecin, suivant le langage sublime d'*Hyppocrate*, tous les malades sont égaux, comme tous les hommes aux yeux de la Divinité. A travers les habits brodés de l'opulence, comme à travers les haillons de la misère, le médecin ne voit que des organes souffrans, et n'établit entre ses malades d'autre différence que celle qui résulte de la gravité de la maladie et de l'urgence des secours.

« Si les fonctions du médecin sont belles, dit *Vicq-d'Azir*, c'est moins dans » les palais et parmi les grandeurs, où les motifs, soit apparens, soit réels, de » l'intérêt, ne laissent aucune prise à ceux de l'humanité, que dans les demeures » étroites et malsaines du pauvre. Là, point de protecteur, point de cupidité; » la renommée n'approche pas de ces asiles; tout s'y fait, hormis la douleur, qui » les fait si souvent retentir de leurs sanglots. Les victimes de la misère, ce les de » la maladie et de la mort, entassées, confondues, y offrent un tableau déchirant » et terrible : c'est là qu'il est possible de faire le bien, où l'homme peut secourir » l'homme sans concours et sans témoins. »

Ne soyez donc pas étonnés, messieurs, si la médecine exerce sur la société une part d'influence aussi directe que puissante, et si elle a pu être considérée comme une espèce de sacerdoce.

On a dit tout récemment que, dans l'état actuel de la société, les hommes de loi avaient gagné en influence ce que les ministres des autels avaient perdu; on eût dit plus vrai en appliquant cette idée aux médecins. Qu'est-ce que les intérêts de la fortune à côté de l'intérêt de la conservation? Le médecin est le confident le plus intime des familles; devant lui tombent tous les voiles de la vie privée; c'est à lui qu'on révèle ces maux de l'âme, source si fréquente des maux du corps, et sur lesquels il sait répandre un baume consolateur.

Que de larmes essuyées, que de bienfaits ensevelis dans le mystère le plus impénétrable! Combien de fois le médecin n'a-t-il pas prévenu ce crime affreux qui donne la mort pour cacher la faute qui donne la vie! Ce malheureux roulait dans son âme des projets de suicide; vous l'avez deviné, vous lui arrachez son secret, il est sauvé. Tous les jours le médecin, par ses sages conseils, réconcilie des familles divisées, prévient des ruptures scandaleuses, aide de son crédit, de ses démarches et même de sa bourse ses clients dans le malheur; car, Messieurs, nos malades deviennent nos amis, amis d'autant plus chers qu'ils sont plus malheureux.

Quelle prudence, quelle réserve, quelle discrétion, quelle délicatesse ne nous impose pas notre profession! Admis au foyer domestique, vous considérez comme un dépôt sacré, votre bouche ne révélera jamais ce que vos yeux auront vu, ce que vos oreilles auront entendu; et, lors même que la plus noire ingratitude viendrait payer vos soins généreux, les ingrats peuvent dormir tranquilles; leur secret mourra dans votre cœur.

Non, messieurs, aucune considération humaine ne pourrait nous arracher un secret qui nous aurait été confié dans l'exercice de notre profession; plus forte que les promesses et que les menaces; notre conscience de médecin protesterait contre toute violence, et répondrait par ces énergiques paroles : « Nous ne le » devons pas! »

Est-il besoin de vous parler de la moralité du médecin? On lisait sur le frontispice du temple d'Épidaure : « L'entrée de ces lieux n'est permise qu'aux âmes

ment. La bougie introduite, l'opérateur cautérise en tout sens, au moyen d'un pinceau imbibé de teinture de cantharides concentrée; tous les points de l'ouverture fistuleuse, pendant une demi-minute. Il faut avoir soin de ne pas trop charger le pinceau; lorsqu'on a dans l'espace de six à huit heures répété trois fois la cautérisation, on sort la bougie à la place de laquelle on introduit dans la vessie une sonde élastique de grosseur moyenne que l'on fixe autour du pénis au moyen de fils fins et arrondis. Il est bien entendu que le malade doit être couché et garder le plus grand repos. Le lendemain on détache avec une pince délicate l'épiderme qui a été soulevé, et on porte dans le fond de la plaie un morceau d'éponge fine et desséchée, au moyen de laquelle on irrite encore davantage le trajet fistuleux, et on achève le décollement du reste de l'épiderme. Après quelques jours seulement, lorsqu'il s'est fait un commencement de suppuration, on renouvelle l'application de la teinture de cantharides jusqu'à ce que des bourgeons charnus se soient suffisamment développés. La sonde doit être changée tous les deux jours; le traitement est légèrement antiphlogistique. J'ai vu chez deux malades des fistules assez larges être réduites à une ouverture étroite, au moyen de la cautérisation de l'orifice externe par le nitrate d'argent; dans ces cas, l'orifice externe s'était d'abord cicatrisé, mais comme l'urine avait continué à passer par l'orifice interne, la première s'était bientôt ouverte de nouveau.

Rarement j'ai vu réussir la méthode par cautérisation seule; lors même que l'orifice externe s'était fermé et recouvert d'une nouvelle pellicule, elle ne tardait point à se rouvrir, soit par le contact de l'urine venant frapper avec trop de rapidité contre la nouvelle cicatrice, soit par les effets du coït. Les malades abandonnaient ordinairement tout espoir surtout après une second essai, et l'opérateur les perdait de vue.

2° SUTURES.

a. Suture entrecoupée après cautérisation préalable. Après avoir avivé avec de la teinture de cantharides les bords du trajet fistuleux, on passe, au moyen d'une aiguille fine et courbe, à une demi ligne ou une ligne des bords de la plaie, dans la profondeur de la fistule, un fil dont on noue les extrémités que l'on coupe à quelque distance du nœud; il faut avoir soin d'enfoncer l'aiguille obliquement de haut en bas, et de toucher la sonde près de l'orifice interne afin que les bords de cette dernière soient également compris dans la ligature.

J'ai employé cette méthode trois fois et toujours sans succès; chaque fois il s'est développé une inflammation violente et chez un malade il est survenu une légère infiltration de l'urine dans le tissu cellulaire. Dans tous les cas les fils des ligatures avaient coupé les parties molles de sorte qu'on avait été obligé de les enlever dès le troisième jour. Les fistules s'étaient notablement agrandies, et on pouvait espérer qu'elles guériraient par suppuration, mais ceci n'eut pas lieu. Cependant chez un de ces trois malades il survint une cicatrisation complète, par la cautérisation répétée pendant plus de trois mois; dans cet intervalle cet individu, qui était un cordonnier de 22 ans, ne porta point de sonde et continua à vaquer à ses occupations.

b. Suture entortillée également après cautérisation. La cautérisation a lieu de la même manière que dans le cas précédent; la fistule est d'abord élargie au moyen d'une corde de boyau, puis on en touche les bords avec un pinceau trempé dans de la teinture de cantharides.

Obs. I. — Chez un jeune étudiant en théologie de 22 ans, après avoir dilaté et cautérisé les parties, les bords de la fistule furent percés à la distance d'une ligne de chaque côté, par une aiguille à insecte qui fut entourée d'un fil; les bouts du fil et les extrémités de l'aiguille furent coupés près des tégumens; la ligature parut d'abord bien aller, mais le troisième jour, l'aiguille se relâcha; on la laissa néanmoins en place; le quatrième elle tomba avec le fil, et les bords de la fistule s'écartèrent de nouveau; l'ouverture qui. s'était nécessairement agrandie, fut pansée avec une pommade irritante et revint ainsi, en se couvrant de granulations, à son ancien diamètre; le malade ne voulut point se laisser opérer une seconde fois, depuis lors je ne suis plus revenu à cette méthode.

c. AVIVEMENT DES BORDS DE LA FISTULE ET SUTURE ENTRECOUPÉE.

Obs. II. — Le premier malade que j'ai essayé d'opérer par ce procédé était un jeune négociant de 28 ans; je dilatai d'abord la fistule, puis j'introduisis entre ses lèvres une petite lame de bistouri de la largeur d'un brin de paille, je fixai légèrement la pointe de l'instrument dans une bougie en cire placée dans l'urètre, et en tournant plusieurs fois sur son axe le manche octogone du petit couteau, je fis agir la lame sur les parois du canal fistuleux à la manière d'un foret; il se montra quelques gouttes de sang; l'épiderme qui avait été détaché fut enlevé avec une pince fine; quelques filamens flottans furent excisés avec des ciseaux à cataracte; la ligature fut appliquée comme de coutume, et des fomentations froides, faites pendant quelque temps; l'opération ne réussit pas, il survint de la suppuration et le fil déchira les parties molles. La fistule revenue à son état primitif, le malade refusa de se soumettre à un nouvel essai; il avait été déjà opéré, quelques années auparavant, par ma méthode de cautérisation, également sans succès.

Je tentai le procédé, que nous venons de décrire, dans plusieurs autres cas et dans des conditions semblables; dans un seul la guérison eut lieu et non point par première intention, mais par suppuration. La ligature se rompit, et il survint un léger épanchement d'urine; je donnai issue au liquide par une petite incision; je fis porter au malade une sonde pendant quatre semaines, au bout desquelles la fistule fut complétement cicatrisée.

d. AVIVEMENT ET SUTURE ENTORTILLÉE.

Obs. III — Le premier malade que j'opérai ainsi était un jeune baron qui portait une petite fistule à la partie antérieure du pénis; j'avivai les bords comme dans les cas précédens, puis je perçai la peau et le tissu cellulaire à une ligne des lèvres de la plaie avec une fine aiguille à insecte que j'entourai d'un fil; ensuite je coupai en même temps les bouts du fil et les extrémités de l'aiguille près de la peau; je n'introduisis pas de sonde dans l'urètre. Au bout de quelques jours, l'aiguille se relâcha; il ne survint d'abord pas de suintement d'urine; mais le jour même où je crus pouvoir considérer la fistule comme guérie. il se montra de nouveau quelques gouttes de ce liquide. Le malade ne voulut pas courir une seconde fois les chances d'une opération.

Obs. IV. — Je fus plus heureux dans un autre cas Le malade était un homme de trente ans; il portait une fistule très-près du prépuce; je changeai l'ouverture externe en une plaie de deux lignes de longueur, puis je passai avec une aiguille à insecte par le fond de la plaie, sans intéresser le moins du monde les bords cutanés de la fistule; j'entourai mollement l'aiguille avec un fil, de façon que les extrémités de cette dernière vinssent s'appuyer sur les bords tégumentaires qu'elles tinrent écartés; la plaie resta ainsi béante à l'extérieur. En introduisant une sonde dans le canal de l'urètre, je pus parfaitement sentir le milieu de l'aiguille qui tenait vraisemblablement rapprochées les lèvres de l'orifice cutané de la fistule; je ne laissai point de cathéter à demeure et me bornai à des fomentations réfrigérantes; la guérison eut lieu à ma grande satisfaction d'une

---

» pures. » « Je conserverai ma vie pure et sainte, est-il dit dans le serment » d'*Hippocrate*. Lorsque je serai admis dans une maison, je me tiendrai pur de » de toute injustice et de toute corruption. » *Castam et ab omni scelere puram, tùm vitam, tùm artem meam perpetuò præstabo.*

Comment le médecin inspirera-t-il la confiance, s'il n'inspire pas l'estime? et comment l'estime, sans la vertu, sans les bonnes mœurs? Le chef de famille l'introduirait-il dans sa maison, l'époux lui confiera-t-il son épouse, la mère sa fille, s'il pouvait être soupçonné d'abuser de sa profession pour satisfaire des passions honteuses, ou pour tremper dans des intrigues criminelles, s'il n'était qu'un espion, un intrigant ou un corrupteur? Et, mettant de côté toute autre considération, notre profession ne doit-elle pas nous élever au-dessus des passions des sens, en brisant le prisme trompeur à travers lequel elles se présentent aux yeux des autres hommes. Pour nous, le bandeau de l'illusion est bientôt tombé, la vie est désenchantée de ses brillans mensonges; le positif des choses humaines est toujours présent, avec leur fragilité et leurs misères.

« Le médecin et la sagesse sont inséparables, dit encore le divin vieillard. La » médecine, ajoute-t-il, met en pratique tous les préceptes de la sagesse, le mé» pris de l'argent, la modération, la décence, la modestie, la probité, la dou» ceur, l'affabilité, la gravité, la juste appréciation des choses de la vie, l'éloi» gnement de toute crainte superstitieuse, le respect pour la Divinité, vers la» quelle la médecine ramène sans cesse. »

Le courage est une qualité indispensable au médecin. S'il est vrai que Galien ait fui Rome ravagée par la peste, par combien d'actes de courage et de dévoûment les médecins de tous les âges n'ont-ils pas réparé la faute d'un seul! Est-il besoin de dire que, dans une occasion récente, tous les médecins ont été fidèles au poste de l'honneur; leur attitude calme et digne, au milieu de la frayeur universelle, a rendu la sécurité à tous les esprits et prévenu d'incalculables calamités; pour la première fois, peut-être, on a vu, au sein d'une épidémie terrible, les relations sociales continuées, l'ouvrier à son atelier, le négociant à ses affaires.

Une épidémie meurtrière, c'est le champ d'honneur du médecin : c'est là qu'il déploie ce courage imperturbable, ce sang-froid qui rassure les populations terrifiées; il touche, avec Desgenettes, les bubons des pestiférés, et relève ainsi le moral abattu de notre vaillante armée d'Egypte, comme pour prouver qu'autre chose est le courage du guerrier, qui, dans l'enivrement du combat, affronte une mort glorieuse, autre chose est le courage civique, qui s'expose, par le seul sentiment du devoir, à une mort sans gloire, et dont l'imagination double encore l'horreur.

Que n'aurais-je pas à dire de ces médecins généreux qui ont fait le sacrifice de leur fortune, de leur avenir, de leur vie, pour aller sur des plages lointaines chercher la fièvre jaune et la peste, avec plus d'ardeur encore que le commun des hommes n'en met à les fuir; se soumettre aux expériences les plus périlleuses, pour résoudre, dans l'intérêt de l'humanité, la grande question de la contagion; revêtir la chemise imprégnée de la sueur d'un malade qui vient d'expirer, et s'inoculer toutes les matières susceptibles d'inoculation.

Au courage du médecin s'allie le désintéressement : tous les médecins se font un honneur d'exercer leur profession dans les rangs de la classe indigente; et si, grâces aux bureaux de charité et aux dispensaires, la médecine des pauvres est devenue pour le jeune médecin un moyen de se faire connaître, un intermédiaire presque obligé pour arriver aux salons de l'opulence, combien de médecins, par-

manière complète ; je n'enlevai l'aiguille que le cinquième jour ; une riche granulation la recouvrait ainsi que le fil ; j'usai de beaucoup de précaution et je ne pus l'extraire qu'après avoir coupé auparavant le fil avec des ciseaux à cataracte.

B. MÉTHODES ET PROCÉDÉS OPÉRATOIRES DANS DE VÉRITABLES PERTES DE SUBSTANCE A LA PARTIE ANTÉRIEURE ET LIBRE DE L'URÈTRE.

La guérison de grandes pertes de substance de l'urètre est d'une difficulté bien plus grande que celle des simples fentes ou fistules capillaires.

Dans les perforations anciennes et dont les bords sont depuis longtemps recouverts d'une pellicule, la cautérisation, employée pour provoquer, au moyen de bourgeons charnus, la cicatrisation des ouvertures, échouera certe toujours, et la suture sanglante ordinaire elle-même sera d'un faible secours.

Ayant vu ces moyens être d'une inefficacité complète dans un grand nombre de cas, j'ai tenté de nouvelles routes, en modifiant successivement les anciennes méthodes, et en en créant d'autres plus ingénieuses et plus sûres à la fois.

1° MÉTHODES ANCIENNES.

a. SUTURE ENTRECOUPÉE.

OBS. V. — J'employai ce procédé opératoire chez un relieur âgé de 36 ans, qui avait à la partie moyenne et antérieure un trou de la grandeur d'un pois par lequel l'urine passait en grande partie. Après avoir placé une sonde dans l'urètre, j'avivai, au moyen du bistouri, les bords cutanés de la fistule dont j'enlevai de chaque côté une bande très-étroite, de manière à donner à chaque extrémité de la plaie la forme d'un angle très-aigu ; j'appliquai ensuite quatre points de suture, je fis faire des fomentations froides et recommandai un régime très-sévère et le repos le plus absolu. Malgré ces précautions, les tégumens furent pris d'une inflammation intense, et le troisième jour après l'opération on put exprimer de la plaie quelques gouttes d'un liquide séreux et urineux ; les ligatures s'étant relâchées le quatrième jour, on les enleva ; les bords, d'une couleur grisâtre, s'entrouvrirent, et au bout de quelques semaines se cicatrisèrent séparément ; le malade, dont la fistule était revenue à son état primitif, se soumit, après trois mois, à une seconde opération, mais sans plus de succès que la première fois.

b. TENTATIVE DE RÉUNION D'UNE GRANDE OUVERTURE FISTULEUSE DE L'URÈTRE PAR LE RAPPROCHEMENT DE DEUX PLIS LATÉRAUX DE LA PEAU, LA SUTURE ENTORTILLÉE ET DES INCISIONS LATÉRALES.

OBS. VI. — Cette première modification à la suture simple fut essayée sur un malade de 34 ans, qui avait été affecté de chancres et de blennorrhagies répétés. Il y a 10 ans, à la suite de ces affections syphilitiques, il se forma à la partie antérieure et libre du pénis un abcès urineux qui s'ouvrit et amena la destruction d'une partie de l'urètre. En examinant le malade, je trouvai qu'outre l'ouverture fistuleuse qui avait bien un demi-pouce de long, il existait encore un rétrécissement de l'urètre qui formait obstacle à l'excrétion libre de l'urine. A la suite de ce rétrécissement et de la rétention d'urine, il s'était formé une infiltration considérable de ce liquide dans le tissu cellulaire du scrotum développé outre mesure, ainsi que dans le périnée qui était devenu dur et calleux ; le scrotum était perforé en plusieurs endroits ; on remarquait de plus quelques ouvertures fistuleuses, dont trois près de l'anus et une au périnée ; de toutes il suintait goutte à goutte une urine séreuse et fétide. Au moyen de bougies et d'un cathéter, dont je graduai successivement le calibre, et par l'application de grands cataplasmes chauds, je parvins à améliorer un peu l'état du malade. L'urine put reprendre son cours naturel par le canal de l'urètre ainsi dilaté, jusqu'à l'ouverture fistuleuse de l'extrémité antérieure, l'infiltration du scrotum et du périnée disparut et les fistules de cette région se fermèrent. Je procédai ensuite à la dilatation graduelle de la partie antérieure par laquelle, depuis 10 ans, il ne s'était plus échappé une seule goutte d'urine, elle était si desséchée et d'une telle rigidité que d'abord on ne put y introduire, par l'orifice externe naturel du gland une bougie des plus fines ; l'introduction de cette dernière par l'ouverture fistuleuse ou contre nature souffrit moins de difficulté. L'irritation causée par l'introduction de la bougie fut si grande que l'enveloppe tégumentaire de la verge se tuméfia, et donna lieu à un paraphimosis que l'on dissipa par l'application de cataplasmes arrosés d'eau blanche.

Après avoir dilaté ainsi tout le canal de l'urètre et écarté tous les obstacles qui s'opposaient à l'écoulement libre de l'urine, j'arrivai au moment le plus épineux de la cure, à la réunion de l'ouverture fistuleuse de l'extrémité antérieure de la verge, que je tentai par le procédé que je vais décrire.

Après avoir introduit une sonde de gomme élastique dans l'urètre, je formai à droite et à gauche de l'ouverture fistuleuse deux plis avec la peau auxquels je donnai en avant et en arrière un demi-pouce de plus que la longueur de la fistule ; je traversai ces deux plis avec des aiguilles à insecte, et rapprochai par dessus ces dernières les bords libres de la fistule, ce qui me permit de les aviver facilement, en en excisant une petite bandelette à l'aide de ciseaux bien tranchans ; j'entourai les aiguilles de fils et je plaçai les lèvres de la plaie dans le contact le plus parfait ; je passai par les angles de la plaie, rendus plus aigus, encore deux aiguilles, en tout huit aiguilles dont les extrémités furent coupées. Je terminai l'opération en faisant de chaque côté, à quelque distance de la suture, une incision longitudinale qui dépassa quelque peu la longueur de cette dernière, ce qui fit cesser à l'instant même la tension de la peau.

Malgré un régime antiphlogistique très-sévère, il survint une réaction générale et locale intense ; une première saignée du bras calma en partie les accidens inflammatoires généraux ; une seconde saignée, pratiquée le troisième jour pour combattre le gonflement du scrotum et de tout le pénis, produisit un nouveau soulagement. L'état du malade parut très-satisfaisant ; les bords de la plaie semblaient vouloir se réunir et on n'avait remarqué encore aucun suintement de l'urine. Je tirai quelques aiguilles à chaque extrémité de la suture, et les bords de la plaie restèrent adhérens ; le cinquième jour les aiguilles qui restaient se relâchèrent, j'en sortis quelques-unes et aussitôt les lèvres de la fistule s'écartèrent çà et là, ne laissant que quelques brides entre elles ; le tissu cellulaire des points qui s'étaient disjoints présentait une teinte livide ; en pressant doucement sur le pénis, je fis sortir par la plaie quelques gouttes d'une urine infiltrée ; c'est à cette infiltration qu'étaient dues la séparation des points de suture et la tuméfaction du scrotum. Le lendemain l'écartement des bords avait augmenté ; deux aiguilles restées à demeure partageaient toute la plaie en deux ouvertures d'une ligne chacune ; en retirant ces deux dernières aiguilles, le canal fistuleux se rouvrit de nouveau dans toute sa longueur dans les points même qui avaient déjà contracté de l'adhérence ; les incisions latérales guérirent par suppuration.

Cette opération, dont je ne puis donner ici que l'histoire en raccourci, a déjà été publiée dans tous ses détails dans un autre ouvrage (1). C'est la première de quelque importance que j'ai tentée pour remédier à une perte de substance de l'urètre. Il n'est pas inutile de dire que le malade fut pendant toute la durée du traitement d'une indocilité extrême.

c. Réunion des bords cutanés de la fistule par dessus la perte de substance des tuniques propres de l'urètre avec incisions latérales. Un second cas, quoique plus facile que le premier, et où j'opérai à peu près de la même manière, ne m'offrit également qu'un succès incomplet.

OBS. VII. — Un négociant, âgé de 40 ans, ayant été jeté, il y a quatre ans, sur le bord tranchant d'une commode, éprouva à la partie moyenne et antérieure de la verge une forte contusion qui fut suivie de gangrène ; il en résulta une ouverture oblongue formant à l'urètre une fente transversale à bords durs, de la grandeur d'un pois. Je commençai par changer cette fente en une plaie longitudinale, je disséquai et séparai la peau des deux côtés, et en réunis les bords par

(1) Chirurgische Erfahrungen für Wiederherstellung verstümmelter Theile des menschlichen Kœrpers nach neuen Methoden. Berlin, bei Enslin, 1829.

venus à l'apogée de leur réputation et de leur fortune, ont continué à exercer la médecine des pauvres avec le même dévouement qu'au début de leur carrière : combien qui, en se retirant de la pratique, n'ont fait exception qu'en faveur de la classe indigente ! « Mes meilleurs malades sont les pauvres, disait le grand » Boerhaave, parce que Dieu est chargé de me payer pour eux. » On lit en Angleterre, sur la tombe du docteur Fothergill, cette épitaphe, plus belle dans sa simplicité que les titres les plus fastueux : « Ci-gît le docteur Fothergill, qui, » pendant sa vie, dépensa deux cent mille guinées pour le soulagement des mal- » heureux. »

Combien il serait à désirer que les médecins eussent un patrimoine qui les mît dans une position indépendante, et qu'ils pussent exercer leur profession par les seuls principes de la bienfaisance ! Alors, dit Voltaire, ils seraient fort au-dessus des grands de la terre, ils tiendraient de la Divinité.

Je vous plaindrais si des motifs intéressés avaient présidé à votre vocation pour la médecine ; car, soyez-en persuadé, à quelques exceptions près, l'exercice de notre art conduit à une position honorable, ordinairement à l'aisance, mais bien rarement à la fortune.

Quels honoraires, d'ailleurs, pourraient dédommager le médecin de cette pressante sollicitude qui use sa vie, qui le fait s'identifier à son malade et souffrir de ses souffrances ? quels honoraires compenseront ces angoisses de la pratique qui le poursuivent jusque dans son sommeil ?

A côté d'un petit nombre de personnes qui reconnaîtront généreusement vos soins et qui acquitteront la dette du cœur, combien se croiront quittes envers vous quand, après avoir supputé le nombre de vos visites, et en avoir tarifé la valeur, elles solderont arithmétiquement vos soins, comme une monnaie qu'on échange ! combien vous paieront de la plus noire ingratitude. On a même vu des familles oublier leur propre douleur, et poursuivre d'une haine aussi injuste qu'implacable un médecin malheureux, lui imputer un revers qu'il n'a pu prévenir, et dont il est plus affligé peut-être que ses accusateurs.

Vous éprouverez dans votre vie médicale, j'en ai la triste certitude, quelques-unes de ces grandes douleurs ; la pratique la plus heureuse et même la plus brillante n'en est pas exempte. La prudence peut en diminuer le nombre ; mais il y a dans les maladies de ces coïncidences fatales, de ces apparences funestes, de ces cas malheureux dans lesquels, surpris vous-mêmes, vous n'avez pu ni prévoir ni arrêter le coup affreux qui vous menaçait.

Que si vos honoraires vous sont refusés, vous avez le droit de les réclamer devant les tribunaux : mais je vous conseille de n'user jamais de ce droit, et d'abandonner les ingrats à leur ingratitude. Et telle est la sublimité de votre profession, que si vos persécuteurs venaient de nouveau réclamer vos soins (et ils reviendront, car l'injustice est inconséquente), vous devez encore voler à leur secours. Voilà, messieurs, l'esquisse rapide des principaux devoirs du médecin.

N'oublions jamais que notre mission est une mission d'humanité, de paix, de conservation ; que devant cette haute mission disparaissent toutes les distinctions de peuples, de conditions sociales, de partis, d'opinions ; que le médecin appartient à l'humanité tout entière, et non point à une fraction de l'humanité ; que si le fer arme sa main, c'est pour réparer, et jamais pour détruire.

Le trait d'Hippocrate refusant les présens d'Artaxercès, qu'un savant pinceau nous a représenté comme un modèle de patriotisme et de désintéressement, pouvait bien être beau aux yeux de l'ancienne Grèce et de l'ancienne Rome, qui appelaient du nom de barbares tout ce qui n'était pas la patrie, et pour lesquelles

quatre aiguilles à insecte que j'entourai de fil; j'obtins ainsi une surface saignante de la peau mise en rapport avec l'urètre. Je terminai ensuite l'opération par deux incisions longitudinales de chaque côté de la suture. Tout l'appareil resta en bon état jusqu'au troisième jour; le soir la verge commença à se tuméfier; des sangsues furent appliquées au pubis et des fomentations froides faites autour des parties gonflées. Le lendemain même état. Je ne remarquai alors que trop visiblement que quelques gouttes d'urine avaient fusé le long des parois extérieures de la sonde, s'étaient infiltrées dans le tissu cellulaire et avaient donné lieu à cet engorgement. Je retirai l'aiguille la plus lâche; les bords de la plaie adhéraient par du tissu cellulaire grisâtre et sphacelé, et on put voir qu'il en était de même de tout le reste du trajet fistuleux, preuve manifeste qu'il y avait un commencement de cicatrisation qui avait été détruite par l'infiltration urinaire. Des fomentations tièdes de camomille avec l'extrait de saturne calmèrent l'inflammation. Au bout de quelques semaines, la fistule avait repris le même aspect qu'avant l'opération.

Je dois parler ici d'une opération identique que je vis pratiquer, lors de mon séjour à Paris (1834), par M. Ricord, chirurgien plein de talent et de zèle, placé à la tête de l'hôpital du Midi.

Obs. VIII. — Dans mes visites journalières à cet hôpital, M. Ricord me présenta un homme d'un âge moyen, qui avait au milieu de la verge une perte de substance d'à peu près un demi-pouce; les bords s'étaient entièrement recouverts et étaient dilatables; dans le fond on apercevait la paroi rouge et humide de la partie supérieure de l'urètre; toute l'urine passait par l'ouverture contre nature, cependant l'extrémité antérieure du canal de l'urètre, était dans un état presque normal et suffisament humectée. J'aurais eu grande envie d'opérer ce malade, mais M. Ricord qui, du reste, m'a constamment accueilli avec une sorte de distinction bienveillante, et m'a invité à plusieurs reprises à pratiquer des opérations assez importantes dans son service, témoigna le désir d'opérer lui même cette fistule. Il me pria de l'assister. J'attachai d'autant plus d'intérêt à ce malade, que M. Ricord me dit qu'il avait déjà été opéré deux fois sans succès au moyen de la suture avec incisions latérales, d'après ma methode, par un celèbre chirurgien de la capitale. En effet, on remarquait deux cicatrices bien distinctes qui s'étendaient des deux côtés dans presque toute la longueur du pénis, ce qui, pour le dire en passant, était pour moi doublement flatteur, sans cependant l'être entièrement.

L'opération fut faite en présence d'un grand nombre de docteurs et d'étudians en médecine français, allemands et anglais.

Le chirurgien commença par introduire une sonde élastique dans la vessie; il enleva avec beaucoup de dextérité une partie de l'épiderme qui recouvrait les bords de la fistule, et donna à la plaie la forme d'un ovale dont les extrémités seraient allongées et pointues; il sépara ensuite en dédolant, la peau du tissu cellulaire sous-jacent aux bords et dans tout le pourtour de la fistule; la réunion des lèvres de la plaie fut faite à l'aide d'un certain nombre d'aiguilles à insecte; je fus dans un accord complet avec M. Ricord à chaque instant et sur tous les points de l'opération, et je puis dire qu'on ne vit jamais de suture entortillée plus parfaite; les extrémités des aiguilles et des fils furent coupées; on fit des fomentations réfrigérantes et on soumit le malade à un régime sévèrement antiphlogistique. Ici encore les trois premiers jours se passèrent bien; la peau ne parut que modérément enflammée, et les bords de la plaie dans les intervalles des ligatures semblaient exactement réunis et agglutinés par de la lymphe plastique. Mais comme je ne l'ai malheureusement que trop souvent observé, cet état prospère ne se soutint pas; la peau devint d'un rouge plus foncé autour de la suture, et une légère pression exercée sur le pénis, fit sortir par la plaie quelques gouttes d'un liquide séreux ayant tout-à-fait l'odeur de l'urine; quelques aiguilles se relâchèrent, on les enleva et aussitôt les bords de la fistule s'entr'ouvrirent dans ces différens points, présentant un aspect grisâtre et un tissu cellulaire fin, sphacelé; les jours suivans les autres aiguilles furent détachées; comme il existait encore çà et là quelques brides jetées d'un bord à l'autre, on espéra qu'au moyen de bandelettes agglutinatives passées autour du pénis, on parviendrait à obtenir une nouvelle agglutination, mais le passage de l'urine par la plaie et des érections fréquentes détruisirent encore ces derniers points de suture, la seule chance qui restât au succès de l'opération; on fut obligé d'y renoncer et bientôt les bords de la fistule s'étaient recouverts d'un nouvel épiderme.

En jetant un coup d'œil sur les différentes méthodes opératoires et observations que nous venons de décrire, nous voyons que dans tous les cas c'est sans contredit le contact de l'urine avec la surface de la plaie qui s'est constamment opposé à toute cicatrisation, lors même que dans les premiers jours il s'était fait un commencement d'agglutination entre les bords de la fistule formés par la peau du pénis qu'on sait être si délicate. En effet, quelques gouttes d'urine échappées le long des parois externes de la sonde, et venant à s'épancher dans la plaie, ont presque toujours suffi pour rendre toute opération inutile. On pourrait se demander pourquoi cet accident n'est venu qu'au bout de quelques jours entraver la marche d'une opération qui s'annonçait d'abord comme devant réussir? Mais il faut observer que, si dans les premiers jours il peut se faire un commencement de cicatrisation, c'est qu'alors la sonde est exactement embrassée par le sphincter de la vessie, de manière à fermer toute issue à l'urine; plus tard, le séjour prolongé du cathéter dans l'urètre et la vessie y produit une certaine irritation; le muscle constricteur du col se relâche, et une quantité d'urine, minime, il est vrai, mais suffisante pour devenir nuisible, peut passer entre le cathéter et l'orifice interne de l'urètre; l'écoulement continu de l'urine dans un urinal ou son évacuation, souvent répétée par la sonde, ne pourrait remédier à cet inconvénient. On y parviendrait peut-être en ne laissant pas l'instrument à demeure et en ne l'introduisant qu'autant que le malade sentirait le besoin d'uriner. Mais on aurait à craindre de cette pratique des suites encore bien plus fâcheuses; ainsi le mouvement d'extention et d'élévation imprimé au pénis, le passage fréquent de l'instrument dans un organe déjà irrité, et le frottement réitéré qui en résulterait contre la paroi interne de la plaie et les bords saignans encore de la suture, seraient plus que suffisans pour s'opposer à tout travail de cicatrisation; en outre, la sonde, en la retirant, traîne toujours après elle quelques gouttelettes, ou bien elle en laisse échapper encore une plus grande quantité par les yeux, lors même qu'on a soin de fermer hermétiquement avec le pouce son orifice extérieur.

Aucune de ces précautions n'étant capable d'empêcher l'infiltration lente, cachée, insensible de l'urine, reconnaissable seulement aux suites fâcheuses auxquelles elle donnait constamment naissance, et cet accident étant la cause principale, presque unique, de la non-réussite de mes opérations, je songeai depuis longtemps à trouver un moyen de la combattre avec efficacité; j'avais d'abord pensé, ainsi que je l'ai dit dans un autre ouvrage (1), qu'en pratiquant à distance et en arrière de la fistule, à un endroit plus rapproché de la vessie, une contre-ouverture, on pourrait, au moyen d'une sonde introduite par cette dernière, empêcher l'urine d'arriver jusqu'à l'orifice fistuleux et ainsi opérer avec plus de sécurité. Lors de mon séjour à Paris, j'appris, non sans un vif intérêt, qu'un médecin français, dont j'ignore le nom, avait eu récemment la même idée que j'avais émise il y a plus de sept ans. Je ne sais si ce médecin l'a réalisée dans la pratique, ni s'il en a obtenu quelques succès; j'ai compulsé les recueils périodiques et autres publiés récemment en France, et ils n'ont rien pu m'apprendre à cet égard. Pour mon compte, je n'ai jamais mis mon projet à exécution; n'ayant pu dans plusieurs circonstances réussir à fermer des ouvertures fistuleuses, même petites, je craignis que la perte de substance antérieure, une fois guérie, la contre-ouverture elle-même ne se changeât

(1) Chirurgische Erfahrungen, 1ste Abtheilung.

---

les mots d'étranger et d'ennemi étaient synonymes; mais aujourd'hui que, sous l'influence si éminemment civilisatrice du christianisme, les chaines de l'esclavage ont été brisées, que tous les hommes ne font plus qu'une seule et même famille, que toutes les guerres ne sont plus en quelque sorte que des guerres civiles, si le fléau dévastateur régnait sur un peuple ennemi, si Artaxercès réclamait notre assistance, comme Hippocrate nous pourrions refuser ses dons, mais tous nous nous lèverons pour aller lui prodiguer les secours de notre art.

Dignes disciples d'Hippocrate, marchons d'un pas ferme et sûr dans la voie qu'il nous a tracée; méritons comme lui l'estime publique par un savoir profond, une exacte probité et une vie sans reproche. Soyons modestes dans le succès, calmes au milieu des dangers ou accidens imprévus, également éloignés de la timidité, fille de la faiblesse et de l'audace, fille de l'ignorance. Ne craignons pas de nous éclairer des conseils de nos confrères dans les cas difficiles; extirpons du fond de nos cœurs ce sentiment odieux de jalousie, d'autant plus actif qu'il s'exerce dans un cercle plus rétréci, et qui dépare trop souvent la plus belle des professions : aidons-nous l'un l'autre à porter nos fardeaux.

Ainsi, messieurs, notre art sera rendu à sa dignité première, à sa considération, à son éclat; ainsi les médecins mériteront l'application de ces belles paroles de l'orateur romain :

Homines ad Deos nullâ re propiùs accedunt quàm salutem hominibus dando.

Puissent, messieurs, les considérations que je viens de vous présenter fructifier dans vos ames! puissiez-vous, dès vos premiers pas dans la carrière, avoir toujours sous les yeux les obligations que vous avez contractées envers la société et envers vous mêmes, obligations de science, obligations d'expérience, obligations de bienfaisance, de fermeté, de moralité, de courage, de prudence, de désintéressement, d'abnégation! J'ai la confiance, messieurs, que vous me pardonnerez, si des conseils, parfois sévères, sont sortis de ma bouche, car ils sont dictés par le désir de vous être utile et par le sentiment de la dignité médicale; car ils reposent sur des principes inflexibles comme le devoir, sacrés comme la conscience.

— *Dictionnaire historique et iconographique de toutes les opérations et des instrumens, bandages et appareils de la chirurgie ancienne et moderne*, avec 1500 desseins; par M. Colombat de l'Isère. — Chez tous les libraires de médecine et chez l'auteur. Prix de chaque tome 5 francs.

L'ouvrage que publie M. Colombat doit former deux forts volumes divisés en quatre tomes. Le premier tome seulement vient de paraître. Il traite des instrumens relatifs aux accouchemens, aux amputations, aux anévrismes et à l'acupuncture. Nous attendrons que cette intéressante publication soit achevée pour en rendre compte.

en une fistule dont on n'aurait pas si bon marché; et mes craintes étaient d'autant plus fondées qu'il aurait fallu laisser la sonde longtemps à demeure dans cette seconde ouverture; je renonçai donc à ce mode de dérivation de l'urine.

Il me fallut avoir recours à un autre procédé; après mûres réflexions, je m'arrêtai au suivant, qui, j'en ai l'expérience, établit une dérivation suffisante à l'écoulement des urines, sans avoir les inconvéniens d'une contre-ouverture que nous avons signalés. Ce procédé n'est, comme on le verra, qu'une simple modification à la méthode opératoire par rapprochement de deux plis de la peau et incisions latérales que nous avons décrite. La première idée m'en vint lorsque j'opérai le malade dont l'histoire suit la description de la méthode; la modification apportée à cette méthode consiste à séparer entièrement du tissu cellulaire sous-jacent les bandes cutanées comprises entre les bords de la fistule et les incisions latérales, l'urine pouvant dès-lors s'échapper sous ces sortes de ponts ne reste plus en contact avec la face inférieure de la plaie, et les bords sanglans de la suture: je crois ainsi être parvenu à résoudre le problème si difficile de la guérison de fistules urétrales de moyenne grandeur. La manière d'opérer est la suivante :

d. Méthode à incisions latérales modifiée; suture entortillée; incisions latérales avec entière séparation des bandes cutanées ou ponts compris entre ces incisions et les bords fistuleux.

1° Après avoir introduit une sonde dans l'urètre, on saisit les bords de l'ouverture fistuleuse avec un pince érigne et on les enlève avec le bistouri; on donne en même temps aux angles de la plaie une forme aiguë; puis on dissèque les lèvres de la plaie tout autour de la fistule, dans une étendue de trois à quatre lignes.

2° On passe autant d'aiguilles à insecte qu'il est nécessaire pour réunir la plaie, puis on les entroure de fils.

3° On fait de chaque côté de la suture une incision longitudinale, parallèle, mais qui ait le double de la longueur.

4° On décolle, en saisissant avec une pince érigne la lèvre interne de chacune des incisions latérales, la bande cutanée ou pont compris entre la nouvelle plaie et la suture, de manière qu'en soulevant ce pont on puisse voir la sonde placée dans l'urètre.

Obs. IX. — J'employai la première fois cette méthode chez un commis négociant usé par toutes sortes d'excès: il lui était resté, à la suite de maladies vénériennes répétées, à la partie antérieure et moyenne de l'urètre, un trou capable de recevoir l'extrémité de la plus forte sonde; cette perte de substance avait été produite, d'après le dire du malade, par un abcès urineux qui avait rongé le canal de dedans en dehors, ce qui semblait indiquer en effet l'état de la peau environnant la fistule; la cautérisation avait été tentée antérieurement sans aucun succès, pour obtenir la réunion de cette ouverture contre nature. Je voulus essayer si je serais plus heureux, et je pratiquai l'opération comme je viens de la décrire. Les trois premiers jours il ne survint d'autre accident que le gonflement de l'enveloppe tégumentaire du pénis, remarquable surtout aux deux bandes ou ponts longitudinaux pratiqués de chaque côté de la suture. Cette dernière ne fut point endommagée, malgré des érections nocturnes fréquentes, la mobilité des ponts levant toute tension. Le quatrième jour je retirai une aiguille à chaque angle, et on put remarquer que la réunion des lèvres de la plaie s'y était faite; la face interne des bandes cutanées latérales tuméfiées commençait à se garnir de bourgeons charnus; aux extrémités, mais plus vers la ligne moyenne de la verge, on put voir déjà ces mêmes bandes adhérer au fond la plaie, en sorte qu'en enlevant à cette époque toutes déjà les aiguilles, la plaie ne serait plus revenue à son ancienne place; quelques gouttes d'urine qui avaient glissé le long des parois extérieures de la sonde vinrent se faire jour par ces ouvertures latérales. Le cinquième jour, j'enlevai les quatre aiguilles qui étaient restées, et tout la plaie parut cicatrisée jusqu'à une petite ouverture de la grandeur d'un grain de moutarde qui se ferma à son tour, après avoir été touchée, pendant quelque temps, avec de la teinture de cantharides. Les incisions latérales continuèrent à se garnir de bourgeons charnus; au bout de quinze jours, toute communication avec l'urètre était fermée; après trois semaines la cicatrisation était complète.

J'éprouvai naturellement un contentement extrême d'avoir réussi à éloigner, au moyen de ce procédé, l'accident qui venait le plus souvent compromettre le résultat de mes opérations; mais il me restait à déterminer un autre point non moins essentiel pour la réunion des fistules urétrales de quelque importance. J'avais observé que les bords si minces de la peau qui environne l'ouverture fistuleuse offraient des points de contact si bornés qu'on ne pouvait pas toujours placer une grande confiance dans leur réunion. D'un autre côté la tendance qu'a cette même peau à adhérer par sa surface inférieure à la surface sous-jacente également avivée, à cause de la texture molle et lâche de leur tissu cellulaire, ne put pas m'échapper. J'établis donc comme proposition générale que les plaies n'avaient qu'une tendance peu marquée à se réunir par bords, tandis qu'elles en avaient une très-grande à se réunir par surfaces. Adoptant ce principe pour le cas spécial, je me proposai, dans les circonstances difficiles, de découvrir une large surface saignante et d'y attirer un lambeau de peau environnante, sans négliger toutefois la réunion par suture des bords fistuleux, réduite néanmoins de cette façon à un degré d'importance moindre.

e. Suture par attelle. Cette nouvelle modification de la méthode à incisions latérales a la plus grande ressemblance avec la suture enchevillée. Elle serait indiquée dans les grandes pertes de substance dont les bords ne sont que très-peu couverts de peau et où par les méthodes précédentes on n'obtiendrait peut-être pas une réunion complète de l'ouverture fistuleuse. Je ne l'ai jamais pratiquée, mais, si l'occasion s'en présentait, j'espère que je réussirais; voici comment je m'y prendrais :

1° J'aviverais les bords de la fistule, afin de pouvoir les réunir, je séparerais la peau du tissu cellulaire sous-jacent.

2° Je réunirais ces bords fistuleux par la suture continue.

3° Je pratiquerais deux incisions latérales, puis je soulèverais, en dédolant, les bandes cutanées ou ponts qui, dans ce procédé, doivent avoir un tiers en sus; il faut qu'on puisse, par dessus ces ponts, voir la sonde placée dans l'urètre.

4° J'appliquerais deux attelles en cuir contre les bandes ou points latéraux, et exerçant sur ces derniers une compression au moyen de ces attelles, je les affronterais par une partie de leurs surfaces saignantes. Ces attelles, d'un cuir assez flexible, d'un tiers plus longues que les ponts et larges de trois lignes, devront être percées de trois trous d'aiguilles; je les placerais contre le bord interne des points, regardant vers les lèvres de la fistule; je passerais ensuite des aiguilles par les trous des attelles, ainsi que par les portions des ponts comprises entre ces dernières; enfin je recourberais l'extrémité pointue des aiguilles, après les avoir légèrement raccourcies, comme je le fais dans la rhinoplastique. Les ponts devront être rapprochés l'un contre l'autre avec précaution et sans être trop tirés, afin que, s'il survient du gonflement, ils ne soient pas exposés à la mortification.

Je crois que par ce procédé le succès de l'opération, dans les cas difficiles, deviendrait plus assuré.

Si, au lieu de deux incisions latérales, on tentait de pratiquer une seule incision tout le long de la partie dorsale du pénis, et de détacher la peau de chaque côté jusqu'aux bords fistuleux, afin de pouvoir réunir ces derniers, l'opération manquerait infailliblement; car l'urine qui viendrait à s'échapper le long des parois extérieures de la sonde, ne trouvant pas d'issue, s'infiltrerait dans les interstices des points de sutures qu'elle détruirait.

2° MÉTHODES NOUVELLES.

a. MÉTHODES DE TRANSPLANTATION.

Dans les méthodes ou procédés que j'ai décrits jusqu'à présent, je me suis de plus en plus rapproché de la méthode de transplantation, mais il ne s'est jamais agi que de déplacer ou d'attirer dans une direction rectiligne une portion de peau très-voisine d'un endroit à un autre. Mais dans les méthodes suivantes, la peau devra être amenée d'un point plus éloigné ou renversée; ou bien, elle sera taillée en un lambeau et tendue par son pédicule; en un mot elle sera *transplantée.*

Les différens modes de transplantation seront déterminés :

1° Par la plaie qu'occupe l'ouverture fistuleuse à l'urètre.

2° Par la plus ou moins grande étendue de la perte de substance.

a. Dans les grandes pertes de substance à la partie inférieure et postérieure de l'urètre, on se servira de la peau du scrotum.

b. Dans les ouvertures de la partie moyenne, on prendra de la peau du dos de la verge.

c. Lorsque la perte de substance sera située plus en avant, immédiatement au-dessous de l'endroit où le prépuce se réfléchit sur le gland, on recourra à la peau de la partie moyenne du pénis.

d. Lorsque enfin la fistule sera plus ancienne encore, qu'elle occupera la base du gland, au-dessous du prépuce, on tentera de la fermer avec la peau de ce dernier.

Nous aurons ainsi quatre méthodes ou procédés que je vais décrire successivement.

1° *Transplantation de la peau du scrotum sur une ouverture située immédiatement au-devant de cette partie.*

a. Après avoir introduit une sonde élastique dans l'urètre, on dissèque les bords de l'ouverture fistuleuse qu'on a saisis avec une pince érigne, de manière à former une plaie transversale, se terminant à chaque extrémité par deux angles aigus qui doivent remonter jusqu'à la moitié de la circonférence du pénis. Il est nécessaire d'enlever ainsi deux petites portions de peau à chaque extrémité de la plaie; afin que le lambeau cutané, pris au scrotum, puisse s'adapter parfaitement à la surface de la plaie, sans former de plis.

b. On soulève un pli longitudinal du scrotum dans le sens du raphé,

et on l'incise immédiatement derrière la fistule, dans l'étendue de deux pouces; la peau scrotale ainsi fendue est ensuite détachée du tissu cellulaire sous-jacent, au moyen d'un bistouri conduit en dédolant.

c. Ce lambeau est attiré en avant, et son bord antérieur rapproché de l'endroit où cesse la peau de la verge, puis on réunit par la suture entortillée au moyen de cinq à six aiguilles; par-dessous ce pont on engage, jusqu'à l'orifice fistuleux, une portion de sonde de gomme élastique, longue de deux pouces, afin de recevoir les gouttes d'urine qui auraient pu arriver jusque-là.

Cette transplantation d'un lambeau, à base large, a un avantage marqué sur la transplantation d'un lambeau pédiculé qui se flétrit et se mortifie facilement. Le pont transversal formé par le lambeau cutané pris au scrotum, ayant deux points d'insertion fixes, reste constamment tendu, et recouvre parfaitement l'ouverture fistuleuse; les aiguilles sont enlevées au bout de quelques jours, après que les lèvres de la plaie se sont réunies. Si quelques points de suture venaient à se détacher, on chercherait à les réunir au moyen de bandelettes agglutinatives.

M. le docteur Magnus a eu la bonté de me donner communication d'un cas très-intéressant d'une transplantation d'une portion de peau du scrotum, tentée par M. Ricord, pour une grande perte de substance à la partie inférieure de l'urètre, quelques mois après mon départ de Paris. Ce chirurgien commença par aviver les bords de la fistule, puis détacha, le long du raphé, un lambeau de peau un peu plus long que la plaie fistuleuse, en recouvrit l'ouverture et fit la réunion au moyen d'un certain nombre de points de suture. Le lambeau transplanté se gangréna, quoique l'opération ait été faite avec habileté, et que les plus grands soins aient été apportés au traitement consécutif.

M. Magnus m'écrit que M. Ricord avait déjà tenté une fois cette opération sur le même individu, sans plus de succès; mais il se pourrait que ce malade fût le même que celui que j'ai vu opérer par un autre procédé, et dont j'ai donné l'histoire; c'est un point que je tâcherai de vérifier.

2° *Transplantation circulaire ou rotation de toute la peau de la verge autour de son axe pour la restauration d'une grande perte de substance à la partie inférieure et moyenne de l'urètre.*

Cette méthode est la plus difficile et la plus importante de toutes celles que nous avons déjà décrites. Elle est indiquée dans les grandes pertes de substance au milieu du pénis, là surtout où la peau qui entoure l'ouverture fistuleuse a été détruite, et où il n'est par conséquent pas possible de rapprocher les bords de la fistule, même en faisant des incisions latérales et en soulevant les bandes cutanées ou ponts compris entre ces derniers et les bords fistuleux. On opère de la manière suivante :

a. On sépare la peau autour de la fistule, depuis l'endroit où on peut la soulever avec une pince érigne, et on la dissèque aussi loin qu'on peut le faire avec facilité; on n'emporte rien des bords fistuleux.

b. On soulève, d'un côté de la racine du pénis, un pli de peau que l'on fend dans l'étendue des deux tiers de la circonférence du pénis. Après avoir fait en arrière la peau externe du prépuce, on soulève les téguments antérieurs de la verge derrière la couronne du gland, du côté opposé à celui où on l'avait soulevé postérieurement et on fait de nouveau une incision comprenant également les deux tiers de la circonférence du membre viril.

c. Ces incisions circulaires faites, on dissèque la peau qui s'y trouve comprise; cette dissection doit s'étendre aussi loin que possible, et elle se fera très-rapidement en soulevant la peau avec une pince érigne et en divisant le tissu cellulaire sous-cutané assez lâche avec des ciseaux d'oculiste.

d. Lorsque l'anneau cutané, compris entre les deux incisions semi-circulaires, large ordinairement de deux pouces, comprenant ainsi la plus grande partie des téguments de la verge, est détaché, on le tourne sur son axe, de manière que la peau saine du dos vienne recouvrir la solution de continuité de l'urètre, tandis que la portion inférieure garnie de son ouverture fistuleuse regarde en haut. S'il survenait à la suite du mouvement de rotation du tiraillement aux angles des deux incisions antérieure et postérieure, on y remédierait en débridant, à partir de ces angles, en avant vers le prépuce, en arrière vers la racine de la verge.

e. On applique en avant et en arrière des points de suture entrecoupés, mais moins dans le but d'aider à la réunion que pour empêcher le retour des téguments à leur ancienne position. Ce qui est ici d'un meilleur effet, tant pour concourir à l'action de la suture que pour exercer surtout une pression continue sur la peau et maintenir cette dernière dans un contact parfait avec les surfaces dénudées sous-jacentes, c'est l'application faite avec soin de bandelettes adhésives étroites autour du pénis; on empêche encore par cette compression le sang de s'épancher entre la peau et la verge; mais il faut auparavant avoir eu grand soin d'éponger les plaies avec de l'eau froide et n'appliquer les sutures que lorsqu'il ne paraît plus de sang. On introduit inférieurement, par l'incision postérieure, l'extrémité d'une sonde fine jusqu'à l'ouverture fistuleuse pour recevoir les gouttes d'urine qui pourraient se présenter.

Il faut, dans cette opération, qu'un aide exercé surveille constamment le malade, afin que, s'il survient des érections si fréquentes surtout pendant la nuit, il ait soin de fendre les bandelettes circulaires sans les enlever toutefois, afin que la peau n'éprouve pas une constriction trop douloureuse.

Lorsqu'au quatrième ou cinquième jour on remarque que la peau est bien adhérente, on enlève les ligaments; mais il est encore nécessaire de continuer l'application des bandelettes; le bout de sonde servant à recevoir les gouttelettes d'urine, que l'on change dans le principe deux fois par jour, est retirée lorsque l'agglutination des surfaces est faite dans leur plus grande étendue.

Je ferai connaître plus tard les résultats que j'aurai obtenus par cette manière d'opérer.

3° *Transplantation annulaire du prépuce d'avant en arrière dans le cas de perte de substance derrière cet organe.*

La transplantation d'une portion annulaire de la lame externe du périnée est indiquée dans les cas où l'ouverture fistuleuse est située immédiatement derrière cet organe. On opère ainsi qu'il suit :

a. On soulève devant l'ouverture fistuleuse la peau externe du prépuce en formant un pli longitudinal que l'on fend. Si l'on n'est pas parvenu de prime abord à donner à l'incision l'étendue des deux tiers de la circonférence du pénis, on l'agrandit à chaque extrémité, en remontant vers la face dorsale; puis on fait en arrière de la perte de substance, à une distance plus ou moins rapprochée, à un point où la peau se laisse soulever, un nouveau pli également longitudinal sur lequel on fait une incision semi-ovalaire; de cette manière l'ouverture fistuleuse occupe le milieu d'un lambeau ovale se terminant en pointe vers ses extrémités. Ce lambeau est ensuite enlevé avec un scalpel qui coupe en dédolant.

b. On saisit avec des pinces érignes le bord de la peau du prépuce qui a été incisée, et on divise avec des ciseaux d'oculiste le tissu cellulaire qui unit la lame externe à la lame interne de cet organe. Cette dissection achevée, on coupe la peau et on fait une ouverture d'un demi-pouce à la lame interne du prépuce, à l'endroit où elle se réfléchit inférieurement sur la couronne du gland. Cette ouverture doit donner passage au pus de la plaie, et servir à l'introduction d'une bougie pour recevoir les gouttelettes d'urine qui tendraient à s'y infiltrer.

c. On rapproche le bord antérieur de la plaie formée par la lame externe du prépuce du bord postérieur formé par la peau du corps du pénis; cette lame externe recouvre ainsi l'orifice fistuleux de l'urètre, et les deux bords sont réunis au moyen de six à huit points de suture; des bandelettes agglutinatives étroites que l'on croise sur la face dorsale servent à maintenir d'une manière encore plus ferme les surfaces rapprochées; lorsque le prépuce est étroit, il faut, quand on l'a ainsi tiré et fixé en arrière, fendre les deux lames jusqu'à la couronne du gland.

Le traitement consécutif n'offre rien de particulier; l'urine qui s'est infiltrée malgré la précaution qu'on prend d'introduire une sonde dans la vessie, trouvera une issue par l'ouverture artificielle pratiquée inférieurement à la lame interne du prépuce.

La fermeture des grandes ouvertures fistuleuses, situées immédiatement derrière le gland, sera toujours regardée comme une des opérations les plus difficiles de la chirurgie. Je ne connais dans les auteurs aucun exemple de guérison de ce genre. On manque ici de points d'attache naturels pour fixer la peau du prépuce qu'on veut transplanter.

Les bords d'une pareille fistule sont d'ordinaire durs et calleux; car elle est plus souvent le résultat d'un ulcère syphilitique rebelle, coexistant avec une étroitesse du prépuce, qui a d'abord rongé le frein avant de perforer le canal; on comprend combien les callosités, qui se forment au pourtour d'une pareille solution de continuité, viennent compliquer l'opération. Mais la difficulté s'accroît encore quand le prépuce manque, comme cela arrive, par exemple, chez les Israélites. Dans ce cas, on ne peut rien emprunter aux parties voisines, car, dans l'opération de la circoncision, les Juifs enlèvent, non-seulement toute la peau située au-devant de la couronne du gland, mais encore une portion de celle qui recouvre le corps même de la verge, derrière cette même couronne.

On devra donc suivre deux procédés différens suivant qu'il existera ou non un prépuce : dans le premier cas on empruntera un lambeau de peau de cet organe même; dans le second on transportera une portion annulaire des téguments de la verge.

Nous allons d'abord décrire le second de ces procédés.

4° *Transplantation annulaire de la peau de la face inférieure du pénis dans les cas de fistules urétrales derrière le gland, avec absence du prépuce.*

a. On enlève avec soin les bords calleux de l'ouverture fistuleuse, puis on incise de chaque côté deux petits lambeaux triangulaires; en abaissant le gland, les bords de l'ouverture s'effacent et on n'aperçoit plus qu'une fente transversale. On passe en même temps deux fils extrêmement fins à travers les lèvres de cette fente. Lorsqu'on a noué le premier de ces fils, on en coupe une extrémité et on passe l'autre dans l'urètre pour le faire ressortir par son orifice externe, au moyen d'une aiguille dont on a émoussé la pointe; on en agit de même pour le second point de suture. Mais on serait dans l'erreur si l'on voulait se promettre quelque chose de ce premier temps de réunion.

b. Il faut procéder à un second temps de l'opération; on avive non-seulement le pourtour de la fistule, mais encore toute la face inférieure du gland, jusqu'à une ligne de l'orifice externe de l'urètre, on saisit à cet effet la peau délicate qui recouvre cette partie du gland avec une pince érigne très-fine et on la dissèque avec un petit scalpel.

Les limites de la surface ainsi dénudée sont tracées par une incision perpendiculaire et offrent dans toute leur étendue un bord tranchant de telle sorte que le lambeau de peau qu'on veut transplanter ne repose, pour ainsi dire, point à plat sur la surface avivée du gland, mais est comme incrustée entre ces mêmes bords avec lesquels elle doit se réunir; c'est une véritable greffe en écusson. La plaie présente une forme demi-ovalaire dont le bord convexe regarde en avant, le bord droit en arrière et les deux extrémités remontent jusque vers le dos du pénis.

c. Le morceau de peau que l'on veut transplanter est emprunté à la face postérieure et inférieure du pénis. A cet effet, on fait un pli sur lequel on pratique une incision semi-elliptique; les extrémités de la plaie se dirigent ainsi obliquement en haut et en avant vers la face dorsale, de manière que le lambeau annulaire que l'on vient de former puisse mieux être attiré en avant; on dissèque ensuite ce lambeau aussi loin que l'on peut, ne le laissant plus adhérer qu'à la surface dorsale.

d. Ce lambeau annulaire est tiré en avant avec la pince érigne, par son bord antérieur et vient s'implanter au milieu de la surface dénudée du gland; on réunit les lèvres de la plaie par un certain nombre d'aiguilles à insecte fines; le peu d'épaisseur et l'élasticité du lambeau entané permettent de lui donner toute forme voulue. On recouvre de charpie fine la surface à laquelle on a emprunté le lambeau cutané, et on maintient tout l'appareil au moyen de bandelettes agglutinatives; on place dessous le bord postérieur de l'anneau un bout de sonde pour recevoir les gouttes d'urine qui auraient pu filtrer le long des parois externes du cathéter, placé dans la vessie. Les bouts des fils de soie au moyen desquels on avait d'abord réuni la fente transversale, pratiquée à l'urètre par l'excision des bords calleux de la fistule, et qu'on avait fait ressortir par l'orifice urétral externe, ne doivent être enlevés que lorsqu'ils sont entièrement détachés.

Le procédé opératoire que je viens de décrire n'a été appliqué que dans un seul cas; il aurait sans doute réussi si des accidens indépendans de l'opération ne fussent venus entraver la marche de la guérison.

Obs. X. — Le malade était un jeune israëlite âgé de 20ans, qui avait eu l'urètre rongé par un ulcère syphilitique à l'endroit où le frein vient s'insérer au gland; on pouvait voir à travers l'ouverture fistuleuse, de la grandeur d'un gros pois, la paroi supérieure rouge et veloutée de l'urètre; l'urine passait en grande partie par cette voie insolite. Le malade auquel je ne cachais ni les difficultés de l'opération ni l'incertitude du succès, désirant néanmoins être débarrassé de son infirmité, je pratiquai l'opération comme je l'ai décrite plus haut. On jeta d'abord les deux petites ligatures pour la réunion de la plaie transversale faite à l'urètre même par l'excision des bords calleux de la fistule; on dénuda la face inférieure du gland; puis on emprunta au corps même de la verge un lambeau de peau annulaire que l'on attira en avant sur l'endroit occupé par la fistule; la réunion fut faite au moyen d'aiguilles à insecte, et le pansement exécuté comme de coutume. Quoique le malade eût été très-indocile pendant l'opération, elle réussit cependant bien. On suivit un traitement antiphlogistique sévère et on fit des fomentations froides pendant très-longtemps. La réunion commençait à avoir lieu dans la plus grande étendue; on n'appercevait que çà et là quelques points de suppuration. De la rougeur et du gonflement survenus à la peau furent combattus par des compresses imbibées d'eau saturnine tiède, substituées aux fomentations froides. Le quatrième jour, la plupart des aiguilles avaient déjà été enlevées, et l'adhérence du lambeau de peau transplanté paraissait parfaite, lorsqu'un accident fâcheux vint détruire tout ce commencement de cicatrisation. A la suite d'érections répétées et que le malade ne put réprimer par aucun moyen, il survint une pollution tellement forte que la sonde placée dans la vessie, quoiqu'elle fût attachée extérieurement, fut chassée avec violence dans l'urètre, où elle resta fixée en se recourbant; le sperme fut en partie éjaculé par la sonde, mais une certaine quantité passa à côté. Il était impossible que les adhérences toutes récentes et encore si délicates de la nouvelle cicatrice, ne se rompissent pas, ce qui en effet eut lieu. Je conservai d'abord l'espoir que je pourrais réunir de nouveau, au moyen de bandelettes agglutinatives, mais ayant échoué dans cette dernière tentative, je me bornai à sauver le lambeau de peau qui revint à peu près à son ancienne place; ce qui restait encore des deux surfaces dénudées guérit par bourgeonnement. Quelque temps après les parties avaient repris leur ancien aspect.

4° *bis. Deuxième procédé pour la restauration des pertes de substance de l'urètre située derrière le gland, dans le cas où le prépuce existe, au moyen de la transplantation d'un lambeau de peau emprunté à ce dernier.*

Je pratiquai cette opération dans la circonstance suivante :

Pendant mon dernier séjour à Paris, j'eus le plaisir de faire la connaissance de M. le docteur Aronssohn, de Strasbourg, qui jouit d'une réputation également distinguée comme médecin et chirurgien. Il eut la complaisance de m'assister dans plusieurs de mes opérations les plus importantes. Il me fit un jour la proposition de mander à Paris un de ses clients de Strasbourg qui était affligé d'une perte de substance notable à la partie antérieure de l'urètre; j'acceptai, et il fut convenu que je pratiquerais l'opération si elle présentait la moindre chance de succès.

Obs. XI. — Bientôt après M. S. vint à Paris; c'était un homme d'une belle taille et d'un certain embonpoint; il avait été officier, et s'était retiré depuis peu du service militaire. Son humeur vive avait parfois quelque chose de farouche, et la crainte de ne plus jamais être débarrassé de son infirmité, ainsi que l'avaient déclaré les chirurgiens les plus distingués, avait fait naître en lui une sorte de désespoir.

Je l'examinai attentivement et je trouvai une perte de substance considérable, du diamètre d'une petite fève, intéressant non-seulement la paroi inférieure, mais encore les parois latérales de l'urètre. Ce canal paraissait ici avoir été comme découpé avec un couteau. La paroi supérieure, qui restait seule, présentait un aspect rouge et velouté. Les contours de cette ouverture offraient une cicatrice plate, dure et calleuse. Comme le prépuce était long et épais, il recouvrait, dans l'état ordinaire, le tissu fistuleux qui se trouvait ainsi tout-à-fait caché; mais, en décalottant le gland, on pouvait facilement l'apercevoir. Cette solution de continuité de l'urètre placée immédiatement au-devant du prépuce et à la base du gland, à l'endroit par conséquent le plus défavorable à la réussite de l'opération, avait été produite par un ulcère syphilitique très-rebelle. M. S. avait, en effet, longtemps souffert d'une syphilis générale, et avait déjà subi plusieurs traitemens avant que M. Aronssohn entreprît sa guérison. Je ne lui cachai point les chances incertaines d'une opération; mais, comme il voulait à tout prix être délivré de son infirmité, l'opération fut décidée et fixée à quelques jours plus tard.

J'eus l'honneur d'être assisté par MM. Aronssohn, Ségalas, lithotriteur distingué, Gaymard, célèbre par ses deux voyages autour du monde, et par M. le docteur Philipp de Liége, jeune médecin plein de talent, qui m'a secondé dans toutes les opérations que j'ai faites à Paris. Il se trouvait encore présent à cette opération un grand nombre d'autres médecins de la capitale ou étrangers, dont les noms m'échappent, mais parmi lesquels je dois citer encore M. le docteur Deubel, de Colmar.

Le malade couché horizontalement, j'introduisis une sonde forte et élastique dans le canal de l'urètre, et retirai la peau du prépuce en arrière; je donnai à l'ouverture fistuleuse la forme d'une feuille de myrte placée en travers, puis je réunis cette plaie transversale en abaissant un peu le gland. J'avivai la plaie inférieure du gland jusqu'à l'orifice externe de l'urètre, ainsi que la demi-circonférence inférieure de la couronne; je dénudai de même la portion inférieure du prépuce en enlevant sa lame interne, et obtins ainsi deux surfaces saignantes parfaitement correspondantes.

Après avoir étanché le sang avec beaucoup de précaution, j'attirai de nouveau sur le gland la peau du prépuce, dont la surface interne et inférieure avivée correspondit exactement à celle pratiquée à la base du gland. Je réunis, au moyen de la suture entortillée, le bord antérieur du prépuce au gland, puis je fendis de chaque côté toute la peau du prépuce; j'eus ainsi un lambeau inférieur moyen qui resta parfaitement adhérent à la surface dénudée du gland et de la couronne, et obviai au danger d'un paraphimosis qui, sans cette précaution, n'eût pas manqué de se former; par cette double incision je laissai également une issue à l'urine qui aurait pu s'épancher.

L'opération terminée, le malade fut transporté dans son lit, et le pénis entouré de fomentations froides jour et nuit. Une réaction locale intense ne tarda néanmoins pas à se développer; elle fut combattue par l'application de sangsues au pubis et aux aines. Pour éviter ici l'accident si funeste de l'épanchement de l'urine, M. le docteur Sawyer eut la bonté de faire lui-même chez notre malade l'application de son syphon continu qu'il venait d'inventer. (Voyez la description de cet heureux instrument dans la Gazette médicale, t. 2, p. 604.

MM. Sawyer, Philipp et Deubel rivalisèrent de zèle et de soins assidus auprès de M. S., que je traitai de concert avec M. le docteur Aronssohn.

Au bout de quelques jours on put déjà enlever un certain nombre d'aiguilles, et on aperçut un commencement de réunion aux bords de la plaie.

Le cinquième jour, je regardais déjà la réunion comme assurée, lorsque, le soir, après une excursion que j'avais cru pouvoir me permettre à la campagne, je fus, à ma très-grande surprise, reçu par mon portier avec ces paroles, *Monsieur, on vous a demandé plus de vingt fois ce soir : M. S. est mourant.* J'y courus aussitôt et je trouvai le malade non pas mourant, mais quel changement s'était opéré dans son état! Le pénis avait acquis le volume d'un spéculum de Dupuytren; il était d'une couleur rouge foncée et d'une chaleur brûlante; la face du malade était gonflée, les yeux étincelans, hagards, continuellement fixés sur un même point, pouls petit et dur; exaltation extrême des facultés intellectuelles, avec délire frénétique. On fit une large saignée du bras, des fomentations froides sur la tête, et on administra à l'intérieur une mixture saline; des compresses d'eau saturnine tiède furent appliquées autour de la verge. Le lendemain matin, amélioration notable de tous les symptômes.

Ce changement survenu la veille aux parties opérées, je fus ici encore obligé de

l'attribuer à un accident qui ne m'était que trop connu, à une infiltration de l'urine qui avait lieu malgré l'application du syphon continu, et qui menaçait de compromettre tout le succès de l'opération. J'enlevai pendant la nuit les aiguilles qui étaient restées dans la plaie, et fis en dessous du lambeau de peau appliqué contre la face inférieure du gland une petite incision par laquelle je vidai, au moyen d'une douce pression, une petite quantité de pus mêlé à quelques gouttes d'une urine séreuse. Je sortis la sonde qui n'avait pas pu empêcher l'infiltration de l'urine, et je tâchai ainsi de diminuer l'irritation de l'urètre et de la vessie qu'elle aurait pu occasionner. Après toutes ces précautions, la verge fut mise dans un bain tiède dans lequel je permis au malade de laisser écouler l'urine.

Après quelques jours, l'inflammation locale avait entièrement cessé, et il ne nous restait plus de doute sur le succès de la cure. Cependant nous eûmes encore, M. Aronssohn et moi, à combattre une irritation générale qui, chez ce malade, touchait presque à l'exaspération. Les antiphlogistiques furent continués à l'intérieur, on administra des bains tièdes, et de cette manière on parvint à abaisser l'exaltation nerveuse de M. S. Au bout de quelques semaines il put quitter le lit.

Quand je quittai Paris, M. S. se trouvait également sur son départ. Le pénis, à part la cicatrice résultant de l'opération, avait sa forme naturelle. En retirant le prépuce en arrière, le lambeau inférieur qu'on lui avait emprunté pour restaurer la perte de substance de l'urètre restait fermement adhérent à la surface du gland, à laquelle on l'avait réuni. Quoique d'abord ce lambeau fût assez large et recouvrît une surface assez étendue, il avait fini, en se rétrécissant peu à peu, par n'offrir plus qu'une simple bande assez étroite, semblable, en quelque sorte, à un pénis naturel, et ne recouvrant plus qu'une très-petite partie de la face inférieure du gland.

L'orifice fistuleux avait entièrement disparu; cependant, lorsque l'urine était évacuée par un jet fort, on voyait suinter quelque chose d'humide par une ouverture presque capillaire à côté du lambeau transplanté.

Je priai M. le docteur Aronssohn de toucher encore avec un pinceau très-fin trempé dans de la teinture concentrée de cantharides ce léger point de suppuration, jusqu'à son entière cicatrisation.

Je partis pour Berlin, satisfait d'avoir obtenu un si beau succès. Quelque temps après, M. S. m'écrivit que la petite ouverture ne s'était point encore fermée; je lui conseillai d'insister sur l'emploi de la teinture de cantharides. Pendant longtemps je restai sans nouvelles de M. S., lorsqu'il y a un an il m'écrivit pour m'annoncer son entier rétablissement.

Il résulte de l'exposé des différens essais auxquels je me suis livré pour arriver à la guérison des ouvertures fistuleuses de la partie inférieure et antérieure de l'urètre, que mes premières tentatives d'après des méthodes anciennes ont presque constamment échoué, et que, si j'ai compté quelques succès d'après des méthodes nouvelles ou perfectionnées où j'ai tâché d'éviter les accidens et complications graves qui venaient si souvent compromettre l'issue de mes premières opérations, ces succès ont fréquemment été contrebalancés par l'apparition des symptômes généraux qui ont toujours été en augmentant et sont même arrivés, dans la dernière observation que je viens de rapporter, au point de mettre la vie du malade en danger.

Les différentes méthodes nouvelles ou perfectionnées, les méthodes de transplantation ont, il est vrai, offert l'immense avantage de pouvoir remédier à une infirmité qui, jusqu'aujourd'hui, avait été réputée au-dessus des ressources de l'art. Mais, à raison des accidens très-graves qui pouvaient venir les compliquer, ces méthodes n'avaient qu'incomplètement satisfait. Je dirigeai donc de nouveau toute mon attention vers la recherche de moyens propres à éviter ou du moins à atténuer ces accidens. J'ai déjà dit, en appréciant la valeur des méthodes anciennes, que l'infiltration de l'urine dans le tissu cellulaire devait être considérée comme la cause principale et presque unique des symptômes les plus alarmans, et en définitive de l'insuccès de la plupart des opérations; et j'ai, à cette occasion, proposé de modifier la méthode par suture entortillée avec incisions latérales, en rendant mobiles les deux bandes cutanées au ponts compris entre ces incisions et les bords de la fistule. Je suis, il est vrai, parvenu, par ce procédé ainsi modifié, à obvier à l'accident que je voulais combattre. Mais cette manière d'opérer n'a guère pu s'appliquer avec quelque avantage réel qu'aux pertes de substances intéressant la partie moyenne de l'urètre seulement.

Il me restait donc à déterminer une méthode applicable à beaucoup de cas, dans laquelle les bords de l'ouverture de l'urètre, ni même le voisinage de ces bords, ne fussent ensanglantés dans leur moindre étendue et exposés ainsi au contact de l'urine. Ce contact n'a-t-il lieu que sur un point presque imperceptible? N'y a-t-il que la plus légère piqûre d'aiguille à la peau humectée, il peut de là survenir un épanchement qui non-seulement détruit ordinairement tout le travail de l'opérateur, mais expose encore le malade au plus grand danger.

Je crois avoir trouvé tout récemment une méthode opératoire qui répond entièrement au but que je cherche à atteindre depuis longtemps; je l'ai appliquée dans un cas où elle a été couronné du succès le plus heureux. Elle me paraît aussi pouvoir être employée pour remédier à d'autres genres de mutilations du pénis. Comme elle est la moins sanglante et qu'il n'en résulte qu'une très-petite plaie, on peut toujours y avoir recours d'abord, et, si elle vient à manquer, elle vous laisse encore la faculté de s'adresser à une des méthodes que nous avons décrites plus haut.

Cette méthode consiste en général à produire une inflammation artificielle des bords de la fistule, puis à serrer cette dernière par un fil.

J'ai depuis quelques années fait des essais fructueux de ce genre pour la réunion de fistules vésico-vaginales et stercorales. Les résultats ainsi obtenus feront l'objet d'un autre article.

Je vais maintenant décrire ce nouveau mode opératoire, et je ferai suivre l'observation intéressante où je l'ai employé avec succès.

b. SUTURE EN GOUSSET (SCHNUR-NATH).

Schnür-Nath, suture en gousset. Cette expression nous semble rendre le mieux l'idée de l'auteur; en effet, la suture qu'il décrit ici consiste dans un véritable froncement circulaire des bords cutanés de la fistule, analogue à la disposition des plis que forme, en se resserrant, l'ouverture de la petite poche dont nous empruntons le nom.

Cette suture est applicable à tous les points de la partie antérieure de l'urètre, excepté à celui qu'occuperait une fistule immédiatement derrière le gland; mais elle ne peut se pratiquer que dans les cas où la peau du pourtour de l'ouverture est saine et se laisse facilement étendre; si la peau manque entièrement et s'il n'existe qu'un mince épiderme fermement adhérent à l'enveloppe aponévrotique des corps caverneux, elle est tout-à fait inexécutable.

On la pratique de la manière suivante:

a. On avive plusieurs fois dans la journée les bords de l'ouverture avec la teinture concentrée de cantharides; le lendemain l'épiderme qui s'est soulevé çà et là est enlevé avec une pince fine; on dénude surtout avec soin le rebord interne de l'orifice.

b. On introduit une bougie élastique dans l'urètre; puis on conduit un fil de soie double, fort et ciré tout autour de l'ouverture fistuleuse, plus près de l'orifice interne que de l'externe à un quart de pouce du bord de ce dernier. Il ne faut point faire parcourir à l'aiguille tout son trajet d'un seul coup; on doit la faire ressortir au moins trois fois, puis la repiquant dans le même trou d'où on venait de la retirer, on la fait arriver, pour ainsi dire, en plusieurs temps, au point par où elle est entrée, après avoir décrit un trajet circulaire; les deux extrémités du fil viennent se rejoindre pour ressortir par le même trou d'aiguille; l'anse de la ligature se trouve cachée dans le tissu cellulaire et embrasse à une certaine distance l'ouverture de l'urètre même. Il faut pour bien appliquer cette ligature un certain tact; en effet, elle doit être placée à une certaine profondeur, sans cependant toucher la solution de continuité de l'urètre, afin que l'urine ne vienne pas mouiller les points de suture.

c. On noue les extrémités du fil avec lenteur et délicatesse; l'ouverture interne doit se former tout doucement, jusqu'à ce qu'enfin elle soit entièrement effacée. Dès qu'on a serré le nœud par un double tour, celui-ci se cache dans le tissu cellulaire, et il ne reste au-dehors que les deux bouts de la ligature. On enlève la sonde qui n'est remplacée par aucune autre, et il est permis au malade d'uriner librement. Cette ligature ressemble entièrement à la ligature médiate des artères. Dans le cas où on ne réussit pas une première fois, on peut l'essayer plusieurs fois de suite.

L'application exacte de cette ligature n'est pas tout-à-fait facile. Si la solution de continuité de l'urètre forme un canal à parois internes donnant à l'extérieur la sensation d'une corde dure et tendue, on pratiquera cette suture beaucoup plus facilement de la manière suivante:

On saisit l'ouverture fistuleuse ou mieux la corde qu'elle forme avec le pouce et l'index, et on presse en retirant un peu la peau; le cordon fistuleux glisse entre les doigts et est poussé en avant; on traverse alors les bords cutanés avec une aiguille droite garnie d'un fil; on retire l'aiguille et on laisse le fil à demeure, puis on tire ces bords cutanés en avant de manière à ce qu'ils dépassent le trajet fistuleux de l'urètre; on enfonce de nouveau l'aiguille dans les mêmes trous à travers le tissu cellulaire; la fistule est ainsi entourée d'une anse de fil que l'on resserre et dont on noue les extrémités.

Lorsque cette suture circulaire s'est relâchée et qu'elle se laisse facilement enlever au bout de cinq à six jours, on coupe le fil et on recouvre la plaie avec de l'emplâtre adhésif. Pendant tout le temps du traitement, le malade n'est, en aucune façon, assujetti à l'emploi de la sonde.

Si après l'opération il restait encore quelque légère ouverture, on pourrait, au bout de quelques mois, appliquer une nouvelle suture.

Cette méthode est applicable à toutes les petites fistules de l'urètre qu'à l'avenir j'opérerai toujours ainsi.

GUÉRISON D'UNE OUVERTURE FISTULEUSE A LA PARTIE MOYENNE DE L'URÈTRE PAR LA SUTURE EN GOUSSET.

Obs. XII. — M. de Mellin, jeune officier très distingué de la marine russe,

se trouvait en station dans la mer Mediterranée, lorsque le vaisseau sur lequel il était reçut ordre d'aller croiser contre des pirates grecs Pendant longtemps on ne put decouvrir aucune trace de ces derniers, lorsqu'un matin, dès l'aube du jour, le batiment russe qui voguait paisiblement entre des rochers, aperçut tout à coup une légère embarcation montée par des corsaires qui l'accueillirent par une salve de mousqueterie; une partie de l equipage russe etait encore endormi. M. de Mellin reposait tranquillement sur le pont, couche sur le dos. Il fut éveillé en sursaut par le bruit de la detonation et en même temps par une douleur extrêmement vive qu'il ressentit à la verge. Celle-ci était en erection pendant le sommeil, lorsqu'une balle, frappant de droite à gauche, l atteignit à travers les vêtemens à sa face inferieure et moyenne, emporta une grande partie de son enveloppe tégumentaire et une portion non moins notable de l'urètre, puis continuant son trajet dans une direction oblique, entra dans la région inguinale gauche, et alla se loger, en suivant la direction de l'artère crurale, dans le bord externe du jarret.

Le traitement auquel on soumit M. de Mellin, dès le moment de son accident, fut si rationnel et si eclairé, qu'à lui seul, sans doute, il a dû la conservation des parties lesees et peut-être même de ses jours. Une inflammation vive s'empara de tout le pénis, et bientôt il survint une suppuration des plus abondantes. Ce n'est qu'après un laps de temps assez long, pendant lequel les urines furent évacuees au moyen d une sonde, que la plaie parvint à se guerir. Mais, malgré l'application la mieux entendue de bandelettes adhesives et quoiqu'on irritât continuellement les bords de la solution de continuité, on ne put obtenir qu'elle se fermât.

Toutes les autres plaies etaient cicatrisées, et il ne restait plus que l'ouverture fistuleuse de la verge, lorsqu'au bout de plusieurs années M. de Mellin revint à St-Petersbourg. Là, le celèbre chirurgien et conseiller d'etat, M. le docteur Arndt, réussit, par une operation très-difficile, à extraire la balle qui était restée fixée au bord externe du creux du jarret.

Comme l'empereur prenait un intérêt très-vif au sort du jeune officier, M Arndt me fit l'honneur de me l'adresser à Berlin, dans l'espérance que je parviendrais peut être à le delivrer de son infirmité.

Lorsque je vis M. de Mellin pour la première fois, son état était le suivant : Toutes les autres plaies etaient cicatrisées, mais il existait à la partie moyenne et inferieure du pénis une ouverture fistuleuse communiquant avec l'uretre, par laquelle on pouvait facilement introduire l'extremité d'une forte sonde; l'urine passait en grande partie par cette ouverture. Depuis trois ans que la lésion avait eu lieu, l'extremité anterieure de la verge avait conservé sa flexibilité, et lorsque le jet de l'urine etait fort, il en passait quelques gouttes par l'orifice naturel.

Il paraissait, en sentant exterieurement, que toute une portion de la circonférence de l'urètre avait été detruite, et qu'elle se trouvait remplacée par la peau qui, en effet, se dilatait en cet endroit, lors du passage de l'urine. Lorsque le malade avait des érections, le pénis conservait un certain degré de mollesse près du pubis, tandis que dans le reste de son étendue il acquérait une durete remarquable.

Avant son retour à St-Pétersbourg, M de Mellin avait été soumis à un traitement très-habile, contre le rétrecissement de l'urètre, il y avait eu en effet un commencement de dilatation, mais comme il arrive souvent, cette dilatation n'avait eté que passagère.

Je crus devoir d'abord essayer la réunion de la fistule avant que de revenir au traitement du rétrécissement. J opérai donc M. de Mellin suivant la methode que j'ai décrite plus haut. J'introduisis l'extremité d'une grosse bougie dans l'urètre afin d'avoir plus de prise sur le penis et obtenir en même temps l'ouverture fistuleuse interne; je touchai ensuite à plusieurs reprises, avec un pinceau trempé dans la teinture de cantharides concentree, le rebord cutané et conseillai au malade de n'evacuer l'urine que par la sonde qu'il introduisait lui-même avec beaucoup d'habileté dans la vessie.

Le lendemain matin une inflammation vive s'était développée autour et dans l'interieur de la fistule; l'epiderme souleve fut dechiré et tout l'interieur du canal fistuleux parfaitement dénudé et avivé.

Je plaçai de nouveau l'extremité d'une grosse bougie dans l'urètre, pour pouvoir mieux appliquer la ligature; puis, au moyen d'une aiguille courbe, je passai un fil tout autour de l'ouverture fistuleuse à un quart de pouce de distance du bord. j'eus soin, comme je l'ai dit plus haut, de ressortir avec l'aiguille à trois reprises differentes; je nouai les extremités du fil et le coupai à quelques pouces de la verge; pour eviter toute dechirure, j enlevai la sonde et permis au malade de laisser couler l'urine librement

Cette petite opération, où il s'écoula à peine quelques gouttes de sang, n'occasionna ni douleur ni gonflement considérable à la verge, ni aucun autre accident consécutif.

Le septième jour, la ligature étant devenue un peu plus lâche, je l'enlevai et je n'aperçus pas la moindre goutte d'urine.

Après que le léger gonflement des parties fut tombé, et les piqûres des aiguilles guéries, je remarquai une legère goutte qui venait suinter à la surface du membre par un point presqu'imperceptible, je l'embrasai avec une aiguille fine que j'entourai d'un fil très-mince.

Lorsque je crus M. de Mellin entièrement guéri, je le présentai au cercle médical formé sous les auspices de M. le docteur Stosch; il n'existait ni cicatrice ni aucune autre altération de la peau qui pût indiquer la place de l'ancienne fistule. M. de Mellin, pour tâcher de constater de nouveau qu'il n'existait plus aucune ouverture, urina dans un vase, en même temps qu'on le pria de distendre un peu la peau de la face inferieure de la verge; je pus alors distinguer une gouttelette très-fine qui était venue sourdre à la surface cutanée.

J'eus d'abord l'intention d'appliquer une nouvelle ligature, mais je n'eus besoin que de dilater un peu ce trajet fistuleux si mince, et de l'aviver avec de la teinture de cantharides concentrée, pour produire une cicatrisation complète et permanente.

J'employai, avec les meilleurs résultats, des bougies élastiques contre le léger rétrecissement qui existait à la partie postérieure de l'urètre.

J'ai conseillé à M. de Mellin, pour le rétablissement complet de sa santé, d'aller visiter les eaux de la Bohême, et de se rendre en dernier lieu à Tœplitz, vu qu'il ne jouit pas encore de l'entier usage de sa cuisse gauche.

Le succès complet que j'ai obtenu dans le traitement de M. de Mellin peut être attesté par MM. le président Rust, les conseillers intimés Barez et Kuntzmann, par M. le docteur Romberg et d'autres médecins qui ont eu occasion de voir le malade; lui-même a manifesté expressément le désir de voir son nom cité dans l'observation si intéressante que je viens de rapporter.

Je termine ici ce mémoire sur la guérison des ouvertures contre nature accidentelles à la partie antérieure et libre de l'urètre : je publierai plus tard mes observations et les différens essais curatifs auxquels je me suis livré pour obtenir la guérison des ouvertures contre nature congénitales de l'hypospadias et de l'épispadias.

THÉRAPEUTIQUE.

DE L'EMPLOI DU NITRATE D'ARGENT DANS LE TRAITEMENT DES FIÈVRES TYPHOÏDES; par M. BOUDIN, médecin de l'hôpital militaire de Marseille.

Au mois de septembre 1835, une épidémie de fièvre typhoïdes vint se déclarer à Marseille. Chargé, à cette époque, du service des militaires fiévreux de l'hôpital, je ne tardai pas à me convaincre du peu d'efficacité, pour ne pas dire de l'inutilité, des diverses méthodes de traitement préconisées contre cette terrible maladie qui atteignait la garnison dans une cruelle proportion, et dont rien ne parvenait à enrayer l'irrésistible marche.

L'expérience m'avait depuis longtemps démontré et l'énergie et la promptitude d'action du nitrate d'argent dans les inflammations les plus rebelles des muqueuses bucco-nasales, laryngiques, ophthalmique, acoustique et urétro-vaginale; l'analogie me fit présumer que ce médicament ne serait pas sans efficacité contre la phlogose de la muqueuse gastro-intestinale.

J'avoue, cependant, qu'il ne fallait rien moins que la gravité du mal et l'inefficacité, pour ainsi dire, palpable des médications ordinaires, pour me décider à l'emploi d'une substance à laquelle on s'est plu à faire une réputation aussi gratuite que terrible.

Procédant avec la plus grande circonspection, je ne voulus d'abord employer le nitrate d'argent que sur des typhoïques dont la maladie avait résisté aux traitemens ordinaires, et dont l'état désespéré semblait à peine laisser la moindre chance de guérison; c'est-à-dire que mes premières tentatives se firent dans un but purement palliatif.

Obs. — Le malade P:, couché au n. 53 de la salle 7, fixa particulièrement mon attention Reduit par une fièvre typhoïde au dernier degré du marasme, sa face etait cadavéreuse; sa voix eteinte, son haleine d'une fetidité indicible; le sacrum et les deux trochanters étaient entamés; une diarrhee non interrompue infectait toute la salle, et le malade était menacé, à chaque instant, d'exhaler son dernier soupir. Ce fut dans de telles circonstances, certes très-peu favorables, que je prescrivis, à la visite du matin, une demi-injection intestinale, composee de trois grains de nitrate d'argent dans six onces d'eau distillée Cette solution, bien qu'expulsée apres seulement 5 ou 6 minutes de séjour dans l intestin, n'en produisit pas moins une diminution notable des selles; une seconde dose de trois grains fut administrée le soir, et, dès le lendemain. il y avait déjà un intervalle de deux heures entre chaque garde-robe. Rassuré, dès-lors, j'en porte la dose à quatre grains matin et soir; un grain est en outre donné sous forme pilulaire par la bouche Après trois jours de ce traitement, la diarrhée a disparu, les matières se durcissent, l'état géneral du malade s'ameliore à vue d'œil, les escarres prennent un meilleur aspect, la langue et les dents se nettoient, l'appetit renait, et la convalescence a lieu.

Il y aurait au moins de l'injustice dans le cas dont il s'agit, à ne pas accorder à l'action du nitrate d'argent une large part dans l'amélioration qui suivit, de si près et d'une manière si sensible, son administration.

Pour mon compte, ma conviction à cet égard fut telle que, reconnaissant dès-lors ce sel pour un des plus héroïques modificateurs de toutes les muqueuses phlogosées, je n'hésitai plus à en étendre l'emploi à toutes les phlegmasies du tube digestif. Cependant, pour ne parler ici que de l'épidémie dont j'ai fait mention, je dirai que sur plus de cinquante typhoïques soumis à cette médication, deux seulement succombèrent. Leur examen nécroscopique démontra deux faits de la plus haute importance pratique : 1° non-seulement il n'existait aucune trace d'irritation médicamenteuse surajoutée à l'inflammation morbide, mais encore plusieurs ulcérations de l'intestin étaient manifestement en voie de cicatrisation; 2° le nitrate d'argent, bien qu'administré exclusivement par l'anus, avait porté son action au-delà de la valvule iléo-cœcale, et communiqué à la muqueuse de la portion inférieure de l'intestin grêle,

la couleur grisâtre que l'on remarquait sur toute l'étendue de la muqueuse colo rectale.

Ces faits sont d'autant plus importans qu'ils établissent, d'une manière incontestable, et l'innocuité du nitrate d'argent, et son action sur des parties qui, par leur éloignement des orifices buccal et anal, semblent, au premier aspect, s'y soustraire.

Aujourd'hui, que mes essais sur plus de trois cents individus m'ont convaincu des propriétés héroïques et éminemment antiphlogistiques du nitrate d'argent dans les phlegmasies des membranes muqueuses, je me propose de me livrer, sur des animaux, à une série d'expériences, pour constater l'action de ce sel sur les séreuses, action dont l'analogie permet d'entrevoir les plus belles applications pratiques. A ce sujet, je dois dire que déjà, sur ma prière, MM. Cabannes et Plochu, internes à l'Hôtel-Dieu de cette ville, ont injecté ces jours derniers une solution aqueuse de nitrate d'argent dans la cavité péritoniale d'un chat, qui, au grand désappointement des observateurs, jouit aujourd'hui de la santé la plus rayonnante.

Hâtons-nous cependant de dire que, loin de prêter à ce sel la moindre spécificité contre la maladie dont il s'agit, une vertu anti-phoïde, par exemple, dans tous les cas d'entérite folliculeuse où nous l'avons administré nous n'avons, au contraire, jamais eu d'autre but que celui d'opposer à la phlogose simple ou ulcérée de l'intestin un médicament que nous employons chaque jour, et avec un succès complet, contre des lésions tout-à-fait identiques des membranes muqueuses.

D'après cette manière d'envisager l'action du nitrate d'argent, nous avons fait prendre ce sel tantôt en lavemens, à la dose de 2 à 8 grains, en une ou plusieurs prises, lorsque la diarrhée constituait le symptôme dominant, tantôt par la bouche et sous forme pilulaire, à la dose d'un demi-grain jusqu'à 4 grains, quand les principaux symptômes semblaient se rapporter à l'inflammation de l'estomac et de la partie supérieure de l'intestin; enfin nous avons combiné ces deux modes d'administration quand la muqueuse gastro-intestinale nous paraissait phlogosée dans toute son étendue. Jamais nous n'avons dépassé la dose totale de 10 grains, encore n'avons-nous eu lieu d'y recourir que dans de très-rares exceptions. Certains individus en ont pris jusqu'à un gros dans le cours de leur maladie; cependant, dans l'immense majorité des cas, la prompte disparition des symptômes inflammatoires nous a permis d'en suspendre l'emploi de bonne heure.

Jamais nous n'avons eu lieu d'adresser à cette médication le reproche de communiquer au malade une coloration livide, et pourtant nous avons opéré sur plusieurs centaines d'individus. Jamais nous ne lui avons vu produire un seul de ces accidens que les auteurs de matière médicale lui ont trop gratuitement reprochés. Enfin nous pouvons dire, avec M. le professeur Serre, de Montpellier, que c'est l'innocuité du nitrate d'argent, bien plus encore que son efficacité, qui séduit. (*Mémoire sur l'emploi du nitrate d'argent dans l'urètrite.*)

Il faut bien que tout ce que nous venons de dire se soit passé et se passe encore aujourd'hui publiquement devant de nombreux témoins, pour que nous nous hasardions à proclamer les vertus d'un sel dont le nom seul (pierre infernale) est encore effrayant pour un bon nombre de nos honorables confrères.

La solution aqueuse de nitrate d'argent administrée par la bouche ayant l'inconvénient de noircir l'émail des dents et de laisser au malade un goût métallique assez désagréable, nous lui préférons la forme pilulaire. Les extraits végétaux décomposent le nitrate d'argent, et ne conviennent pas pour excipient. Voici la formule dont nous nous sommes le mieux trouvés.

Prenez : Nitrate d'argent cristallisé, 6 grains.
Dissolvez dans eau distillée, quantité suffisante.
Saturez la solution avec gomme adragante ou amidon en poudre, Q. S.
F. S. A. 12 pilules dont on en prendra une chaque demi-heure, jusqu'à concurrence de 4, 8, etc.

Ces pilules doivent être récemment préparées, car l'excipient décomposerait à la longue le nitrate. Il va sans dire que le nitrate d'argent cristallisé doit être constamment préféré au nitrate d'argent fondu, qui n'est jamais pur, et dont l'action devient souvent fort problématique par sa cristallisation avec les nitrates de potasse ou de cuivre.

La solution de nitrate d'argent doit être administrée pure de tout mélange, et conservée à l'abri de la lumière; cette dernière précaution est inutile pour la solution très-concentrée. Pour les injections, les seringues en verre seraient, sans contredit, les plus convenables, attendu cependant la difficulté de se les procurer et la brièveté du séjour du liquide dans l'instrument, nous nous nous contentons de la seringue ordinaire en étain. Notre injection intestinale se compose d'un grain à trois grains de nitrate dans six onces d'eau distillée; l'injection pour l'urètre, le vagin, le conduit auditif externe, les fosses nasales et la trompe d'Eustache se composent, de même que le collyre, d'un huitième de grain à un grain par once de liquide.

Une erreur généralement accréditée en matière médicale, et qui n'a pu prendre sa source que dans l'observation trop superficielle des faits cliniques, consiste à n'attribuer au nitrate d'argent qu'une action toute locale, et ne s'étendant jamais au-delà de la surface du corps avec laquelle ce sel est mis en contact. Ce n'est probablement que dans cette opinion erronée, relative à l'étendue de l'action de ce médicament, qu'il faut chercher le motif pour lequel il n'a pas été employé depuis longtemps dans le traitement de la fièvre typhoïde.

En effet, l'analogie n'indiquait-elle pas que le nitrate d'argent, employé chaque jour avec tant de succès contre les ulcérations de la bouche, du nez, de l'œil, du vagin, etc., devait également avoir de bons effets dans une maladie dont la phlogose et l'ulcération de l'iléum constituent en quelque sorte la lésion anatomique la plus constante. Mais aussi ne devait-on pas, d'autre part, être incessamment détourné de l'emploi de ce sel par la difficulté de l'appliquer sur cette portion du tube digestif rendue en apparence inaccessible, du côté de l'anus, par une insurmontable barrière (la valvule iléo-cæcale), et séparée de la bouche par un trajet dont la longueur semble devoir absorber toute l'action du médicament avant son arrivée *sur le lieu du combat?*

Cette objection, qui m'a été faite fort souvent et que je m'étais tout d'abord adressée moi-même, cette objection, dis-je, quoiqu'irrésistible en apparence, ne l'est pas en réalité, comme le prouvent des observations nombreuses, ainsi qu'on le verra tout à l'heure. D'ailleurs, le fait de la prompte disparition des selles chez l'immense majorité des typhoïques sous l'influence du nitrate d'argent administré par l'anus, n'établit-il pas d'une manière péremptoire et à lui seul que ce sel agit audelà de la surface sur laquelle il est primitivement appliqué? Au reste, ce résultat ne pouvant constituer autorité que pour ceux qui, ayant assisté à nos expériences, ont été témoins de l'efficacité de ce médicament dans l'entérite folliculeuse, nous allons prouver par une série d'observations dont plusieurs sont même d'une vérification très-facile, que la non-circonscription des effets du nitrate d'argent à la surface de contact est une chose fort souvent saisissable à la vue.

1° Lorsqu'on pratique la cautérisation de l'urètre, il n'est pas rare de voir le méat urinaire blanchir, bien que la pierre infernale ait été appliquée sur un point assez éloigné de cet orifice.

2° Plusieurs typhoïques, prenant du nitrate d'argent à l'intérieur, ont présenté une coloration noire (bien que passagère) de toute l'étendue des lèvres, quoique celles-ci n'eussent éprouvé que peu ou point de contact avec le sel qui était administré sous forme pilulaire, et déposé directement sur la langue pour être avalé aussitôt.

3° En injectant une solution de nitrate d'argent dans la vessie d'un malade atteint de cystite chronique, nous avons vu l'ouverture du gland noircir dès que le liquide pénétrait dans la poche urinaire, et pourtant l'urètre était garanti de tout contact direct avec le médicament, par une sonde en argent préalablement introduite jusque dans la vessie, et servant de conducteur au liquide. En outre, les injections de nitrate d'argent dirigées dans la vessie occasionnent presque constamment une certaine cuisson dans l'urètre, lors même que celui-ci est mis à l'abri de tout contact par le moyen que nous venons d'indiquer.

4° Sur un militaire atteint d'urétrite, nous avons vu une injection avec une solution de nitrate d'argent produire instantanément la coloration du gland en noir, sans cependant qu'une seule goutte du liquide eût été répandue sur cette partie.

5° Enfin voici ce que M. le professeur Serre, de Montpellier, dit avoir observé sur un malade atteint de plaie fistuleuse de l'urètre; «on» les fois, dit-il, que Delpech appliquait la pierre infernale à l'orifice du gland, les bords de la plaie qui avait été faite au canal, quoique situés à 2 pouces en arrière, blanchissaient et étaient même cautérisés assez fortement. » (*Mémoire cité*, p. 16.)

Or, nous le demandons, de tous les faits qui précèdent, ne résulte-t-il pas de la manière la plus manifeste que l'action du nitrate d'argent, loin d'être, comme on l'a cru jusqu'ici, limitée au point de l'application primitive, s'exerce au contraire sur une surface plus ou moins étendue, et qu'elle peut ainsi, dans les cas d'administration par la bouche ou par l'anus, se propager jusqu'à certaines parties qui, en raison de leur éloignement de ces deux orifices, sembleraient au premier aspect se soustraire aux effets du médicament?

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Présidence de M. Louyer-Willermoy.

SÉANCE DU 13 DÉCEMBRE.

Correspondance officielle.

1° Lettre de M. le ministre de l'instruction publique avec envoi de l'ordonnance royale portant nomination de M. F. Dubois, d'Amiens.

2° Lettre ministérielle avec envoi de la recette et de l'échantillon d'un remède contre l'hydrophobie.

Correspondance manuscrite.

1° Lettre de M. Robert de Marseille avec envoi de la copie d'une lettre de M. Chevallier de Rivaz, médecin de l'ambassade française à Naples. M. Chevallier de Rivaz écrit de Naples, à la date du 26 novembre, que depuis le 6 du même mois, c'est-à-dire en vingt jours, il y avait eu 5708 cholériques dont 2734 étaient morts.

2° Lettre de M. Camille Bernard sur un forceps de sa composition qu'il appelle *forceps assemblé*.

3° Lettre de M. Letellier avec envoi de deux manuscrits, intitulés l'un :

4° Encore quelques mots sur le sang, sa fibrine et sa couenne inflammatoire; l'autre :

5° Note sur l'application du forceps sur la tête arrêtée au-dessus du détroit supérieur du bassin.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR L'EMPYÈME.

M. Piorry. Depuis la dernière séance, j'ai fait quelques expériences dont je crois devoir donner communication à l'Académie. M. Cruveilhier a cité des faits d'où il résulte qu'on ne tue pas un animal pour lui ouvrir les deux côtés de la poitrine. M. Amussat a contredit ces faits, et j'ai voulu savoir à quoi m'en tenir. Pour cela, j'ai sacrifié deux lapins; à l'un j'ai ouvert un côté du thorax entre la troisième et la quatrième côte, et la respiration est devenue difficile, gênée. Puis j'ai ouvert l'autre côte, on a placé une canule entre les lèvres des deux plaies, et l'animal est mort par asphyxie.

En voyant des résultats si différens de ceux de M. Cruveilhier, je pensai qu'il existait nécessairement des causes de cette différence, et je me mis en devoir de les rechercher.

A l'autre lapin j'ouvris la poitrine beaucoup plus bas que je n'avais fait au premier; j'incisai presque immédiatement au-dessus du diaphragme, et, comme sur cet animal surtout, la plèvre est transparente, il me fut facile de suivre tous les mouvemens du poumon. Je vis que le diaphragme s'abaissait et s'élevait jusqu'à fermer plus ou moins exactement la plaie du thorax; aussi l'animal respirait-il assez librement.

Ma conclusion est que le résultat de cette expérience est fort différent suivant le siége de l'ouverture. Occupe-t-elle un point élevé de la poitrine, elle est promptement mortelle; elle est beaucoup moins dangereuse lorsqu'elle occupe les régions inférieures.

M. Récamier. Il y a peu de temps que M. Bouvier me parla de l'instrument qu'il a présenté récemment à l'Académie, instrument combiné de manière à prévenir l'entrée de l'air dans la poitrine. Il y a bien quinze ou vingt ans que M. Charrière avait fabriqué pour moi un trois quarts à soupape, dont le but était absolument le même. J'ignore si ces deux instrumens se ressemblent; ce qu'il y a de certain, c'est qu'il y a plusieurs moyens d'atteindre ce même résultat; mais quel que soit celui qu'on emploie, l'air finit par entrer, et dès-lors le liquide épanché se corrompt et acquiert une odeur insupportable, bien connue de tous ceux qui ont quelque expérience de cette maladie; bientôt après la fièvre arrive et le malade dépérit. On fait cesser presque instantanément cette fièvre, en remplissant la cavité pleurale d'eau, c'est-à-dire en substituant un corps liquide à un corps gazeux. Et cela est si vrai que, si on évacue le liquide injecté pour laisser pénétrer de l'air, aussitôt la mauvaise odeur se fait sentir, la résorption recommence et la fièvre lente reparaît. L'inconvénient de ces injections est d'enflammer les plèvres et d'altérer les tissus qu'elles touchent. Du reste, le cas est toujours fort délicat, et la conduite du médecin d'une extrême difficulté. Il faut penser, en effet, que le liquide épanché, il reste un vide qui ne peut être rempli que de deux manières, par l'affaissement des parois thoraciques ou par la dilatation du poumon. Or, on sait que la poitrine est de sa nature peu susceptible de s'affaiser, et l'on sait combien il est difficile au poumon de reprendre ses mouvemens, lorsqu'une fois il les a perdus.

Je viens de voir le malade que nous présenta M. Larrey. Il a été opéré de l'empyème; mais la cicatrice est située à la partie la plus inférieure de la poitrine; ce qui me fait penser qu'il n'existait peut-être qu'un dépôt très-circonscrit.

M. Sanson. J'ai suivi assez attentivement cette discussion; mais elle s'est tellement éloignée de son point de départ que j'ai besoin de l'y ramener. Il s'agissait d'abord du mémoire de M. Faure, qui, si j'en juge par le rapport de la commission, serait un chaud partisan de l'empyème. Si l'on me demandait dans quels cas il convient de faire cette opération; je répondrais que lorsque après avoir usé de tous les moyens d'une sage thérapeutique, les malades sont près de suffoquer, il faut à tout prix leur rendre la liberté de respirer, et je ne connais rien de mieux pour cela que de donner issue au liquide qui pèse sur le poumon. On a beaucoup parlé des dangers de l'introduction de l'air. Il y a à cet égard une distinction importante à faire, distinction qu'on a faite avant moi et sur laquelle je ne veux pas revenir; je fais allusion à l'état où se trouve la plèvre : il est évident que le cas est autrement grave lorsqu'elle est malade que lorsqu'elle est saine. J'ai maintenant une question à faire aux expérimentateurs. J'ai vu un assez grand nombre de plaies pénétrantes de poitrine où le poumon faisait saillie à l'extérieur, mais toutes les fois que j'ai vu cet accident, les plaies avaient leur siége à la partie inférieure du thorax. Je demande à M. Cruveilhier si ces faits répondent à ses expériences.

On a demandé encore si la ponction était préférable à une large incision. A cela je réponds que lorsqu'on suppose des adhérences on peut se contenter d'une petite ponction; mais lorsque la cavité thoracique est amplement développée, lorsqu'elle contient une abondante collection de pus ou de sérosité, il ne faut pas craindre de faire une large incision. La crainte de l'introduction de l'air est imaginaire; que dis-je, cet air est nécessaire pour prendre la place du liquide, sans cela ce liquide ne sortirait pas. Tout le monde sait que, lorsqu'on peut vider une barrique pleine, il ne suffit pas de la percer, il faut pratiquer ce qu'on appelle un *soupirail*, sinon la pression de l'air fait obstacle au liquide et ce liquide ne sort pas.

La question est de savoir si, lorsqu'il n'existe que de faibles adhérences, on ne parviendrait pas à faire dilater les poumons en les contraignant à des expansions forcées. Alors on peut pratiquer plusieurs ponctions successives, mais si l'état du malade reste le même, il faut ouvrir largement la poitrine, car il vaut mieux l'introduction de l'air qu'un liquide fétide et corrompue.

M. Roux regrette que M. Récamier n'ait pas fourni plus de développement sur les avantages de substituer un liquide à l'air contenu dans la cavité des plèvres.

M. Cruveilhier répond à M. Sanson que ses expériences sur les animaux reviennent parfaitement à ce qu'il a vu sur l'homme, c'est-à-dire, que c'est principalement lorsque les ouvertures existent aux parties inférieures de la poitrine que les poumons sont exposés à se faire jour au-dehors.

M. Amussat. J'ai expérimenté sur les chiens et sur les chevaux qu'il n'est pas nécessaire que les ouvertures soient situées aux régions les plus basses de la poitrine pour donner issue à des languettes du poumon. Le même phénomène se montre alors que ces ouvertures existent au milieu et même plus haut : l'essentiel, c'est qu'elles soient larges.

Ici M. Amussat répète que ce n'est pas dans l'inspiration, mais dans l'expiration que le poumon s'échappe, emporté par l'air qui fait effort pour sortir.

Du reste, il n'est nullement de l'avis de M. Cruveilhier sur l'innocuité de l'air introduit dans la poitrine : il croit, au contraire, que rien n'est plus dangereux; c'est un moyen dont il se sert souvent pour achever les animaux qu'il met en expérience; il ouvre les deux côtés de la poitrine, tient les ouvertures béantes une ou deux minutes, et la mort vient mettre fin à leurs douleurs.

Il a remarqué que les animaux atteints de plaies pénétrantes de la poitrine se couchent de préférence du côté blessé. Pourquoi cela ? c'est qu'ils respirent plus librement; les parois de la poitrine se rapprochent du poumon, le vide est moins grand, partant il y a moins d'air, et le sang qui s'épanche entre les lèvres de la plaie en favorise la réunion.

M. Cruveilhier. Je ne nie pas les faits de M. Amussat, je le prie de pas nier les miens. M. Amussat croit que, si nos observations ne s'accordent pas, c'est que je n'ai pas mis la même attention à tenir ouvertes les plaies faites à la poitrine. A cela, je réponds que j'ai ouvert d'un côté la poitrine d'un chien par une plaie qui n'avait pas moins d'un pouce de large; à chaque expiration, le poumon s'échappait à travers la plaie. J'ai ouvert ensuite l'autre côté, et l'animal s'est mis à vociferer. Pour maintenir le parallelisme entre les surfaces des deux plaies, j'y ai introduit mes doigts : après quelques minutes, j'ai abandonné ce chien; il s'est allé placer dans un coin, dans une attitude favorable sans doute à son état, et il vit encore. Je soupçonne que les expérimentateurs qui ont obtenu d'autres résultats que les miens n'aient agi que sur des chiens épuisés par des expériences précédentes, et c'est sans doute pour cela qu'ils ont si promptement succombé à la dernière (1).

M. Bouillaud. Un animal dont les deux côtés de la poitrine sont ouverts de manière à laisser entrer librement l'air extérieur, peut il vivre? Je n'hésite pas à répondre qu'il ne le peut pas. Mais on comprend que le cas est fort différent si l'accès de l'air est gêné et ne se fait qu'incomplètement. La question bien posée ne peut souffrir aucune difficulté. M. Castel m'a reproché de n'avoir pas été fidèle dans l'analyse que j'ai faite du mémoire de M. Faure : je jure sur l'honneur que je n'ai à me reprocher aucune inexactitude. M. Castel en veut beaucoup, à ce qu'il paraît, à la méthode des saignées coup sur coup. Il n'en est pas moins vrai que cette méthode poursuit ses succès. Ainsi, depuis cinq ans que j'y suis fidèle, j'ai vu la mortalité diminuer de 3 à 8, et cela suivant des lois aussi fixes, aussi constantes que celles qui régissent les corps physiques. Je n'ai jamais vu mourir d'une fièvre typhoïde d'une médiocre intensité; et, sur 27 fièvres graves de cette espèce, 3 ont fini d'une manière funeste. C'est, comme on voit, 1 sur 9.

M. Bouilland cite à ce propos un jeune homme qui, depuis sept jours, présentait les symptômes de la fièvre typhoïde; il fut saigné une fois, et se trouvant assez bien il voulut sortir de l'hôpital. Il fut impossible de le décider à de nouvelles saignées, malgré toutes les instances qu'on lui fit. Il sortit donc de la Charité pour entrer dans un autre hôpital; il y fut traité par les purgatifs et il est mort.

Deux jeunes gens avaient un érysipèle; l'un fut saigné convenablement et il guérit; l'autre le fut avec plus de modération, et il mourut, et remarquez que c'est le moins malade qui succomba.

M. Velpeau. M. Barthélemy a dit que le sang en s'épanchant se coagule, ce qui n'est pas douteux, il en conclut qu'on a beau ouvrir le thorax, le sang ne peut sortir puisqu'il n'est pas liquide, ce qui est incontestable. Il s'est arrêté là. Je continue : ce n'est pas à ce moment, ce n'est ni le premier ni le second jour de l'épanchement qu'il est prescrit de faire la paracenthèse, c'est dix, douze, quinze jours plus tard; or alors le sang a repris sa liquidité. J'ajoute que le sang de l'homme est beaucoup moins prompt à se coaguler que celui des animaux.

En général il est fort délicat de conclure des animaux à l'homme. Par exemple, il est très-difficile d'enflammer les membranes séreuses dans les chiens, quelque

---

(1) Cette diversité de résultats dans une question expérimentale aussi importante jette le lecteur dans une ambiguité vraiment fâcheuse. Il n'est pourtant pas difficile d'expliquer des faits si opposés entre eux en apparence.

Dimanche dernier nous avons assisté aux expériences que M. Amussat a répétées sur des chevaux et des chiens, à Montfaucon. Lorsqu'on ouvrait largement la poitrine des deux côtés, et qu'on abandonnait l'animal à lui-même, la respiration était gênée, mais la plaie se fermant aussitôt spontanément, l'animal continuait à vivre comme dans les cas de M. Cruveilhier. Lorsque, au contraire, les deux ouvertures étaient maintenues béantes en écartant les côtes avec les mains, le cheval périssait constamment asphyxié en quelques minutes de temps.

N. du Réd.

soit le moyen qu'on emploie. Pendant que je suivais l'hôpital de Tours, M. Bretonneau fit quelques expériences dont le but était précisement d'éprouver la sensibilité des plèvres; il injecta dans la poitrine de plusieurs chiens du sang, de l'eau, et ne pouvant parvenir à l'enflammer, il imagina d injecter de l'eau fortement chargée de sel. Tout le monde s'attendait à une mort prompte; tout le monde fut trompé, et l'animal sortit sain et sauf de cette expérience. Je doute que l'homme s'en fût tiré à aussi bon marché.

Maintenant, l'entrée de l'air dans la poitrine est-elle la cause de tous les accidens qui suivent l'opération de l'empyème ? Les plaies pénétrantes de poitrine ne sont pas rares ; or, pourvu qu'il n'y ait point d'hémorrhagie, ni de lésion grave du poumon, ces plaies guérissent fort bien. Il en est de même des plaies pénétrantes de l'abdomen. Dans la hernie étranglée, l'intestin n'est-il pas exposé au contact de l'air? après le débridement l'air n'entre-t-il pas avec l'intestin? Cependant c'est une opération dont le succès est presque certain, pourvu qu'il n'y ait pas déjà inflammation du péritoine. Enfin le pneumo-thorax est, à mes yeux, une preuve que le contact de l'air est beaucoup mieux supporté par les tissus qu'on ne le dit.

A l'egard de ce qu'a dit M Sanson sur la nécessité de l'entrée de l'air pour faire sortir le liquide épanché, je répondrai par ce fait, c'est que, toutes les fois qu'on plonge un trois-quarts dans une cavité qui contient un liquide, ce liquide sort à l'instant par la canule.

Il résulterait des observations de M. Bécamier qu'il y a un moyen de faire cesser cette espèce d'infection que l'air porte avec lui dans les cavités qui lui donnent accès, ce serait de substituer à un liquide corrompu un liquide frais et *innocent*, tel que l'eau.

Cette intéressante expérience n'est pas nouvelle Je l'ai trouvée dans une thèse soutenue, il y a une quinzaine d'années, à la Faculté de médecine de Paris. On y dit que M. Billerey, de Grenoble, ayant pratiqué l'opération de l'empyème, injecta dans la poitrine une décoction de quinquina, et que cette méthode lui a réussi plusieurs fois.

Enfin M. Velpeau se demande s'il faut ouvrir la poitrine dans la partie la plus declive, et il se prononce hautement pour l'affirmative. Il fait une large ouverture, car il ne craint pas l'introduction de l'air.

M. Lisfranc. On a beaucoup parlé de l'introduction de l'air dans la poitrine, mais cette question n'a pas été examinée sous tous ses points de vue.

Lorsque la plèvre est saine, je crois que l'introduction de l'air est peu dangereuse.

Lorsqu'elle est malade, et elle l'est souvent quand il existe un épanchement purulent, alors, dis-je, l'air ne peut qu'ajouter à l'inflammation.

Faut-il évacuer le liquide épanché en totalité ou par fractions? Cela dépend : si ce poumon est en état de se dilater à mesure que l'épanchement diminue, il faut évacuer le liquide par petites parties.

Le cas est différent si le poumon ne peut suivre les mouvemens du liquide et remplir le vide qui se fait à mesure que la collection diminue. Alors l'air pénètre dans la poitrine, il se mêle à ce qui reste de liquide, le vicie, et de là des résorptions extrêmement dangereuses. Dans ce cas, M. Lisfranc veut qu'on évacue en une seule fois la matière de l'épanchement, et s'il survient de l'inflammation, il croit qu'on peut la combattre avantageusement.

J'ai souvent ouvert, ajoute-t-il, des abcès par congestion, et j'ai fait de larges ouvertures. Lorsque l'inflammation survenait, je la combattais hardiment par des saignées, et non-seulement je l'éteignais, mais je prévenais la viciation du pus. Que, si cette viciation avait lieu, je la faisais cesser par une application de sangsues, et je l'enlevais. Cela m'est arrivé plusieurs fois. Au moment où je parle, il y a à l'hospice de la Pitié, un homme qui porte un abcès par congestion : je l'ai ouvert, le pus a pris une odeur fétide; je l'ai entouré de 40 sangsues, et en 24 heures cette odeur a disparu.

M. Lisfranc pense que, par analogie, on pourrait étendre cette pratique à l'empyème.

M. Castel rappelle que les médecins du 17e siècle fondaient quelques espérances sur la ponction de la poitrine. A l'egard de M. Faure, il croit qu'il a été traité un peu sévèrement par son rapporteur. On a dit que M. Faure aurait pu s'épargner l'opération de l'empyème, s'il avait saigné davantage : cette assertion n'est point exacte. M. Faure a traité tout autant qu'il le fallait, et en preuve de cela, M. Castel lit un passage du mémoire en discussion. — M. Bouillaud proteste de la fidelité de son analyse. — M. Castel continue; mais le bruit qui se fait nous empêche d'entendre l'orateur. Je m'arrête, ajoute-t il, par respect pour l'Académie.

M. Double. J'aurais voulu suivre la discussion, j'aurais voulu la résumer, mais elle s est embarrassée de tant de questions étrangères, que j'ai dû renoncer à ma première pensée. Notre collègue M. Cruveilhier avait élevé fort à propos une question capitale, celle de savoir si, lorsque l'indication de l'empyème est bien établie, il convient d'évacuer le liquide tout à coup ou partiellement. M. Roux a répondu que nul d entre nous n'avait assez d'expérience, assez de faits pour résoudre cette question Mais, Messieurs, ce n'est pas ainsi que se font les sciences; il n'est donné à personne de dénouer tous les problèmes dont elles se composent. Ce n'est pas trop des efforts de tous ceux qui les cultivent, pour les fonder sur des bases solides. Cela veut dire qu'il faut tenir compte de ce qu'on a fait avant nous, et joindre sans cesse nos travaux aux travaux de nos prédécesseurs Il y a, Messieurs, 23 siècles que la question qui nous occupe occupait les Asclépiades. Ici M Double cite un passage d'Hippocrate : « Ceux, dit Hippocrate, qui ont du » pus ou de la sérosité dans les cavités de la poitrine, périssent tout à coup, si » on évacue l'épanchement tout à coup. » Or, pour porter ce pronostic, il faut bien supposer qu'Hippocrate avait eu connaissance de plusieurs cas malheureux. De plus, si on se rappelle qu'à cette époque reculée on avait une extrême répugnance pour la chirurgie et pour les chirurgiens, on demeure convaincu que ce n'est qu à la dernière extrémité qu'on condamnait les malades à subir l'opération de l'empyème.

En 1721, à l'école de Hall, on a recueilli un grand nombre de faits sur le même sujet, et non-seulement je tiens compte des faits passés, mais ils m'inspirent d'autant plus de confiance, qu'ils me viennent de sources plus nombreuses ; à coup sûr j'aime mieux 50 faits qui me sont fournis par vingt cinq observateurs, que s'ils m'etaient fournis par un seul.

En dernier résultat, je crois que :

Lorsque l'empyème est aiguë, il faut évacuer la poitrine tout à coup.

Lorsque l'empyème est chronique, il faut l évacuer successivement.

C'était la pratique de notre illustre maître, M. Boyer.

M. Bochoux répète ce qu'il a dit dans les autres séances; il ajoute un fait rapporté par Galien. Galien rapporte qu'un homme portant une collection purulente dans la poitrine, partit pour l'armée avec le projet de se faire tuer ; il reçut une blessure à la poitrine, le liquide sortit et la guérison suivit de près.

A cinq heures moins un quart, l'Académie se forme en comité secret pour entendre un rapport de M. le trésorier.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

RECUEIL DES PRINCIPAUX TRAVAUX DU CONSEIL DE SALUBRITÉ DU DÉPARTEMENT DE L'AUBE, septembre 1835. 50 pages in-4°, avec de nombreux tableaux statistiques.

HYGIÈNE POPULAIRE DE L'HOMME ET DES ANIMAUX, à l'usage particulier du village de Rouilly-St-Loup, canton de Lusigny, arrondissement de Troyes; publiée sous les auspices et avec l'approbation du comité central de salubrité publique du département de l'Aube, par le docteur Potin, président du comité. Troyes, 1836. 24 pages in-12.

HYGIÈNE POPULAIRE DE L'HOMME ET DES ANIMAUX, à l'usage particulier du village de Villemeaux, canton d'Essac, arrondissement de Troyes, publié sous les auspices, etc., par le docteur Potin, etc.

INSTRUCTION POPULAIRE SUR LES SECOURS A DONNER AUX NOYÉS ET ASPHYXIÉS, publiée par ordre du comité central de salubrité du département de l'Aube. Troyes, 1836. 24 pages in-12.

Le premier de ces quatre ouvrages, qui nous sont venus à la fois, est la suite d'un travail dont il a déjà été question dans la Gazette médicale (année 1835, p. 624), et dont nous avons approuvé non seulement le but, mais aussi le mode d'exécution. Le nouveau fascicule publié par le comité central est loin d'être inférieur au premier : les travaux qu'il contient en vont fournir la preuve. Le premier est un essai topographique et statistique complet sur le village de Rouilly-St-Loup, et le second, un essai semblable sur le village de Villemeaux. Toutes les questions qui se rattachent à l'hygiène, à la topographie, à la statistique et à l'aisance de ces villages, y sont traitées avec un talent et un à-propos d'application que l'on ne trouve pas toujours dans les énormes in-4° que les statisticiens publient presque journellement. Chacun de ces travaux utiles est le résultat de la coopération de plusieurs personnes qui ont donné, l'une la description géologique du territoire, une autre l'énumération des principales plantes qui se rencontrent soit dans les moissons, soit dans les prairies naturelles ou artificielles; une troisième, la description des habitations, tandis que des artistes vétérinaires ont indiqué tout ce qui avait rapport aux animaux domestiques; et enfin que le président du comité central, M. Potin, concluait de ces études si diverses quelques conseils pour les habitans de ces communes. Ce sont ces conseils qui, imprimés à part et dans un autre format, font la base des deux petites brochures dont les titres suivent celui du travail dont nous nous occupons maintenant.

Nous trouvons ensuite l'instruction populaire sur les secours à donner aux noyés et aux asphyxiés, qui a encore été imprimée à part, et dont il nous suffit de dire qu'elle est celle de M. Marc, modifiée dans ce qui était nécessaire pour qu'elle fût entièrement applicable au département de l'Aube. Le texte se termine par une note sur la contagion de la fièvre typhoïde, contenant quelques faits recueillis dans le département de l'Allier à l'appui de la contagion de cette affection, et les conseils que le comité de salubrité croit devoir donner aux habitans à cet égard; et enfin par un rapport relatif à un atelier de grattage des toiles de coton, et dont les auteurs demandent que le métier de gratteur de toiles de coton soit rangé dans la troisième classe des établissemens incommodes en raison du duvet très-abondant qui se détache de la toile, et, se répandant au loin dans l'air, peut porter préjudice aux voisins.

Enfin le volume se termine par treize grands tableaux dressés par M. Potin et qui fournissent les preuves de toutes les questions statistiques traitées dans le fascicule.

Quant aux petites brochures dont le titre vient ensuite, il suffira de

dire, pour faire comprendre toute leur importance et toute leur valeur qu'à chaque page elles nous offrent le langage de la bienfaisance la plus pure, de la philantropie la plus éclairée. L'auteur ne mendie point pour les habitans de ces villages qu'il paraît avoir étudiés avec tant de soin ces aumônes qui ne font qu'entretenir et propager la misère; mais il leur donne des conseils d'une exécution facile sur la manière d'assainir leurs habitations, d'utiliser leur temps, d'augmenter le produit de leurs terres et sur l'usage qu'ils devront faire de l'aisance qu'ils auront acquise.

Ces travaux faits sans ostentation méritent d'être encouragés; nous ne pouvons qu'applaudir à l'intention qui les a fait entreprendre, et souhaiter qu'ils soient imités ailleurs.

ESSAI SUR LES EAUX MINÉRALES DE CHATEAU-NEUF et leurs propriétés physiques, chimiques et médicales, par H. SALNEUVE, D.-M., inspecteur des eaux minérales de Château-Neuf. — Gannat, 1834. 96 pages in-8°.

Les eaux minérales de Château-Neuf, qui sont restées presque ignorées jusqu'à une époque qui remonte à peine à vingt ans, commencent à jouir d'une certaine réputation, et plusieurs départemens voisins de celui du Puy-de-Dôme y envoient aujourd'hui leurs malades. Cependant ces eaux n'avaient encore été le sujet d'aucune monographie; il n'en avait été question que dans quelques articles incomplets ou dans les ouvrages qui traitent des eaux minérales en général; sous ce rapport le travail de M. Salneuve ne peut être accueilli qu'avec faveur, si d'ailleur il réunit, comme il le fait réellement, les documens nécessaires.

Bien que les propriétés de ces eaux n'aient été appréciées, pour ainsi dire, que tout récemment, cependant il est certain qu'elles furent connues à une époque assez reculée et probablement à celle de la domination romaine dans les Gaules. La découverte faite récemment de baignoires en briques, parfaitement cimentées, prouve que ces eaux avaient été abandonnées après avoir été fréquentées pendant un temps plus ou moins long, et les médailles de fabrication romaine provenant des colonies d'Aix et de Marseille, trouvées en creusant une des piscines, semblent indiquer que ces eaux furent connues des Romains eux-mêmes.

L'auteur range parmi les causes qui durent les faire abandonner, les nombreuses difficultés qu'éprouvaient les malades pour y arriver. Il fallait, en effet, parcourir à pied un espace de deux mille mètres par un sentier étroit, inégal, dangereux et entouré de toutes parts de ravins profonds. Aujourd'hui une belle route remplace cet étroit sentier, de sorte qu'on va très commodément en voiture là où jadis on n'allait pas à pied sans courir de grands dangers.

Si nous en croyons la description que nous donne M. Salneuve de Château-Neuf, cette commune serait à la fois remarquable par la diversité de ses sites pittoresques et les belles promenades qui l'environnent.

Dans une grande partie du territoire de la commune on voit soudre l'eau minérale sur les deux rives et dans le lit même de la Sioule. Elle se reconnaît à des bouillons isolés formés par le dégagement de l'acide carbonique, dont les uns sont chauds et les autres froids. Ce sont les plus considérables de ces bouillons qui, recueillis et enfermés dans des constructions appropriées à leur destination, constituent les bains de Châteauneuf. Onze ou douze sources différentes existent ainsi à peu de distance les unes des autres : nous allons faire connaître les deux dont la température est le plus différente.

Fontaine Lacroix. Sur le trajet que parcourt l'eau minérale pour se déverser dans la rivière, elle laisse des traces d'une teinte brunâtre évidemment produite par un sédiment ferrugineux. Elle est dans un état de bouillonnement continuel, et est très-limpide. M. Salneuve l'a toujours trouvée à la température de 10° R. Un litre de cette eau contient :

Acide carbonique,	0,200
Carbonate de soude,	0,800
Sulfate de soude,	0,266
Hydrochlorate de soude,	0,300
Hydrochlorate de chaux,	0,200
Carbonate de chaux,	0,400
Sulfate de chaux,	0,266
Carbonate de magnésie,	0,400
Silice,	0,150
Alumine,	0,150
Oxide de fer,	0,100

A quelques pas au-dessous est une autre source (source de la Garenne) dont la température est de 15° R.

Grand bain ou bain chaud. Cette eau est transparente, incolore, a une saveur salée, légèrement ferrugineuse. Le thermomètre de R. indique 30° et demi et quelquefois 31. La différence de pesanteur avec l'eau distillée est de 0,002. Le sédiment qu'elle laisse sur les lieux où elle séjourne est brun et se compose de substance calcaire, colorée d'oxide de fer. Chaque litre contient :

Acide carbonique libre,	0,150
Substances solides,	5,770

qui, analysées par M. Lecoq, ont donné :

Carbonate de soude,	3,760
Muriate de soude,	0,420
Sulfate de soude,	0,200
Carbonate de chaux,	0,630
Carbonate de magnésie,	0,080
Silice,	0,050
Matière animale, quantité inappréciable,	
Perte,	0,620

Un fait assez curieux, mais qui a déjà été remarqué dans beaucoup d'autres endroits, c'est que la température de l'une de ces sources qui avait été prise en l'an IX par le prédécesseur de l'auteur et qu'il avait trouvée à 28 degrés, est aujourd'hui à 25.

Nous n'examinerons pas avec l'auteur quelles sont les maladies dans le traitement desquelles ces eaux doivent être utiles; leur température et leur composition suffisent pour les faire connaître. Chez quelques malades affectés de rhumatisme musculaire on observe que la peau, pendant l'immersion dans l'eau minérale, se recouvre d'un enduit muqueux sur toute sa surface, excepté sur la partie de cette membrane qui recouvre immédiatement les muscles souffrans.

Le bain dit *des galeux*, dont la température était, il y a quelques années, de 14 à 15 degrés R., et s'est élevée depuis à 25 degrés, à la suite de réparations faites à la piscine, paraît froid au malade au moment où il s'y plonge; mais bientôt, par la puissance excitante des substances qui entrent dans la composition de cette eau, la peau devient rouge et chaude, et ce n'est qu'après une heure ou une heure et demie d'immersion qu'il y retrouve la sensation froide qu'il avait éprouvée en entrant.

L'auteur a cru devoir rapporter une cinquantaine d'observations recueillies sur des malades traités par les eaux de Châteauneuf, et qui toutes se sont terminées par la guérison; mais, comme il nous dit luimême que cette partie de son travail est plutôt destinée aux personnes étrangères à la médecine entre les mains desquelles il peut tomber, nous nous croyons dispensés de les faire connaître.

VARIÉTÉS.

— Un concours est ouvert à la Faculté de médecine de Paris pour la place de chef des travaux anatomiques, vacante par la nomination de M. Bresch t. Les expériences commenceront le 25 janvier prochain, par les leçons orales; les préparations anatomiques auront lieu dans le courant de l'ete prochain.

— M. le docteur Martin Saint-Ange vient de publier la seconde édition de son *Tableau sur la circulation du sang chez le fœtus de l'homme.* Nous ne saurions trop recommander à nos lecteurs et aux élèves en médecine ce travail remarquable qui ne laisse plus rien d'obscur dans l'une des questions les plus difficiles de la physiologie humaine. Cette seconde edition, imprimée in-4°, est accompagnée d'une planche représentant un fœtus de grandeur naturelle, de sorte que l'œil peut suivre avec la plus grande facilité les explications du texte sur cette figure admirablement dessinée. On connait assez l'exactitude anatomique que l'auteur apporte dans tous ses dessins, l'habileté avec laquelle il les exécute, pour que nous ayons besoin de relever ce mérite. Pour ce qui regarde les faits nouveaux d'anatomie physiologique consignés dans ce travail, nous croyons devoir renvoyer le lecteur aux comptes-rendus qui en ont été faits, l'un par M. Isidore Geoffroy Saint-Hilaire, de l'Institut (voyez GAZETTE MÉDICALE, année 1833, p. 139), l'autre par M. le baron Bory de Saint-Vincent, de l'Institut (voir année 1834, p. 527). L'édition que nous annonçons se trouve à Paris, chez Ve Legras, Imbert et Ce, rue du Bac, n° 30 bis. Prix de l'exemplaire colorie 3 fr.; en noir, 1 fr. 75 c.

— *Recherches expérimentales sur les fonctions du système nerveux ganglionnaire et sur leur application à la pathologie*; par J.-L. Brachet, médecin de l'Hôtel-Dieu de Lyon. Deuxième edition, revue et augmentée, 1 vol. in-8° br. 7 fr. A Paris, Germer-Baillière, libraire, rue de l'Ecole-de-Médecine, n° 13 bis et à Lyon chez Savy, libraire-éditeur, quai des Celestins, n° 49.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

PARIS. — IMPRIMERIE ÉVERAT ET COMPAGNIE, RUE DU CADRAN, N° 16.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La Gazette médicale de Paris (*Gazette de santé* et *Clinique des hôpitaux* réunies) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et équivant à 6 feuilles in-8°. Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois. Pour l'Étranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Poissonnière*, n° 5, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

AVIS A MM. LES SOUSCRIPTEURS.

MM. les souscripteurs dont l'abonnement expire à la fin de ce mois, sont invités à le renouveler promptement s'ils ne veulent pas éprouver d'interruption dans l'envoi du journal. Pour ne pas décompléter les collections, aucun numéro ne sera envoyé aux personnes qui n'auraient pas donné avis de leur renouvellement avant le premier janvier. On s'abonne dans les départemens chez tous les directeurs des postes et des messageries. La quittance d'abonnement sera présentée au domicile de MM. les Souscripteurs de Paris.

HISTOIRE MÉDICALE.

RECHERCHES SUR UNE TRADUCTION LATINE INÉDITE DU TRAITÉ DES SEMAINES, LIVRE ATTRIBUÉ A HIPPOCRATE DANS L'ANTIQUITÉ, ET DONT L'ORIGINAL GREC EST PERDU.

Philon le juif, Galien, Pollux et quelques autres citent un *Traité sur les semaines*, Περὶ Ἑβδομάδων, qui faisait partie de la collection hippocratique telle qu'on la possédait depuis les travaux de l'école d'Alexandrie, et qui ne se trouve plus dans la collection telle que nous la possédons. C'est un livre perdu comme tant d'autres; cependant on lit dans le catalogue des manuscrits latins de la Bibliothèque Royale l'indication d'un volume qui renferme entre autres choses le traité en question, indication répétée par la *Bibliothèque grecque* de Fabricius, édition de Harles, t. 2, p. 595. Ce volume, tout en latin, est le n° 7027; il est in-8°, intitulé *De phisicâ* (*de la médecine*), sur parchemin, d'une écriture fort ancienne, sans pagination. Il contient:

1° Un fragment du *Traité sur la nature de l'homme*. A la fin on lit: *Explicit Ypocratis de natura humana.*

2° *Incipit liber Ypocratis ad Mæcenatem salutem.* A la fin on lit: *Explicit de natura generis humani.*

3° *Incipit liber Ypocratis de aeribus et de locis et de aquis.*

4° *Incipit Ypocratis de septemmadis.* A la fin on lit: *Explicit Ypocratis de septimadis.*

5° Lib. V. *Incipit liber Peri diatis* (Περὶ Διαίτης) *ipsius Ypocratis.* C'est la traduction du premier livre de la *Diète.*

6° *Commentaria Apohrismorum.*

Le livre *Peri diatis* est indiqué comme le cinquième morceau. Ainsi il ne manque dans ce volume que le commencement du *Traité de la*

Feuilleton.

LES MÉDECINS D'AUTREFOIS, LES MÉDECINS D'AUJOURD'HUI.

(Premier article.)

CORPORATION.

« Les Égyptiens faisaient des médecins leurs prêtres, et de leurs prêtres leurs rois, ce qui avait donné lieu à cette formule : « *Medicus non es, nolo te constituere regem.* »

(*Lettres intéressantes pour les médecins*, 2 vol. in-8° Avignon, 1759.)

Rien ne prouve mieux la mobilité de la civilisation, l'impulsion qui lui est donnée par certaines idées dominantes, que les diverses phases qu'éprouvent les professions aux époques différentes d'un même peuple. L'histoire de ces professions a été faite avec plus ou moins de succès par l'histoire, par l'érudition et par les chansons; il n'y a pas jusqu'à la caricature, qui n'ait aussi ses tableaux dans ce genre, car la caricature est aujourd'hui une puissance, c'est une folle qui dit la vérité en riant; et la philosophie bouffonne de son crayon, n'est pas toujours la moins réelle, quoique la plus futile en apparence. Cependant de toutes les professions dites libérales, celle qui a subi le plus de métamorphoses est assurément celle des médecins. Corporation, enseignement, exercice, mœurs, coutumes, langage, position, avenir, tout a changé complètement et radicalement; c'est au point que, si la médecine n'était pas éternellement l'étude de l'homme et de ses maladies, il serait difficile de croire que nous sommes encore dans la même sphère scientifique que nos ancêtres. Sur ce point seul, fondamental il est vrai, les médecins d'autrefois et ceux d'aujourd'hui ont d'indestructibles rapports. Tout le reste est détruit, tout a été modifié, ou brisé, enlevé par le torrent des fatalités sociales

Dans un moment où il est question d'une loi de réorganisation médicale, peut-être convient-il de jeter un coup d'œil rétrospectif sur notre profession, et de comparer ce que nous étions avec ce que nous sommes. Cependant entendons-nous par médecins d'autrefois : je ne veux pas les considérer à toutes les époques, ce serait un trop vaste travail. Le point de départ sera pris cinquante ans environ avant la révolution de 89, et ces réflexions porteront sur deux points principaux, la corporation et la profession, ce qui comprend l'enseignement et l'exercice, les mœurs, usages, etc.

Personne n'ignore qu'en France, les anciennes Facultés de médecine, surtout

nature de l'homme. Je n'ai à m'occuper ici que du *Traité des semaines*.

Il est écrit dans un latin extrêmement barbare et à peine intelligible, ainsi qu'on en jugera par quelques citations que j'en donnerai plus loin. La première chose à faire était de savoir si le texte que j'avais sous les yeux était bien la traduction du traité perdu. Pour cela je n'avais qu'à vérifier si les citations qu'en rapportent les anciens auteurs s'y retrouvent. Cette vérification démontre l'authenticité de cette traduction ignorée. Je vais mettre sous les yeux du lecteur, en suivant l'ordre chronologique, les passages des auteurs de l'antiquité qui ont cité le *Traité des semaines*, et les passages correspondans du manuscrit 7027.

Le premier est Philon le juif, qui vivait au commencement du premier siècle de l'ère chrétienne. Cet auteur, après avoir résumé l'opinion d'Hippocrate sur la vie, cite textuellement le passage du livre où cette opinion est consignée. « Dans la nature humaine, il y a sept saisons que l'on appelle âges : le petit enfant, l'enfant, l'adolescent, le jeune homme, l'homme fait, l'homme âgé, le vieillard. L'âge du petit enfant, jusqu'à sept ans, époque de la dentition; de l'enfant jusqu'à la production de la liqueur spermatique, deux fois sept ans; de l'adolescent jusqu'à la naissance de la barbe, trois fois sept; du jeune homme jusqu'à l'accroissement de tout le corps, quatre fois sept; de l'homme fait jusqu'à quarante-neuf ans, sept fois sept; de l'homme âgé, jusqu'à cinquante-six, sept fois huit. A partir de là commence la vieillesse. »

Λέγει δ' οὕτως· ἐν ἀνθρώπου φύσει ἑπτά εἰσιν ὧραι, ἃς ἡλικίας καλέουσι, παιδίον, παῖς, μειράκιον, νεανίσκος, ἀνήρ, πρεσβύτης, γέρων. Καὶ παιδίον μέν ἐστιν ἄχρις ἑπτὰ ἐτῶν, ὀδόντων ἐκβολῆς· παῖς δ' ἄχρι γονῆς ἐκφύσιος, ἑπτὰ (Il faut lire ἐς τά, comme je le dirai plus bas), δὶς ἑπτὰ· μειράκιον δ' ἄχρι γενείου λαχνώσιος, ἐς τὰ τρὶς ἑπτά· νεανίσκος δ' ἄχρις αὐξήσιος ὅλου τοῦ σώματος, ἐς τὰ τετράκις ἑπτά· ἀνὴρ δ' ἄχρις ἑνὸς δέοντος πεντήκοντα, ἐς τὰ ἑπτάκις ἑπτά· πρεσβύτης δ' ἄχρι πεντήκοντα ἕξ, ἐς τὰ ἑπτάκις ὀκτώ. Τὸ δ' ἐντεῦθεν γέρων. (Philon, Περὶ Κοσμοποιΐας. p. 17.) Voici maintenant le texte du manuscrit 7027 : « Sic autem et in hominis natura septem tempora sunt, ætates appellantur ; puerulus, puer, adolescens, juvenis, vir, junior senex. (Il faut lire : junior senex, senex ; le traducteur n'a pas su rendre autrement πρεσβύτης, γέρων.) Hæc sunt sic : puerulus usque ad septem annos in dentium immutationem ; puer autem usque ad seminis emissionem, quatuor decim annorum, ad his septem. Adolescens autem usque ad barbas, unum et viginti annorum, ad ter septem usque ad crementum corporis. Juvenis autem consummatus in XXXV annorum, quinque septenos ; vir autem usque ad XL et VIIII ad septies septem ; junior vero senex LX et III et in VIIII ebdomadis. Exinde senex. »

Ces deux passages ont été évidemment pris au même traité. Les différences qu'ils présentent dérivent surtout des erreurs du copiste du manuscrit latin, peut-être aussi de leçons différentes d'un même texte ; et l'on peut penser que le traducteur, qui fait commencer la vieillesse à la 63e année, a eu sous les yeux un meilleur exemplaire que Philon, qui la fait commencer à la 56e année.

Pollux, qui cite ce morceau, s'éloigne également de la traduction latine que je viens de rapporter et de la citation de Philon. Pollux vivait sous Commode et était à peu près contemporain de Galien. Il ne reproduit pas le texte hippocratique; il en donne seulement le sens. Il dit que, suivant Hippocrate, le cinquième âge est de 28 à 35; le sixième, de 35 à 42; le septième, de 42 à 49. (*Onomast.* II. I. Ce qui, dans la citation de Philon, est appelé πρεσβύτης, est appelé γέρων dans Pollux, et *vice versâ*. Au reste, il est évident que ce dernier a mal rapporté les paroles de l'auteur hippocratique, car la vieillesse ne peut commencer à la 42e année, ainsi que Pollux le fait dire, par son arrangement, à l'auteur du *Traité des semaines*.

Galien pensait que le *Traité des semaines* n'appartenait pas à Hippocrate ; cependant il le cite plusieurs fois. Voyons si les citations de Galien se retrouvent dans le traducteur latin : « Ceux qui partagent l'année en sept saisons, dit le médecin de Pergame, étendent l'été jusqu'au lever de Sirius, et de là jusqu'au lever d'Arcturus, ils font la saison des fruits. Les mêmes auteurs divisent l'hiver en trois parties : la partie intermédiaire enferme le solstice; en deçà se trouve le temps de l'ensemencement; au-delà celui de la plantation : car ce sont là les noms qu'ils donnent à la première et à la troisième partie de l'hiver. Dans le *Traité des semaines*, qui est attribué à Hippocrate, on trouve l'année partagée en sept; l'automne et le printemps n'ont subi aucune division; mais l'hiver est coupé en trois, et l'été en deux. »

Comme ce texte est important pour la discussion dont il s'agit ici, je le rapporte en original malgré sa longueur :

Καὶ ὅσοι τὸν ἐνιαυτὸν εἰς ζ΄ τέμνουσιν ὥρας, ἄχρι μὲν ἐπιτολῆς τοῦ κυνὸς ἐκτείνουσι τὸ θέρος, ἐντεῦθεν δὲ μέχρις ἀρκτούρου τὴν ὀπώραν. Οἱ δ' αὐτοὶ καὶ τὸν χειμῶνα τριχῇ τέμνουσι, μέσον μὲν αὐτοῦ ποιοῦντες τὸν περὶ τὰς τροπὰς χρόνον· τοὺς δ' ἑκατέρωθεν τοῦδε, σπορητὸν μὲν πρόσθεν, φυταλιὰν δὲ τὸν ἕτερον· αὐτοὶ γὰρ οὕτως ὀνομάζουσι. Καὶ μέν τοι κἀν τῷ Περὶ Ἑβδομάδων Ἱπποκράτους ἐπιγραφομένῳ βιβλίῳ διῃρημένον ἐστὶν εὑρεῖν τὸν ἐνιαυτὸν εἰς ἑπτά, τοῦ μὲν φθινοπώρου καὶ τοῦ ἦρος ἀτμήτων πεφυλαγμένων, τετμημένων δὲ τοῦ μὲν χειμῶνος εἰς τρία μέρη, τοῦ δὲ θέρους εἰς δύο. (T. V, p. 347, éd. Bas.)

On lit dans le manuscrit 7027 : « Tempora autem annualia septima : sunt autem hæc, sementatio, hiems, plantatio, vera estas, autumnus, post autumnus. » Ce texte se rapporte évidemment à la division de l'année en sept parties, dont parle Galien. Mais deux fautes dues, l'une au copiste, l'autre au traducteur, l'obscurcissent. Il faut le restituer. D'abord, il est clair qu'au lieu de *vera estas*, on doit lire : *ver*, *æstas*. C'est là une faute de copiste. Quant au traducteur, voici ce qui l'a embarrassé : dans cette division en sept de l'année, l'été était partagé en deux saisons. Galien a dit le nom de ces deux saisons, dans le passage que je viens de citer, et on le trouve aussi dans la suite du *Traité des semaines* que le manuscrit 7027 contient. Elles s'appelaient été et saison des fruits, θέρος, ὀπώρα. Or, l'automne se dit en grec φθινόπωρον. Cette coïncidence a embarrassé le traducteur, qui a mis grossièrement *autumnus*, *post autumnus*. Il faut donc lire tout ce passage de la manière suivante : « L'année est divisée en sept parties, qui sont : l'ensemencement, l'hiver, la plantation, le printemps, l'été, la saison des fruits et l'automne. » Ce qui est en tout point concordant avec le passage, cité plus haut, de Galien.

Hippocrate ayant dit, dans un aphorisme, que les maladies sont moins dangereuses lorsque la nature en est conforme à la saison, Galien observe dans son *Commentaire*, t. V, p. 247. Ed. Bas. : « Le contraire est soutenu par Dioclès et par l'auteur du *Traité des semaines*, qui prétendent que les maladies sont aggravées par les circonstances conformes à leur nature, et diminuées par les circonstances contraires. » Ceci est un peu obscur; je vais l'éclaircir. La fièvre ardente ou *causus*, par exemple, était, d'après la doctrine Hippocratique, une maladie moins dangereuse en été, où la

---

celles de Paris et de Montpellier, remontaient très-haut dans les âges. Malgré les mouvemens plus ou moins précipités de la civilisation, malgré les guerres, les révolutions, les changemens de gouvernemens, de dynasties, ces Facultés furent à peine ébranlées au moins dans leurs premiers fondemens; leur histoire en fait foi. Les principes en vertu desquels elles s'érigèrent étaient si fortement conçus; il y avait une telle solidité de faits et d'idées dans leurs statuts, que tout en modifiant ces derniers à plusieurs reprises, le fond restait le même. Quoique placées, comme tout ce qui est humain, sous la herse et la faux du temps, ces institutions résistèrent des siècles, et on les crut inébranlables. Mais quelques abus difficiles à éviter, le sophisme, l'imprévoyance, le besoin de changement, finirent par les saper et les renverser. La révolution, ce large et profond mouvement de régénération sociale, cette grande et généreuse illusion de nos pères, au lieu de faire sortir des entrailles du passé un présent honorable et un avenir glorieux, au lieu de choisir entre les vérités traditionnelles longuement éprouvées et de simples utopies idéologiques, faucha à coups redoublés toute institution établie et qu'on appela feodale. Lorsque Sieyes, dans son célèbre pamphlet, eut révélé au *tiers-état* ce qu'il était et ce qu'il pouvait, on en vit bientôt les conséquences. Mirabeau s'écria : Il a déchaîné le taureau, et il ne veut pas qu'il frappe de la corne. Ce grand orateur avait raison, les effets se lient toujours aux causes. Car qu'est-ce que la liberté sans l'art et la sagesse qui savent la mettre en œuvre? Ce fut donc par un contre-coup du taureau populaire, qu'on détruisit l'université, les collèges, les académies et les Facultés de médecine. La démolition fut complète; il n'en resta rien, pas même des décombres. Ce qu'il y a de singulier, c'est que la plupart des médecins de cette époque, concoururent tous d'intention ou de fait à l'œuvre de destruction dont il s'agit. Il faut bien le dire, leur voix s'est mêlée au souffle des tempêtes politiques; ils ont mis la main au grand levier qui a brisé ou refait des trônes; eux aussi, ils ont porté le fameux toast de Fox à *Sa Majesté le peuple souverain*. Comme beaucoup d'autres, ils étaient loin de prévoir qu'il y a une énorme distance entre améliorer et détruire, entre le progrès réel et une subversion totale, et qu'en définitive, le grand mouvement qui s'opéra eut pour beaucoup de gens cette simple interprétation : Détruire tout ce qui est au-dessus, au profit de tout ce qui est au-dessous.

Il y a plus, c'est que les travaux de quelques docteurs contribuèrent beaucoup à préparer la révolution. C'est ainsi que les économistes dont Quesnay, cet illustre médecin était le chef, et qu'on appelait pour cette raison le *maître de la science*, accélérèrent le mouvement. Certes l'édit de 1788 sur la subvention territoriale, et qui fut l'œuvre des économistes, influa plus qu'on ne croit sur l'explosion révolutionnaire qui eut lieu l'année suivante. De progrès en progrès, on arriva enfin à proclamer qu'il était licite à tous et à chacun d'exercer l'art qui lui conviendrait, selon son bon plaisir. L'article qui consacre un tel méfait social, est trop curieux pour n'être pas consigné ici. « A compter du 1er avril prochain, il sera libre *à toute personne* de faire tel négoce ou d'exercer *telle profession* ou métier qu'elle trouvera bon; mais elle sera tenue de se pourvoir auparavant d'une patente, d'en acquitter le prix suivant les taux ci-après déterminés, et de se conformer aux réglemens de police qui sont ou seront faits. (Art. 7 de la loi du 2 mars 1791.) Voilà ce qu'on appelait alors de la liberté, la patente! Tel est le *criterium* du droit en matière d'exercice de la médecine. Nos législateurs passés, et il faut le dire, tous ceux qui ont legislaté sur notre profession, n'y ont guère

saison était conforme aux symptômes mêmes qui la caractérisent, qu'en hiver. Dioclès de Caryste et l'auteur du *Traité des semaines* professaient une doctrine opposée : suivant eux, la fièvre ardente était plus facile à guérir en hiver qu'en été, parce que, dans cette dernière saison, elle empruntait des forces aux circonstances atmosphériques. Cette dernière opinion est textuellement dans le manuscrit 7027. On y lit : « Nihil molestum si non tempus ipsum ipsis ægritudinibus colluctetur. » Plerumque enim non obtinet natura hominis mundi virtutem. » C'est-à-dire : « Rien ne sera fâcheux si la saison elle-même n'est pas » l'auxiliaire des maladies. Car, en général, la constitution humaine ne » peut triompher de la force de l'ensemble des choses. » On voit que Galien a bien cité, et que notre traducteur a reproduit, dans son latin barbare, le texte de son auteur d'une manière reconnaissable.

Il avait même un texte correct sous les yeux, ainsi que je vais le faire voir. La phrase citée plus haut a été, avec un autre long morceau du *Traité des semaines*, insérée (je le dis ici par anticipation) dans le livre des *Jours critiques*, compilation formée avec des lambeaux d'ouvrages hippocratiques, et entre autres de celui-là ; mais elle y a été insérée différemment suivant les différentes éditions. Dans quelques-unes, celle de Froben entre autres, p. 388, elle est ainsi imprimée : ἐὰν αὐτή τε ἡ ὥρη τῷ νουσήματι ξυμμαχήσῃ. Leçon fautive ; une négation est omise, il faut lire : ἐὰν μὴ αὐτή τε. Le sens l'indique ; la citation de Galien le prouve, et d'ailleurs, ce qui ôte à cette correction l'apparence même d'une conjecture, plusieurs manuscrits, entre autres ceux du Vatican et le n° 2141 de la Bibliothèque Royale de Paris, présentent la négation. Foes, Mack, Kühn ont bien vu qu'elle était nécessaire ; et sans l'admettre dans leur texte grec, ils l'ont admise dans leur traduction. Il est facile de s'expliquer comment cette négation a disparu dans plusieurs manuscrits : comme la phrase en question était contraire à un aphorisme, un copiste, se croyant fort habile, l'y a rendue conforme en supprimant le μὴ. Mais notre traducteur latin, qui, lui, traduisait sur le texte même du *Traité des semaines*, n'a pu commettre une pareille erreur ; et le *non* occupe, dans sa phrase, la même place que le μὴ dans la phrase grecque.

Galien, cherchant à expliquer un passage difficile du sixième livre des *Epidémies : l'ame de l'homme se produit sans cesse jusqu'à la mort* (ἀνθρώπου ψυχὴ ἀεὶ φύεται ἄχρι θανάτου), dit : « Si l'on trouvait dans » quelqu'un des véritables écrits d'Hippocrate une explication sur l'es» sence de l'ame, ainsi que l'auteur du *Traité des semaines* en a don» né une, je pourrais essayer d'interpréter le mot φύεται. (T. V. p. » 509, éd. Bas.). » Ce passage apprend que le *Traité des semaines* contenait une explication sur l'essence de l'ame. Or, notre traducteur latin dit : « Ubi dico hominis animam, dico originale calidum frigido » consitum. Quand je dis l'ame de l'homme, je dis le chaud élémentai» re mêlé au froid. »

Il explique un peu plus bas ce qu'il entend par là. A cette explication se rapporte une autre citation de Galien. Celui-ci dit, t. V, p. 510 : « Les stoïciens prétendent que l'ame, pour persister, a besoin non-seu» lement d'alimens, mais aussi d'air, et il y en a qui, d'après ce qu'on » lit dans le *Traité des semaines*, assurent qu'Hippocrate est l'au» teur de cette opinion. » Il faut donc que nous trouvions, dans notre traduction latine, un passage où l'ame soit entretenue, non-seulement par la nourriture, mais encore par l'air. Le passage s'y trouve en effet, mais la barbarie du traducteur l'a tellement obscurci, qu'on y voit seulement qu'il s'agit de l'ame, de la chaleur primitive, de la nourriture et de l'air.

On lit dans le *Glossaire* des mots hippocratiques, composé par Galien : « Αὐτόδρομον, qui se meut de soi-même, αὐτοκίνητον, ainsi qu'il » est dit dans le *Traité des semaines*. ». Le manuscrit latin donne *per se transeuntia* qui, se rapportant aux astres, est bien la traduction d'αὐτόδρομον.

On trouve une peu plus loin dans le même *Glossaire* : « Ἄκριτον παγος, » comme ἀδιάκριτον. Ce mot se lit dans le *Traité des semaines*, et est » dit de l'espace au-delà du monde, de l'infini, du vide sans forme. » (Εἴρηται δὲ ἐν τῷ Περὶ Ἑβδομάδος ἐπὶ τοῦ μετὰ τὸν κόσμον, ἤτοι ἀπείρου, ἢ οἷον » ἀδιατυπώτου κενοῦ.) » Le manuscrit latin a traduit ces mots, certainement difficiles, par *inseparabilis solitas* ; la traduction n'est pas élégante, mais elle est fidèle.

Il y a encore deux passages où Galien, sans citer le *Traité des semaines*, y fait cependant allusion. On ne pouvait s'en apercevoir qu'en ayant ce traité sous les yeux. « Il n'est pas besoin, dit-il, de dé» monstration pour établir que l'être vivant jouit de la santé quand » il demeure dans les limites de la composition des qualités élémentaires, » c'est-à-dire quand le chaud et le froid, comme dit Hippocrate, sont » dans des rapports convenables de mélange l'un avec l'autre. Mais si » l'un l'emporte sur l'autre, il survient des maladies conformes à la na» ture de la cause qui prédomine ; des inflammations, des érysipèles, des » affections cutanées rongeantes, des anthrax, des fièvres ardentes et in» flammatoires, et toutes les maladies febriles, quand c'est le chaud élé» mentaire qui a la prépondérance ; des convulsions, des tétanos, des » palpitations, des engourdissemens, des paralysies et des épilepsies, » quand c'est le froid élémentaire qui est en excès (*Du tremblement,* » *des convulsions et des frissons*, t. 3, p. 369, éd. Bas.). » C'est le développement de ce passage du livre *Des semaines* où l'auteur dit : « Quand le chaud et le froid élémentaires qui constituent le principe » vital, sont en parties égales, l'homme demeure en santé : mais si le » chaud l'emporte sur le froid, le corps devient d'autant plus malade » que l'inégalité est plus grande. »

Galien a, dans son opuscule *Sur le marasme*, une citation qu'il faut aussi rapporter au *Traité des semaines*. La voici : « Hippocrate a » dit : le chaud qui a produit nos corps est aussi pour nous une cause » de destruction. » (Ἱπποκράτης εἶπε· Καὶ ἀποκτείνει τοίνυν ἡμᾶς τὸ θερμὸν ὅπερ ἔφυσε τὰ σώματα, t. III, p. 374.). D'abord il faut remarquer que Galien ajoute que ce passage est emprunté à un livre faussement attribué à Hippocrate. Mais ce qui lève toute difficulté pour savoir ce qu'est ce livre, c'est que je retrouve ce passage dans le *Traité des semaines* ; Le voici tout entier, Galien n'en a cité qu'une partie : « Le chaud fait croître » les corps et les altère, guérit les maladies et engendre les fièvres, et » il cause la mort des êtres dont il a organisé le corps. »

Voilà tous les renseignemens fournis par Galien sur le *Traité des semaines*. Ils concordent minutieusement avec la traduction ignorée qui se trouve dans le manuscrit 7027. Ces preuves suffiraient pour montrer que nous avons réellement sous les yeux le *Traité des semaines* attribué dans l'antiquité à Hippocrate. Mais d'autres auteurs ont aussi parlé de ce livre ; et leurs citations se retrouvent également.

Censorin, qui vivait sous Gordien dans la première moitié du troi-

---

vu autre chose. Toutefois, comme la raison et le bon sens, quand ils sont méconnus, ont d'inévitables vengeances, on ne tarda guère à en ressentir les cruels effets. D'une part, les charlatans de toute espèce ne manquèrent pas d'exploiter le champ si bien découvert à leurs yeux ; on avait donné une extension illimitée à leur droit de frelons, et ils se hâtèrent d'en profiter. Plusieurs années de la plus triste, de la plus déplorable anarchie médicale le démontrèrent avec évidence. D'un autre côté, les vrais médecins, ceux des anciennes Facultés, *nantes in gurgite* VASTO, isolés, découragés, sans point d'appui, se résignèrent à voir leur noble profession confondue dans la plèbe sociale. On a beau prier le passé de se tenir tranquille sous son bonnet de coton, comme disent les railleurs de notre temps, il n'en est pas moins vrai que sa voix étant le résultat de l'expérience, malheur à celui qui la méconnaît. Cela est si vrai, que lorsqu'à force de calamités publiques, on voulut refaire de nouvelles institutions médicales, on ne put y parvenir que très-imparfaitement. Les reconstructeurs d'époques n'ont fait à cet égard, jusqu'à présent, que d'informes essais, parce qu'au lieu de détruire les abus, on avait brisé l'institution elle-même ; parce qu'au lieu d'émonder l'arbre, on le déracina. Quand l'égalité s'établit, elle pose ordinairement son niveau très-bas, les médecins en firent et en font chaque jour la triste expérience, de là des difficultés sans fin pour rétablir, quoique sur d'autres bases, l'édifice primitif. Ainsi, depuis près de cinquante ans, le contre-coup de la destruction des anciennes Facultés, pèse encore énormément sur la profession. Plus d'esprit de corps, plus de solidarité parmi les médecins d'aujourd'hui ; chacun dans sa conduite, se dirige comme il veut, comme il l'entend, par les voies basses et honteuses, par les moyens droits et honnêtes, trompant le public ou le servant avec délicatesse et probité. On a son diplôme et sa patente, dès-lors la vie médicale est murée, personne n'a le droit de vous dire : Tu avilis ta profession, quitte cette robe que tu souilles, ou tu seras marqué du sceau de l'infamie. Et puis étonnez-vous si le savoir-faire cauteleux, adroit et madré, écrase sans cesse le savoir modeste ou laborieux ; si un charlatanisme impudent, usurpateur, tend partout et impunément ses filets ; si dans mainte occasion l'honneur médical a coulé de toutes parts devant les tribunaux et en face du public ; si les médecins n'ont plus la considération qu'ils avaient jadis ; si la pensée martyrisante du plus grand nombre, est que malgré de longs travaux, leur profession ne les mettra point à l'abri du besoin sur leurs vieux jours, qu'ils iront mendier l'obole et le morceau de pain que la pitié de leurs confrères a déposés dans la caisse de prévoyance.

On ne peut nier cependant que la science n'ait fait des progrès : l'enseignement public et particulier s'est accru et perfectionné ; on a introduit dans le régime des hôpitaux de grandes et incontestables améliorations. La médecine et la chirurgie marchent maintenant de niveau comme deux sœurs d'une même origine ; et pourtant, par une inconcevable fatalité, la profession a perdu en éclat, en splendeur, en estime dans la société, ceux qui l'exercent, n'ont qu'une considération purement personnelle ! Bizarre problème dont la solution est néanmoins assez facile pour qui comprend la marche et la nature des choses. Comment donc les médecins d'autrefois avaient-ils ce que n'ont pas les médecins d'aujourd'hui ? Il faut le dire, cette force leur venait uniquement de la corporation dont ils faisaient partie, en un mot des Facultés de médecine. Ces Facultés étaient puissantes par leur organisation, par leurs privilèges et par leurs usages ; or, chaque membre participait à ces avantages, c'était le droit commun. On considérait la Facul-

ième siècle après Jésus-Christ, cite Hippocrate et la division de la vie en semaines : « Hippocrates medicus in septem gradus ætates distribuit ; » finem primæ putavit septimum ; secundæ decimum quartum ; tertiæ vigesimum octavum ; quartæ trigesimum quintum ; quintæ quadragesimum secundum ; sextæ quinquagesimum secundum ; septimæ novissimum annum vitæ humanæ. » (*De Die natali*, p. 98.) Macrobe, venu un peu après Censorin, ne cite pas, il est vrai, le *Livre des semaines*; mais il y fait d'évidens emprunts sur la vie de l'homme, sur les sept voyelles, les sept organes des sens. (*In somnium Scipionis*, lib. I. cap. VI.)

Saint Ambroise, célébrant la semaine (*Epist.* VII, 39), ne manque pas de citer Hippocrate : « Celebretur itaque hebdomas, eo » quod per septem ætates vita hominum usque ad senectutem transcurritur, sicut Hippocrates medicinæ magister scriptis explicuit suis. » Prima ætas infantia est, secunda pueritia, tertia adolescentia, » quarta juventus, quinta virilis ætas, sexta ævi maturitas, septima » senectus. Est ergo infans, puer, adolescens, juvenis, vir, veteranus, » senex. Ergo Hippocrates vel septem ætates vel hebdomadas ætatum » norit ; in illis se hebdomas præferet. » On voit combien cette division de la vie en semaines avait plu aux écrivains de l'antiquité.

Chalcidius, qui vivait sous Arcadius, consacre un assez long paragraphe aux propriétés du nombre sept : « Ce nombre est regardé comme le meilleur, parce qu'on a observé qu'il était la règle de beaucoup de phénomènes produits par les lois naturelles. D'abord, les » naissances à sept mois sont, dans l'espèce humaine, légitimes avant » toute autre. Ensuite, c'est après le septième mois que les dents poussent, après la septième année qu'elles changent. Le même nombre, » au bout de la seconde semaine d'années, apporte aux deux sexes la » puberté, époque où ils sont aptes à se reproduire ; à la troisième semaine se montre un duvet naissant sur les joues. La quatrième termine l'accroissement de la stature ; la cinquième donne toute sa perfection à l'âge de la jeunesse. L'expérience a fait voir que, dans les » maladies, les mouvemens se faisaient suivant le même nombre ; et » Hippocrate, qui traite de ces faits dans la plupart de ses livres, » compte, dans celui qu'il a particulièrement consacré aux semaines, » sept ouvertures des sens placées dans la tête, les yeux, les oreilles, » les narines et la bouche. Les parties vitales sont en même nombre, » la langue, le poumon, le cœur, la rate, le foie, les deux reins. On » compte autant de voyelles qui adoucissent la rudesse des consonnes ; » et les phases diverses sous lesquelles se montre la lune croissante et » décroissante, sont réglées de la même manière. » (*Commentaire sur le Timée de Platon*, pages 111 et 112, éd. Meursius, Lugd. Bas., 1617.)

Ce que Chalcidius dit sur la division de la vie de l'homme, est emprunté au *Traité des semaines*. Le reste l'est également. La phase relative aux mouvemens critiques qui sont réglés par les septénaires, en dérive. « Solvuntur febres, dit le manuscrit 7027, septima aut » nona aut undecima, aut quarta decima in secunda hebdomada, aut » una et vigesima in tertia hebdomada, aut vigesima octava in quarta » hebdomada. » Les passages relatifs aux sens, aux parties vitales, aux phases de la lune, y sont également ; et quant aux voyelles, on y lit : « Et ipsius quidem vocis septem vocalium inarticulatio. »

Favonius Eulogius, rhéteur carthaginois, cite le *Traité des semaines* : « Hippocrates Cous, naturæ scrutator egregius, hunc numerum septenarium in libris quos περὶ ἑβδομάδων appellat, ait creandis inesse cor» poribus ; nam semen fusum et fomite matris exceptum septimo die » in sanguinem commutari, septimo mense perfici, ac plerumque nasci » legitimam partûs dinumerationem *mansurum* (au lieu de *mansurum* » qui ne fait aucun sens, je propose de lire *emensum*), infantiumque » dentes a septimo mense prorumpere, septimo mutari anno, his septimo incipere pubertatem, ter septeno florem barbæ juvenilis absolvi, quatuor autem annorum hebdomadibus evolutis staturæ crescentis terminum fieri, nec ultrà proceritatem posse procedere (*In Ciceronis* somnium Scipionis *disputatio ad V. C. Superium cos. provinciæ Bizacenæ*, p. 17, Antv. 1613). » La fin relative à la division de la vie de l'homme en semaines d'années est conforme aux citations qui ont été rapportées plus haut. Le commencement est aussi dans le manuscrit 7027 : « Necesse est septenario haberi definitionem septem » dierum in coagulationem seminis humani, et inde formationem naturæ » hominis ; insuper perfici propter hoc partus. »

Nous retrouvons un médecin qui s'appuie du témoignage de l'auteur dont la traduction latine est restée ignorée dans la Bibliothèque Royale. Aëtius (*Tetrab.*, sermo 1, cap. 83) ait : « La fièvre quarte exquise attaque tous les âges. » Hippocrate, dans son *Livre du nombre septénaire*, signale de préférence la vigueur de l'âge : il paraît assurer » que la même personne n'est pas atteinte deux fois par cette maladie. Il s'exprime ainsi : *D'abord, la fièvre quarte n'attaque pas » deux fois le même homme ; elle ne l'a jamais attaqué et ne l'attaquera jamais une fois qu'il aura été guéri.* »

Ce passage, cité par Aëtius, ne se trouve dans aucun des traités que nous possédons aujourd'hui sous le nom d'Hippocrate ; mais il est tout entier dans le manuscrit 7027. On y lit : « Primum quidem quartana » febre his idem neque exagitatus est, nec de cætero exagitabitur, si » semel salvus fuerit. Secundum uniuscujusque hominum natura ætas » necessario et stabilita natura hominis. » Rejes (*Camp. Elys. quæst*, quæstio 71, p. 954), rapportant cette citation d'Aëtius, dit que nous devons croire cet auteur assurant avoir pris le texte sur la fièvre quarte dans un écrit attribué à Hippocrate. La traduction latine que je viens de rapporter ne laisse aucun doute sur la fidélité d'Aëtius, qui, à son tour, prouverait l'authenticité de la traduction, si cette authenticité n'était pas d'ailleurs surabondamment établie par tous les témoignages que j'ai réunis.

Un commentateur d'Hippocrate, Etienne, met en regard la division de la vie en sept qu'on lit dans le *Traité des semaines*, de la division en quatre que présentent les *Aphorismes*, et il attribue ces deux livres au même auteur. « Hippocrate, dit-il, dans son *Commentaire sur les » Aphorismes*, partage diversement les âges, tantôt en sept, comme » dans le *Traité des semaines*, tantôt en quatre qui sont l'enfance, la » jeunesse, le déclin et la vieillesse (*Schol. in Hipp.* t. 2, p. 276, » éd. Dietz). » Plus loin (p. 373) il revient sur le même sujet : « Suivant Hippocrate il y a sept âges : l'enfance, qui est aussi appelé l'âge » de l'allaitement, la pousse des dents, l'adolescence, la jeunesse, l'âge » viril, le déclin, la vieillesse. »

Moschopoulos (Περὶ Σχεδῶν, p. m. 134) cite le même passage que Philon le juif, avec de très-légères différences que je signale pour la comparaison des textes. Il donne ἐτέων au lieu d'ἐτῶν ; ἑπτὰ δὶς ἑπτά, qui

---

té comme la mère de tous, et il n'y avait pas de médecin qui ne prît le titre d'*alumnus* parce qu'en effet il y puisait une force, il y trouvait un appui, il y gagnait une considération qui le plaçait tout d'abord dans la société sous un rapport avantageux. La Faculté était un centre de pouvoir, reversible sur ses membres indistinctement ; ainsi, se *faire une position* n'était pas alors comme de nos jours, le résultat d'un hasard heureux ou d'un immense labeur.

Il ne faut pas croire néanmoins que les Facultés de médecine en France, et en particulier celle de Paris, fussent constituées en vertu d'une loi fabriquée d'un seul jet comme on le fait maintenant. Cette Faculté était un composé de statuts, de priviléges, d'ordonnances royales, de lettres-patentes obtenues à différentes époques de la monarchie. C'était comme la *Charta magna* d'Angleterre que personne n'a jamais vue, mais qui existe par les faits et son incessante action. A la vérité, la Faculté avait ses statuts généraux, mais le tout se trouvait tellement fondu, combiné, modifié par le temps, par le mouvement de la civilisation, par les mœurs, les coutumes, les précédens, qu'on ne pouvait dire précisément en quoi consistait ni où se trouvait la loi constituante. Philosophiquement considéré, ce système était peut-être absurde, incohérent ; pratiquement, il était bon, utile et il se trouva à l'épreuve des siècles. On y était fait comme à une chose fondée en principe, puis confirmée par l'expérience des âges ; avec le lait de la science, on suçait les doctrines disciplinaires de la Faculté, on y conformait sa conduite, sa direction, sa vie médicale.

Et pourtant à bien considérer les choses dans le fond, on voit que ces coutumes reposaient, en effet, sur de sol des fondemens, et qu'en définitive, le temps n'avait consolidé que ce que le bon sens avait établi, c'est-à-dire une forte unité sociale et administrative. L'antiquité de la Faculté était d'abord un préjugé en sa faveur. Je suis de mon temps, et je ne pense pas que toute raison ait été dévolue à nos ancêtres ; cependant il ne faut pas croire non plus que la sagesse soit née d'hier, immédiatement éclose du cerveau de nos contemporains. Or, cette antiquité de la Faculté dont les racines plongeaient dans les siècles antérieurs, lui imprimait un caractère de perpétuité que personne ne lui contestait et dont chaque membre était justement fier ; il y avait ici un droit de succession et d'hérédité transmissible et profitable à tous. Soit par le cours des choses, soit par l'influence des premiers médecins des rois, la Faculté avait obtenu d'importans priviléges, auxquels chaque membre tenait avec raison, et qu'il savait défendre avec ténacité. C'est ainsi que les décisions de la Faculté portaient le nom de *decretum*, et il n'appartenait qu'aux parlemens, c'est-à-dire, aux cours souveraines de les casser, encore n'y parvenaient-elles qu'avec de grandes difficultés, ainsi qu'on le vit dans les longues et absurdes querelles des médecins et des chirurgiens. Comme à cette époque une grande marque de distinction consistait dans les armoiries, chaque Faculté avait ses *armes* particulières. Celles de la Faculté de médecine de Paris étaient fort belles, et l'orgueilleuse devise qui les dominait, *urbi et orbi salus*, indiquait assez le haut rang de la compagnie. Pourtant ces armes contenaient trois cicognes qui donnaient lieu aux plaisans de lancer quelques sarcasmes à cause de la prétendue invention attribuée à ces oiseaux.

Un autre privilége auquel les membres de la Faculté attachaient beaucoup d'importance, était l'élection du doyen. Cette nomination n'avait lieu que pour deux ans, tant on était jaloux qu'aucun médecin n'exerçât longtemps une suprématie quelconque sur ses confrères. Il faut lire dans Gui Patin avec quel soin,

est la vraie leçon, au lieu de ἑπτὰ δὶς ἑπτά, qui ne vaut rien; δ' ἐστ, après νεανίσκος; et il ajoute ἐτῶν avant le second πεντήκοντα.

Là se bornent les témoignages de l'antiquité sur ce traité. On voit qu'il a été fréquemment cité; et, après cette accumulation de preuves, il ne peut rester aucun doute sur ce point, que nous possédons, du *Traité des semaines*, dont l'original est perdu, une traduction latine qui, bien que barbare au dernier degré, peut nous en donner une idée suffisante. Le hasard rend ainsi à la lumière un ouvrage qui a eu une certaine autorité parmi les anciens, et qui, s'il n'est pas d'Hippocrate, a du moins été placé de très-bonne heure à côté de tant d'autres ouvrages parmi la collection qui porte le nom du Père de la médecine.

Cette exhumation de la traduction latine fournit, en outre, quelques renseignemens curieux pour servir à la critique littéraire de la collection hippocratique. Je n'y ai pas trouvé seulement la reproduction du traité que Philon et Galien avaient eu sous les yeux; il en est résulté pour moi la preuve inattendue que nous possédions en grec, sans nous en douter, deux morceaux assez longs du *Livre des semaines*, et que certains traités, qui portent aujourd'hui le nom d'Hippocrate, et qui sont une compilation de fragmens d'autres traités, ont été compilés à une époque où l'original grec du livre *Des semaines* existait encore; de telle sorte que nous voyons démontré clairement par là comment il se fait que nous avons aujourd'hui plus de traités hippocratiques que n'en connurent l'école d'Alexandrie et Galien, et que nous pouvons rapporter à sa véritable place tel fragment dont il était impossible jusqu'alors de retrouver l'origine.

On a, dans toutes les éditions d'Hippocrate, un traité intitulé *Des jours critiques* (Περὶ κρισίμων ἡμερῶν). Le commencement est un fragment du premier livre des *Epidémies*, le reste se retrouve dans les autres traités, excepté un long morceau qui commence par ces mots : Μέγιστον τοίνυν σημεῖον ἐν τοῖσι μέλλουσι τῶν καμνόντων βιώσεσθαι. et qui finit par ceux-ci : ἀτρέμα μὲν βραδύτερον, σφόδρα δὲ γινόμενον θᾶσσον. En voici la traduction : « C'est le » présage le plus favorable pour le salut des malades que le *causus* ne » soit pas contre nature. La même règle s'applique aux autres maladies; » car rien de funeste, rien de mortel ne survient quand les choses sont » conformes à la nature. Une seconde circonstance heureuse, c'est que la » saison elle-même ne soit pas l'auxilaire de la maladie; car en général la » force de la constitution humaine ne triomphe pas de la force de l'em» semble des choses. Ensuite l'amaigrissement de la face et le repos » dans les veines des bras, des coins des yeux et des sourcils, si elles » battaient auparavant, est d'un bon augure. Dans ce cas, si la voix de» vient plus faible et plus douce, la respiration plus rare et plus légè» re, il faut attendre une amélioration de la maladie pour le lende» main. Il est des signes qui doivent être examinés pour les crises, à sa» voir si la base de la langue est enduite d'une salive blanche, et si » l'extrémité de cet organe en est également recouverte, mais à un moin» dre degré. Si cet enduit est peu épais, le mal s'amendera le troisième » jour; s'il l'est davantage, le second jour; s'il l'est encore davantage, » le jour même. Le blanc des yeux prend nécessairement une teinte li» vide au début de la maladie, quand elle est violente. Si donc le blanc » devient pur, c'est un signe de guérison, plus lente, si la blancheur » vient lentement; plus prompte, si elle paraît promptement. »

Voici le morceau correspondant dans le manuscrit 7027 : « Maxi» mum autem signum ægrotantium qui evasuri sunt, est si secundum » naturam fuerit causus; sed aliis quidem morbis similiter; nihil enim » molestum secundum naturam nascentibus malis neque mortiferum. » Secundo autem, si non tempus ipsum ipsi ægritudini colluctetur; » plerumque enim non obtinet natura hominis mundi virtutem. Deinde, » si quæ sunt circa faciem extenuantur, et venæ quæ in manibus et in » angulis oculorum et superciliis, tranquillitatem habeant, in præterito » non tranquillæ. Vox autem et imbecillior et lenior facta et anhelitus » remollitus et tenuis factus ad supervenientem diem solutionem morbi » (promittit). Hæc ergo oportet contemplari ad crises, et si circa sum» mam linguam veluti saliva alba illinitur et si in summa lingua hoc » idem fit, minus quidem; si tenue hoc fuerit, in tertium solutio ægri» tudinis; si adhuc grossiora fuerint, crastino; si adhuc grossiora, ip» sa die. Hoc autem, oculorum albida in initio ægritudinis necesse est » nigrescere, cum invaluerit morbus. Hæc autem munda facta sanita» tem ostendunt, mediocriter quidem tardiorem, fortius autem celerio» rem. »

De là résulte que la compilation qui porte, dans la collection hippocratique, le nom de *Traité des jours critiques* et qui est inconnue à Galien, a été faite à une époque où le texte grec du livre sur les *Semaines* existait encore. Rien que la traduction latine enfouie dans le manuscrit 7027 pouvait faire reconnaître la présence de ce fragment emprunté à un livre perdu. Plusieurs traités que l'antiquité n'a pas connus et qu'il est impossible d'attribuer ni à Hippocrate ni à aucun auteur connu, sont certainement des débris de livres que la main des compilateurs a mutilés. Nous possédons tous les écrits hippocratiques que l'école d'Alexandrie et Galien connaissaient, excepté le *Traité des traits et des blessures* (Περὶ τρωμάτων καὶ βελῶν), mentionné par Erotien, le *Traité des blessures graves* (Περὶ ὀλεθρίων τρωμάτων), cité par Galien, enfin le *Traité des semaines*. Tout le reste, notre collection actuelle le renferme, à part quelques lacunes et quelques dérangemens dans la distribution. Mais il s'y trouve en outre plusieurs livres tels que ceux sur les *Jours critiques*, sur *L'anatomie*, sur *La dentition*, etc., dont nulle mention n'est faite ni dans les commentateurs alexandrins, ni dans Erotien, ni dans Galien. Ces livres sont ou des fragmens d'ouvrages perdus d'auteurs ignorés, ou une réunion de passages pris dans d'autres livres hippocratiques. Au reste je ne fais qu'indiquer ce point de critique, devant le traiter complétement dans mon édition des œuvres d'Hippocrate.

L'emprunt au *Livre des semaines* que je viens de signaler dans le *Livre des jours critiques*, n'est pas le seul qui se trouve, sans qu'aucun éditeur s'en soit encore douté, dans la collection hippocratique. Les *Aphorismes* sont terminés par une huitième section que l'on désigne dans les éditions sous le nom d'*aphorismes faux*. Galien, en mettant fin à son commentaire, qui s'arrête au dernier aphorisme de la septième section, dit : «Cet aphorisme est le dernier dans la plupart des manus» crits, mais certains exemplaires contiennent quelques aphorismes de » plus. (T. V, p. 329. Ed. Bas.) » Une partie de la huitième section, des *aphorismes faux*, est prise dans le *Traité des semaines*, ainsi que je vais le faire voir. En voici la traduction :

« 1° Il faut faire les observations suivantes pour savoir quand un » malade doit succomber ou vivre. »

---

quelle solennité, on procédait à cette opération, de quelles précautions elle était entourée. Non, la nomination d'un électeur palatin, celle du doge de Venise ou du roi de Pologne, n'exigeait pas un tel appareil. Mais une fois proclamé, le doyen jouissait d'une haute considération; toute la police de la Faculté, autrement dit celle des médecins, lui appartenait de droit, sauf à en referer, dans les cas graves, aux assemblées de la Faculte; les jetons portaient d'un côté son effigie, et de l'autre les armes de la compagnie. « Le doyen de la Faculté, dit Gui Patin, est le maitre des écoles, il a toutes les clés, vingt-quatre beaux registres, tous les autres papiers, et tout l'argent dont il rend compte exactement tous les ans : il est *vindex disciplinæ*, *custos legum*, et nos statuts l'appellent *caput facultatis*.» (Lettres, 1655). Toutefois sa conduite etait surveillée, et parfois rudement censurée Mais grands dieux! qu'auraient fait ces fiers docteurs, toujours si inquiets et si jaloux de leurs privileges, si un beau jour on eût voulu les soumettre à la patente, ravaler leur profession au point de la confondre avec celle de ces honnêtes gens qui se soucient fort peu du mouvement intellectuel et beaucoup du calme plat des huiles et du poivre; si on eût osé la classer entre le marchand d'aiguilles et le charcutier (Tableau de 1833), quel est celui qui n'eût crié malédiction, et lancé l'anathême, qui ne se fût horripilé *à calce* jusqu'à la racine de sa vaste perruque? Certes, il a fallu un énorme déplacement de niveau dans les forces sociales pour amener les choses à ce point, pour imprimer à la médecine ce sceau d'abjection. Singulière fortune que celle de notre profession! Dans l'ancienne Egypte les rois étaient choisis parmi les médecins devenus prêtres; ils furent esclaves chez les Romains; aujourd'hui ils sont patentes; cela doit être, parceque jamais le *moi* n'a eu une signification aussi matérielle, un son aussi metallique qu'à notre époque.

Les privileges dont jouissait la Faculté lui donnaient du reste un caractère indépendant tout particulier. Cette pensée était primordiale, fondée en logique et fortement enracinée dans l'esprit de chaque membre. A vrai dire, les médecins d'autrefois formaient une sorte de compagnie d'assurance qui gerait pour son compte particulier. Acquis, dépenses, contrôle, fonds disponibles et employés, tout était conduit, administré par le doyen de la Faculté; le gouvernement n'avait rien à voir, bien moins encore à rien prescrire, ajouter ou retrancher dans cette question. Tant mieux si les revenus excédaient les dépenses, tant pis pour la Faculté si ces revenus etaient au dessous. Jamais il ne vint dans la pensee des ministres du temps d'imposer leur volonté à la Faculté, encore moins de l'aider : bien plus, l'histoire fait foi que dans certains cas urgens, les rois eurent recours à elle, en voici la preuve : Louis XIII, dans l'epuisement de son trésor, avait demandé du secours aux parlemens et aux autres grandes compagnies. « Notre doyen, dit Gui Patin, assembla notre Faculte, où il fut conclu que nous donnerions à cet effet au roi, *ex ærario nostro*, mil écus comptant, ce qui a été fait avec bonne quittance qu'en a tiree notre doyen. » (Lettres, 1636.) Que les temps sont changés! Concevez-vous les Facultés d'aujourd'hui, ou plutôt nos écoles de médecine, faire un prêt au gouvernement constitutionnel, et en tirer *bonne quittance?* Loin de là, des besoins sans cesse renaissans, exigent de continuels secours de la part du Trésor public. Notez que l'indépendance même pécuniaire de l'ancienne Faculte de medecine, se continua jusqu'en 89. Quelques années avant cette orageuse époque, la Faculté, dénuée de fonds et voulant rebâtir son amphitheâtre, emprunta quarante mille fr. à Desessarts, son doyen, somme qui ne fut jamais remboursée, dette sacrée qui s'engloutit avec tant d'autres dans le *vortex* révolutionnaire.

« 2° Le froid et la rétraction du testicule droit sont des signes fu- » nestes. »

« 3° Les ongles livides, les doigts des mains et des pieds, froids, ré- » tractés ou relâchés, annoncent que la mort est prochaine. »

« 4° Les lèvres livides, pendantes, renversées, froides, sont d'un » fâcheux augure. »

« 5° Le vertige, la crainte de la lumière, une somnolence profonde » avec une grande chaleur, indiquent que tout espoir est perdu. »

« 6° Le malade qui ne connaît pas, ni n'entend, ni ne comprend, » est perdu. »

« 7° Tous ces signes deviennent manifestes chez ceux qui vont mou- » rir; et le ventre se gonfle et se remplit d'air. »

« 8° Le terme fixé pour la mort arrive quand le feu, qui constitue » l'ame, monte au-dessus de l'ombilic et dans les régions supérieures » au diaphragme, et quand tout l'humide est consumé. La chaleur » étant accumulée dans les organes nécessaires à la vie, et le poumon » et le cœur ayant perdu toute leur humidité, l'air de la respiration en- » traîne en abondance la chaleur qui avait consolidé toutes choses » ensemble. L'ame, en partie par les chairs, en partie par les ouver- » tures de la tête qui nous font vivre, s'échappe du domicile du corps, » et abandonne ce simulacre froid et mortel à la bile, au sang, à la pi- » tuite et à la chair. »

Ces propositions sont dans le *Traité des semaines*; elles y sont même rangées dans le même ordre; mais elles n'y sont pas tout à-fait contiguës, et sont plus ou moins séparées par d'autres phrases.

« 1° Hæc quidem in febribus et in acutis morbis ostendunt mortem » et vitam. ».

« 2° Testis dexter infrigidatus, intro retractus, mortale. »

« 3° Ungues curvati et lividi facti aut nigri autrussæi, valde mortale; » et digiti frigidi et nigri facti et curvati valde maxime mortem osten- » dunt. »

« 4° Hoc autem, labia frigida et pendentia, propinquat mori. »

« 5° Hoc autem, quod tenebras appetit homo, et aversus, et non » patientiam sustinens, sed silentium appetens, et vigilans labore mul- » to et gravide possessus, sine spe. »

Ce passage s'éloigne davantage du passage correspondant dont j'ai donné la traduction plus haut. Cependant on trouve dans le grec et le latin la preuve qu'ils se rapportent au même original. En effet, σκοτοδινιῶν, répond à *tenebras appetit*; ἀποστρεφόμενος, à *aversus*; κατεχόμενος, à *gravide possessus*, et ἀνέλπιστος, à *sine spe*. Le texte grec, tel qu'il a été conservé, est un abrégé, un extrait, où des mots de l'original ont été retranchés; cela est évident par les phrases qui se trouvent entre ces soi-disant aphorismes dans la traduction latine, et qui ont été omises.

« 6° Hoc autem, non agnoscens, neque audiens, neque intelligens, » valde mortale est. »

« 7° Morituris autem omnibus hæc manifesta fiunt omnia, et ventres » dissolvuntur, distenduntur et inflantur. »

« 8° Definitio autem mortis hæc est : cum enim calor animæ, undique » ex corpore adducens humorem, ascenderit ad superiora thoracis, et » exusserit quod omne humoris constitutum est; non enim aliud corpus » infrigidat, et pulmo et cor humorem consumpserit, de vapore infu- » sione facta mortalibus locis, exhalat caloris spiritus et pergit illuc » unde constitit, in aerem, aliud per carnes, aliud par ea quæ in ca- » pite sunt respiramina quæ de vita vocantur. »

Certes, le traducteur latin s'est très-mal tiré de tout ce passage, à la vérité, assez difficile; mais il n'en est pas moins certain qu'il a donné assez exactement, quoique sans y rien comprendre, la traduction du texte grec, sauf les dernières lignes. Elles manquent dans le texte latin, soit qu'elles n'appartiennent pas à l'original grec, soit, ce qui est plus probable, que le traducteur ou le copiste les ait omises.

Parmi les aphorismes de la huitième section, ceux que j'ai cités sont les seuls qui se retrouvent dans le *Traité des semaines*. Les autres proviennent d'une autre source qui m'est inconnue, et qui l'était aussi à Galien; car c'est indubitablement à ces derniers aphorismes qu'il a fait allusion dans le passage rapporté par moi un peu plus haut. Ces aphorismes ajoutés, qu'il avait vus dans quelques exemplaires, étaient les aphorismes, qui n'ont pas été pris dans le *Traité des semaines*; car s'ils eussent été ceux que j'ai cités et qui font partie de ce dernier traité, il n'eût pas gardé le silence sur cette circonstance; il eût remarqué qu'ils n'étaient qu'un centon d'un livre connu, que, par cette raison, ils ne pouvaient être considérés comme des aphorismes, et que cette addition était le fait de quelque copiste maladroit. Une considération vient encore à l'appui de ce que je viens de dire : c'est que les aphorismes empruntés au *Traité des semaines* ne se rencontrent que dans un très-petit nombre des manuscrits grecs qui se trouvent dans les bibliothèques, tandis que les autres aphorismes de la huitième section ont été admis généralement par les copistes. De ce fait il faut conclure d'abord que les copies, que nous avons des œuvres d'Hippocrate, ont été faites, pour la plupart, sur les exemplaires qui, comme nous l'apprend Galien, présentaient l'addition de quelques aphorismes; en second lieu, que cette addition a été plus tard augmentée de quelques centons pris dans le *Traité des semaines*; ce qui a produit dans les manuscrits deux éditions du texte hippocratique, l'une, plus ancienne et plus multipliée, ne contenant que les aphorismes faux déjà connus de Galien; l'autre, plus moderne et plus rare, enrichie, dans la pensée du compilateur, d'un fragment du *Traité des semaines*.

Aucun éditeur n'a pu dire ce qu'étaient ces *aphorismes faux*; car l'explication leur manquait, et elle ne pouvait être fournie que par un hasard qui ferait retrouver le texte original ou une traduction comme celle que renferme le manuscrit 7027. Gorter (*Medicina Hippocratica*, p. 886) dit qu'on ne sait si ces aphorismes appartiennent à Hippocrate ou ont été supposés par quelque autre, mais que, comme les Anciens ont été attachés superstitieusement au nombre sept, il est probable qu'un huitième livre des *Aphorismes* n'a pas été composé par Hippocrate. D'abord, il faut bien savoir que la division des *Aphorismes* en livres ne remonte pas à Hippocrate lui-même; ensuite il est prouvé par le fait que le plus grand nombre de ces aphorismes faux a été extrait d'un autre traité. Lefebvre de Villebrune, dans son édition des *Aphorismes*, les omet complétement, se contentant de remarquer, p. 343, qu'il les a négligés comme inutiles ou absurdes, avec Meletius, Philotheus, les Arabes et plusieurs Grecs. Cependant il a examiné le manuscrit 7027, mais il n'a pas regardé le *Traité des semaines*. « Les apho- » rismes renfermés dans la huitième section, dit Bosquillon dans son » édition française, p. 201, sont la plupart ou faux, ou écrits d'une » manière inintelligible, ou ils sont la répétition de sentences qui se tron-

---

Ceci prouve que le budget de l'ancienne Faculté de médecine n'était pas toujours en état de prêter aux rois. Mais ses variations prouvent du moins la complète indépendance de la Compagnie. Il y avait certainement dans cette disposition des choses, d'assez graves inconvéniens. La Faculté, souvent obérée, ne pouvait rien améliorer, rien fonder de nouveau; plusieurs faits de son histoire l'attestent. D'un autre côté, que d'avantages dans cette pleine liberté d'agir, d'user et même d'abuser selon le droit de propriété, et ce qui la caractérise, dans toute société. Nos écoles sont plus largement dotées, mais toujours esclaves de la lettre d'une loi constituante, toujours gênées, liées et garottées par des ordonnances, des réglemens multiples, infinis, souvent contradictoirs, leur sphère d'action est forcément peu étendue. Ainsi placées sous la griffe rétractile du pouvoir, ces écoles ne peuvent rien par elles-mêmes; la plus petite modification dans le personnel et le matériel, le plus leger changement, le moindre détail financier, nécessite l'intervention administrative supérieure; tout est pesé au poids universitaire, examiné, épluché par la Cour des comptes, passé au crible ministériel; elles proposent et on avise. Quoi de plus évident, que le temps et les événemens n'ont pas été favorables aux institutions médicales. Croyons donc qu'il faut placer le progrès sur le chemin du bon sens et de la vérité, quand on veut lui donner de la réalité : croyons encore qu'on peut marcher et reculer.

D'ailleurs, l'indépendance de l'ancienne Faculté se manifestait aussi dans les circonstances les plus graves. Les médecins d'autrefois participaient assurément aux faiblesses de l'humanité; comme ceux d'aujourd'hui, ils aimaient l'argent et les distinctions; ils flattaient les grands, se poussaient aux honneurs; mais dans les occasions importantes, c'est-à dire quand la dignité de la profession était en cause, rien ne pouvait les faire fléchir. Beaucoup de médecins pensent de même à notre époque, il n'y a nul doute à cet égard; mais où est la loi qui les protège, l'institution qui leur fournira un point d'appui indispensable? Le cardinal de Richelieu, qui faisait trembler la France et l'Europe, gouvernait le roi, abaissait les plus grands seigneurs, ne put, ainsi que Citois son médecin, faire recevoir deux jeunes gens que la Faculté de médecine de Paris avait rejetés. Les médecins bravèrent bien autrement sa puissance dans l'horrible comédie jouée à Loudun pour perdre le malheureux Urbain Grandier. Appelés pour dire leur avis sur l'état des religieuses, ils ne dirent que ce qui était vrai. Caresses, insinuations, menaces du premier ministre ou de son affidé Laubardemont, rien ne put les empêcher d'arracher le masque des meneurs par cette foudroyante conclusion : *Multa ficta, pauca vera, à demone nulla*. On ne les inquiéta point, parce que derrière eux existait leur corporation qui n'eût pas manqué de les couvrir de sa protection. C'est du moins ce qu'on peut croire d'après l'ouvrage de François Pidoux, médecin de Poitiers, *In actiones juliodunensium virginum exercitatio*, 1635, bien que lui-même croie ou feigne de croire à la possession des religieuses par le démon. De nos jours, lorsqu'on s'avisa d'aller chercher dans le cabinet noir de Mazarin l'ordonnance de 1666, pour nous obliger à dénoncer les blessés confiés à nos soins, les médecins réclamèrent avec force, mais individuellement; et si l'opinion publique ne fût venue à leur secours, ils auraient subi cette humiliation (1).

(1) Rien ne prouve que cette ordonnance ait été exécutée, même à l'époque où

» vent exprimées heaucoup plus clairement dans les autres ouvrages » du père de la médecine; ils manquent dans les manuscrits les plus » anciens; ceux dans lesquels ils se trouvent paraissent être du com» mencement du XVe siècle. Sur vingt que j'ai collationnés, un seul » donne dix-huit aphorismes à cette section. » La remarque de Bosquillon est juste; le seul manuscrit qui contienne, parmi les *aphorismes faux*, ceux qui sont empruntés au *Traité des semaines*, est le numéro 2146 de la hibliothèque royale. Aussi je pense que ces aphorismes ont été ajoutés à une époque récente, et que le texte grec du *Traité des semaines* a été perdu depuis peu de temps et, pour ainsi dire, au moment où il touchait an port, et où il allait, pour ne plus périr, être recneilli par l'imprimerie. Berends (*Lectiones in Hippocratis Aphorismos*, p. 7) attribue les aphorismes faux à un imposteur du nombre des sophistes. Le fait est que l'imposteur n'est qu'un compilateur maladroit qui a extrait, sans en avertir, quelques sentences d'un livre aujourd'hui perdu, et que le sophiste prétendu, c'est-à-dire l'auteur du *Traité des semaines*, est un médecin postérienr sans doute à Hippocrate, mais assez ancien pour avoir été cité comme une autorité par Philon le juif Enfin le dernier traducteur des *Aphorismes*, M. Dézeiméris, qui les a rangés, avec heaucoup de sagacité, dans un ordre méthodique, reconnaît, à la vérité, que la huitième section tout entière est une addition moderne; mais il n'a aucune donnée sur l'origine des aphorismes qui la composent.

Ainsi l'examen de la traduction latine que renferme le manuscrit 7027, restitue à un ancien livre hippocratique des fragmens qu'on rejetait comme sans valeur et venant d'une source ignorée, et fournit un nouvel exemple de la manière dont les copistes de manuscrits faisaient des compilations.

Je crois devoir donner ici une analyse de ce *Traité des semaines*, dont le contenu est ignoré, puisque le texte est perdu depuis longtemps, et que je puhlierai en entier dans mon édition d'Hippocrate.

« Telle est la constitution du monde et des parties qui y sont contenues, que toute chose est réglée par le nombre sept. » Après ce déhut, l'auteur du traité passe en revue tons les phénomènes hien ou mal observés où le nombre sept paraît prédominer: les phases de la lune; sept vents; sept saisons; sept âges dans la vie humaine; sept parties principales dans le corps: sept secours qui servent à l'existence: l'inspiration du froid, l'exhalation du chaud par tout le corps, le jugement de la vue, l'ouïe, les narines qui respirent les odeurs, la déglutition de l'eau et des alimens, enfin la langue, sens du goût; l'articulation des sept voyelles. L'auteur va jusqu'à dire que la terre elle-même a sept parties: la tête, qui est le Péloponnèse, séjour des grandes ames; le cou et la poitrine qui répondent à deux pays dont les noms ont été sautés par le copiste; les cuisses qui sont l'Hellespont; les pieds, le Bosphore de Thrace; le long intestin et la partie inférieure du ventre, un nom estropié que je lis Bosphore Cimmérien, et les Palus Mæotides.

Après avoir ainsi étahli la prépondérance du nomhre sept, et avoir remarqué que la connnaissance générale du monde importe à la connaissance particulière des maladies, il explique son opinion sur l'essence de l'ame qui, suivant lui, est un mélange du chaud et du froid élémentaires. Vient ensuite une comparaison du corps de l'animal avec le monde. La chaleur innée représente le soleil; les liquides du corps, l'eau; le froid inné répond à l'air, et les partie osseuses et charnues à la terre.

Le corps est comme l'année qui dans sa révolution revient sur elle-même; il a un commencement où il croît, un milieu où il parvient à sa maturité, et un terme où il finit. Nécessairement il suhit les influences de l'année elle-même et se modifie à mesure quelle passe par ses périodes. Quand l'hiver amène le froid, il fait tomher les feuilles des arhres et force les animaux à se refugier dans lenrs retraites. La chaleur du corps, fuyant le froid, rentre en elle-même et se cache. Cette chaleur agit sur les humeurs, ou plutôt l'humeur, car, suivant l'auteur, il n'y a qu'une humeur qui a reçu des hommes heaucoup de noms mal appliqués; il n'y a qu'une humeur dans le corps comme il n'y en a qu'une dans le monde; tous ces liquides appelés hile, pituite, urine, etc., sont produits par les mutations du chaud en froid et du froid en chaud, comme tous les liquides de la terre, vin, vinaigre, moût, lait, miel, rosée, neige et grêle dérivent d'un seul, qui est l'eau. L'auteur, ayant ainsi représenté la chaleur innée dans un état de concentration, en fait dériver les maladies et les fièvres. Il ajoute cependant que cette chaleur, quand elle s'exerce d'une manière salutaire, guérit les maladies; de sorte qu'elle entretient et corrompt le corps, qu'elle guérit et produit les fièvres.

Mais elles naissent de la chaleur d'une autre manière, quand le monde est rendu à une température plus douce. La saison des fleurs et des fruits fait sortir les animaux de leurs retraites, et ramène de l'Egypte ceux que le froid avait forcés de s'y refugier. Le soleil met en mouvement les humeurs, qui, à leur tour, allument les fièvres, à moins que des évacuations ne soient provoquées, ou ne surviennent spontanément, ou qu'une nourriture rafraîchissante ne combatte l'influence de la saison. Au solstice d'été viennent les fièvres ardentes, les ulcérations, et les éruptions de houtons; car à cette époque les humeurs du corps sont enflammées, actives et vénéneuses. Plus tard naissent les fièvres tierces, quartes et quotidiennes. Il faut donc que le médecin non-seulement connaisse les fièvres, mais encore qu'il sache jusqu'à quel point le corps oheït à l'influence du monde; le médecin ne commettra aucune faute, s'il y oppose une influence contraire.

Tant que le chaud et le froid de l'ame se maintiennent en équilihre, la santé persiste, mais la fièvre commence quand cet équilibre est rompu. Si la fièvre débute par le froid, l'excès de ce froid amène, par une réaction, la chaleur et la sueur. Si la fièvre commence par la chaleur, le froid et les frissons viendront après. Le frisson et la sueur, se manifestant dans un jour critique, terminent la maladie; se manifestant dans un jour non critique, ils doivent se reproduire nécessairement. L'auteur cherche à expliquer le mécanisme de ces crises par la chaleur qui produit des attractions du dedans au dehors ou du dehors au dedans. Si l'on ôte au malade le régime qui lui convient, les chairs attirent les humeurs, et il se développe des fièvres ardentes. A ces accidens, les médecins donnent à tort les noms divers de phrénésies, de léthargies, de péripneumonies, d'hépatites, etc. (Les médecins grecs désignaient par les noms de *frénésie*, φρενῖτις, de *léthargie*, λήθαργος, le délire ou transport fébrile et la somnolence fébrile.)

Les fièvres se jugent le 7e jour, ou le 9e, le 11e, le 14e dans la seconde semaine, le 21e dans la troisième, le 28e dans la quatrième, le 35e dans la cinquième semaine comme le cinquième jour, le 42e dans

On se tromperait pourtant, si l'on pensait que l'indépendance de l'ancienne Faculté de medecine fût à un degré tel qu'on le conçoit à peine aujourd hui Loin de là, il y avait toujours une certaine austérité de mœurs parmi les médecins, quelque chose du *senatorius decor*, mettant des bornes dans les circonstances difficiles et delicates. D'ailleurs, la Faculte veillait elle-même soigneusement à ce qu'on ne franchît jamais la ligne de la bienséance. Ce fut seulement quelques années avant la révolution, alors que la société était travaillée par le besoin de faire des ruines, que les médecins, piqués d'ailleurs des faveurs dont Louis XV avait comble les chirurgiens, s'émancipèrent dans leurs discours et leurs écrits. On sait que l'infortune Louis XVI, ayant été quelques années sans enfans, fut exposé à d'amères et inconvenantes railleries; bien plus, lorsque la reine accoucha du premier dauphin, la haine, la calomnie, firent courir à ce sujet mille bruits injurieux. La Faculté de médecine s'étant réunie pour célébrer cet événement, un de ses membres, ancien doyen, le docteur Philips, esprit caustique et railleur, fut chargé de l'allocution latine. Dans son discours, il rappela malignement et les désirs de la France et les bruits populaires sur la prétendue impuissance du roi, puis il s'écria: *ascendunt vota, descendunt* MIRACULA. Le scandale fut énorme. Le lendemain, une lettre de cachet envoya l'orateur à la Bastille, méditer à loisir son insolente allusion. La Faculté laissa faire, car le gouvernement était dans son plein droit. Mais s'il y eût eu de l'arhitraire, si on avait attenté à la liberté, à l'honneur d'un médecin sans cause formelle et évidente, la Compagnie n'eût pas manqué d'intervenir. Pourquoi cela? c'est que dans son organisation, le principe si vanté aujourd hui de l'association existait dans toute sa force. Voyons sur quelles bases il reposait et les résultats de son action.

R. P.

elle fut rendue. Le gouvernement du premier consul en fit pourtant usage lors de l'explosion de la machine infernale. C'est une arme que l'on déterra dans de vieux réglemens de police, et que l'on conservait pour l'occasion. « Ce fut, dit Montesquieu, sur une loi des empereurs Arcadius et Honorius, que s'appuya le rapporteur de M. de Cinq-Mars, pour le faire condamner pour avoir conspiré contre le cardinal de Richelieu.» (*Esprit des lois*, livre 12, chap. 8.) Quel effréné respect pour la légalité!

la sixième semaine, le 49e dans la septième semaine comme le septième jour, le 56e dans la huitième semaine, ou le 63e dans la neuvième semaine comme le neuvième jour. La maladie qui dépasse ce terme devient chronique. Les fièvres quotidiennes, tierces, quartes, peuvent avoir une crise au 5e mois, au 7e mois, au 9e mois, au 14e mois comme les autres fièvres au 5e jour, au 7e, au 9e, au 14e.

Les humeurs attirées par la chaleur de l'ame dans les viscères et dans les veines restent pendant un certain temps sans coction. Quand la coction est complète, la crise s'opère au jour critique. Les humeurs pituiteuses sont d'une plus lente coction; les humeurs bilieuses, d'une plus prompte. L'observation montre combien petite est souvent l'évacuation qui procure la crise des maladies.

L'auteur explique la pathogénie de la fièvre ardente, de la pleurésie, de la péripneumonie, de la fièvre quarte; et c'est là que se trouve le passage cité par Aétius au sujet de cette dernière fièvre. Voici le traitement qu'il conseille pour la fièvre quarte : D'abord on fera éternuer fréquemment le malade; on frottera les membres inférieurs jusqu'au milieu des cuisses, les membres supérieurs jusqu'à l'épaule, de manière à les rendre rouges et chauds; on oindra le corps et la tête avec un mélange fait de laurier, de myrrhe, de castoréum, de casse, de nitre, de romarin et de poivre. Le sang ainsi échauffé, on couvrira le malade de vêtemens propres, moelleux et chauffés préalablement; on mettra auprès de lui des vases remplis d'eau chaude, et on le laissera jusqu'à ce que le sommeil survienne. Tout cela doit être fait avant l'accès.

L'auteur entre dans l'examen du traitement de quelques autres fièvres, et j'y remarque cette observation qui est d'un bon praticien, c'est que, dans le cours des fièvres ou lorsqu'elles se rallument, il faut bien prendre garde aux inflammations qui peuvent s'établir. « Elles sont » d'autant plus dangereuses alors, dit-il, que la maladie a usé la cha- » leur vitale, et que le moindre souffle peut achever de l'éteindre. » L'explication importe peu, la remarque subsiste.

L'auteur expose avec d'assez longs détails le traitement de la fièvre *causode* ou *ardente*, sorte de fièvre qui joue un grand rôle dans la collection hippocratique et dans les écrits des médecins grecs, et qui paraît être une forme particulière de la fièvre bilieuse des pays chauds. Ce n'est pas ici le lieu de donner les preuves de cette assertion; je me réserve, dans ma traduction d'Hippocrate, d'exposer tous les signes de cette fièvre, de la comparer aux fièvres que nous connaissons, et d'en expliquer le diagnostic différentiel. Le fondement principal du traitement indiqué par l'auteur du *Livre des semaines* pour la fièvre ardente, est de rafraîchir; de légers diurétiques, des médicamens rafraîchissans, un lit où la tête soit élevée, un appartement où l'éclat du soleil ne parvienne pas, le silence, le calme, des frictions sur les membres inférieurs et supérieurs, jusqu'au milieu, avec de l'huile chaude, des sternutatoires qui, suivant l'auteur, ont la propriété de diminuer la chaleur morbide, des cataplasmes sur la région précordiale gonflée, telles sont les principales prescriptions dont la fièvre ardente est l'objet.

Là s'arrête la partie relative à la pathologie générale et à la pathologie particulière. La pathologie généra e repose sur deux bases principales: la première, que le nombre sept, qui prédomine dans la nature, qui règle le cours des principaux astres, et qui préside au développement de la vie humaine, détermine aussi la marche des maladies, et en fixe les périodes; la seconde, que l'ame, le principe vital, est un mélange de chaud élémentaire et de froid élémentaire, et que les maladies dérivent des inégalités qui surviennent dans les proportions de ces élémens. Il n'est besoin d'aucune remarque pour faire sentir le vide de pareilles conceptions: le seul point instructif qu'elles nous offrent est, non pas qu'elles fournissent un avertissement contre l'abus des théories (car aujourd'hui ce serait vraiment un lieu commun), mais qu'elles nous montrent comment a procédé l'antiquité dans toutes les questions scientifiques. Au lieu de demander aux faits la solution des questions supérieures, elle résout hypothétiquement ces questions, et y ramène de gré ou de force les faits qu'elle a observés. Cela se retrouve partout dans la physique comme dans la médecine antique. C'est un fait historique qu'il n'est pas inutile d'observer dans le développement de l'esprit humain.

La pathologie spéciale du *Livre sur les semaines* se borne à l'examen de quelques fièvres. Les signes de ces maladies diverses ne sont pas énumérés; mais l'auteur, s'il oublie de donner des détails qui nous paraissent aujourd'hui essentiels et qui le sont réellement, ne néglige pas de rattacher l'origine de ces affections à la composition du principe vital qu'il a imaginée. Il est deux points sur lesquels il a mieux compris les obligations d'un traité médical, ce sont le traitement et le pronostic. Dans les livres de la médecine hippocratique, des trois choses, diagnostic, pronostic et traitement, la première est toujours sacrifiée aux deux autres. Tandis que les signes différentiels des maladies sont exposés d'une manière incomplète et confuse, tandis qu'ils ne sont l'objet d'aucune recherche profonde, d'aucune déduction scientifique, tandis que l'auteur ne paraît accorder que la moindre importance à cette étude, il développe avec soin les diverses parties du traitement, et s'applique avec non moins d'attention à signaler ce qui, dans les maladies, peut indiquer, non leur siége et leur nature, mais leurs crises et leur issue. Il faut voir en cela la preuve qu'ils avaient beaucoup plus étudié les moyens thérapeutiques et les élémens du pronostic, que la nosologie elle-même. Cette prédominance du pronostic sur le diagnostic est un caractère de la médecine hippocratique.

L'auteur du *Livre des semaines* en a consacré un quart à l'exposition des signes qui donnent des présages sur l'issue des maladies. Ces présages, qui sont relatifs aux fièvres, à la fièvre ardente et aux maladies aiguës, sont tirés de la couleur de tout le corps et de ses parties, de la langue, des yeux, des songes, de l'urine, des évacuations alvines, de la voix et de la respiration. Je n'entrerai dans aucun détail à cet égard, parce que j'ai déjà rapporté quelques-uns de ces présages en reproduisant cette portion des *aphorismes faux* qui a été prise dans le *Traité des semaines*.

Galien, qui, ainsi que je l'ai rapporté plus haut, cite plusieurs fois ce traité, ne manque jamais de déclarer qu'il le regarde comme faussement attribué à Hippocrate. Je ne sais pas si, pour prononcer ce jugement, Galien avait d'autres raisons que l'examen des pensées, des doctrines philosophiques et médicales, et du style qu'on remarque dans le *Livre des semaines*. Toujours est-il que ce seul examen suffirait pour faire suspecter grandement l'authenticité de ce traité. En effet, l'hypothèse, si opiniâtrement poursuivie, de l'influence du nombre sept; des exemples, ou subtils ou insignifians, invoqués en faveur de cette opinion; une théorie philosophique qui fait du principe vital un mélange du chaud élémentaire et du froid élémentaire; une doctrine médicale qui applique à la génération des fièvres la théorie philosophique, et rattache toutes ces maladies à des changemens primordiaux survenus dans la constitution du principe vital; une vue toute contraire à la vue d'Hippocrate, concernant l'influence des saisons sur les maladies; tout cela confirme ce que Galien a dit du *Traité des semaines*, et ne permet guère de douter que ce livre ne soit la production d'un auteur autre qu'Hippocrate, et, de plus, beaucoup postérieur à ce médecin. C'est ce que je vais essayer de montrer par quelques argumens qui fortifieront l'assertion de Galien, mais qui seront pris à des considérations tout autres que celles qui résultent de l'examen des doctrines et du style. Je veux dire que je vais essayer d'entrer un peu plus avant dans cette discussion de critique et d'histoire littéraires.

L'auteur du *Livre des principes* ou *des Chairs* (Περὶ ἀρχῶν, ou περὶ σαρκῶν; car le titre varie), après avoir dit que les enfans changent de dents à sept ans, ajoute: «C'est une nécessité de la nature; *j'expliquerai » ailleurs pourquoi ces phénomènes sont régis par le nombre sept.»* Τῆς δὲ φύσιος τὴν ἀνάγκην, διότι ἐν ἑπτὰ τουτέων ἕκαστα διοικέεται, ἐγὼ φράσω ἐν ἄλλοισιν. (Hipp., Ed. Foben, p. 44.) Ce passage me paraît contenir une allusion évidente au *Traité des semaines*, qui, en effet, explique comment la nature impose à toute chose la règle du nombre sept: allusion qui devient incontestable par le rapprochement de la citation suivante. Après avoir parlé de l'âge de sept ans et de celui de quatorze, l'auteur ajoute que le corps croît jusqu'au troisième septénaire, dans lequel commence l'adolescence, et jusqu'au quatrième et au cinquième, et que, dans le quatrième septénaire, naissent, à la plupart des hommes, les deux dents qu'on appelle dents de sagesse (p. 42, éd. Froben). La division de la vie en semaines d'années, indiquée ici est la même que celle du *Livre des semaines*.

Si, cette indication première étant donnée, on examine les deux traités, on y trouve développée une théorie toute semblable. Dans les deux le nombre sept joue un rôle principal; dans les deux, le chaud élémentaire est considéré comme le grand auteur de toute chose; dans le *Traité des principes*, cette théorie est appliquée à la production des parties et des organes du corps; dans le *Traité des semaines*, à la production des fièvres. Il me sera possible de donner quelque détermination sur l'époque de la composition du premier, et par conséquent aussi du second. Il est dit dans le *Livre des principes*: «Il » naît du cœur deux veines creuses, appelées, l'une artère, l'autre vei- » ne cave.» (Δύο γὰρ εἰσι κοῖλαι φλέβες ἀπὸ τῆς καρδίης· τῇ μὲν οὔνομα ἀρτηρίη, τῇ δὲ κοίλη φλέψ, p. 40). Ce passage porte en soi une indication chronologique. En effet, Aristote contient lui-même (*Des parties des anim.*, lib. III, chap. 3 et 4) une discussion historique sur l'anatomie des veines. Il cite un passage de Siennesis de Chypre (lequel est textuellement dans le traité hippocratique *De la nature des os*), et un passage de Polybe qui se retrouve également dans le *Traité de la nature de l'homme*; auteurs qui tous deux font dériver toutes les veines du cer-

veau, et qui, partant de ce point, donnent, comme on peut penser, une bizarre description des vaisseaux sanguins. Il rapporte un troisième morceau qui est de Diogène d'Apollonie, et où les veines sont décrites avec un peu plus de soin. Diogène les fait passer par le cœur, mais il n'en place pas l'origine dans cet organe. Cette double opinion, que les veines dérivent de la tête ou qu'elles traversent le cœur, est exprimée dans divers écrits qui appartiennent à la collection hippocratique. Outre le *Traité de la nature de l'homme*, le *Livre des parties de l'homme* (περὶ τόπων τῶν κατὰ ἄνθρωπον), énonce la première; le deuxième livre des *Epidémies*, la seconde. Aristote s'étend longuement sur la première et déclare que tous ceux qui se sont occupés des questions physiologiques font dériver les veines de la tête et se sont ainsi mépris sur la véritable origine de ces vaisseaux; cependant il désigne clairement aussi la seconde et la condamne également en disant : « Le cœur est le com- » mencement des veines; *elles ne le traversent pas*; elles en naissent. » ἡ δὲ καρδία τῶν φλεβῶν ἀρχή. Φαίνονται γὰρ ἐκ ταύτης οὖσαι, οὐ διὰ ταύτης (*Des part. des anim.*, liv. III, chap. 4, t. 1, p. 1004. Ed. Duval). Je remarquerai en passant que le traducteur, dans cette édition, n'a pas compris ce passage; il le rend par ces mots : « Cor autem venarum » principium est; in hoc enim venæ et per hoc esse videntur. » N'ayant pu entendre le texte avec la négation, il l'a supprimée, et a donné un sens plausible, mais qui n'est pas celui d'Aristote.

La science anatomique en étant là sur ce point, Aristote établit positivement que l'origine des vaisseaux est dans le cœur, et il les divise en veine et en artère, *que quelques-uns appellent aorte*, ἣν καλοῦσί τινες ἀορτήν (*De l'hist. des anim.*, t. 1, p. 798. Ed. Duval). Ce qui prouve, en passant, que le nom d'aorte, appliqué au grand vaisseau artériel, est antérieur à Aristote, et que la découverte d'anatomie dont le philosophe s'attribue l'honneur, était préparée, ainsi que cela arrive toujours, par une foule de découvertes qui y tendaient.

Mais, s'il faut fixer au temps d'Aristote le moment où il fut reconnu d'une manière précise que les vaisseaux sanguins naissaient du cœur, il en résulte que tout écrit qui portera manifestement cette découverte sera postérieur au fondateur de l'école péripatéticienne. Or, j'ai rappelé tout à l'heure le passage du *Livre des principes* où il est dit que le cœur donne naissance aux veines dont l'une s'appelle artère et l'autre veine cave. Donc la composition de ce livre doit être placée après Aristote. Au reste, il contient lui-même un témoignage précis qui prouve qu'il faut lui attribuer une époque bien plus récente que celle d'Hippocrate. Il y est dit que le feu porté aux régions les plus élevées du monde, est appelé par les anciens *l'éther*. Καὶ ὀνομῆναί μοι αὐτὸ δοκέουσιν οἱ παλαιοὶ αἰθέρα (p. 39, éd. Froben). Aristote nous apprend que c'était le nom qu'Anaxagore donnait au feu. « Anaxagore, dit-il, emploie mal » le mot *éther*; il s'en sert pour désigner le feu. (Ἀναξαγόρας δὲ καταχέχρηται τῷ ὀνόματι τούτῳ οὐ καλῶς. ὀνομάζει γὰρ αἰθέρα ἀντὶ πυρός (*Du ciel*, lib. 1, t. 1, p. 435, éd. Duval). C'est donc à Anaxagore que l'auteur du *Livre des principes* fait allusion, c'est Anaxagore qui y est appelé ancien; or, Hippocrate ou un contemporain d'Hippocrate n'aurait pas pu donner cette qualification au maître de Périclès et de Socrate.

Tout ce que j'ai dit plus haut du *Traité des principes* s'applique également au *Traité des semaines*, puisqu'ils appartiennent au même auteur. Une remarque particulière à ce dernier traité et importante à citer, puisqu'elle concourt à appuyer, bien que d'une manière détournée, la date ainsi déterminée pour le *Livre des semaines*, m'est fournie par Aristote lui-même. On lit dans *La Politique* (l. 7, c. 6, éd. Duval) : « Chez la plupart des hommes, la plus grande vigueur de l'in- » telligence se trouve vers la cinquantième année, âge également fixé par » certains poëtes qui divisent la vie en semaines. » Nous savons que Solon avait, dans ses poëmes, partagé en dix semaines la vie de l'homme; c'est à lui sans doute qu'Aristote fait allusion; mais si le *Traité des semaines* lui avait été connu, il n'aurait pas manqué d'alléguer, outre l'opinion du poëte, celle du médecin, d'autant plus qu'un peu plus loin (l. 7, c. 17), il blâme cette division, et ne reconnaît comme naturelles que deux époques septennales, l'âge de 7 ans et celui de 21.

Après avoir fixé la limite au-delà de laquelle on ne peut pas reculer le *Traité des semaines*, il faudrait aussi déterminer un minimum d'antiquité pour l'époque de sa composition. Qu'il soit fort ancien, c'est ce qu'on ne peut révoquer en doute en voyant que Philon, qui vivait au commencement du premier siècle de l'ère chrétienne, l'attribue à Hippocrate. Ainsi dès-lors l'origine en était douteuse, et ce livre remontait, avec tout ce qu'il y a de supposé dans la collection hippocratique, à un temps qu'on ne pouvait plus préciser. Cependant j'ai remarqué plus haut que, suivant Galien, quelques philosophes voulaient y voir la source du dogme des stoïciens, suivant lequel l'ame recevait une double nourriture par l'inspiration de l'air et par l'ingestion des alimens. En conséquence de l'antiquité réelle du livre et de cette observation, on est autorisé à admettre qu'il a été écrit vers l'époque de la fondation de l'école stoïcienne, peut-être un peu auparavant, peut-être un peu après.

Résumons en quelques mots les résultats de cette dissertation :

1° Le *Traité des semaines*, perdu en grec, existe dans une traduction latine; il a été cité dans différens auteurs anciens, depuis Philon jusqu'à Moschopoulos;

2° Galien, qui est une grande autorité en cette matière, l'a regardé comme faussement attribué à Hippocrate; l'examen du livre lui-même confirme cette opinion;

3° Le *Livre des semaines* est un traité des fièvres fondé sur deux opinions qui ont la prétention de tout expliquer, à savoir que les choses naturelles sont réglées par le nombre sept, et que le principe vital est un composé de chaud et de froid élémentaires, dont les variations constituent les affections fébriles;

4° Deux morceaux assez considérables, l'un inclus dans le *Traité des jours critiques*, l'autre formant la deuxième partie de la huitième section des *Aphorismes*, appartiennent à ce traité. Rien, jusqu'à l'examen du *Livre des semaines*, n'avait pu faire soupçonner ce fait;

5° Nous possédons en grec, et comme spécimen de l'original, les deux morceaux désignés ci-dessus; le passage cité par Philon; quelques expressions détachées et une phrase entière rapportées par Galien; enfin la phrase qu'Aëtius a conservée. Le dialecte est ionien; le style, autant qu'on en peut juger par ces fragmens, a de la recherche et de l'obscurité, sans manquer cependant d'une certaine élégance;

6° Ce traité est du même auteur que le *Livre des principes* et probablement aussi que le *Livre du cœur*; intéressant à ce titre, il l'est aussi par le soin avec lequel le traitement de certaines maladies aiguës et particulièrement de la *fièvre ardente* ou *causus* y est exposé.

E. Littré.

CLINIQUE DES DÉPARTEMENS.

OBSERVATIONS NOUVELLES SUR LA RÉUNION IMMÉDIATE A LA SUITE D'AMPUTATIONS PRATIQUÉES POUR DES AFFECTIONS CHRONIQUES DES MEMBRES; recueillies dans le service de M. le professeur Serre à l'Hôtel-Dieu-St-Eloi de Montpellier.

Chez les individus atteints de lésions organiques profondes, disent les partisans de la réunion secondaire, la suppuration étant ancienne et abondante, et l'organisme en quelque sorte habitué à cette déperdition morbide, par la partie malade, si l'on supprime brusquement la suppuration, il en résulte des métastases purulentes auxquelles succombent les amputés. Interrogeons les faits :

TUMEUR BLANCHE DU COUDE-PIED DROIT; AMPUTATION DE LA JAMBE, RÉUNION IMMÉDIATE A L'AIDE DE LA SUTURE; GUÉRISON.

Obs. I. — Minimi, Michel, âgé de 26 ans, d'un tempérament lymphatique, atteint d'une tumeur blanche de l'articulation tibio-tarsienne droite fort avancée, se rendit à l'hôpital St-Eloi de Montpellier. Déjà à ce moment il existait de nombreuses fistules donnant issue à un pus séro-sanguinolent, au milieu duquel on trouvait de temps à autre de légères esquilles; les choses en étaient au point que le malade semblait ne pouvoir résister plus longtemps à la suppuration.

Malgré tous les moyens mis en usage pour rétablir une économie déjà si profondément épuisée, Minimi agité par une fièvre consomptive, s'affaiblissait de jour en jour, lorsqu'il céda aux instances du professeur Serre, qui plusieurs fois lui avait proposé l'amputation de la jambe.

L'opération fut pratiquée le 6 octobre 1835. Les bords de la plaie furent réunis, de dehors en dedans, au moyen de six points de suture, et soutenus par des bandelettes adhésives et un bandage léger; le malade fut ensuite transporté dans son lit, où une potion opiacée avec vingt gouttes de laudanum lui fut administrée. Déjà la veille de l'opération le malade en avait pris une avec douze gouttes; tant il redoutait le moment de l'opération.

Tout se passa le plus heureusement possible; les fâcheuses craintes que l'on avait conçues pour les jours du malade s'évanouirent, la fièvre hectique fut remplacée par une réaction franche, mais peu intense, et le quatrième jour, à la levée du premier appareil, la plaie était déjà presque réunie; les bandelettes adhésives et le bandage furent renouvelés. On accorda du bouillon au malade.

Dès ce moment la figure de Minimi prit un autre aspect : la diarrhée cessa; l'appétit revint; le sommeil fut tranquille, et la cicatrisation se fit sans la moindre entrave. Le 15e jour de l'opération, la plaie était entièrement fermée, et, le 5 novembre, le malade, complètement guéri, s'exerçait déjà à marcher avec la jambe de bois. Lorsqu'il sortit de l'hôpital, il avait acquis un embonpoint remarquable.

Voilà certainement un cas dans lequel, d'après les détracteurs de la réunion immédiate, la suppression de la suppuration eût dû causer des

accidens mortels. Les choses pourtant se sont passées très-heureusement.

Si l'on demande maintenant pourquoi tant d'amputés succombent à la suite des abcès dits métastatiques, c'est que la plupart des chirurgiens qui se livrent aux grandes opérations ne tiennent pas, en général, assez compte de l'état de l'ensemble de la constitution, et en particulier de celui des viscères thoraciques, et que, lorsque le malade périt, à la suite d'une amputation, par exemple, on aime mieux attribuer sa mort aux suites naturelles de l'opération, qu'au défaut de soins que l'on a mis dans l'examen des organes principaux du corps.

En vérité, lorsqu'on réfléchit tant soit peu aux reproches que l'on adresse à la réunion immédiate, on ne conçoit pas que l'aveuglement puisse aller jusqu'au point d'imputer à la méthode adhésive, la manifestation des abcès dits métastatiques, alors surtout que l'on sait que cet accident est le plus souvent la conséquence de l'inflammation des veines. Quoi! la réunion immédiate a pour objet d'étouffer la phlogose à son origine, et l'on ose avancer qu'elle met le malade dans les conditions favorables à la phlébite!

TUMEUR BLANCHE DU COUDE-PIED GAUCHE; AMPUTATION DE LA JAMBE; RÉUNION IMMÉDIATE A L'AIDE DE LA SUTURE; GUÉRISON.

OBS. II. — Romiguié, Joseph, âgé de 25 ans, d'un tempérament éminemment lymphatique, se rend à l'Hôtel-Dieu avec une lésion profonde de l'articulation tibio-tarsienne gauche; cette partie est le siége d'un gonflement considérable; les os ont pris un volume insolite; près des malléoles un grand nombre de fistules donnent issue à une abondante suppuration. Ces désordres locaux joints au mauvais état de la constitution du sujet, travaillée par dix années de souffrance que lui a causée cette lésion organique, font prévoir la nécessité prochaine d'une amputation.

Toutefois on tente, mais en vain, par des moyens locaux et généraux d'arrêter les progrès du mal, et de relever les forces du malade; et, bien qu'il se décide enfin à l'opération, son amaigrissement extrême, son tempérament scrophuleux, et l'air inquiet de sa figure, donnent à craindre qu'il n'existe déjà quelque lésion interne.

Cependant le professeur Serre explore avec un soin minutieux toutes les cavités, tous les organes, et, assuré de leur intégrité parfaite, il pratique l'amputation de la jambe, le 16 mai 1836

Après la ligature de tous les vaisseaux importans, la plaie, résultant de la section circulaire du membre, est réunie transversalement par six points de suture, soutenus de bandelettes adhésives et d'un bandage léger. Le malade est placé dans son lit, le genou demi-fléchi et le moignon contenu par la main d'un aide. (Diète; potion avec vingt gouttes de laudanum répétée dans la soirée.) Vers le soir notre opéré éprouve une sueur abondante; il passe la nuit sans sommeil, mais sans douleur.

Le lendemain sa figure est très-rassurante; il a à peine de la fièvre; le jour suivant il ressent quelques coliques, de la gêne dans la respiration; du reste, le moignon n'est point douloureux, et l'appareil n'est point sali ni par le sang, ni par le pus. (Looch blanc avec demi-once de sirop de diacode; bouillon.)

Le cinquième jour, le ventre et la poitrine sont entièrement libres; le malade prend avec appétit quelques alimens légers; on renouvelle le premier appareil à peine imbibé de pus, et l'on trouve la plaie presque totalement fermée

Sous peu de jours les ligatures tombent, et les points de suture sont enlevés; les pansemens sont de plus en plus simples; la réunion de la plaie est complète, et Romiguié ne reste à l'hôpital que pour rétablir ses forces; il retourne enfin chez lui le 6 juillet 1836.

Chez quel opéré pouvait-on craindre davantage les métastases purulentes que chez celui dont on vient de lire l'histoire? entaché de la diathèse scrophuleuse, atteint d'une lésion articulaire des plus graves, et d'une suppuration ruineuse, qui existait depuis dix ans; assurément l'économie devait être, ici à jamais, habituée à cette déperdition de pus, et les abcès internes ne pouvaient guère manquer d'éclater. Cependant le succès a couronné encore l'entreprise du chirurgien.

Voilà ce que nous observons tous les jours dans le service du professeur Serre. Or, comment se fait-il qu'avec une méthode de pansement qui, dit-on, a tant d'inconvéniens, M. Serre obtienne tant de succès? Comment se fait-il, au contraire, qu'à Paris où l'on suit dans plusieurs hôpitaux une méthode opposée, on perde tant d'amputés? La réponse est facile (1).

NÉCROSE ÉTENDUE DE LA JAMBE DROITE; ANKYLOSE DU GENOU; AMPUTATION DE LA CUISSE; RÉUNION IMMÉDIATE AU MOYEN DE LA SUTURE; GUÉRISON COMPLÈTE EN DIX JOURS.

OBS. III. — Varre, âgé de 19 ans, d'un tempérament lymphatique, d'une constitution chétive, vit se développer, sans cause appréciable, un gonflement considérable de la jambe droite qui fut bientôt le siége d'abcès et de fistules d'où sortaient un pus abondant et des esquilles nombreuses. Les trajets fistuleux s'agrandirent de plus en plus au point de laisser pénétrer une sonde dans la cavité médullaire, et tel était l'état des choses, quand le malade entra à l'Hôtel-Dieu (14 avril 1836), que l'on put en retirer plusieurs fragmens osseux de deux et trois pouces de longueur. Néanmoins malgré le nombre considérable de points qui fournissaient dans toute la jambe et le genou, du pus et des esquilles, le professeur Serre crut un instant pouvoir sauver le membre en pratiquant diverses incisions propres à donner passage aux séquestres.

En effet, la jambe diminue de volume, les fistules se ferment, la santé du malade reprend plus de vigueur, et tout fait espérer une guérison prochaine, que les bains de mer semblent assurer. Mais au mois d'août, de nouveaux abcès se forment et donnent issue à de nombreuses esquilles, le membre se tuméfie; le genou participe à cette altération; le malade est pris de fièvre, d'insomnie, d'amaigrissement, de diarrhée, et l'amputation de la cuisse est la seule chance de salut qui lui reste. Le 17 août, M. Serre, après avoir constaté l'intégrité des organes splanchniques, pratique la section circulaire de la cuisse, réunit d'avant en arrière les lèvres de la plaie par six points de suture, des bandelettes adhésives et un bandage simple. Le malade est porté dans son lit; la cuisse est placée sur un plan légèrement incliné en bas et de manière à reposer sur sa face postérieure. Le moignon est maintenu par la main d'un aide. (Potion avec deux onces d'eau de fleur d'oranger, une once eau de tilleul, deux onces sirop de nymphæa, vingt gouttes de laudanum.)

Les jours suivans se passent sans agitation, sans douleur, et presque sans fièvre; le sommeil est calme; la diarrhée a disparu. L'appareil est renouvelé le troisième jour; le moignon est dans le meilleur état, et le malade se trouve dans les conditions les plus heureuses. (Bouillon.) Au deuxième pansement la réunion de la plaie est complète; il ne reste que quelques points ouverts par où passent les ligatures. Dès ce moment Varre commence à prendre des alimens, et en moins de dix jours il peut déjà se tenir assis sur son lit. Bientôt il essaie son cuissard, et il sort de l'hôpital en moins d'un mois, ayant déjà pris un embonpoint remarquable.

Ce fait est un des plus beaux exemples que l'on puisse citer en faveur de la réunion immédiate, et toutes les personnes qui ont été témoins de cette opération n'ont pu s'empêcher d'en admirer le résultat. Or, nous le demandons à notre tour, si au lieu d'avoir recours à la méthode adhésive, la plaie eût été livrée à l'inflammation, croit-on que le malade déjà profondément affaibli par une suppuration des plus abondantes et dans l'état de fièvre hectique où il était, eût pu résister à de nouvelles pertes? nous ne le pensons pas. C'est là ce qui arrive malheureusement trop souvent à la suite de la réunion secondaire, et ce dont on n'a presque pas tenu compte.

Ne croyez pas que les faits, que nous venons de rapporter, aient été choisis à dessein parmi un certain nombre d'autres; nous n'avons, au contraire, signalé jusqu'ici qu'une partie de tout ce qui s'est passé d'heureux durant le dernier quadrimestre du professeur Serre, et s'il fallait tout dire, nous ajouterions que parmi le grand nombre d'opérations majeures qui ont été faites dans l'espace de quatre mois il n'est pas mort un seul opéré.

Nous nous plaisons à croire que l'on ne nous fera pas l'injure de penser, avec quelques chirurgiens, que ce bonheur dans les opérations n'est qu'apparent, vu le petit nombre de celles que l'on pratique à l'hôpital St Éloi de Montpellier.

Qu'il nous suffise de rappeler à ce sujet, qu'en moins de quatre mois M. Serre a pu faire tour à tour l'ablation partielle du maxillaire supérieur, l'opération de la taille, la ligature de l'artère crurale, l'amputation de la cuisse, deux amputations de jambe, deux ablations de testicule, l'amputation de la verge, l'extirpation d'un polype fibreux des fosses nasales, celle d'un lipome, la résection du premier métatarsien, quatre opérations de varicocèle, un grand nombre de restaurations de la face, le rétablissement d'un canal de l'urètre presque complètement oblitéré, plus de vingt opérations de cataracte, etc., le tout sans avoir à regretter la mort d'un seul sujet. De pareils faits n'ont pas besoin d'interprétation.

Enfin, nous ne saurions terminer ce que nous avions à exprimer sur la réunion immédiate, sans faire observer qu'il en est de ce mode de pansement, comme d'une foule d'autres procédés, qui ne s'apprennent jamais que très-mal par tradition; c'est ainsi que nous expliquons pourquoi la méthode adhésive ne réussit pas entre toutes les mains. Il ne suffit pas en effet de vouloir tenter une chose pour la faire; et nous avons de bonnes raisons pour croire qu'il est beaucoup de praticiens, même fort instruits, qui n'ont souvent échoué à prendre une foule de petits soins qui seuls peuvent en assurer le succès.

ALQUIÉ,
Chirurgien, interne à l'hôpital St-Eloi.

(1) Nous laissons à l'auteur de l'article la responsabilité de ces assertions. (*N. du Réd.*)

TRAVAUX ACADEMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 12 DÉCEMBRE.

PUITS FORÉS EN CHINE.

M. Jobard adresse de Bruxelles la traduction d'un passage du récit de l'ambassade hollandaise en Chine en 1666. Nous reproduirons textuellement ce passage qui est peu connu, l'ouvrage hollandais publié à Amsterdam en 1670 n'ayant jamais été traduit.

« Il existe sur les montagnes de la contrée de Su-Chuen des puits salans d'où les habitans tirent le sel dont ils ont besoin pour leur consommation. L'existence de ces puits est considérée comme un grand bienfait de la Providence, la province étant fort éloignée de la mer, de sorte que les habitans auraient éprouvé les plus grandes difficultés à se procurer le sel nécessaire à leur subsistance.

» Ces puits ont souvent plusieurs centaines de pas de profondeur; ils sont creusés dans des montagnes dont le sol à la surface n'a rien de salé, et porte de riches moissons. L'ouverture des puits est à peine de trois à quatre palmes de largeur.

» Les puits sont creusés avec une main de fer qu'on laisse descendre par son propre poids, et dont les doigts s'enfoncent dans la terre. Aussitôt après, une corde étant tirée, ces doigts se referment par un artifice particulier, et la main est ramenée au-dehors avec la terre qu'elle a empoignée.

» L'extraction de la terre se poursuit jusqu'à ce qu'on arrive au sol salé et à l'eau salée, qu'on commence dès-lors à puiser avec un vase.

» Ce vase a le fond percé d'un trou garni d'une soupape disposée de manière à laisser entrer l'eau, mais à l'empêcher de ressortir, de manière que le vase se remplit en arrivant au fond du puits, et remonte plein.

» On met cette eau à bouillir sur le feu; les vapeurs aqueuses s'exhalent, et le fond des vases finit par se couvrir d'un beau sel blanc, qui est cependant un peu plus doux que le sel marin. Il y a aussi de semblables puits dans la province de Quei-cheu-fu.

» Le puits qui fournit du sel à toute la province de Yao-gan-fu a été découvert par des moutons qui se mirent à lécher la terre et à la gratter avec leurs pieds, ce qui, ayant été observé souvent par des bergers, donna lieu à l'invention dont nous parlons.

» *Puits de feu.* — Dans la province de Xen-si, où l'on trouve du charbon de terre semblable à celui de Liége, on trouve (chose étonnante!) des puits de feu, comme nous avons chez nous des puits d'eau. Il y en a là en quantité, et ils sont aux habitans d'une grande utilité pour cuire sans frais leur nourriture.

» Voici comment : l'embouchure du puits est ouverte; seulement on y ménage quelques petits trous suffisans pour y placer la marmite, et là les alimens sont cuits sans aucune peine et bien complètement.

» On dit que ce feu est épais, c'est-à-dire peu transparent et peu brillant, ce qui n'empêche pas qu'il ne soit très-chaud. D'ailleurs, il ne brûle en aucune manière le bois qu'on jette dedans; bien plus, si on l'introduit dans des tuyaux de gros bambous, on peut facilement le conduire d'une place à l'autre, de sorte que chacun peut s'en servir à volonté, en faisant dans le bambou un trou par où sort le feu qui cuit très-doucement les alimens jusqu'à ce qu'il soit éteint.

» *Puits d'huile.* — Dans la huitième contrée de la province de Jen-gan-fu, il y a une montagne d'où découle une sorte de bitume de Judée, appelé vulgairement huile de pierre (*petroleum*), que les Chinois brûlent dans leurs lampes, et qu'ils emploient contre la gale. »

ÉLECTIONS.

L'Académie procède à l'élection d'un membre pour remplir, dans la section de mécanique, la place devenue vacante par la mort de M. Navier.

Le section de mécanique a présenté la liste suivante de candidats : En première ligne, M. Coriolis, en deuxième, MM. Duhamel et Lamé, *ex æquo*; en troisième, M. Francœur. Sur la demande d'un des membres, M. Gambey a été ajouté à la liste.

Le nombre des votans est de 55. Au premier tour de scrutin, M. Coriolis réunit 45 suffrages, M. Gambey 10. M. Coriolis est en conséquence déclaré élu. Sa nomination sera soumise à l'approbation du roi.

M. le ministre de l'instruction publique transmet ampliation de l'ordonnance royale qui confirme la nomination de M. Sturm comme membre de la section de géométrie, en remplacement de M. Ampère.

OPÉRATION DE L'EMPYÈME.

M. Larrey présente à l'Académie un des sujets sur lesquels il a pratiqué avec succès une opération de ce genre.

Louis Claie, soldat dans les armées impériales, reçut dans la dernière campagne de Russie une balle qui pénétra la cavité de la poitrine et resta logée dans la partie inférieure du poumon droit au milieu d'un amas de matière purulente. Lorsqu'il fut présenté quatre ans plus tard à M. Larrey, la plaie était restée fistuleuse; mais les côtes de ce côté s'étant affaissées, il n'était plus possible de faire sortir la balle par le point d'où elle était entrée, et il devint nécessaire d'enlever une portion de côte au moyen du couteau boutonné dont on se sert dans l'opération du trépan. La balle, très-grosse, comme toutes les balles russes qui sont du poids d'une once, tandis que les nôtres sont seulement de six gros, fut saisie et ramenée au-dehors; la guérison a été lente, mais aussi complète que possible, et le sujet jouit aujourd'hui d'une parfaite santé; la perte de substance du poumon a causé d'une part l'affaissement de la cage osseuse de la poitrine de ce côté, le refoulement du médiastin et du cœur à droite, et le relèvement du diaphragme et du foie du même côté.

DIFFÉRENCE DANS LES PROPRIÉTÉS NUTRITIVES DES DIFFÉRENS FOURRAGES.

M. Boussingault présente des recherches sur la quantité d'azote contenue dans les fourrages et sur leurs équivalens.

Depuis longtemps les agronomes les plus distingués de l'Allemagne et de l'Angleterre ont cherché à établir les rapports des propriétés nutritives des fourrages, et donné comme résultat de leur expérience des nombres qui expriment les rapports en poids dans lesquels les différentes espèces peuvent être substituées l'une à l'autre. Ces nombres sont de véritables équivalens; ils indiquent, par exemple, que telle quantité de foin ou de racines peut être remplacée par telle autre de feuilles ou de grains pour nourrir également soit un bœuf à l'engrais, soit un cheval de labour.

Il est, on le sent bien, très-difficile d'apprécier avec exactitude l'effet favorable ou nuisible que produit un changement de régime alimentaire; aussi remarque-t-on, entre les équivalens donnés par différens auteurs, des différences assez sensibles. M. Boussingault a pensé qu'on obtiendrait une mesure plus précise des qualités nutritives des divers fourrages, en dosant l'azote qu'ils contiennent; nous ne pouvons entrer ici dans les considérations par lesquelles il appuie ce point de vue, ni même entrer ici dans le détail de ses procédés d'analyse, et nous nous contenterons de présenter les résultats auxquels il est arrivé. Il les résume lui même dans le tableau suivant, où il rapproche les équivalens théoriques obtenus par ce moyen des équivalens pratiques auxquels les agronomes, comme nous l'avons dit plus haut, sont arrivés.

SUBSTANCES.	Eau perdue pendant la dessiccation à 100°.	Azote dans la substance desséchée.	Azote dans la substance non desséchée.	Equivalens théoriques.	Equivalens pratiques.
Foin ordinaire.	0,112	0,1118	0,0104	100	100
Trèfle rouge en fleurs.	0,166	0,1217	0,0176	60	90
Trèfle vert.	»	0,0060	0,0050	208	»
Luzerne.	0,166	0,0166	0,0138	75	90
Luzerne verte.	»	»	0,0030	347	»
Fanes de vesces séchées.	0,110	0,0157	0,0141	74	83
Paille de froment.	0,193	0,0030	0,0020	520	400
Paille de seigle.	0,122	0,0020	0,0017	611	400
Paille d'avoine.	0,210	0,0036	0,0019	547	400
Paille d'orge.	0,110	0,0026	0,0020	520	400
Pommes de terre.	0,923	0,0180	0,0037	281	200
Topinambours.	0,755	0,0220	0,0042	248	205
Choux pommés.	0,923	0,0370	0,0028	371	429
Carottes.	0,876	0,0240	0,0030	347	319
Betteraves.	0,905	0,0270	0,0026	400	397
Navets.	0,918	0,0220	0,0017	612	607
Féverolles.	0,079	0,0550	0,0511	20	»
Pois jaunes.	0,167	0,0408	0,0340	31	30
Haricots blancs.	0,050	0,0430	0,0408	25	»
Lentilles.	0,090	0,0440	0,0400	26	»
Vesces.	0,146	0,0513	0,0437	24	»
Tourteau de colza.	0,105	0,0550	0,0492	21	»
Maïs.	0,180	0,0200	0,0164	63	59
Sarrazin.	0,125	0,0240	0,0210	50	»
Froment.	0,105	0,0238	0,0213	49	27
Seigle.	0,110	0,0229	0,0204	51	33
Orge.	0,132	0,0202	0,0175	69	54
Avoine.	0,124	0,0222	0,0192	54	61
Farine de froment.	0,125	0,0260	0,0227	46	»
Farine d'orge.	0,130	0,0220	0,0190	55	»

Parmi les substances qui figurent dans le tableau précédent, il en est qui sont presque exclusivement employées à la nourriture des hommes. Il peut être utile, dit M. Boussingault, de comparer entre eux ces différens alimens sous le rapport de l'azote qui s'y trouve. C'est pour faciliter cette comparaison qu'a été formé le tableau suivant. On y a pris pour base la farine de froment dont l'équivalent est représenté par 100. Comme les bulbes, les racines et les feuilles peuvent être réduites en poudre lorsqu'elles ont été desséchées à 100°, ces matières sèches sont désignées sous le nom de farines.

SUBSTANCES.	ÉQUIVALENS.
Farine de froment.	100
Froment.	107
Farine d'orge.	119
Orge.	130
Seigle.	111
Sarrazin.	108
Maïs.	138
Féverolles.	44
Pois jaunes.	67
Haricots blancs.	56
Lentilles.	57
Choux pommés blancs.	810
Farine de choux.	83
Pommes de terre.	613
Farine de pommes de terre.	126
Carottes.	757
Farine de carottes.	95
Navets.	335

NOUVEL EXTRAIT FÉBRIFUGE.

MM Cognon, médecin, et Leroux, pharmacien, à Vitry-le-Français, adressent un mémoire sur la *lépidine*, substance extraite de la petite passerage (*lepidium iberis*), et qu'ils considèrent comme un fébrifuge utile.

DES RAPPORTS DE LA TÉRATOLOGIE AVEC LES SCIENCES ANATOMIQUES ET ZOOLOGIQUES.

Tel est le titre d'un mémoire présenté par M. Isidore Geoffroy. Ne pouvant donner une analyse de ce mémoire, qui est lui-même extrait du troisième volume encore inédit de l'*Histoire générale et particulière des anomalies*, nous nous contenterons de reproduire le paragraphe suivant, dans lequel l'auteur considère les résultats généraux qu'on peut se promettre de recherches de cette nature.

« S'il ne faut chercher, dit-il, dans les enseignemens des faits tératologiques ni une réfutation certaine de l'hypothèse de l'invariabilité spécifique, ni encore moins l'intelligence complète des relations des êtres avec leur monde extérieur,

il est du moins vrai qu'ils éclairent la voie qui doit conduire à ces deux progrès. Ils ne prouvent pas que ce que nous appelons *espèces* ne sont, dans un grand nombre de cas, que de simples variétés dont l'origine se perd dans la nuit des temps ; mais ils démontrent la possibilité physiologique, ils indiquent la vraisemblance de cette thèse hardie de Bâenn, de Lamarck et de mon père, réduisant désormais le problème à ces termes simples : Les espèces étant susceptibles de variation, déterminer si elles en ont éprouvé. Ils sont loin de nous donner la clé de ces réactions mutuelles et multiples des fonctions sur les organes, des êtres sur leur monde extérieur, et de leur monde extérieur sur eux-mêmes; mais ils nous arment d'une sage défiance dans l'interprétation des phénomènes, dans la détermination de causes presque infiniment complexes, et abaissent les barrières élevées devant les progrès futurs par des systèmes prématurement conçus.

CORPS MUQUEUX DE LA PEAU CHEZ L'AMÉRICAIN, LE NÈGRE ET LE MULATRE.

M. Flourens lit le résultat des recherches qu'il a faites à ce sujet, et commence par rappeler les travaux des anatomistes relativement à ce point de la science. Il résulte de cette exposition historique que les anciens n'avaient connu que deux lames de la peau, le *derme* et l'*épiderme*; que Malpighi a découvert, dans le nègre, une troisième lame, intermédiaire aux deux autres, le *corps muqueux*, qu'Albinus, Meckel, se sont attachés à caractériser ce *corps muqueux* ; que Mitchell a aperçu les deux lames de l'épiderme ; et enfin que Cruikshank et Gaultier ont pénétré plus avant, et commencé à distinguer les lames mêmes du corps muqueux.

Toutefois, poursuit M. Flourens, on peut dire que, malgré de si habiles recherches, la structure du corps muqueux était loin d'être débrouillée ; aussi les plus célèbres anatomistes n'ont-ils cessé, depuis Gaultier, de revenir sur ce sujet : en France, MM. de Blainville, Dutrochet, feu Béclard ; plus tard, MM. Breschet et Roussel de Vauzème, en Allemagne, et tout récemment M. Weber, etc.

Les recherches de M. Flourens l'ont conduit à reconnaître qu'il existe entre le derme et l'épiderme, et sans compter le *corps papillaire* dont il doit traiter dans un mémoire particulier, quatre couches distinctes : une première placée sur le derme; une seconde qui porte le pigmentum; le *pigmentum* lui-même; et une quatrième couche, ou troisième membrane (car le pigmentum, comme l'a déjà remarqué M. de Blainville, est une couche et non une membrane) placée entre l'épiderme et le pigmentum.

La première de ces membranes, celle placée sur le derme est de nature celluleuse et disposée par maille ou en réseau.

La seconde, dont l'aspect est celui des muqueuses ordinaires, est continue. Sa surface externe porte le pigmentum. Sa face interne est toute hérissée de prolongemens, lesquels traversent les trous de la membrane celluleuse et vont se fixer au derme.

Ces prolongemens qui forment la gaine des poils, se portent jusque sous leur racine et paraissent constituer la lame interne de leur bulbe; ils n'existent que là où il y a des poils. Je ne dois pas oublier de noter, dit M. Flourens, que le pigmentum, à un certain degré de macération, se détache de la membrane dont il vient d'être parlé, et reste attaché à la suivante ou membrane pigmentale.

Cette dernière membrane est assez épaisse pour pouvoir être divisée en deux feuillets, l'un desquels pourrait bien être une des lames de Cruikshank, car cet habile anatomiste n'a malheureusement pas caractérisé suffisamment chacune de celles qu'il annonce.

Renversée sur sa face externe, cette face étant chargée de *pigmentum*, la membrane dont nous parlons prend à sa face interne une couleur bleuâtre; dépouillée de pigmentum, elle est d'une couleur jaunâtre. La membrane celluleuse ou aréolaire est aussi d'une couleur jaunâtre, mais moins foncée; l'épiderme est cendré, le derme seul est blanc.

Nous avons dit que le pigmentum n'est qu'un simple enduit, un dépôt et non une membrane. La membrane qui le recouvre est une véritable membrane continue; c'est la lame interne de l'épiderme; de la face interne de cette dernière lame partent des prolongemens pareils à ceux de la membrane du pigmentum, et qui fixent l'épiderme à cette membrane.

Tous ces détails sont exprimés dans des dessins faits avec un grand talent par M. Werner, peintre du muséum.

Le premier montre la peau d'un *Indien Charrua*, qui mourut à Paris en 1832, et qui fut disséqué par M. Flourens. On voit cette peau d'un brun cuivré à travers ses deux épidermes; dans un point, le premier épiderme seul a été détaché. Le second dessin montre les deux épidermes détachés et le pigmentum à nu. Dans le troisième, on voit ce pigmentum détaché de la membrane qui le porte, et renversé sur le second épiderme ou épiderme interne; la couleur du pigmentum à nu est beaucoup plus foncée que lorsqu'on l'aperçoit à travers les deux épidermes.

La quatrième figure montre 1° la lame qui porte le pigmentum, renversée sur sa face externe et toute hérissée à sa face interne des prolongemens qui la fixent au derme; 2° la lame celluleuse placée entre celle-ci et le derme.

Les figures suivantes représentent la structure de la peau du nègre, et on y voit les mêmes parties que nous venons d'énumérer; d'autres enfin les montrent dans la peau mulâtre.

Toutes les lames qui constituent le corps muqueux de ces trois races colorées, sont isolées par le seul secours de la macération qui, lorsqu'elle est bien dirigée, disjoint ces parties dans l'ordre suivant : Dans le premier temps, séparation du pigmentum d'avec sa membrane; dans un second, de la membrane même du pigmentum; dans un troisième, de la membrane celluleuse ou aréolaire; dans un quatrième, de la lame interne de l'épiderme, etc.

On conçoit maintenant les divers effets connus des vésicatoires et des blessures sur la peau des races colorées. On conçoit que le vésicatoire n'enlevant que les deux épidermes, le pigmentum subsiste, que ce pigmentum enlevé, il se reproduise, si la membrane qui en est le siége n'est pas altérée; qu'enfin cette membrane étant enlevée, le pigmentum ne puisse plus se reproduire et que la cicatrice qui succède à la blessure soit blanche.

Il reste à soumettre la peau de l'homme de race blanche aux mêmes procédés de dissection, afin de voir si on y découvrirait le même nombre d'élémens. Ce procédé de la macération lente, qui, dit M. Flourens, m'a donné l'une après l'autre, et d'une manière si nette, chaque lame particulière de l'appareil muqueux des races colorées, m'a également donné dans la race blanche, et d'une manière non moins sûre, deux lames parfaitement distinctes de l'épiderme. Ces lames se voient très distinctement sur un dessin qui représente deux morceaux de peau blanche, l'un de peau brunie par le hâle, l'autre de peau ordinaire. Ce fait, ajoute l'auteur, me semble nouveau et important pour l'Académie.

Ainsi l'épiderme du blanc est double, comme celui des races colorées, et a les mêmes prolongemens internes qui servent également à le fixer au derme, et à former la gaine des poils. Mais ces deux épidermes sont, dit l'auteur, tout ce que j'ai pu voir. Soit que l'appareil muqueux proprement dit des races colorées manque à la race blanche, soit que, dans la race blanche, la macération doive être différemment conduite, je n'ai pu parvenir encore à découvrir entre le derme et l'épiderme extérieur du blanc, d'autre lame ou membrane que la lame de l'épiderme interne dont je viens de parler.

Quant au derme même, la macération permet de le diviser, comme chacun sait, en plusieurs lames. La plus extérieure de ces lames est remarquable par une contexture très-différente de celle des autres, lesquelles, en effet, se ressemblent toutes entre elles, à cela seul près que la première est plus dense que la seconde, la seconde que la troisième, et ainsi de suite, jusqu'à la dernière, dont les mailles ou ouvertures logent enfin les vésicules du système adipeux. La lame extérieure, par le poli de sa surface, par la continuité, la densité de son tissu, tissu qui, dans toutes les autres, forme un véritable réseau à mailles plus ou moins larges, par la facilité avec laquelle, à l'aide de la macération, elle se détache de celles-là, semble constituer une lame ou membrane particulière distincte.

Dans ce mémoire, M. Flourens n'a considéré la peau des races colorées que sous le rapport de l'appareil muqueux ou pigmental. Un second mémoire sera consacré à la description de ses autres élémens constitutifs.

SÉANCE DU 19 DÉCEMBRE.

VÉGÉTAL DÉVELOPPÉ DANS UNE SOLUTION ARSENICALE.

M. Bory de Saint-Vincent fait la communication suivante :

M. Gilgen-Krantz, chirurgien-major au 3e régiment du génie, qui s'occupe avec succès des hydrophytes ou cryptogames aquatiques, a eu occasion de voir un végétal des genres *leptomitus* ou *hygrocoris* qui se développait dans une solution d'arsenic. Ainsi cette substance si éminemment vénéneuse, qui passe pour détruire tous les corps organisés, peut, dans certaines circonstances, favoriser la végétation. Je me rappelle à ce sujet que M. Dutrochet me communiqua, il y a plus de dix ans, une plante du même genre qui s'était développée dans un flacon d'eau de Goulard. Dans les deux cas, les filamens des végétaux qui choisissent un si singulier *habitat*, croissaient flottans dans le liquide même, comme des conferves, et non uniquement en croûte veloutée à la surface, comme font les analogues qu'on trouve si souvent sur l'encre, mais non dans sa liquidité.

CHENILLES QUI ONT VÉCU DANS LES INTESTINS DE L'HOMME.

M. Duméril fait, en son nom et celui de M. Blainville, un rapport sur un mémoire de M. Robineau Desvoidy relatif à un fait de ce genre.

Voici comment ce fait est raconté par M. Lecbin, médecin à Lenguy. Une femme de 57 ans, était affectée d'une hydropisie du bas-ventre, à la suite d'une fièvre muqueuse. Le 3 mars 1836, on lui avait administré six gouttes d'huile de croton tiglium. Dans les matières rejetées par le vomissement, on reconnut d'abord quatre chenilles vivantes, et ensuite dix autres semblables. Deux de ces chenilles furent emportées vivantes par le médecin, mais se perdirent en route; les autres furent adressées par lui à un de ses confrères, qui en transmit à M. Desvoidy sept conservées dans l'alcool, dont quatre ont été envoyées par ce naturaliste à l'Académie.

M. Robineau a parfaitement reconnu l'identité de ces chenilles avec celles qui proviennent constamment d'une espèce de phalène, que Linnée avait désignée sous le nom de *pyralis pinguinalis*, mais dont le nom générique a été depuis changé en celui de *crambus* par Fabricius, puis en celui d'*aglossa* par Latreille. L'histoire du développement de ces insectes étant bien connue, ainsi que nous le dirons bientôt, M. Robineau suppose que des œufs d'aglosse auront été déposés dans des matières graisseuses alimentaires, et introduites avec elles dans la cavité digestive; que là ils ont donné naissance à des larves qui se sont nourries et ont subi dans l'intérieur de ces organes plusieurs mues, etc. Dans l'opinion où il est que l'*aglosse pinguinalis* ne vit pas en société, il regarde comme nouvelle celle qu'il a eue sous les yeux, et il en donne une description particulière sous le nom d'*intestinalis*. Cependant, disent MM. les commissaires, MM. Duméril et de Blainville se sont assurés que les chenilles envoyées par M. Desvoidy appartiennent bien à l'espèce de l'*aglossa pinguinalis*, et ils pensent que l'auteur s'est probablement abusé en supposant que ces chenilles ont dû se développer dans l'intestin duodénum, opinion qu'il n'a pu établir que sur le récit des personnes qui avaient suivi la maladie, et qui tirent des faits qu'elles ont observés des déductions un peu hasardées. Ce mémoire cependant, poursuivent les commissaires, présente un véritable intérêt pour l'histoire naturelle et la pathologie; car il n'est guère permis de douter que les chenilles en question, si elles ne sont pas nées dans l'intérieur des intestins, n'y aient séjourné quelque temps et n'en soient sorties vivantes.

Les commissaires donnent ensuite quelques détails sur des faits relatifs aux mêmes insectes contenus dans divers ouvrages d'entomologie. Il y a dans les actes de Stockolm, pour l'année 1751, un mémoire de Rolander sur cette espèce de pyrale dont il a présenté l'histoire complète, accompagnée d'une planche qui donne la figure de toutes les circonstances de ses développemens successifs; il a décrit l'organisation de la chenille, et en particulier celle de ses stigmates, qui lui permettent de vivre longtemps et de respirer au milieu des matières grasses, telles que le beurre, la graisse de friture, le lard, le jus de viande. Rolander déclare l'avoir très-souvent reconnue avec répugnance dans des mets qui lui étaient servis.

Linnée, dans la deuxième édition de sa *Faune de Suède*, après avoir rappelé l'observation de Rolander, ajoute : « Cette chenille fait beaucoup de mal dans l'estomac de l'homme. On l'expulse avec de l'infusion d'une espèce de lichen. » Dans l'édition du *Systema naturæ* de Gmelin, il ajoute : « On le trouve souvent dans l'intérieur des maisons et des cuisines; plus rarement dans l'estomac de

l'homme. C'est de tous les animaux qui vivent dans les animaux vivans celui qui est le plus nuisible.

De Geer, dans ses mémoires, a décrit et figuré le même insecte; mais il a cité à tort comme appartenant à la même espèce la teigne du cuir dont il avait si bien fait connaître l'histoire. Enfin, la partie synonimique a été relevée avec exactitude par M. Duponchel qui a lui-même donné une figure parfaite de cette aglosse dans son grand ouvrage sur les lépidoptères de France.

En dernière analyse, disent les commissaires, nous pensons que les chenilles de l'aglossa pinguinalis peuvent être introduites du dehors avec les alimens gras dans la cavité de l'estomac de l'homme, qu'elles ont la faculté d'y rester vivantes pendant un certain temps, mais que c'est un cas tout-à-fait fortuit et que rien ne prouve que ces insectes soient de véritables animaux parasites.

LARVES PARASITES TROUVÉES DANS L'INTÉRIEUR DE CERTAINS INSECTES DE L'ORDRE DES ORTHOPTÈRES ET CELUI DES HYMÉNOPTÈRES.

Les mêmes commissaires font un rapport sur un mémoire de M. Léon Dufour, relatif à ces parasites, qui toutes ont été observées dans des orthoptères et des hyménoptères, et l'auteur, à cette occasion, déclare qu'il n'en a pas encore rencontré, malgré ses nombreuses recherches dans les hyménoptères; nous ne suivrons pas les rapporteurs dans les détails des observations faites par M. Léon Dufour, et nous mentionnerons seulement celle qui se rapporte à une larve de diptère vivant aux dépens de l'*andrina aterrima*. Cette larve fut trouvée fixée par une de ses extrémités sur la grande vésicule trachéenne, qui de chaque côté occupe la base de l'abdomen; cherchant par quel moyen s'opérait cette forte adhérence, M. Dufour vit qu'elle était accrochée à la faveur de deux troncs de trachée qui étaient absorbés par la larve dans le corps de laquelle ils pénétraient; de sorte que cette andrène, victime de son parasite interne, lui procurait le soufflet pneumatique et les tuyaux aérifères par cette sorte de jonction ou de pénétration anatomique des organes, mode insolite de parasitisme qui présente un exemple extraordinaire de deux animaux d'ordres différens, dont l'un est enté et comme greffé dans l'autre par les appareils organiques les plus importans. M. Dufour, tout en reconnaissant l'énorme différence qui se trouve dans le rapprochement qu'il cite, ne lui reconnaît de comparable que la vie d'un fœtus attaché dans l'utérus d'un mammifère, parce que la mère le nourrit, en le faisant respirer tout à la fois par les veines artérieuses de son placenta.

RAPPORT VERBAL SUR UN OUVRAGE DE M. WERNER, INTITULÉ : Atlas des oiseaux d'Europe, pour servir de complément au Manuel d'ornithologie de M. Temminck; par M. Isidore GEOFFROY ST-HILAIRE.

M. Temminck, directeur du musée d'histoire naturelle de Hollande, et bien connu de l'Académie par le nombre et l'importance de ses travaux ornithologiques, a publié, il y a vingt ans, sous le titre de *Manuel d'ornithologie*, le meilleur résumé que la science possède de l'histoire des oiseaux d'Europe. Cet utile ouvrage, réimprimé en 1820, et depuis lors enrichi d'un supplément étendu, est aujourd'hui entre les mains de tous les ornithologistes. Les bases trop peu physiologiques sur lesquelles M. Temminck a assis sa classification; l'extrême aridité de ses descriptions, défaut moins grave et peut-être inévitable, mais obstacle plus puissant au succès de l'ouvrage parce qu'il frappe et arrête le lecteur dès ses premiers pas; enfin, pour tout dire, quelques taches que l'on pourrait signaler aussi dans le *Manuel d'ornithologie*, n'ont pas empêché ce livre d'obtenir un succès complet et mérité, et de devenir, par la précision rigoureuse des details descriptifs qu'il renferme, le guide habituel de toutes les personnes qui veulent bien connaître les oiseaux d'Europe.

Cependant, si fidèles, si précises que soient en général les descriptions de M. Temminck, il n'est aucun ornithologiste qui n'ait eu trop souvent à en reconnaître et regretter l'insuffisance pour la détermination des epèces, principalement pour ces types génériques, tels que les fauvettes, les bruans et moineaux, les canards, et tant d'autres que la nature a reproduits un si grand nombre de fois avec de si légères et si indescriptibles modifications. Ici le défaut de planches se faisait vivement sentir dans l'ouvrage de M. Temminck; et M. Werner, par la publication d'un atlas complémentaire du *Manuel d'ornithologie*, a rendu à cet ouvrage, qu'il met désormais à la portée de tous et à l'ornithologie en général, un service dont l'importance a été promptement appréciée par les ornithologistes.

M. Werner a fait preuve, dans son *Atlas des oiseaux d'Europe*, d'un genre de mérite différent de celui qu'attestaient ses productions antérieures. Il était, depuis plusieurs années, bien connu de l'Académie et du public comme l'un de nos premiers peintres d'histoire naturelle, titre que lui ont mérité surtout les nombreuses planches dont il a enrichi l'*Histoire naturelle des mammifères de M. Fréd. Cuvier*, et les premières livraisons d'un ouvrage sur les perroquets qui a été déjà le sujet d'un rapport très-favorable. L'Académie n'a sans doute pas oublié non plus les trois beaux portraits des Charreas, exécutés par son ordre en 1834, et qui lui ont été présentés par M. le secrétaire perpétuel. Dans son *Atlas ornithologique*, au contraire, ouvrage d'une exécution beaucoup plus modeste, et tel qu'il convenait pour les planches d'un livre classique, il s'agissait pour M. Werner bien moins d'une œuvre d'art que de science: ce qu'il lui fallait faire et ce qu'il a fait, c'était de rendre par la peinture, c'était pour ainsi dire de traduire par le pinceau les simples mais fidèles et précises descriptions de M. Temminck. Qu'on ne cherche donc pas dans l'atlas de M. Werner des peintures animées, brillantes, artistiques, on ne les y trouverait pas, non plus que le style technique et descriptif de M. Temminck ne rappelle ces élégantes et poétiques descriptions dans lesquelles la science disparaît sous le luxe prodigue des ornemens, et que les naturalistes peuvent lire avec plaisir comme tout le monde, mais qu'ils ne consultent pas. Veut-on avant tout des caractères nettement exprimés d'après des individus dont le sexe, la livrée de saison, l'âge, soient habilement choisis pour faciliter la détermination; demande-t-on simplement des poses naturelles et propres à montrer l'oiseau sous l'aspect le plus favorable à l'observation; recherche-t-on enfin tont ce qui est nécessaire à l'étude, choix bien fait des individus représentés, art de mettre en saillie les caractères les plus importans, correction et fidélité dans le dessin; on trouvera toutes ces qualités et en outre cette élégance qui n'exclut pas la correcte simplicité d'un tel ouvrage, dans la presque totalité des 410 planches publiées par M. Werner, notamment dans celles qui représentent les oiseaux de proie, les zygodactyles et plusieurs familles d'échassiers et de palmipèdes.

Nous pensons donc que si les nouvelles planches ornithologiques de M. Werner le cèdent comme œuvre d'art à plusieurs des recueils déjà publiés par tel habile artiste, elles prouvent mieux encore qu'aucun autre ouvrage du même auteur la connaissance profonde qu'il a acquise des caractères sur lesquels se fondent la distinction et la classification des oiseaux. C'est un exemple à l'appui de cette vérité si évidente et cependant si souvent encore méconnue par les artistes, que pour bien peindre l'histoire naturelle, il faut d'abord l'avoir apprise.

NATURE DE L'INDIGO ET COMPOSITION DE QUELQUES PRODUITS AUXQUELS IL DONNE NAISSANCE.

M. Dumas lit un mémoire sur ce sujet.

La matière colorante bleue de l'indigo est formée de carbone, d'oxigène, d'azote et d'hydrogène dans les proportions suivantes: carbone, 73; hydrogène, 4; azote, 10,8; oxigène, 12,2. Ces proportions, déjà établies par suite de recherches faites il y a plusieurs années, ayant été confirmées par le nouveau travail, l'auteur a cherché à fixer par un procédé certain la valeur de l'équivalent chimique de l'indigo, afin d'avoir une base qui permît de traduire ces nombres en formule.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Présidence de M. Louyer-Willermay.

SÉANCE DU 20 DÉCEMBRE.

Correspondance officielle.

1° Lettre ministérielle en date du 17 décembre, avec envoi d'une nouvelle pièce à joindre à la recette d'un remède secret auquel le sieur Renard attribue la propriété de guérir l'hydrophobie.

2° Lettre *idem, idem*: rappelle le bandage du sieur Vallat, et prie l'Académie de lui transmettre le jugement qu'elle en aura porté.

Correspondance manuscrite.

1° Lettre de M. Cayre-Mirebel: se porte comme candidat aux places de membre correspondant, et donne la liste de ses titres à l'appui de sa candidature.

2° Etat des vaccinations de M. Boucher, de Versailles.

3° Lettre du conseil municipal de Laval: envoie le programme du monument que la ville se propose d'élever à la mémoire d'Ambroise Paré, et invite l'Académie à s'associer à l'hommage qui sera rendu au père de la chirurgie française.

4° Lettre de M. Chevalley, de Rivaz, en date de Naples, du 5 décembre 1836, contenant les observations faites sur l'état de l'atmosphère pendant le règne du choléra.

RENOUVELLEMENT DES MEMBRES DU BUREAU DE L'ACADÉMIE.

Sont élus:

1° Président pour l'année 1837, M. Renauldin, déjà président pour l'année 1836.

2° Vice-président, M. Moreau.

3° Secrétaire annuel, M. Roche, occupant déjà la même place pour 1836.

MEMBRES DU CONSEIL.

M. Louyer-Villermay et M. Planche.

Les élections seront continuées à la prochaine séance.

M. SÉDILLOT présente le larynx d'un homme qui a été opéré de la laryngotomie. Il a survécu 36 jours à l'opération. Outre quelques ulcérations, on remarque une altération profonde des cartilages thyroïde et cricoïde, lesquels sont en partie osseux. Il n'y avait point de tubercules dans les poumons. Ces cartilages avaient été frappés de nécrose, non par effet de la présence de la canule dans la plaie, mais bien par la propagation de l'inflammation primitive de la muqueuse bronchique dans leur substance et avait réclamé l'opération. Sous ce rapport, la pièce de M. Sedillot offre un intérêt réel.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

TUMEUR VARIQUEUSE DANS LE PLI DE L'AINE DU CÔTÉ DROIT PRISE POUR UNE HERNIE CRURALE; USAGE D'UN BANDAGE HERNIAIRE PENDANT DEUX ANNÉES. Observation communiquée par M. BOINET, interne des hôpitaux.

Ce qui fait le plus communément commettre des erreurs dans le diagnostic des tumeurs de l'aine, c'est, dit J.-L. Petit, le lieu que ces tumeurs occupent pour l'ordinaire. Il y a des gens si prévenus qu'il leur suffit de savoir qu'une tumeur occupe l'aine, pour qu'ils décident que c'est un bubon, si cette tumeur se trouve chez un jeune homme, une hernie, si elle se rencontre chez un vieillard. Il est plus ordinaire en effet aux vieillards d'avoir des hernies, et aux jeunes

gens d'avoir des bubons; mais comme il est fort possible que le contraire arrive, ce n'est pas par l'âge qu'on doit juger, mais par la maladie elle-même, qu'on doit examiner soigneusement, afin d'éviter toutes les circonstances qui pourraient en imposer. Il ne faut hasarder son jugement qu'après un examen bien exact et mûrement réfléchi; en voici un exemple remarquable, et d'autant plus intéressant que les faits de ce genre se rencontrent rarement.

Obs. — Une femme nommée Delamotte, âgée de 69 ans, était venue à l'Hôtel-Dieu dans l'intention d'avoir un nouveau bandage, et faire remplacer celui qu'elle portait depuis deux ans et qui était usé. Elle a été couchée au n° 22 de la salle St-Jean, le 5 octobre 1836.

D'une forte constitution, d'une stature assez élevée, d'un embonpoint médiocre, Delamotte a été réglée de bonne heure, s'est mariée à 27 ans, a eu six enfans et exerce depuis l'âge de 14 ans l'état de blanchisseuse, qu'elle n'a pas discontinué jusqu'à présent. Sa santé a toujours été bonne. Pour la premiere fois, il y a environ six ou sept ans, elle s'aperçut qu'elle avait des varices au membre inférieur droit, mais sans s'en inquiéter puisqu'elle n'en éprouvait aucun désagrément; deux ans plus tard, elle remarqua qu'elle avait dans l'aîne droite une petite tumeur qui devenait apparente, surtout lorsqu'elle faisait de longues courses ou restait longtemps sur les jambes; alors les veines de la cuisse et de la jambe droites se gonflaient et elle éprouvait des douleurs et de la tension avec engourdissement dans le membre; lorsqu'elle restait en repos ou couchée tous ces symptômes disparaissaient et la tumeur aussi lorsqu'elle prenait une position horizontale; elle continua ainsi sans rien faire pendant deux ans; à cette époque, elle eut l'occasion de consulter un médecin de la capitale assez connu, qui soignait une dame pour laquelle elle travaillait. Ce médecin lui conseilla un bandage crural qu'elle a porté jusqu'à ce jour, et sans inconvénient; voici ce qu'elle présente :

Lorsqu'on examine la malade placée dans une position horizontale, on ne voit dans le pli de l'aine aucune saillie, ni tumeur; la couleur de la peau est naturelle; mais en exerçant une pression modérée sur cette partie, ce qui cause toujours un peu de douleur à la malade, on ne trouve qu'une tumeur de la grosseur du doigt à peu près, qui parait assez profondément située et qu'on pourrait facilement prendre pour un ganglion, si ce n'était sa mollesse et l'espèce d'élasticité remarquable dont elle jouit; si on fait tousser la malade, on sent sous les doigts une espèce de frémissement, de bruissement tout particulier en même temps que les tégumens sont soulevés, ce qui produit à l'œil et à la main un phénomène absolument identique à celui que produit une véritable hernie, lorsqu'on fait tousser le sujet.

Si, au contraire, on examine cette femme après l'avoir tenue debout pendant quelques minutes, ou après l'avoir fait marcher, on voit dans le pli de l'aine, à l'endroit que j'ai indiqué, une tumeur inégale, bosselée, élastique, très-compressible, de la grosseur d'un œuf de pigeon et facile à réduire; la peau qui la recouvre est légèrement violacée; si l'on fait tousser la malade, on sent également sous les doigts cette espèce de bruissement dont je viens de parler, et on éprouve absolument la même sensation que produit une véritable hernie, quand on fait tousser la personne qui en est affligée.

La saphène interne et ses branches sont variqueuses et faciles à suivre à la partie interne de la jambe et de la cuisse, où elles offrent des flexuosités remarquables, elles vont s'aboucher dans une dilatation plus considérable qui se trouve dans le pli de l'aine, et forme la tumeur qui a été prise pour une hernie crurale.

Le diagnostic des tumeurs de l'aîne est si important pour leur traitement et parfois si difficile à établir, qu'on ne saurait trop signaler les cas qui peuvent l'éclaircir. L'observation que je viens de rapporter est un de ces cas rares et intéressans qui mérite de fixer l'attention, précisément à cause de l'erreur à laquelle il a donné lieu entre les mains d'un médecin en réputation, qui a sans doute examiné la maladie avec trop de précipitation. Une tumeur, située dans l'aîne, qui rentre facilement lorsque le malade est debout, qui, lorsqu'il est couché sur le dos, rentre encore plus facilement, ou d'elle-même, ou par la plus légère pression, qui reparaît peu de temps après qu'il est levé, qui paraît ou devient plus saillante lorsqu'il marche, tousse ou reste longtemps sur les jambes, même sans faire d'efforts, peut, sans trop de précipitation, faire croire à une hernie, et cependant ne pas en être une, c'est ce que prouve l'observation de la femme Delamotte, ainsi que celle de la servante de l'hôtesse de Courtray, rapportée par J.-L. Petit : « J'appris, dit ce grand chirurgien, par mon hôtesse que sa servante avait dans l'aîne une tumeur de la grosseur d'un œuf de poule, » qui ne l'incommodait point lorsqu'elle était en repos, qui rentrait » lorsqu'elle était couchée sans qu'elle fût même obligée de la presser, » qui paraissait peu à peu dès qu'elle était debout, et qui enfin, à me» sure qu'elle continuait de travailler, grossissait jusqu'à ce qu'elle fût » parvenue à son volume ordinaire; alors la cuisse, la jambe, aussi » bien que le pied, devenaient pesans et douloureux, raison pour la» quelle la malade était obligée de se reposer de temps en temps.

» Un coureur-mareband d'orviétan et de drogues lui avait vendu » bien cher un mauvais bandage pour être appliqué sur sa tumeur, » qu'il avait prise pour une hernie; mais le bandage lui causait de si » grandes douleurs dans toute la cuisse et la jambe, qu'elle ne pouvait » les porter une heure sans être obligée de le quitter. »

A l'exception de ces derniers accidens qui n'ont pas eu lieu chez notre malade, ces deux observations sont absolument semblables; si la femme Delamotte a pu porter pendant deux années son bandage sans inconvénient, c'est, sans aucun doute, parce que la pelotte du bandage se trouvait placée bien au-dessus de la tumeur et ne la comprimait nullement, ce dont je me suis assuré en faisant marcher la malade avec son bandage appliqué. Un signe qui peut-être peut avoir quelque valeur dans le diagnostic différentiel des tumeurs de l'aîne, c'est l'espèce de bruissement qu'on produit en pressant sur la tumeur lorsque le malade tousse; ce signe est le seul qui n'ait pas été donné par J.-L. Petit; quant aux autres, il les indique d'une manière si précise que je ne puis mieux faire que de les rapporter : « Je remarquai d'abord, » continue-t-il, que la tumeur était brune; je la fis rentrer avec assez » de facilité, et m'étant aperçu, dès qu'elle fut rentrée, que la peau » qui la couvrait, de brune qu'elle était auparavant, avait tout à coup » repris sa blancheur naturelle, je jugeai que la couleur brune était un » effet de la matière contenue dans la tumeur; en continuant d'examiner » je m'aperçus qu'il y avait le long de la cuisse un gonflement, que la » peau y était de même brune, et que je sentais une espèce de cordon, » en suivant le cours de la saphène, ce qui me fit croire que cette veine » était devenue variqueuse, et je fus pleinement convaincu, lorsque » voulant la suivre jusqu'à la malléole interne, je trouvai plusieurs » grosses varices vis à vis de l'articulation du genou, et de plus considérables et en plus grand nombre à l'endroit de la malléole interne; » c'est alors que je fus absolument persuadé que la tumeur de l'aîne, » ou prétendue descente, était une dilatation du tronc de la saphène, » qui, comme on sait, se dégorge dans le tronc de la crurale, à l'endroit de son passage, sous l'arcade des muscles du ventre, où se forment les hernies crurales. »

Il résulte de ces observations qu'une tumeur de l'aîne peut être sous l'arcade crurale, qu'elle peut rentrer et ressortir sans qu'on puisse assurer que c'est une hernie, avant d'avoir examiné le fait avec une scrupuleuse attention (1).

DEUX OBSERVATIONS CONSTATANT L'EFFICACITÉ DU TRAITEMENT DE L'ONGLE INCARNÉ PAR L'ALUN CALCINÉ; par M. Moreau, chirurgien sous-aide-major.

Obs. I. — J'étais au collège en 1828, lorsque l'ongle de mon gros orteil gauche vint à s'incarner insensiblement. J'en attribuai la cause à des chaussures trop étroites que j'avais portées, et surtout à la mauvaise habitude que j'avais de me couper les ongles des gros orteils trop près de leur bord interne, en les échancrant de dehors en dedans fort souvent jusqu'au vif. La pression de l'orteil sur le sol, la présence du doigt voisin faisait bourreler les chairs sur l'ongle, qui lui-même les entamait à mesure qu'il croissait. Il en résulta une petite plaie située à l'angle interne de l'ongle, suppurante, très-douloureuse dans la marche, au point qu'à chaque pas, malgré la largeur de ma chaussure, j'éprouvais la sensation d'une vive piqûre. Voyant que des soins de propreté, que le repos même ne me guérissaient pas, je me décidai à consulter le chirurgien ordinaire de la maison. Il examina la petite plaie, souleva légèrement l'ongle à l'aide d'une spatule, et introduisit dessous des lamelles de plomb, afin de comprimer les parties boursouflées, tandis que l'ongle pourrait croître par-dessus. Cette manœuvre était assez douloureuse, et la marche n'en devint que plus pénible. La lame de plomb entrait elle-même dans la chair, et l'ongle poussait-il à peine, qu'il se cassait de suite. J'ôtai donc ces lames de plomb : et, lassé de ne pouvoir guérir malgré le temps, je profitai d'un jour où de violens maux de tête me retenaient malade seul à l'infirmerie, pour me pratiquer moi-même une petite opération qui me semblait devoir me guérir, ou du moins, enlever pour quelque temps un mal que j'attribuais à la présence de l'ongle. Après avoir pris un pédiluve simple, j'allai, muni de quelques chiffons et d'un canif cassé par le milieu, m'enfermer dans une petite salle; je pliai le pied gauche sur mon genou droit, et, saisissant l'orteil de la main gauche en le tournant vers moi, je traçai sur l'ongle une raie qui séparait son quart interne de ses trois quarts externes dans toute sa longueur, et l'incisai moi-même petit à petit jusqu'au vif. Je soulevai par l'extrémité libre cette partie d'ongle comprise entre mon incision et la plaie, pour la disséquer, à l'aide de mon tronçon de canif, jusqu'à la matrice, si bien que ce seul point la retenait encore. Ce décollement de l'ongle s'opéra sans trop de douleur; mais il fallait enlever le morceau; et j'avais beau chercher à tirer dessus avec mes doigts, trop court pour être saisi, il ne pouvait venir; il m'eût fallu une pince, et je n'en avais pas. Pour en finir, je portai le pied à ma bouche, saisis avec les dents le morceau d'ongle décollé, et jetant fortement ma jambe dans l'abduction, je terminai mon opération. La matrice ne s'était déchirée qu'en partie, obliquement; mais la portion qui me faisait souffrir était entre mes dents, c'était tout ce qu'il me fallait. La plaie saigna peu; je l'entourai d'un linge enduit de beurre, et pendant une huitaine de jours, marchant, courant sans aucune douleur, je pus jouir de mon œuvre.

Cependant, au bout d'un certain temps, les chairs bourrelaient encore; l'ongle

(1) Il est bon d'ajouter aux judicieuses remarques qui précèdent, que les hématocèles variqueuses des environs du tronc ne sont pas toujours réductibles ni accompagnées de varices dans le membre correspondant. Tel était le cas d'un jeune homme soigné par Dupuytren à l'Hôtel-Dieu (1832), dont la tumeur, du volume d'un petit œuf, était placée dans l'aine gauche; tel était aussi le cas d'un individu que M. Roux opéra à la Charité, croyant avoir affaire à un petit lipome mollasse rétro-claviculaire. Ces circonstances importantes n'avaient pas échappé à Hogson. (N. du R.)

croissait, et c'étaient, comme avant, mêmes souffrances. J'allai néanmoins en vacances. Pendant tout ce temps, sans vouloir consulter, chaque matin je me pansais avec un petit linge fin qui, le lendemain, était taché de suppuration et de sang. De retour au collège, je me présentai à la visite du médecin. Le docteur me proposa une petite opération, j'y consentis. Il prit une paire de ciseaux pointus, enfonça l'une des branches entre l'ongle et la chair, obliquement, entre son quart interne et ses trois quarts externes, le divisa d'un coup et arracha la partie malade. Il en fut de même qu'à ma première opération : au bout d'un certain temps il fallut recommencer; l'ongle avait grandi et il incisait les chairs qui s'étaient boursouflées. Cette fois, ayant enlevé un peu de l'ongle, le docteur me cautérisa avec la pierre infernale. J'éprouvai le même soulagement, et, peu après, il fallut encore y revenir. Alors je fus cautérisé avec l'alun calciné pulvérisé. Le succès fut encore incomplet; mais j'avais observé que l'emploi de l'alun avait donné un résultat meilleur. J'abandonnai la visite du médecin; et, m'étant procuré de l'alun calciné, chaque fois que l'ongle me chatouillait la chair d'un peu trop près, je ne le coupais pas, mais j'introduisais dessous de l'alun calciné, afin qu'il brulât les chairs vives; enfin, par ces manœuvres continuellement répétées, je parvins, après dix-huit à vingt mois de souffrances, à une guérison complète, et la cicatrice devint durable. Si parfois l'ongle entamait un peu les chairs, j'avais de suite recours à mon spécifique et il n'en était plus question. A cette époque, l'ongle de l'orteil droit s'était également incarné; je n'en dis rien, attendu que l'extraction m'avait pen réussi, et je le traitai avec succès de cette simple manière.

Obs. II. — M. Ham..., étudiant en droit, souffrait depuis longtemps de l'ongle incarné au gros orteil droit, sans cause connue, lorsqu'il consulta un de ses amis étudiant en médecine; celui-ci lui proposa l'extraction de la portion d'ongle incarné; M. Ham... souffrait beaucoup; il y consentit, et la petite opération fut pratiquée non sans douleur, les chairs vives cautérisées avec le nitrate d'argent; pansement simple; le repos fut observé. Quelques jours se passèrent, sans que la petite plaie allât mal; cependant on observait au fond et un peu de côté un point rouge, saillant, mou, qui s'opposait à la cicatrisation; il fut réprimé en vain avec le nitrate d'argent; c'était une petite fistule qui laissa pénétrer un stylet très-fin jusque sur une partie osseuse mobile; en effet, quelque temps après, il en sortit une petite esquille, un séquestre en miniature; l'inflammation s'était donc propagée jusqu'à la phalangette; une partie en avait été frappée de nécrose; dès lors tout alla bien; la cicatrisation fut bientôt complète. M. Ham... reprit ses occupations habituelles, mais il fut fort étonné de voir au bout de peu de temps son ongle se réincarner de nouveau; à cette époque je le vis et lui conseillai l'usage de l'alun calciné; il suivit mon avis et guérit promptement sans nouvelle opération.

On voit que si l'alun calciné ne réussit pas de prime-abord, son action escarrotique et astringente se manifeste du moins dès qu'on l'emploie avec opiniâtreté. Son mode d'application est excessivement simple, puisqu'il consiste à l'introduire pulvérisé jusque sur les parties vives.

Peut-on traiter par l'alun calciné tous les cas d'ongle incarné? Au début de l'affection toujours; si les symptômes inflammatoires étaient vifs, on traiterait d'abord par les antiphlogistiques, les émolliens; et dès qu'ils céderaient, on appliquerait l'alun : on agirait de même si l'ongle incarné était cause d'un panaris; dans le cas où encore l'ongle serait trop long pour permettre d'arriver jusque sur les chairs qu'il incise, on pourrait, sans aucun inconvénient, l'échancrer un peu, de manière à pouvoir les découvrir.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

Fragmens d'un traité complet des maladies des voies urinaires chez l'homme; par M. Cazenave, médecin à Bordeaux. Broch. in-8° de 147 pages, avec une planche lithographiée. Paris, 1836.

Si l'on en excepte les organes de la vision, aucun autre appareil de l'économie n'a donné lieu à autant de productions bibliographiques et instrumentales que l'appareil des voies urinaires. Depuis une vingtaine d'années surtout, les ouvrages, les monographies, les brochures, les articles, les planches et les instrumens se succèdent, sur cette matière, avec une rapidité étonnante. Deux raisons entre autres donnent l'explication de ce fait: la multiplicité, la fréquence et la gravité, souvent très grande, des maladies de cet appareil; les difficultés considérables et les dangers qu'on rencontre pour les rendre accessibles à la main de l'homme de l'art. Boyer disait en plaisantant : « Les maladies de la vessie sont la bouteille à l'encre! »

La brochure que vient de publier M. Cazenave n'est, pour ainsi dire, qu'une sorte de prospectus d'un traité complet qui doit bientôt paraître. Elle renferme cependant des idées assez importantes pour que nous la signalions à l'attention des praticiens. C'est sur l'opération du cathétérisme surtout que roule le travail de M. Cazenave.

On ne saurait, en vérité, trop porter l'attention sur une opération que le chirurgien est à chaque instant appelé à pratiquer, et qui a causé, un si grand nombre de fois, le désespoir de l'opérateur, et la mort de l'opéré. Que de difficultés, en effet, naturelles et accidentelles ne rencontre-t-on pas souvent dans cette opération; que de douleurs atroces certains malades n'éprouvent-ils pas, faute de lumières suffisantes de la part du chirurgien qui pousse impitoyablement l'instrument dans le canal? Toutes ces circonstances sont passées en revue et appréciées avec sagacité par M. Cazenave.

Le spasme de l'urètre se présente en première ligne. On se rappelle les discussions importantes que cette question a occasionnées dans ces derniers temps entre plusieurs chirurgiens distingués; les uns admettant, les autres niant complètement la contraction ou le rétrécissement spasmodique de l'urètre. Il y a en même quelques chirurgiens qui ont caractérisé d'impéritie au cathétérisme ce que d'autres appelaient obstacle spasmodique réel au passage de la sonde. MM. Astley Cooper, Dieffenbach et Regnoli cependant ont formellement exprimé leur opinion à cet égard, ils ont affirmé avoir souvent rencontré le rétrécissement spasmodique de l'urètre, quoique ce canal jouît d'ailleurs de toute son intégrité. M. Cazenave examine à son tour la question et s'efforce de prouver, par des faits concluans qui lui sont propres, la réalité de cette espèce d'obstacle, au point de rendre quelquefois impossible la progression de la sonde.

Une seconde difficulté non moins réelle, mais bien autrement importante, est celle qui résulte des yeux de la sonde ordinaire et que M. Cazenave s'est efforcé de faire disparaître, à l'aide d'une algalie de son invention. Depuis longtemps déjà on avait remarqué que la muqueuse urétrale s'engageait à chaque pas de l'instrument dans les yeux de la sonde creuse, qu'elle en était pincée et déchirée durant la progression de l'algalie; de là les douleurs violentes et l'écoulement de sang que les malades éprouvent quand on les cathétérise. Effectivement rien de pareil ne s'observe, au dire de l'auteur, lorsqu'on fait usage d'une sonde pleine on sans yeux. Franco, Levret, J.-L. Petit, Desault et M. Mayor, ont imaginé différens mécanismes pour obvier à cet inconvénient; cependant le problème était encore à résoudre. M. Cazenave paraît y être heureusement parvenu en faisant construire son ingénieux instrument qu'il appelle *sonde à obturateurs mobiles*. Cette algalie, qui peut servir et pour le cathétérisme évacuateur et pour l'explorateur à la fois, paraît offrir des avantages réels sur les sondes ordinaires; elle ressemble à une sonde-à-dard à petite courbure; elle a 9 pouces et 8 lignes de long, 2 lignes et demie de diamètre. Ses yeux répondent à deux distances inégales du bec, l'un sur la face concave, l'autre sur la face convexe de la courbure. Un mécanisme fort ingénieux ferme très-exactement et ouvre à volonté les yeux de l'instrument, à l'aide d'une double tige intérieure qui fait l'office de mandrin. Ces deux tiges portent chacune une sorte de bouton qui s'adapte si exactement aux yeux de la sonde, que, lorsque l'instrument est fermé, aucune inégalité n'est apercevable à l'endroit de ces ouvertures. La sonde traverse l'urètre avec une grande facilité et avec beaucoup moins de douleurs que nos algalies ordinaires, elle ne provoque pas d'écoulement sanguinolent, ainsi que cela a lieu avec les sondes généralement employées. Les expériences comparatives, faites par M. Cazenave sur l'homme vivant, assurent à son instrument une supériorité incontestable.

La sonde à obturateurs mobiles a été exécutée par MM. Bataille, père et fils, fabricans à Bordeaux; elle vient d'être perfectionnée par M. Charrière, à Paris, chez lequel on peut la voir.

Le cathétérisme évacuateur, qu'on pratique dans les cas d'hématurie urétrale, offre souvent, comme on sait, de grandes difficultés, à cause des caillots de sang qui bouchent les yeux de la sonde ordinaire avant d'arriver dans la vessie : l'urine ne coule pas alors malgré les injections d'eau tiède qu'on y pratique quelquefois. D'un côté, les caillots de sang, au-devant du col de la vessie, empêchent cet organe de se vider spontanément; de l'autre, la sonde qu'on introduit étant inapte à l'évacner, il en résulte une rétention invincible que M. Cazenave a vu se terminer par la mort. Cet inconvénient de l'algalie n'existe plus désormais avec l'instrument de l'invention de l'auteur.

Lorsqu'on pratique le cathétérisme explorateur, on est souvent obligé de parcourir à sec le bas fond de la vessie où l'on cherche le corps étranger. M. Cazenave a remarqué que dans ce moment la douleur est beaucoup plus vive que lorsque la vessie est distendue par le liquide. Il attribue, en grande partie, cet effet à l'engagement de la muqueuse dans les yeux de la sonde, plutôt qu'au simple contact de l'instrument avec la même membrane. La sonde à obturateurs mobiles est destinée à

faire disparaître cet inconvénient, car, après l'évacuation du liquide qu'elle procure à volonté, elle devient à l'instant même sonde sans yeux.

Quelques autres questions relatives aux maladies de l'urètre, sont examinées avec le même soin dans la brochure de M. Cazenave; nous la recommandons aux hommes spéciaux, ils y trouveront plusieurs autres inventions qui nous paraissent faire honneur au talent et au savoir de l'auteur.

STATISTICA NOSOLOGICA DAL 1821 AL 1833 e rendiconto medico per il 1834 del venerando spedale Maggiore, etc., per B. BERTINI, medico-ordinario di detto spedale.

STATISTIQUE NOSOLOGIQUE DEPUIS 1821 JUSQU'A 1833, et compte-rendu médical (pour l'année 1834) des cas recueillis au grand hôpital de St-Maurice et St-Lazare, par le docteur BERTINI, médecin de cet hôpital. — Turin, 1835. 92 pages in-8°, avec de nombreux tableaux statistiques.

La statistique est une science d'origine toute moderne, et, comme tout ce qui est nouveau, elle a été l'objet d'un engouement qui n'a pas été sans avoir quelques résultats fâcheux, surtout pour la médecine. Si les statisticiens ont pu commettre quelques erreurs en économie politique, ces erreurs n'ont pas porté leurs fruits immédiatement, parce qu'en économie politique les changemens ne se font pas d'un moment à l'autre, qu'ils sont ordinairement opérés à la suite de longues délibérations de corps nombreux, et qu'enfin l'application n'en est pas laissée entre les mains inexpérimentées; en médecine, au contraire, chacun de nous est appelé chaque jour à appliquer le résultat de ses études, et si nous nous appuyons sur des données statistiques trop étroites, ou erronées, le mal qui en résulte est souvent irréparable. La statistique peut certainement être appliquée, avec beaucoup d'avantages, à l'étude de plusieurs parties de la médecine, mais non à la médecine toute entière. La plupart des questions d'hygiène, tout ce qui se rattache aux résultats généraux, peut être éclairé par la statistique; ainsi les recherches du docteur Bertini nous paraissent utiles, parce qu'elles ont pour but les résultats généraux qui ne peuvent être éclairés que par la statistique.

Nous trouvons d'abord dans un grand tableau les observations météorologiques faites par la société royale des sciences depuis 1821 jusqu'à 1832, et disposées par mois; immédiatement après un autre grand tableau donne la mortalité dans les différentes maladies pendant le même temps et les variations de la mortalité suivant les variations météorologiques. L'un des tableaux les plus intéressans est celui où les maladies et la mortalité, qu'elles ont occasionnées, sont rapprochées des professions. Mais le résultat général de la mortalité est déjà une donnée importante; ainsi nous voyons que, pendant les douze années dont il est question dans ce compte-rendu, sur 6363 malades reçus à l'hôpital, 390 seulement sont morts, ce qui donne une moyenne de 1 mort sur 16 et demi malades, mortalité bien peu considérable si on la rapproche de celle qui a lieu dans nos grands hôpitaux. Si nous considérons la mortalité de l'année 1834, dont les tableaux sont donnés à part, nous trouvons un résultat encore plus avantageux : 33 morts sur 786 malades, ou un mort sur 24 malades. On reconnaîtra combien ces résultats sont heureux si on les compare, par exemple, avec la mortalité générale du douzième arrondissement de Paris, où elle était, il y a quelques années, également de 1 sur 24; c'est-à-dire, qu'un malade, entrant en 1834 au grand hôpital de Turin, n'a pas eu plus de chances de mort pendant son séjour dans cet hôpital, ou plutôt pendant sa maladie, que n'en a un habitant du douzième arrondissement de Paris (malade ou bien portant) pendant une année; et nous devons ajouter que, dans la mortalité établie pour l'hôpital de Turin, les maladies chroniques incurables, les malades morts peu de temps après leur entrée y sont tous compris, et que, si nous écartons ces morts qui étaient pour ainsi dire inévitables, nous aurons pour les maladies aiguës une moyenne de 2 morts quatre cinquièmes sur 100 malades.

Si maintenant nous entrons dans le détail de ces tableaux nous trouverons encore plus d'une circonstance digne d'être signalée. Ainsi, sur 1423 cas de rhumatisme nous n'en trouvons qu'un seul qui se soit terminé par la mort, et pourtant le savant auteur ne nous apprend pas qu'on ait employé les *saignées coup sur coup* pour obtenir ces heaux résultats. La mortalité la plus forte pour les maladies aiguës est l'hépatite qui est, pour ainsi dire, si rare chez nous; sur 88 malades, il y a eu 19 morts; pour l'inflammation du cerveau, 29 morts sur 114 malades; pour le typhus, 18 morts pour 85 malades; enfin la pneumonie, 99 morts sur 693 malades, ou 1 sur 7 : chiffre qui s'éloigne peu de celui que nous obtenons journellement dans les hôpitaux de Paris. Jusqu'ici nous ne voyons pas comment la mortalité générale a pu être aussi faible; mais quand nous arrivons à l'article *phthisie pulmonaire*, nous trouvons pour les douze années 9 malades dont 6 morts. Ce chiffre, nous devons l'avouer, nous a singulièrement surpris; nous savons bien qu'en Italie, comme dans tous les pays qui jouissent habituellement d'une température élevée, la phthisie pulmonaire est beaucoup moins fréquente que dans les climats froids où elle enlève une partie considérable de la population, mais nous ne nous attendions pas à un chiffre aussi faible.

Parmi les tableaux curieux que contient le travail du docteur Bertini, nous citerons encore le suivant, que sa brièveté nous permet de copier textuellement. C'est celui de la mortalité suivant l'âge des malades. La progression croissante de la mortalité avec l'âge est très remarquable.

	morts pour 100.
au-dessous de 20 ans,	3 1/2
de 20 à 30 ans,	3
de 30 à 40 ans,	5 1/2
de 40 à 50 ans,	8
de 50 à 60 ans,	10 3/4
de 60 à 70 ans,	14
au-delà de 70 ans,	24

Nous terminerons notre analyse du travail du docteur Bertini, regrettant de ne pouvoir signaler tous les faits importans qu'il contient; mais c'est un travail qui doit être entre les mains de tous ceux qui prennent quelque intérêt à l'étude de la statistique médicale appliquée aux résultats généraux. Il ne nous reste maintenant qu'à engager l'auteur de continuer ses recherches et de s'efforcer, comme, au reste, il en a annoncé le projet de les faire sur une échelle encore plus large.

VARIÉTÉS.

— Nous avons reçu une lettre de M. le professeur Dugès, à l'occasion des articles de la GAZETTE MÉDICALE sur la nouvelle chaire créée à la Faculté de Montpellier. Les développemens dans lesquels nous avons cru devoir entrer dans notre réponse à la lettre à M. Dugès nous forcent d'en retarder l'insertion jusqu'au prochain numéro.

— *Traité complet des manœuvres de tous les accouchemens, avec aphorisme sur les soins que réclament la mère et l'enfant pendant le travail, immédiatement après le travail et pendant les neuf premiers jours qui suivent la parturition*, accompagné de 13 planches: par E. Adet de Roseville, docteur en médecine de la Faculté de Paris, professeur d'accouchemens, de maladies des femmes et des enfans; et madame J. Mercier, maîtresse sage femme de la même Faculté, professeur d'accouchemens. 1 vol grand in-8°. Prix 3 f. 50 c. — Paris, librairie de Deville-Cavellin, rue de l'Ecole-de-Médecine, n° 10.

— M. Delacroix, chirurgien herniaire, à qui l'orthopédie est redevable d'un grand nombre d'inventions ingénieuses, et dont la réputation était européenne, laisse en mourant un établissement que ses héritiers sont disposés à céder à quiconque leur offrira les conditions convenables. S'adresser à M. Bourgeois, rue des Vieux-Augustins, n° 27.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

PARIS. — IMPRIMERIE ÉVERAT ET COMPAGNIE, RUE DU CADRAN, N° 16.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La Gazette médicale de Paris (*Gazette de santé* et *Clinique des hôpitaux* réunies) parait tous les samedis. chaque numero est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et équivaut à 6 feuilles in-8°. Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois. Pour l'Étranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Poissonnière*. n° 5, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

AVIS A MM. LES SOUSCRIPTEURS.

MM. les souscripteurs dont l'abonnement expire à la fin de ce mois, sont invités à le renouveler prochainement s'ils ne veulent pas éprouver d'interruption dans l'envoi du journal. Pour ne pas décompléter les collections, aucun numéro ne sera envoyé aux personnes qui n'auraient pas donné avis de leur renouvellement avant le premier janvier. On s'abonne dans les départemens chez tous les directeurs des postes et des messageries. La quittance d'abonnement sera présentée au domicile de MM. les Souscripteurs de Paris.

SOMMAIRE.

OPHTHALMOLOGIE.

MÉMOIRE SUR L'IRITIS; par M. NICHET, chirurgien en chef de l'hospice de la Charité à Lyon.

Obs. I. — Une fille, âgée de 26 ans, entre à l'hôpital dans les derniers jours de juillet 1835. La conjonctive de l'œil droit est légèrement injectée, la pupille de ce côté extrêmement rétrécie, l'iris immobile, la faculté de voir complétement perdue; le sommet de la tête est le siége d'une douleur vive. Des excoriations superficielles occupent les bords de la langue. La face, les cuisses, les bras, sont couverts d'une multitude de papules qui présentent de la manière la plus tranchée la couleur cuivrée propre aux syphilides. Cette fille avoue avoir cohabité avec plusieurs hommes; le seul symptôme primitif qu'elle ait éprouvé, à sa connaissance, est un écoulement vaginal qui remonte à deux ans. La perte de la vue ne date que de quatre jours. Je prescris un looch avec dix grains de calomel que je répète toutes les vingt-quatre heures. La salivation se déclare le cinquième jour: dès ce moment la pupille se dilate; l'œil discerne les objets; la rougeur de la conjonctive disparaît; la céphalalgie diminue. La salivation est entretenue par la même dose de calomel continuée jusqu'au dixième jour. A cette époque la pupille est large, mobile, la vision s'exerce parfaitement, la douleur de tête a complétement disparue. La salivation cesse en peu de jours. Un gargarisme avec la liqueur de Van-Swieten amène la cicatrisation rapide des ulcérations de la langue. Des lotions avec le même liquide provoquent l'affaissement des papules et les réduisent à de simples taches cuivrées. La malade quitte l'hôpital au bout d'un mois et demi, n'ayant jamais voulu se soumettre à un traitement interne.

Les symptômes principaux de l'inflammation de l'iris se montraient chez cette malade: perte de la vue, rétrécissement et immobilité de la pupille; douleur au sommet de la tête. L'origine de ces lésions de l'œil ne pouvait être l'objet d'un doute: les ulcérations de la langue, les papules et la blennorrhagie anciennement éprouvée faisaient, dès l'abord, ressortir le caractère syphilitique de la maladie.

L'ophthalmie était toute récente: on pouvait espérer de la faire rapidement disparaître par l'administration du calomel, sans subir les

Feuilleton.

LETTRE DE M. LE PROFESSEUR DUGÈS SUR LA NOUVELLE CHAIRE DE MONTPELLIER.

Montpellier, 5 décembre 1836.

Monsieur,

S'adresser au Rédacteur d'un journal pour obtenir la rectification d'une grave erreur, c'est lui prouver qu'on le croit étranger à toute vue d'intérêt ou d'affection personnelle, et qu'on ne lui reproche qu'un peu trop de confiance en des rapports malveillans ou tout au moins passionnés, c'est lui montrer assez d'estime pour croire qu'on lui fait plaisir en le détrompant, pour qu'il détrompe à son tour ceux qui ont eu foi à ses paroles. Aussi n'hésiterez-vous pas, j'en suis sûr, à donner la plus prompte publicité à une réclamation aussi juste qu'importante. On parle, dans un de vos derniers feuilletons, de la décadence de notre école, on la donne comme positive, et, pour ainsi dire, de notoriété publique. Sans entrer dans la discussion du sujet qui a donné lieu à cette assertion, il nous importe, à nous professeurs de Montpellier, quelle que soit notre origine, parce qu'elle est fausse et parce qu'elle est préjudiciable à l'institution dont nous nous honorons de faire partie. *Il est faux, de toute fausseté que l'école de Montpellier soit en décadence; il est patent au contraire qu'elle est en pleine prospérité.* Nous le savons nous qui voyons nos amphithéâtres remplis d'élèves, et qui comptons les jeunes médecins auxquels nous accordons ici le titre de docteur. A l'occasion de quelques propos inconsidérés échappés à des hommes estimables qui n'en sentaient pas plus la portée que ne l'a sentie sans doute l'auteur de l'article dont il est question en ce moment; j'ai déjà fait voir, il y a quelques années, que notre école était dans un état des plus prospères. Avons-nous perdu depuis lors? Les chiffres sont là pour répondre à cette question. L'année 1833 a créée, dans notre école, 128 docteurs (à Paris, 359, à Strasbourg, 30); l'année 1834 en a formé 166 (à Paris, 387, à Strasbourg, 37); l'année 1835 en a donné 145 (à Paris, 382, à Strasbourg, 30); et aujourd'hui 5 décembre 1836, nous avons eu déjà 148 thèses, et probablement nous irons à 158 avant le 31 décembre. Est-ce là du dépérissement pour une école qui sous le règne complet du vitalisme, avant la mort de Dumas, c'est-à-dire avant 1814, n'allait pas à 60 docteurs par an. J'en suis fâché pour ceux qui n'aiment pas les chiffres; mais leur langage me paraît plus significatif et plus clair que des allégations sans preuves, des doléances dont le vague a sans doute induit en erreur l'auteur même de l'article qui a motivé

longueurs d'un traitement interne auquel d'ailleurs la malade ne voulut point consentir. Cette prévision se réalisa parfaitement : au bout de cinq jours le soulagement était remarquable ; au dixième, la guérison fut complète. Les rapides effets de cette médication sont dans un rapport exact avec le peu d'ancienneté de la phlegmasie oculaire. La propriété antisyphilitique du calomel n'est pour rien dans cette guérison; les doses n'en avaient pas été poussées assez loin, ni continuées assez longtemps. La coïncidence de l'amélioration avec le gonflement des gencives et l'écoulement de la salive, font croire naturellement à une action révulsive. Le calomel, administré pendant longtemps à dose altérante, ou bien un traitement dirigé contre l'affection syphilitique, auraient certainement guéri l'ophthalmie interne; mais la guérison, beaucoup plus lente, aurait permis à des altérations graves et irrémédiables de se développer, ainsi que nous le verrons dans la suite.

Obs. II. — Un maçon eut l'œil gauche frappé par un éclat de pierre; malgré la douleur vive qu'il y éprouvait, il continua à travailler encore pendant quatre jours. C'est alors seulement qu'il vint me consulter. Je trouvai la cornée coupée en dédolant dans toute sa moitié inférieure par le tranchant de la pierre, qui lui avait fait subir une perte de substance large mais superficielle; la conjonctive et la sclérotique étaient d'un rouge mat; la vue complètement perdue; la pupille immobile et très-resserrée. (12 sangsues à la tempe, collyre émollient, bains de pieds sinapisés).

Deux jours après, le septième de l'accident, outre les symptômes précédens, on voyait un petit dépôt purulent dans la chambre antérieure; la face antérieure de l'iris était recouverte d'une fausse membrane grisâtre disposée par plaques complètement adhérentes, ou bien en partie flottantes dans la chambre antérieure. Sur la petite circonférence de l'iris on distinguait un grand nombre de stries rouges. L'œil et le front étaient le siége d'une douleur très-violente venant le soir, durant toute la nuit et ne se dissipant que le matin; elle empêchait complètement le sommeil. (15 sangsues à la tempe suivies d'un cautère sur cette région, solution d'extrait de belladone appliquée sur les paupières, bains de pieds sinapisés.)

Le huitième jour. Point de changement. (24 grains de calomel, 3 grains d'opium.)

Le dixième jour. Le calomel pris pendant deux jours a produit quelques évacuations alvines. L'œil est d'ailleurs dans le même état; les douleurs nocturnes continuent; le pus épanché est mêlé à du sang. Le calomel et l'opium sont continués à la même dose.

Le treizième jour. La rougeur externe est moins prononcée, les paupières s'ouvrent avec plus de facilité, la douleur de l'œil et de la tête a diminué, cependant le malade n'y voit pas encore et l'hypopyon reste le même ainsi que les fausses membranes de l'iris (Calomel et opium continués, bains de pieds). On ne change rien à cette médication énergique pendant 15 jours; elle produit une salivation abondante sous l'influence de laquelle le liquide épanché se résorbe peu à peu; les fausses membranes disparaissent; la pupille se dilate. Cependant la vision s'opère très-imparfaitement de cet œil, par suite de la cicatrice large de la cornée et de l'engorgement lymphatique qui l'environne. Cette affection traitée pendant un mois et demi par l'instillation de nitrate d'argent en solution, n'a éprouvé qu'une diminution légère. Le malade, que j'avais fait entrer à l'hôpital, s'y ennuie et le quitte pour reprendre ses travaux.

La maladie était récente lorsque je l'observai pour la première fois, mais elle s'était développée à l'occasion d'une cause traumatique très-énergique : l'irritation avait été existé pendant plusieurs jours et déjà il était survenu des désordres fort graves lorsqu'on invoqua le secours d'un traitement méthodique. Les évacuations sanguines et les révulsifs employés d'abord n'eurent point d'effet apparent. Le calomel lui-même n'exerça qu'une faible influence tant qu'il ne détermina pas la salivation, mais dès que cette évacuation fut établie, on vit tous les symptômes de l'inflammation de l'iris se dissiper quoique avec lenteur, et les fonctions de l'organe eussent été complètement rétablies sans l'opacité de la cornée, résultat d'une cicatrice indélébile.

Obs. III. — Une fille, de 30 ans, entre à l'Hôtel-Dieu pour une ophthalmie produite par un coup à la région temporo-orbitaire reçu deux jours auparavant. La conjonctive est d'un rouge foncé uniforme; les paupières sont tuméfiées; la lumière est insupportable. (15 sangsues à la tempe, vésicatoire à la nuque, collyre émollient.) Les jours suivans la douleur diminue et disparaît, mais la conjonctive reste engorgée, boursouflée, dans un état de relâchement qui engage à recourir à l'instillation d'une solution de nitrate d'argent; au bout de deux jours la rougeur de la conjonctive a complètement disparu; les yeux s'ouvrent à la lumière avec facilité, il n'existe plus de douleur; on suspend l'instillation. Cependant quelques jours après l'injection de la conjonctive se reproduit, et la malade se plaint de ne voir les objets qu'à travers un nuage. En examinant l'œil on s'aperçoit que la pupille est rétrécie, immobile, triangulaire. (20 grains de calomel, 3 grains d'opium.) En peu de jours une salivation abondante se déclare. Sous son influence la vue s'améliore légèrement, mais la pupille reste toujours immobile et déformée. La salivation s'apaise; on ne revient plus au calomel; on se contente d'instiller matin et soir, entre les paupières, quelques gouttes d'une solution aqueuse d'extrait de belladone. Par l'effet de ce topique la pupille s'élargit et se rapproche de la forme naturelle; en même temps les objets sont perçus plus distinctement, mais cette amélioration ne s'opère qu'avec une extrême lenteur, et il n'a pas fallu moins d'un mois et demi de l'emploi de la belladone pour amener l'œil à son état naturel. (Par M. Duchêne, chirurgien, interne.)

La violence, dont l'œil avait été l'objet, avait déterminé l'inflammation de la conjonctive oculaire et palpébrale en même temps que celle des tissus internes de l'œil. Le gonflement extrême des paupières, l'injection profonde de la muqueuse oculaire absorbèrent d'abord toute mon attention; et ce n'est qu'après la résolution complète de la phlegmasie externe, que la vue ne se rétablissant pas, je dus observer l'œil plus attentivement. C'est alors que je découvris tous les symptômes d'une iritis passée à l'état chronique et ayant déjà déterminé des adhérences entre la cristalloïde antérieure et l'uvée. De fortes doses de calomel et une salivation abondante n'eurent qu'une faible influence sur l'état de la vue sans doute par suite de ces mêmes adhérences. Aussi n'est-ce pas seulement à l'action sédative de la belladone que je rapporte son excellent effet, mais encore à la propriété qu'elle possède de dilater la pupille : la matière qui agglutinait les surfaces tiraillée ou déchirée par suite de cette dilatation, a rendu à l'iris la liberté de ses mouvemens, à la pupille sa forme et sa grandeur, au champ de la vision toute son étendue.

Obs. IV. — Joseph Guillaumont, âgé de 64 ans, éprouva, au commencement d'octobre 1835, sur la face externe du prépuce, un petit ulcère de la grandeur d'une tête d'épingle, effet d'une piqûre, à ce qu'il dit. Cet ulcère ne fit que grandir et gagna en trois semaines la peau de la verge. Dans le courant de novembre, à la suite d'un bain, le malade prit froid, la fièvre s'alluma, et pendant sa durée, il survint une ophthalmie. Les yeux rouges, larmoyans, douloureux, ne pouvaient supporter la lumière. Il ne peut pas dire s'il a porté la main à ses yeux après avoir touché son ulcère.

A son entrée à l'hôpital, le 2 décembre, il nous montre sur le prépuce tuméfié et autour du frein trois larges ulcères, d'un gris sale. L'œil gauche est larmoyant; la conjonctive présente une injection rosée; la chassie est abondante et colle les paupières; la sclérotique est fortement injectée; la capsule cristalline légèrement opaque; le malade y voit à peine de cet œil et ne peut distinguer que des flocons blanchâtres, brillans, qui tombent sans cesse, ou bien des rubans en zigzag. Dans l'œil droit, la conjonctive est vivement injectée; les glandes de Meibomius sécrètent des mucosités purulentes; un cercle rouge-foncé entoure la cornée; la circonférence de celle-ci est légèrement opaque; la pupille est contrac-

---

cette lettre. Il a ainsi reporté sur une école ce qui n'est vrai que d'une doctrine. On lui aura parlé du barthézianisme sous un nom que ses partisans aiment à lui donner (l'état c'est moi); on lui aura dit qu'il périssait, et il a cru la Faculté de Montpellier en péril. Qu'on nous rende responsables de la perte du barthézianisme, nous qui n'en avons pas sucé les principes avec le lait d'une nourrice, soit! nous n'avons pas pris, en venant à Montpellier, l'engagement de soutenir la gloire d'un homme. Mais qu'on ne nous accuse pas d'avoir mal soutenu l'honneur et les intérêts de l'école dont nous sommes devenus partie intégrante; ce serait injustice et mensonge. En acceptant l'*épitoge*, nous n'avons pas pensé nous inscrire sur une bannière guerroyante; nous avons cru qu'il s'agissait d'instruire de notre mieux les jeunes gens qui nous confient leur avenir, et non de mentir à nos convictions dans l'unique vue d'élever autel contre autel. En mon particulier, je ne prétends pas que le vitalisme ne puisse, aussi bien que le solidisme, servir de *méthode* à un très-bon enseignement médical, encore moins que Montpellier doive suivre Paris à la trace et lui demander autre chose qu'un échange de lumières, mais je soutiens que ce serait mal penser et mal agir que d'arborer une couleur sans nulle raison que de l'opposer au drapeau d'une autre école.

Que chacun marche dans la voie que lui tracent son intelligence et son savoir, sans l'éloigner par haine ou par calcul de celle du voisin; qu'il se mette, autant que possible, en dehors des passions et des intérêts individuels; certes la science n'y perd à rien, les élèves y gagneront et le public également. Les discussions sont l'affaire des Académies et non des écoles, et la nôtre peut persister, sans danger pour son lustre, dans le système d'équilibre dont on voudrait lui faire un reproche. Les faits énoncés ci dessus parlent assez haut en sa faveur pour nous épargner de plus amples dissertations sur les principes qu'on met en avant faute d'argumens plus solides.

Agréez, etc.

A. Dugès,
Professeur à la Faculté de médecine de Montpellier.

RÉPONSE.

C'est avec le plus grand plaisir que nous insérons la lettre que M. Dugès nous fait l'honneur de nous adresser, et nous nous serions empressés de la publier, quand même notre honorable confrère n'aurait pas cru devoir faire un appel à notre impartialité. Nous le remercions du reste du témoignage d'estime qu'il nous donne en déclarant qu'il nous croit étranger à toute vue d'intérêt et d'affections personnelles. Nous sommes surpris seulement qu'il nous fasse parvenir ces observations, d'ailleurs intéressantes, sous la forme d'une *réclamation*. Dans les articles de notre Feuilleton, qui ont motivé cette lettre, nous avions, ce nous semble, parlé des affaires de Montpellier en termes si généraux, qu'aucun des membres de cette Faculté ne pouvait se croire intéressé dans nos remarques, soit directement, soit indirectement. Nous avions même déclaré qu'en signalant la décadence relative de cette illustre école, *nous n'entendions pas en rendre responsable le personnel actuel qui compte des hommes très-éminens*. Nous avions voulu et cru faire de l'histoire, et non de la polémique. Nous sommes sincèrement fâchés qu'on nous ait assez mal compris pour qu'on se

tée, immobile et anguleuse. Le fond de l'œil est verdâtre. La vue est complétement perdue de ce côté. Quelques tubercules épars sur la peau n'ont point le caractère vénérien, mais paraissent dus à la malpropreté. Le malade assure n'avoir jamais eu de maladie vénérienne ; néanmoins la situation et l'aspect des ulcères engagent à prescrire les mercuriaux, d'ailleurs indiqués pour l'ophthalmie.

Le 2 décembre (collyre avec la liqueur de Van-Swieten, demi-grain de sublimé et un grain d'opium en pilules, tisane sudorifique; pansement des ulcères avec le cérat mercuriel).

Le 8, après cinq jours de traitement, l'œil gauche est rendu à son état naturel : il voit aussi parfaitement qu'avant la maladie. L'œil droit commence à distinguer la lumière; la pupille moins resserrée continue à être immobile; on aperçoit quelques filamens blanchâtres dans la chambre postérieure. Le sublimé produisant des douleurs d'estomac et des vomissemens, on lui substitue le calomel à la dose de dix grains en quatre prises.

Le 12, l'estomac est fatigué, le calomel détermine une purgation active; on le suspend. Il n'y a point de salivation.

Le 16, l'injection de la conjonctive oculaire et palpébrale de l'œil droit a disparu ; la pupille a repris sa forme et sa mobilité naturelles; le malade distingue les objets d'assez loin; il ne voit plus tomber de flocons. Les ulcères sont cicatrisés; les tubercules ont disparu à l'aide des bains.

Le 21, mobilité égale des deux pupilles; vision à son état naturel des deux côtés. Le sublimé et les sudorifiques sont repris.

Le 30, le malade, se jugeant parfaitement guéri, n'a plus voulu prolonger son séjour à l'hôpital où il est resté en tout vingt-sept jours. (Par M. Testu, chirurgien, interne.)

En admettant la nature syphilitique de cette ophthalmie on pourrait considérer la guérison comme la suite de la propriété spécifique des mercuriaux. Cependant, si l'on considère que la maladie très-récente n'avait encore produit aucune lésion organique grave, même dans l'œil, qui était le plus sérieusement malade, si l'on se rappelle les douleurs et les vomissemens déterminés par le sublimé, et l'effet purgatif du calomel ; si l'on ajoute enfin à toutes ces circonstances la disparition prompte de la maladie, il sera difficile de voir autre chose qu'une médication purement révulsive ayant pour siége l'estomac et l'intestin au lieu de se passer sur la bouche.

Obs. V. — Une femme, âgée de 56 ans, était atteinte depuis cinq ans de douleurs rhumatismales très-violentes. Ces douleurs, après avoir parcouru diverses régions du corps, avaient fini par se fixer opiniâtrement sur le vertex. Depuis le commencement du mois de janvier 1836, une ophthalmie avait envahi les deux yeux et avait déterminé la chute de tous les cils des deux paupières inférieures et d'une partie de ceux des deux supérieures. Le 3 mars 1836 l'inspection des yeux de la malade permet de constater l'état suivant : la muqueuse palpébrale des deux yeux est rouge, boursouflée ; de légères ulcérations occupent le bord libre des paupières, elles se montrent surtout vers les angles et tendent à produire le symblépharon; elles ont sans doute déterminé la chute des cils qui manquent. La conjonctive oculaire des deux côtés est parcourue par des vaisseaux sanguins flexueux et noueux; la cornée est verdâtre. Les vaisseaux de la sclérotique très-fins et très-nombreux sont injectés en rouge carminé, et forment un lacis très-dense principalement autour du limbe de la cornée au point où s'opère la jonction des vaisseaux de la conjonctive qui viennent de la maxillaire interne, et de ceux de la choroïde et de la sclérotique qui viennent de l'ophthalmique. La pupille est immobile, rétrécie, irrégulière, d'un aspect cotonneux et tomenteux, de couleur rougeâtre. La faculté de voir est abolie depuis quinze jours. L'œil est le siége d'un sentiment de tension. Des douleurs vives dans la tempe et jusqu'au sommet de la tête. Le pouls donne 95 pulsations par minute. (Calomel dix grains, opium deux grains, à prendre en quatre doses dans la journée.)

Le deuxième jour. Pouls 75, somnolence, sueurs légères.

La troisième jour. Pouls 86; nausées; quatre selles liquides dans les vingt-quatre heures, accompagnées de coliques; sommeil paisible, prurit à la peau; sueurs ; soif; les urines coulent comme à l'ordinaire. Les gencives sont douloureuses, mais il n'existe pas encore de salivation. L'état de l'œil est un peu amélioré.

Le quatrième jour. Même état.

Le cinquième jour. Bouche douloureuse; langue couverte d'un enduit grisâtre; haleine fétide ; salive plus abondante qu'à l'ordinaire; nausées; soif intense; point de coliques ni de dévoiement; ventre souple dans toute son étendue; point de sommeil; agitation et sueurs pendant la nuit; prurit général; sueur très-abondante, pouls lent et mou. Les douleurs de l'œil sont moins vives; la vision est déjà très-distincte.

Le septième jour. Déglutition douloureuse; salivation plus abondante; légères douleurs dans le ventre au-dessous de l'ombilic; céphalalgie, pouls 75.

Le huitième jour. Salivation abondante; nausées; coliques; deux selles diarrhéiques; ventre souple; soif vive; pouls 82. L'injection de l'œil est diminuée de deux tiers. La malade distingue les gros objets, tandis que lors de son entrée, elle ne voyait absolument rien. Les douleurs ont entièrement disparu.

Du huitième au onzième jour, la salivation continue; deux selles liquides par jour, précédées de douleurs abdominales; ventre souple; agitation; insomnie. L'injection du globe oculaire et des paupières a complétement disparu; il n'existe plus de douleurs ni dans l'œil ni à la tête; l'iris est devenu mobile; la vue est rétablie au point que la malade discerne à une grande distance les objets les plus ténus, tel qu'une aiguille à coudre. (On cesse le calomel.)

Le 6 avril. L'œil droit est sous tous les rapports complétement rétabli; dans l'œil gauche qui était le plus malade, la pupille reste irrégulière, elle est trifoliée, elle n'a que la moitié de la dilatation naturelle ; il existe des pseudo-membranes autour de la petite circonférence de l'iris et sur la cristalloïde antérieure; d'où il résulte que la malade aperçoit des taches noires, ce qui ne l'empêche pas de distinguer les plus petits objets. Les douleurs rhumatismales ne se font plus sentir. La malade quitte l'hôpital. (Par M. Audrien, chirurgien-interne.)

Une ophthalmie de deux mois de durée, développée sous l'influence du principe rhumatismal, minant sourdement l'organisation de l'œil dans lequel elle avait déjà produit des désordres irréparables, ne pouvait trouver un remède que dans une indication énergique. Il ne fallait pas se contenter d'exciter le gonflement des glandes salivaires; il était nécessaire de déterminer et de soutenir une abondante salivation jusqu'au rétablissement complet de la vision. Une forte dose de calomel continuée pendant dix jours a été nécessaire pour atteindre ce résultat. Les points de la cristalloïde, restés opaques, n'étaient pas assez étendus pour troubler gravement les fonctions de l'œil. La déformation de la pupille aurait probablement cédé aux applications de belladone, si la malade eût eu la patience d'en essayer l'emploi ; mais elle ne jugea pas convenable de donner à sa vue une plus grande perfection.

Obs. VI. — La nommée D..., de Villeneuve-de-Mare (Isère), âgée de 50 ans, d'une bonne constitution, était depuis longues années atteinte d'une ophthalmie chronique, qui la faisait beaucoup souffrir surtout lorsqu'il survenait quelque exaspération. Cette ophthalmie était attribuée aux larmes que cette femme versait très-souvent depuis qu'elle avait perdu une fille qu'elle affectionnait beaucoup. Cette maladie avait résisté aux antiphlogistiques et aux révulsifs, elle semblait même s'accroître; les paupières s'ulcéraient et la chute des cils en était la conséquence. Depuis trois ou quatre ans la malade avait continuellement fait des remèdes, mais sans utilité.

Au mois de décembre 1835, la maladie prit un caractère particulier; tous les symptômes anciens s'accrurent, et il en survint de nouveaux. Il y eut céphalalgie intense; photophobie excessive; plusieurs petites ulcérations sur les deux cornées; injection et gonflement de la conjonctive; injection de la sclérotique, flocons blanchâtres qui paraissaient flotter dans la chambre postérieure; la malade voyait comme des éclairs de lumière quoique les paupières fussent fermées et qu'un large bandeau recouvrît les yeux. Tel était l'état de la malade lorsque nous l'observâmes vers le milieu de décembre. Nous prescrivîmes le calomel uni à l'opium (3 grains de calomel et 1 grain d'opium par pilule, quatre par jour), et des frictions sur les tempes d'un mélange d'onguent napolitain et d'extrait de belladone. Dès le quatrième

croie en droit de nous reprocher de nourrir à l'égard de l'école de Montpellier des préventions défavorables, malveillantes et passionnées, à nous qui n'avions pris la plume que pour défendre cette école si souvent attaquée, pour lui rappeler son illustration, et pour la féliciter d'une institution récente destinée à compléter son enseignement. Il paraît que nous avons été bien maladroits, car notre bonne volonté n'a été bien reçue ni à Paris, ni à Montpellier. A Paris on nous accuse presque d'obscurantisme, de doctrinarisme ou de jésuitisme, parce que nous avons pris la liberté de dire qu'il y avait eu et qu'il y avait de grands médecins, de grands physiologistes, de grands chirurgiens, hors de l'école de Bichat; et Montpellier, qui devrait nous remercier, fulmine contre nous des réclamations et des protestations, parce que nous lui retraçons ses titres de gloire. Il est vrai que jusqu'ici ces réclamations, très-peu nombreuses, ne représentent guère que l'opinion d'une minorité dont le public médical, et en particulier les gens qui connaissent l'histoire de Montpellier, peuvent très-bien comprendre, sans les approuver, les motifs d'opposition, tout en respectant ses convictions. Jusqu'ici donc nous sommes fondés à croire que loin de blesser, soit les sympathies, soit les convictions du corps médical et professoral de Montpellier, nous n'avons fait, au contraire, que reproduire les vrais sentimens de tous ceux qui, par leur position et leurs précédens dans la Faculté et dans le pays, sont le mieux en mesure de juger de ce qui convient ou ne convient pas à l'école et à la localité, et le plus directement intéressés à y maintenir la dignité de l'art et de l'enseignement.

Nous terminerons ces considérations générales, dont la lettre de M. Dugès n'est que l'occasion, par une dernière réflexion, c'est que la discussion, qui a suivi la création de la nouvelle chaire, n'a pas été soulevée par nous. Nous avions déclaré purement et simplement l'approuver, par ce seul motif, qu'on ne saurait trop multiplier les moyens d'instruction, soit à Montpellier, soit ailleurs. Bientôt après, cette institution, qui nous semblait si naturelle et si utile, a été attaquée assez vivement et en termes tels, que nous avons dû développer les motifs de notre approbation. On a dit et répété qu'elle était *inutile*, qui pis est *inconvenante*, et même si prodigieusement bizarre qu'elle ne pouvait être que le résultat d'une *intrigue*. Ces allégations n'avaient pas peut-être toute la modération et l'impartialité qu'on veut bien nous recommander. Nous ne nous sommes attachés qu'au fonds de cette critique, et nous en avons négligé la forme qui importe peu, et dont le choix d'ailleurs est libre. Nous avons dû dire, et nous devons répéter qu'il ne s'agit pas ici d'une chaire de sanskrit ou de mandchou, mais d'une chaire de *pathologie* et de *thérapeutique*, laquelle, sous aucun rapport, ne saurait être considérée comme une chose étrange dans une école de médecine, et qu'elle y sera pour le moins aussi *utile* et non moins *convenante* que les quatre chaires de chimie dont personne ne se plaint. Quant à *l'intrigue*, nous ignorons complétement en quoi elle consiste, s'il y en a. Tout ce que nous savons, c'est que si on appelle de ce nom toute nomination ministérielle de professeur et toute création de chaire, ce serait un rigorisme dont les conséquences seraient fort dures. C'est en effet par cette porte que sont entrés à Montpellier Lamure, Grimaud, Dumas, Fred. Bérard, dans les temps anciens. Dans les temps modernes il en a été à peu près de même, et nous pourrions citer près d'une demi-douzaine des professeurs nommés depuis quinze ans, qui y sont arrivés par la même route. Quand, en 1830, M. Broussais a été nommé directement à la chaire de pathologie générale qu'il occupe en ce moment à Paris, nous avons réclamé en faveur du concours qui était en ce moment le mode de nomination le plus en faveur auprès de l'opinion générale, mais nous n'avons pas parlé d'intrigue.

jour la salivation fut très abondante et déjà on reconnut une legère amélioration caractérisée par une rougeur et un gonflement moindres et par la diminution de la photophobie. Mais au huitième jour le gonflement de la langue et des gencives fut tel qu'il fallut suspendre les frictions et les pilules pour y revenir après quelques jours de repos. Après deux mois d usage, fréquemment interrompu, des remèdes que nous avons indiqués, tous les symptômes de la maladie ont disparu; l'œil a repris son éclat; il ne reste plus de traces de la rougeur et du gonflement de la conjonctive. La malade y voit mieux qu'avant sa maladie elle ne conserve aujourd hui qu'une légère rougeur du bord libre des paupières droites que l'on traite par une pommade avec le nitrate d'argent. (Par M. Testu, chirurgien, interne.)

Le docteur Testu recueillit cette observation pendant une excursion qu'il fit dans son pays. Plusieurs fois témoin des succès souvent inespérés que j'obtenais du calomel à fortes doses, il n'hésita pas à le prescrire dans ce cas où l'ophthalmie interne la plus violente, compliquée d'une ancienne inflammation de la conjonctive et des paupières, ne laissait presque plus d'espoir de sauver l'œil. Une amélioration remarquable coïncida avec l'apparition du ptyalisme. Obligé de suspendre le remède afin de modérer le gonflement de la bouche, M. Testu eut le bon esprit de le prescrire ensuite à plusieurs reprises, et de ne le cesser que lorsque la transparence et les fonctions des yeux furent complétement rétablies. C'est ainsi que j'ai toujours procédé dans le traitement des iritis graves et anciennes; il est rare qu'on en triomphe dès la première salivation: si, par inexpérience ou par timidité, on ne revient pas au calomel, on n'obtient que des guérisons incomplètes. Le sujet de l'observation suivante ne dut sa guérison définitive qu'à la salivation trois fois répétée.

Obs. VII. — Marie Rive, âgée de 50 ans, éprouve une affection morale vive; une hémorrhagie uterine dont elle etait affectee depuis quelque temps se supprime, aussitôt la peau se couvre d'une abondante éruption pustuleuse. Elle entre à l Hôtel-Dieu dans une salle de medecine où elle est traitee et guérie d'une fièvre grave qui laisse après elle une cécité complète de l'œil gauche. Admise dans le service de M. Nichet, salle St-Paul, n° 41, elle présente les symptômes suivans. La pupille de l'œil gauche est rétrécie à tel point qu'elle n'existe presque plus, l'iris est complètement immobile; la face anterieure de cette membrane est parsemée de stries rougeâtres. Cet œil qui ne peut distinguer la lumière des tenèbres est le siége d'un sentiment de distension insupportable; la région surcilière et le sommet de la tête sont si douloureux que la malade ne peut goûter un instant de sommeil. (Calomel, 10 grains, opium deux grains, à prendre dans la journée en quatre fois.)

Au cinquième jour. Une abondante salivation se déclare, et, au même temps la pupille s'élargit, l'œil devient sensible à la lumière et la douleur cranienne diminue. On suspend le calomel et la salivation s'arrête spontanement au bout de 8 jours. Dès ce moment la maladie reste stationnaire. On cherche à la combattre par l'application d'un cautère à la tempe, et par l'instillation de teinture de belladone entre les paupières, mais ce traitement continué pendant quinze jours ne change point l'état de l'œil.

Un mois après l'entrée de la malade on administre de nouveau le calomel à la même dose que la première fois et on le continue pendant dix jours. Dès le troisième jour la salivation se declare avec une telle abondance que deux litres de salive sont évacués dans la journée. Sous l'influence de cette medication energique, la pupille acquiert un nouveau degré de dilatation et devient mobile; le brouillard qui enveloppait les objets perd de son épaisseur. La salivation ne s'arrête que neuf jours après la cessation du calomel. Dès cet instant la maladie reste encore stationnaire.

Après dix jours de repos on revient au calomel pour la troisième fois. La salivation se montre après la seconde dose de dix grains. La malade se plaint de douleur à l'épigastre, de coliques, de dévoiement, de soif. Le calomel est suspendu et ces accidens combattus par les opiaces, le lait et les bains. Pendant la durée de cette troisième salivation, la pupille s'élargit à l'égal de celle du côté droit et devient parfaitement mobile; la vue s'éclaircit de plus en plus, et la malade lit et coud très-facilement avec le seul aide de l'œil gauche. Il reste cependant un léger brouillard qui est dû à une petite opacité grise quadrangulaire, placée sur le côté interne de la cristalloïde anterieure. Tel était l'etat de R. lorsqu'elle quitta la salle après un sejour de quatre mois. (Recueillie par M. Boissière, chirurgien interne.)

Chez le sujet de cette observation, l'inflammation était due à une cause interne autre que la syphilis; une fluxion sanguine pure et simple s'était opérée sur l'organe de la vision, et en avait complétement anéanti les fonctions depuis trois mois et demi, au moment où la malade fut admise dans les salles de chirurgie. L'inflammation avait, en quelque sorte, pris droit de domicile dans l'intérieur de l'œil, aussi se montrait-elle d'une ténacité peu commune, et il ne fallait rien moins que trois salivations abondantes pour en faire disparaître les derniers vestiges.

Chaque fois que la salivation cessait, la maladie restait stationnaire; un mieux subit se déclarait au contraire dès le moment où la salivation apparaissait, ce qui démontre l'importance de ce phénomène dans la médication par le calomel.

Les douleurs épigastriques, les coliques, le dévoiement qui ont accompagné la troisième salivation, n'auraient-ils pas exercé une influence salutaire sur l'ophthalmie? Quoi qu'il en soit, ces accidens, qui se sont prolongés pendant quinze jours et que je n'ai observés que cette fois à ce degré d'intensité, ont fini par céder aux adoucissans et aux opiacés; et, lorsque la malade a quitté l'hôpital, il n'en existait plus de traces.

Obs. VIII. — Une ouvrière en soie, âgée de 25 ans, sujette à une desquammation furfuracée sur la face et le cuir chevelu, avait les yeux malades depuis six ans et avait complètement perdu la vue depuis deux ans. Pendant cette dernière période elle avait inutilement subi plusieurs traitemens dirigés par des chirurgiens instruits. Lorsque cette femme fut confiée aux soins de M. Nichet, les conjonctives etaient à l'etat normal sans aucune trace d'injection. Les cornées étaient lucides; mais des deux côtés l'iris était affecté. La pupille était anguleuse, rétrécie, immobile; des filamens pseudo-membraneux adherens au bord pupillaire de l iris et à sa face anterieure se portaient vers le centre de la pupille rétrécie et adhéraient à la cristalloïde anterieure, qui, surtout à droite, était parsemée de petites plaques opaques. La malade était en proie à une céphalalgie continuelle et les yeux etaient le siége de douleurs sourdes, mais continues.

Le 19 mars 1836, l'ensemble de l'economie étant dans le meilleur état, on prescrivit dix grains de calomélas et deux grains d'opium.

Le 21, troisième jour, nausées, soif intense, legères coliques, point de diarrhée. Disparition presque complète de la céphalalgie; les gencives sont douloureuses.

Du 21 au 27 mars, la salivation est très-abondante; soif; absence de douleur dans l'abdomen; ventre souple; agitation; insomnie; sueurs passagères; fréquence du pouls qui a véritablement un caractère febrile. On suspend l'administration du calomel.

Le 30, diminution des symptômes d'irritation fixés sur la bouche. Déjà les douleurs des yeux et de la tête ont completement disparu.

La malade sort le 21 avril, après trente jours de traitement. Voici quel était l'état de ses yeux à cette époque: Du côté droit, la pupille un peu plus dilatée qu'avant le traitement a cependant peu de mobilité; on aperçoit des lambeaux pseudo-membraneux flottans à la circonference de l'ouverture pupillaire, et l'on voit sur la cristalloïde anterieure de petites plaques opaques qui obstruaient le champ de la vision; aussi la malade y voit-elle très-peu de cet œil, et aperçoit-elle des taches noires. Du côté gauche, au contraire, la pupille élargie et mobile présente un champ parfaitement translucide, à tel point, que la malade qui, lors de son entrée, distinguait à peine la lumière des ténèbres, y voit maintenant assez pour coudre et pour lire les plus petits caractères. (Par M. Andrieu, chirurgien interne.)

Voilà des précédens assez nombreux et assez imposans pour mettre à l'abri la conscience des candidats de la nouvelle chaire de Montpellier, et pour lever les scrupules de la plupart de ceux qui, par un motif ou par un autre, seraient tentés de s'indigner et de crier au scandale.

Nous demandons pardon à M. Dugès de nous écarter ainsi de sa lettre pour nous livrer à une disgression qui ne s'y rattache que d'une manière fort indirecte, nous allons maintenant faire droit à sa reclamation.

La reclamation de M. Dugès porte sur deux points: 1° l'état actuel de l'école de Montpellier, sous le rapport matériel; 2° l'etat actuel de cette même école sous le rapport des doctrines.

Sur le premier point, M. Dugès nous dit: *il est faux, de toute fausseté que l'école de Montpellier soit en décadence, il est patent, au contraire, qu'elle est en pleine prospérité*, et, pour prouver cette assertion un peu vive, il nous donne des chiffres, desquels il resulte que Montpellier a reçu plus de docteurs en 1835 qu'en 1834, et plus en 1834 qu'en 1833, ce qui indique une prospérité croissante. Nous acceptons très volontiers ces chiffres et tous ceux du même genre qu'on pourra rassembler, à condition qu'on nous permettra de les accompagner d un commentaire un peu different. Cette augmentation du nombre de docteurs reçus dans une école pendant une certaine periode, sera une bonne preuve de la prospérité absolue et relative de l'enseignement de cette école, lorsqu'il aura été etabli d ailleurs, 1° que cette augmentation n'est pas due à des causes exterieures et générales, parfaitement independantes de l'état des études et du corps enseignant; 2° que cette augmentation est un signe évident de la prospérité d'une école; 3° que cet accroissement du nombre des diplômes ne peut pas être expliqué en partie par la facilité avec laquelle on les accorde.

Nous ne pouvons pas qu'il fût très-facile de garantir la légitimité du résultat de ces chiffres par ces conditions préliminaires. D'abord ces chiffres mêmes montrent que l augmentation du nombre de docteurs a marché dans une progression parallèle à Paris, à Strasbourg et à Montpellier dans les mêmes années. La cause en est donc commune à ces trois Facultés. Cette cause générale est fort simple. Six années de paix, l'accroissement de la population et de la richesse qui élargit l'entrée à toutes les professions libérales. Il y a plus de médecins depuis quelques années, de même qu'il y a plus d'avocats, d'artistes en tout genre, de littérateurs, etc. Il y a de plus une cause toute spéciale, c'est que les *officiers de santé* devant être bientôt, dit-on, supprimés, un grand nombre de ceux qui seraient restés dans ce 1er degré de la hiérarchie médicale, se font recevoir dans le degré supérieur. C'est en effet une ancienne observation que, lorsque le nombre des docteurs augmente dans les trois Facultés, celui des officiers de santé diminue. Du temps de Dumas on n'en recevait que soixante, soit, mais cela ne prouve pas que l'enseignement y fût moins bon qu'aujourd'hui, car à Paris à la même époque on n'en recevait proportionnellement qu'un très-petit nombre, et c'était le temps des Pinel, des Sabatier, des Chaussier, des Dubois, des Hallé, des Vauquelin, des Jussien, etc.

Secondement nous ne pensons pas que le nombre soit des élèves, soit des docteurs reçus dans une Faculté, soit le seul signe de sa prospérité ou de sa décadence relatives. Trop de causes exterieures influent sur ce résultat, comme nous venons de le dire, pour qu'on puisse y accorder beaucoup de confiance. L'enseignement d'une école peut être riche, fécond, complet, excellent, en un mot, de tout point, et cette école languir matériellement par l'influence de causes générales, comme on l'a vu à Montpellier du temps de Dumas, et à Paris du temps de Pinel; et de même une école peut prospérer matériellement par suite des mêmes causes, et son enseignement dépérir. Notre dissentiment avec M. Dugès résulte donc uniquement de ce que nous n'employons pas à l'appréciation des faits une mesure commune.

Pour compléter cette observation, je dois ajouter que depuis sa sortie de l'hôpital, cette fille a toujours travaillé sur le métier à tisser la soie, et que la guérison s'est parfaitement maintenue.

Les circonstances qui doivent surtout fixer l'attention dans le fait qui précède, sont l'ancienneté de la maladie et l'inutilité des nombreux remèdes dirigés contre elle, à tel point qu'on la regardait comme incurable. Je fais remarquer encore la cécité complète, la quantité des lésions organiques et l'obscurité des symptômes dont aucun, à l'exception des douleurs oculaires et crâniennes, ne laissait soupçonner un état phlegmasique. Sans doute les lésions organiques n'ont pas été détruites. Ce serait trop exiger d'un traitement, que de lui demander de pareils miracles; mais le rétablissement des fonctions d'un œil au point de permettre le travail sur le métier, mais la disparition des douleurs et de l'insomnie qu'elles produisaient sont d'assez beaux résultats pour qu'on doive les acheter au prix d'une salivation de quinze ou vingt jours.

Obs. IX. — Joseph Buis, 56 ans, boulanger, très-sujet aux maux de tête. Le 1er décembre 1835, il passa subitement d'un lieu très-chaud dans la rue pendant qu'il faisait un vent glacial; aussitôt il éprouva de la douleur dans les yeux et principalement dans le gauche. Cet œil devint rouge, larmoyant, très-irritable à la lumière. Le malade crut devoir se laver à plusieurs reprises avec son urine, mais l'œil devint encore plus rouge et plus douloureux. Il substitua l'eau blanche à l'urine, ce qui n'empêcha pas l'œil de devenir de plus en plus rouge; il ne put plus distinguer les objets, il survint une violente douleur dans la tête. Voici l'état de ce malade à son entrée à l'hôpital le 11 décembre. La conjonctive de l'œil gauche est vivement injectée, elle est épaissie et ressemble à une pièce de velours cramoisi; dans certains endroits l'injection empiète sur la cornée; la cornée a perdu son brillant et sa transparence; sa couleur est d'un gris mat: elle est creusée par une ulcération qui ressemble à une rainure longue, étroite, profonde, recourbée en forme de croissant, occupant la place et offrant l'étendue que l'on donne à l'incision de la cornée dans l'opération de la cataracte par extraction. La pupille retrécie est immobile au contact de la lumière. Le petit cercle de l'iris est d'un rouge de feu. Le grand cercle est grisâtre et semble recouvert par une exudation pseudo-membraneuse. La chambre antérieure est libre; la flamme d'une bougie approchée de très-près n'est perçue que comme une faible lueur. L'intérieur de l'œil est très douloureux; une douleur gravative se fait sentir au sommet de la tête. (10 sangsues à la tempe gauche; collyre émollient.)

Le 12. La céphalalgie a disparu; l'œil est moins douloureux, mais toujours aussi rouge.

Le 13. On prescrit 10 grains de calomel avec un grain d'opium en quatre prises; la même dose est répétée chaque jour jusqu'au 17; ce jour-là les gencives commencent à devenir douloureuses; l'aspect de l'œil reste le même, mais les douleurs sont apaisées.

Le 20. Il survient de vives douleurs dans la tête et dans l'œil. (15 sangsues au cou du côté malade; lavement purgatif; vingt grains de calomel avec deux grains d'opium.)

Le 21. Le mal de tête a disparu ainsi que la douleur de l'œil.

Le 22. Le mal de tête revient encore. (15 sangsues à la tempe gauche; 20 grains de calomel.)

Le 23. Il se forme un épanchement de pus dans la chambre antérieure.

Le 26. Le pus épanché est beaucoup plus abondant. Aux prescriptions précédentes on ajoute un cautère à la tempe gauche.

Le 27. La cornée a complètement perdu sa transparence, elle est d'une couleur verdâtre; elle est tapissée d'un enduit puriforme. Ce jour-là on découvre que le calomel prescrit depuis le 17, c'est-à-dire depuis que les gencives s'étaient gonflées, n'avait pas été pris, le malade lui attribuant les douleurs qu'il ressentait dans la bouche le jetait dans sa chaise. On continue de prescrire le calomel en le lui faisant prendre en présence de témoins. (Saignée du bras de 12 onces, calomel 20 grains; lavement purgatif.)

Le 28. Œil dans le même état. On continue le calomel; on instille entre les paupières une solution aqueuse d'extrait de belladone.

Le 31. La salivation est établie; la cornée a recouvré un peu de sa transparence.

Le 3 janvier. Les vaisseaux de la conjonctive sont moins injectés; l'humeur aqueuse n'est plus trouble; la cornée a repris sa transparence si ce n'est dans son tiers inférieur, où elle est ramollie, blanchâtre, opaque. On cautérise cette partie avec le nitrate d'argent. Le malade salive abondamment. On suspend le calomel.

Le 15 janvier. Une personne, en examinant le malade, exerça sur sa paupière inférieure une pression si forte qu'il survint un abcès sous-cutané avec rougeur vive et tuméfaction de toute la paupière; on applique des cataplasmes émollients; l'abcès s'ouvre spontanément.

Le 20. L'abcès de la paupière donne encore un peu de pus, mais l'inflammation oculaire est totalement calmée; la partie supérieure de la cornée est devenue plus nette. Le malade distingue les carreaux de la fenêtre placée en face de lui. On instille toujours de la solution d'extrait de belladone. Le malade quitte l'hôpital le 23 février, l'inflammation interne est totalement dissipée; la chambre antérieure est libre; l'iris mobile: la pupille régulièrement circulaire, mais la cornée est occupée par une taie qui gêne beaucoup la vision, les rayons lumineux ne pouvant passer que par sa moitié supérieure. (Par M. Sarrazin, chirurgien, interne.)

Si l'on conservait quelques doutes sur l'utilité du calomel et de la salivation pour suspendre la marche d'une iritis, ils disparaîtraient après la lecture de cette observation. L'inflammation oculaire est des plus violentes; après une saignée locale, le calomel est prescrit et continué à dose élevée pendant plusieurs jours, mais aucun de ses effets habituels ne se manifeste soit sur l'œil, soit sur les glandes salivaires; il survient au contraire un épanchement de pus dans la chambre antérieure, et la douleur de l'organe malade se reproduit avec plus de violence. Mais le remède n'était pas avalé: dès qu'une dose élevée de calomel, répétée pendant quelques jours, eut saturé l'économie, la salivation se produisit avec énergie, et dès cet instant seulement la maladie prit une marche rétrograde, la chambre antérieure se nétoya, la pupille se dilata, l'iris recouvra sa mobilité, la sensation de la lumière fut perçue, et la vision se serait exercée parfaitement sans la cicatrice étendue de la cornée que le calomel est impuissant à faire disparaître, mais qui aurait été moins large si l'inflammation des parties plus profondes avait été efficacement combattue dès le principe.

Obs. X. — Un maçon, âgé de 35 ans, entre à l'Hôtel-Dieu pour une inflammation de l'œil gauche; la conjonctive oculaire est d'un rouge uniforme; la douleur de l'œil est très-modérée; mais le sommet de la tête est extrêmement douloureux; la chambre antérieure est occupée dans toute sa hauteur par une matière puriforme, jaune, concrète. Cette maladie, qui existe depuis deux mois, est attribuée par le malade à la pénétration dans l'œil d'un fragment de mortier à la chaux. Déjà cette inflammation a été inutilement traitée par des applications réitérées de sangsues et des bains de pieds. La ponction de la cornée, qu'un chirurgien distingué a proposée, n'a pas été acceptée. A son entrée à l'hôpital on place de nouveau des sangsues à la tempe; on fait des applications émollientes, mais la maladie ne fait que s'aggraver sous l'influence de cette médication qu'on abandonne au bout de quelques jours. Je fais appliquer un cautère à la tempe gauche: pendant le temps que l'escarre met à se détacher, la quantité de matière épanchée diminue avec une grande rapidité, et en moins de quinze jours elle est réduite en une masse du volume d'une lentille, occupant la partie la plus déclive de la chambre antérieure et accolée à la portion correspondante de l'iris: la pupille mise à découvert par cette résorption se montre rétrécie, immobile, la rougeur de la conjonctive est réduite à une bande étroite et foncée, entourant immédiatement la cornée. Le premier cautère étant cicatrisé et la maladie restant stationnaire, on en applique un second, qui ne produit pas d'effet sensible. Il se forme, au contraire, des nuages blanchâtres dans toute l'étendue de la face postérieure de la cornée, qui ne laisse passer les rayons lumineux que par d'étroits espaces restés transparens. Cet arrêt de la maladie et le caractère de

---

Enfin on ne niera pas que la facilité avec laquelle s'accordent les diplômes à Montpellier, ne puisse être pour quelque chose dans cet accroissement dont on se félicite. Il arrive trop souvent, en effet, et le fait est de notoriété publique, que des candidats rejetés à Paris vont se faire recevoir dans les autres Facultés, et le contraire est beaucoup plus rare. C'est donc moins par la *quantité* des élèves et docteurs d'une école qu'il faut juger son enseignement que sur leur *qualité*. Il ne s'agit pas de faire beaucoup de médecins, mais de bons médecins.

Voilà ce que nous avions à dire sur les chiffres que nous oppose M. Dugès. On pourrait en trouver d'autres un peu différens, car, en cherchant dans les registres de Montpellier, il y aurait bien du malheur si on ne tombait pas sur une série d'années plus ou moins favorables à notre thèse. Mais nous rejetons ce mode d'appréciation comme illusoire et non concluant, soit pour nous, soit contre nous.

Quant à la question de la *doctrine de Montpellier*, nous serons plus courts. Nous n'avons parlé, dans nos articles, ni de *Barthézianisme*, ni de *vitalisme*, et nous ne chercherons pas si l'un de ces noms convient mieux à la doctrine de Montpellier que l'autre: permis à chacun d'y mettre un nom. En parlant des doctrines de cette école, nous n'avons pas entendu designer tel ou tel système de tel ou tel de ses écrivains, mais l'ensemble des vues, des méthodes, des travaux scientifiques qui ont imprimé à son enseignement un caractère profondément original et philosophique, et distingué cette école de toutes les autres. Tout médecin instruit sait que l'esprit de l'école de Paris n'est pas l'esprit de l'école de Montpellier; on sait qu'il y a des différences entre Bichat et Barthez, entre Pinel et Dumas, entre Georget et Fréd. Bérard, entre M. Broussais et M. Lordat: M. Dugès le sait aussi bien que nous. Aucun de ces hommes célèbres ne constitue à lui seul la doctrine de Paris ou celle de Montpellier; aucun ne peut dire: *l'état c'est moi*, mais tous se rattachent, par une filiation plus ou moins directe, à deux troncs différens dont ils ne sont que des rameaux. S'il y a à Montpellier des hommes qui disent: *l'état c'est moi*, cela ne nous étonnerait point; cette prétention est assez commune dans les corps enseignans, surtout dans ceux qui sont divisés en deux camps, où chacun prétend tenir le véritable drapeau. Quoi qu'il en soit, si *l'état* est quelque part à Montpellier, nous serions assez disposés à le chercher dans les rangs des anciens occupans et des anciennes traditions locales, plutôt qu'ailleurs. Nous avons dit assez longuement les motifs de cette opinion, pour ne pas y revenir ici: c'est une opinion scientifique, et rien de plus. Nous trouvons tout simple que des disciples de l'école de Paris n'aiment pas ces différences de couleur, et tâchent de les effacer, *trahit sua quemque voluptas*, et nous en ferions peut-être autant à leur place; mais, placés dans une position tout-à-fait désintéressée, et n'ayant pour motifs de détermination que bien de la science médicale et de l'art, nous ne pouvons nous empêcher de désirer que l'esprit de l'école de Montpellier conserve sa place et son influence, persuadés que, bien dirigé, il peut servir de contrepoids à celui de l'école de Paris, et préserver la science de tendances trop exclusives. Il n'est pas question de faire la guerre, mais d'être indépendans.

Nous n'avions pas besoin des déclarations de M. Dugès, pour être persuadés qu'il remplit les fonctions de l'enseignement avec zèle, avec amour et avec dévouement; sa capacité et ses lumières ne sont contestées par personne. Nous savons que ses convictions sont sincères, et nous ne pouvons le blâmer de ne pas voir avec nos yeux les affaires de Montpellier. Nous lui demandons en revanche la même tolérance pour nos opinions sur ce sujet. Ces opinions ne sont pas, comme il a pu le penser, de simples échos, elles ne sont pas fondées sur des ouï-dire; elles sont le résultat de nos propres observations et réflexions; elles peuvent être erronées, sans doute, mais elles ne sont ni précipitées, ni irréfléchies.

Nous espérons avoir donné dans cette réponse des explications assez satisfaisantes pour ne pas être obligés de revenir sur ce sujet.

la rougeur de la conjonctive m'engagèrent à rechercher s'il n'existerait pas autre part quelque symptôme capable d'appuyer le soupçon que je conçus de la nature syphilitique de l'ophthalmie. Je trouvai en effet sur les membres et la poitrine plusieurs taches cuivreuses et un tubercule plat à l'anus; enfin le malade avoua qu'il avait eu plusieurs gonorrhées, des chancres, des bubons, et qu'il n'avait jamais fait de traitement. (Friction chaque jour avec un gros d'onguent mercuriel; collyre avec la liqueur de Van Swieten.)

Dès la cinquième friction l'irritation de l'œil diminue, ainsi que la douleur de la tête; les nuages de la cornée perdent de leur opacité; la rougeur s'affaiblit. Après que le traitement a été poussé jusqu'à cinquante frictions, la matière épanchée dans la chambre antérieure est complètement absorbée; l'iris a repris sa mobilité; toute douleur a disparu; il n'existe plus de rougeur à l'extérieur de l'œil; mais la cornée reste obscurcie par des nuages qui troublent profondément la vision; le tubercule anal, ni les taches cutanées n'ont pas même laissé de traces. L'opacité de la cornée, traitée pendant plusieurs semaines avec la solution de nitrate d'argent, n'en éprouve aucune amélioration; le malade quitte l'hôpital et continue chez lui l'instillation du même topique. Au bout d'un mois et demi il vient nous montrer son œil dont la cornée n'offre pas le moindre changement: la lumière n'arrive à la rétine que tamisée, pour ainsi dire, à travers les interstices restés transparens; la sensation de la lumière est perçue, mais les objets ne peuvent être distingués.

Le malade rapportait son ophthalmie à l'introduction d'une substance caustique entre les paupières; cette circonstance absorba tellement l'attention des chirurgiens dont les conseils avaient déjà été invoqués, qu'ils ne virent dans cette maladie qu'une inflammation commune, et la traitèrent en conséquence. A l'époque où l'œil fut soumis à notre observation, l'ophthalmie, déjà ancienne, avait produit des altérations profondes qui devinrent encore plus grandes pendant l'emploi des évacuations sanguines et des émolliens. L'exutoire appliqué à la tempe exerça l'influence la plus avantageuse; à lui seul doit être attribuée l'absorption rapide de la matière qui remplissait la chambre antérieure. Cependant les dernières traces du mal, en ce qui regarde l'iris et les parties profondes de l'œil, n'ont cédé qu'au mercure, et à une époque où l'économie était saturée de ce métal, ce qui doit faire admettre qu'il a agi contre le principe spécifique de l'ophthalmie; d'autant plus que la phlegmasie était indolente, et qu'un cercle rouge brun entourait la cornée, deux symptômes que l'on a donnés comme caractéristiques de l'iritis syphilitique. Ajoutez encore qu'en même temps que les lésions oculaires disparaissaient, les autres symptômes de la syphilis constitutionnelle s'effaçaient complétement.

RÉSUMÉ.

Avant d'en venir à la thérapeutique de l'iritis, principal sujet de ce mémoire, je désire faire ressortir quelques traits de l'histoire de cette phlegmasie, contenus dans les observations qu'on vient de lire.

Il est rare que l'inflammation de l'iritis existe seule dans l'affection qui porte le nom d'*iritis*; la membrane de l'humeur aqueuse, la cristalloïde antérieure, la rétine, la cornée, la sclérotique et la conjonctive se trouvent le plus souvent frappées de phlegmasie en même temps que l'iris, en sorte que le mot *iritis* doit être considéré comme une expression abrégée pouvant, dans plusieurs cas, signifier l'inflammation simultanée de tous ces élémens de l'œil. Il faut observer néanmoins que, lors même que ces complications existent, l'iris est presque toujours le principal foyer de l'inflammation, et que, par sa position, la nature de ses fonctions, ses divers modes d'altération, il fournit les données principales pour constater la gravité de la maladie et suivre le succès du traitement.

L'inflammation de l'iris, comme celle de tous les organes, reconnaît des causes très-variées. En ne consultant que nos observations, nous trouvons qu'une contusion de l'œil, une plaie de la cornée, l'impression subite d'un vent très-froid; le principe rhumatismal et surtout la syphilis peuvent la produire. Cette dernière cause est sans contredit la plus fréquente. L'ophthalmie correspond à la seconde période de la vérole caractérisée par les chancres consécutifs à la verge et à la gorge, par les papules et les tubercules cutanés. Dans deux cas l'iritis a été consécutive à une inflammation très-ancienne de la conjonctive et des paupières. Dans un autre elle avait succédé à une affection fébrile dans laquelle le cerveau et les organes des sens avaient été profondément lésés.

Les symptômes les plus constans ont été le resserrement et l'irrégularité de la pupille, l'affaiblissement ou même la perte totale de la vue, la douleur tensive de l'œil et du sommet de la tête. Lorsque la maladie était très-violente, il y avait de plus des exsudations pseudo-membraneuses sur la face antérieure de l'iris et sur la cristalloïde, stries rougeâtres de l'iris, abcès dans cette membrane, trouble de l'humeur aqueuse, épanchement de pus dans la chambre antérieure, cercle d'un rouge brun autour de la cornée. Le malade voyait des étincelles et il éprouvait de la fièvre. Dans l'iritis chronique, le resserrement de la pupille, son immobilité, l'affaiblissement ou la perte de la vue, sont souvent les seuls caractères qui trahissent la maladie. Il est rare néanmoins que le malade n'accuse pas une douleur soit gravative, soit lancinante dans l'œil et au sommet de la tête, comme aussi la douleur peut manquer lors même que les parties internes et externes de l'œil sont atteintes d'une inflammation très-aiguë.

Livrée à sa marche naturelle, l'iritis tend toujours à devenir plus grave; l'iris contracte des adhérences, la pupille s'oblitère, la cristalloïde antérieure et la cornée deviennent opaques, il se forme de petits abcès dans le tissu de l'iris, et des épanchemens dans la chambre antérieure; la vue reste entièrement et souvent irrévocablement abolie.

La durée de l'iritis que nous avons observée est loin d'être la même dans tous les cas: elle a varié depuis quatre jours jusqu'à six années. L'ancienneté de la maladie est un des élémens principaux du pronostic. Une iritis récente, quelle que soit son intensité, se laisse maîtriser par un traitement rapide et énergique. Une iritis très-ancienne à symptômes obscurs offre souvent une résistance invincible aux agens les plus puissans.

Les évacuations sanguines, les applications émollientes, le cautère à la tempe, la belladone, les préparations mercurielles et surtout le calomel, voilà les agens dont j'ai presque exclusivement invoqué le secours dans les iritis que j'ai eu à traiter.

La saignée générale calme l'excitation excessive du système sanguin; les applications de sangsues modèrent la douleur de l'œil et de la tête, mais elles ont peu d'influence sur la marche de l'inflammation oculaire. La douleur même ne tarde pas à revenir, si, après les saignées, on se borne à l'emploi des topiques émolliens et des révulsifs ordinaires, tels que les bains de pieds, les lavemens purgatifs, le cautère à la tempe.

Ce dernier, le cautère, a été employé sur plusieurs sujets; chez un seul j'ai eu à m'en louer, c'est celui chez lequel la chambre antérieure fut débarrassée rapidement de la matière purulente qui occupait toute l'étendue de sa cavité pendant que l'inflammation éliminatoire de l'escarre était le plus intense; encore y eut-il sur la fin un moment d'arrêt qui me fit découvrir la nature syphilitique de l'ophthalmie.

Mais le moyen par excellence, l'agent vraiment héroïque contre l'inflammation de l'iris à quelque degré qu'elle soit parvenue, c'est le calomel porté jusqu'à la salivation. Je veux bien croire qu'on ait obtenu des effets avantageux du mercure doux administré à dose altérante, mais ce n'a pu être que dans des iritis très-récentes, dans lesquelles l'inflammation n'était pas encore profondément combinée avec les tissus. Or, dans ces cas, la simple tuméfaction des gencives, ou bien une salivation légère et de courte durée, enlèvent la maladie avec une promptitude vraiment étonnante. Je puis assurer que, dans l'intervalle qui s'est écoulé depuis la première dose de calomel jusqu'au moment où les gencives se sont tuméfiées, je n'ai jamais observé le moindre changement dans l'état de l'œil. La première amélioration a toujours coïncidé avec le gonflement de la bouche; mais toujours l'écoulement de la salive a été le signal d'un changement favorable. Avec le ptyalisme on a vu la pupille se dilater, se rapprocher de sa forme circulaire, reprendre de la mobilité, la vue commencer à se rétablir quand elle était complétement abolie, ou s'améliorer lorsque la sensation de la lumière n'était pas tout-à-fait perdue; l'humeur aqueuse s'éclaircir, le pus épanché dans la chambre antérieure être absorbé, l'injection des membranes externes de l'œil diminuer et disparaître. Dans une iritis récente trois ou quatre jours suffisent pour rendre à l'œil la plénitude de ses fonctions. Une iritis récente, mais due à une cause traumatique violente, a exigé une salivation de douze ou quinze jours. Dans le cas où l'iritis remontait à plusieurs mois ou à quelques années, tantôt les fonctions de l'œil se sont rétablies par une salivation de vingt ou vingt-cinq jours, tantôt on a été obligé de suspendre l'emploi du médicament, d'apaiser la salivation, pour y revenir ensuite à plusieurs reprises. Il est des sujets, en effet, chez lesquels il ne s'opère plus de changement dans l'œil, quelle que soit la quantité de salive qui s'écoule, et quelque prolongée que soit la salivation. Il devient nécessaire alors de reproduire artificiellement le mouvement fluxionnaire énergique qui marque l'établissement de la salivation; car lui seul a une influence sensible sur la phlegmasie obscure qui trouble les fonctions de l'œil.

Cette méthode thérapeutique convient à toutes les iritis, quelle que soit leur durée. Dans l'iritis aiguë, les évacuations sanguines abondantes, générales ou locales, les révulsifs cutanés ou intestinaux pourraient peut-être lui être substitués, sinon avec avantage, au moins avec quelques chances de succès; mais dans les iritis anciennes, dans celles qui ont été amenées par la propagation à l'intérieur d'une vieille conjonctive oculaire et palpébrale, dans celles qui résultent d'un long et pénible exercice de la vue, ou qui ont été précédées par des douleurs sourdes dans l'œil ou aux environs, rien, dans tous ces cas, ne peut balancer

les avantages de la salivation ; elle est une ressource unique ; elle a rendu la vue dans des cas où des traitemens nombreux et rationnels avaient complétement échoué. Si les lésions organiques de l'œil étaient si profondes qu'il ne fût pas permis d'espérer le rétablissement complet des fonctions de l'organe, la salivation pourrait encore être utile en rendant la vue à un faible degré et en permettant au malade de se conduire, ainsi qu'il est arrivé au sujet de l'observation suivante.

Obs. XI. — Une ouvrière de Tarare, obligée de passer toutes ses journées sur les bords de la rivière les pieds dans l'eau, et de porter des fardeaux de linge humide sur sa tête, éprouvait depuis sept ans des douleurs sourdes dans les yeux et au sommet de la tête ; sa vue s'était affaiblie peu à peu et avait fini par se perdre complètement. Lorsqu'elle se rendit à l'hôpital, elle éprouvait à peine la sensation de la lumière : les pupilles, légèrement rétrécies, étaient immobiles ; le bord pupillaire de l'iris des deux côtés était tout déchiqueté ; la face antérieure de cette membrane de couleur rouge-pâle était traversée par des stries bleuâtres ; les deux sclérotiques amincies, éraillées, laissaient voir le noir de la choroïde ; le centre de la cornée du côté droit était opaque dans une large étendue, mais la cornée de l'œil gauche était parfaitement transparente excepté dans un très-petit espace de sa partie la plus supérieure. Ma première pensée fut de renvoyer cette malade comme incurable ; mais il existait encore des douleurs fort incommodes dans les yeux et au sommet de la tête. Je voulus essayer de la salivation, sinon pour rendre la vue, au moins pour calmer ces douleurs. Mon attente fut dépassée, car après une salivation qui dura quinze jours, non-seulement la malade ne souffrait plus ni des yeux ni de la tête, mais encore la pupille du côté gauche avait acquis un léger mobilité, et la vue était assez bien rétablie de ce côté pour permettre à la malade de se conduire et de distinguer les objets qui l'environnaient.

La tuméfaction douloureuse de la bouche qui accompagne la salivation, est le principal inconvénient de cette méthode thérapeutique ; elle réduit pendant plusieurs jours la nourriture du malade à du lait et à des tisanes gommeuses. Parmi les moyens proposés pour abattre la fluxion et modérer la douleur, je n'en connais pas de plus efficaces que les bains généraux répétés tous les jours. Je leur ai joint souvent avec avantage deux vésicatoires aux bras, lorsque je voulais faire cesser brusquement la salivation. L'excitation fébrile qui précède et accompagne le ptyalisme n'a pas le moindre inconvénient. Peut-être même doit-on la compter au nombre des moyens curatifs de la médication par le calomel. Je n'ai observé que deux fois le dévoiement ; dans un cas il était très-modéré et sans douleur ; dans l'autre, il était accompagné d'une vive irritation intestinale. Le sujet était une femme que je faisais saliver pour la troisième fois par une iritis chronique ; la suspension du médicament, les boissons gommeuses et opiacées, les bains, supprimèrent rapidement les selles et les douleurs intestinales. Depuis un an et demi que cette femme a quitté l'hôpital, j'ai eu de fréquentes occasions de la revoir. En m'exprimant sa reconnaissance de ce que je lui avais rendu la vue, elle m'a toujours assuré qu'elle n'avait éprouvé, ni du côté de la bouche, ni du côté des intestins, aucune suite fâcheuse du traitement, qui cependant avait été poussé à ses dernières limites (voy. l'obs. VII). Tous les malades que nous avons pu revoir nous ont tenu le même langage.

La dose de calomel employée a été de dix, douze ou vingt grains associés à deux grains d'opium pour prévenir l'effet purgatif. Dix grains ont toujours suffi pour exciter le ptyalisme en moins de cinq jours, et souvent en trois, et même en deux jours. Je n'ai été au-delà que dans les iritis très-violentes. Tant que l'amélioration continuait, je répétais le médicament ; j'en suspendais l'usage dès que la maladie restait stationnaire ; mais ensuite j'y revenais. Si la maladie, récente et légère, disparaît en quelques jours, il est inutile d'insister davantage sur le calomel ; la salivation, livrée à elle-même, suffit pour consolider la guérison. Si l'iritis est syphilitique, aussitôt qu'il n'en existe plus de traces, on procède à un traitement mercuriel radical.

La teinture de belladone instillée entre les paupières m'a quelquefois été très-utile pour diminuer l'irritabilité de l'œil, pour dilater la pupille et lui rendre sa forme circulaire.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ANGLAIS TRIMESTRIELS.

I. THE MEDICO-CHIRURGICAL REWIEW.

Le cahier trimestriel de ce journal (octobre) ne renferme en articles originaux qu'une revue clinique des hôpitaux de Londres. Nous allons reproduire les faits les plus remarquables.

TUMEUR SARCOMATEUSE DU DOS ; PERFORATION DU CANAL RACHIDIEN ; DÉSORGANISATION DE LA MOELLE ÉPINIÈRE.

Obs. — Une femme, âgée de 28 ans, en se promenant chez elle, tombe subitement dans une attaque inattendue de paralysie de toutes les parties sous-thoraciques. Elle rend les fèces involontairement depuis ce moment, et sa vessie a besoin du secours de la sonde pour se vider. L'examen le plus attentif n'a découvert aucune maladie à l'épine. La malade s'était seulement plainte quelques jours auparavant d'une légère indisposition. On a opposé une foule de remèdes à sa paralysie sans aucun resultat avantageux.

Quelques semaines après, on a apperçu, pour la première fois, sur le côté gauche de l'épine, à la hauteur des omoplates, une tumeur tendue, légèrement élastique à la pression, de volume progressif ; elle a acquis en peu de jours le volume du poing. On soupçonne à ces caractères un sarcome médullaire ; aussi s'est on bien gardé de l'ouvrir. En attendant, des ulcères très-larges se déclarent aux fesses et au dos, mais la malade n'en souffre nullement. La mort est arrivée quelques mois après.

A l'autopsie on a trouvé que la tumeur était de la nature ci-devant indiquée. Elle s'étendait à travers les apophyses épineuses de deux vertèbres dorsales jusque dans le canal médullaire. La moelle, sur ce point, était désorganisée et réduite en une sorte de crème. L'auteur de cette observation cite un second cas pareil ; seulement la paralysie ne s'était déclarée ici que petit à petit.

On sait que des tumeurs anévrismales, soit des cavités viscérales, soit du col, se sont quelquefois fait jour dans le canal vertébral par l'usure successive de la substance des vertèbres, et ont produit soit une paralysie lente et progressive, soit une mort instantanée par la rupture de la poche sanguine dans le même canal. On avait cru que ces sortes de perforations du canal rachidien tenaient à l'action pulsatile de ces espèces d'hématocèles. L'observation qui précède démontre cependant que le même résultat peut être occasionné par des tumeurs de toute autre nature.

HERNIE VENTRALE ; ÉTRANGLEMENT DE L'INTESTIN PAR L'ÉPIPLOON ; GANGRÈNE SÉNILE DE L'EXTRÉMITÉ SUPÉRIEURE ; MORT.

Obs. — Une femme, âgée de 63 ans, fut admise à l'hôpital se plaignant d'anxiété, de douleurs intestinales, et de constipation depuis quatre jours. En l'examinant, M. Parsons trouve une hernie ventrale immédiatement au-dessus de l'ombilic, offrant le volume de la tête d'un enfant ; elle était un peu sensible à la pression, de même que l'abdomen ; les manœuvres du taxis la réduisaient de moitié, et l'on entendait à l'instant de grands gargouillemens ; en cessant de la comprimer, la tumeur reprenait de suite son premier volume, et de nouveaux gargouillemens se faisaient entendre. Cette hernie existait depuis dix ans et elle avait toujours été irréductible. Au dire de la malade, les souffrances qu'elle éprouvait avaient déjà existé plusieurs fois et elles s'étaient toujours dissipées par l'usage des purgatifs. elle avait aussi été sujette à des attaques d'asthme.

On prescrit du calomel et des lavemens purgatifs. La malade vomit le médicament ; les clystères ne produisent aucun effet. On donne 1 huile de ricin, qui est retenue.

Le soir, la hernie et l'abdomen sont plus sensibles ; le pouls est lent et faible. La malade se plaint d'impuissance au bras droit, qui est devenu tout à coup comme paralysé. La prostration des forces et la réduction apparente des intestins de la hernie éloignent l'idée de l'opération. Cependant, la nuit suivante, la malade vomit plusieurs fois ; les lavemens ne donnent pas de selles ; la tumeur devient plus volumineuse le lendemain ; le pouls est presque éteint. Les doigts et la main sont froids, desséchés et livides ; tout l'avant-bras est insensible, et le coude est très-douloureux. La mort a bientôt suivi cet état.

NÉCROPSIE VINGT HEURES APRÈS.

Bras. L'artère brachiale est très-contractée ; elle offre la largeur de la radiale ; un petit caillot libre existe dans son intérieur ; ses parois sont saines d'ailleurs. Les parois de la sous-clavière n'offrent non plus d'altération, excepté au-dessous de la clavicule, où elles sont légèrement malades.

Hernie. La peau de la tumeur est décolorée et sale. Le sac contient une masse d'épiploon sain, mais adhérent aux parois de la poche par des liens de vieille date. Derrière cette membrane on trouve une grande anse d'intestin grêle, distendue par des gaz, noire et gangrénée. Le doigt peut passer librement à travers le col du sac jusque dans l'abdomen, et l'intestin gangrené n'était sans doute passé dans le ventre que lors des pressions exercées sur la tumeur. La cause de la mortification de l'intestin était une espèce de corde formée par l'épiploon, s'étendant de l'abdomen dans le sac où terminait l'adhérence. Entre cette corde épiploïque et une seconde portion volumineuse d'omentum contenu dans le sac, il s'était glissé une anse intestinale qui s'était étranglée. Cette portion du jéjunum offrait 6 à 7 pouces de longueur de chaque côté, et était, comme l'autre portion gangrénée trouvée dans le ventre, noire et distendue par des gaz ; elle était, du reste, entière en apparence ; mais, lorsqu'elle a été coupée avec des ciseaux, tout le tube s'est décomposé entre les mains, comme si ce fût du papier mouillé. Le reste du tube intestinal offrait des portions noirâtres et des adhérences multiples de consistance molle et tendre.

La coïncidence de la morbification mécanique de la hernie avec la gangrène sèche du membre thoracique rend cette observation digne d'un intérêt particulier. Suivant M. Parsons, une pareille circonstance contre indique formellement toute opération sanglante. Il l'attribue à un état particulier de l'organisme et dit l'avoir observé plusieurs fois chez des sujets de mauvaise constitution à l'occasion de telle ou telle lésion

traumatique. M. Parsons cite l'observation d'une femme, âgée de 50 à 60 ans, adonnée à l'ivrognerie, chez laquelle le membre inférieur a été subitement frappé de gangrène, à l'occasion de l'amputation du sein. Chez un homme, grand buveur, âgé de 3n à 4n ans, la gangrène se déclara aussi subitement au membre abdominal après une plaie à la tête.

EXPOSÉ DES LÉSIONS ORGANIQUES QUI ONT ÉTÉ RENCONTRÉES A L'AUTOPSIE DE CENT SUJETS QUI ONT ÉTÉ TRAITÉS A L'HÔPITAL DE GUY DE L'AFFECTION GRANULEUSE DES REINS, OU DE L'ALTÉRATION ALBUMINEUSE DES URINES.

Lorsqu'on s'attache d'une manière particulière à l'étude d'un point de pathologie, il est rare qu'on ne finisse par tomber dans l'exagération. En généralisant trop tôt certaines observations, on finit par établir, comme rigoureux, certains principes qui ne le sont pas en réalité. De là des erreurs fréquentes. C'est ce qui est arrivé à l'égard de la maladie des reins décrite par le docteur Bright. Il a bien observé les rapports qui existent entre les urines albumineuses et l'état d'altération des reins, mais s'étant trop hâté de déduire des conséquences générales, il est tombé dans de fausses applications. Il a cru que les autres lésions qu'on rencontrait dans l'organisme, conjointement à la maladie rénale, dépendaient de l'état granuleux des reins. Cette question ne pouvait pas être décidée sans l'observation d'une grande masse de faits. Or, sur cent individus morts à l'hôpital de Guy avec l'état albumineux des urines, on a noté des altérations variées qu'il est impossible de rattacher à la cause signalée par le docteur Bright. Voici du reste quels sont les résultats généraux obtenus aux autopsies des cent individus, dont on a enregistré avec exactitude les détails :

1° *Lésions des membranes séreuses. (Plèvre.)* Quarante individus ont présenté les restes de phlegmasies anciennes aux séreuses thoraciques avec adhérences. Bien que dans le début de l'affection rénale, ou même plus tard, la même cause ait pu à la rigueur agir à la fois sur les séreuses et sur les glandes urinaires ; rien ne démontre surtout que ces phlogoses n'aient dépendu de tout autre principe, comme de l'action accidentelle des intempéries atmosphériques, par exemple. Chez seize autres, il y avait eu pleurésie récente, dont on a constaté les restes. Chez quarante et un, les cavités pleurales étaient remplies de sérosités (hydrothorax non inflammatoire). Chez vingt-neuf, la plèvre était parfaitement saine, ce qui indique déjà que la pleurésie n'est pas une conséquence indispensable de la maladie des reins.

(Péricarde.) Six fois le péricarde a présenté de vieilles adhérences. Huit fois l'inflammation était récente. Vingt-trois fois il était rempli de sérosité (hydropéricarde non inflammatoire).

(Péritoine.) Dix fois le péritoine a offert des adhérences anciennes. Douze ou treize fois il y a eu péritonite récente bien marquée, l'inflammation a même été très-intense dans quelques cas. Vingt-trois fois il y a eu ascite, dont trois cas seulement ont présenté des fausses membranes.

(Arachnoïde.) Treize fois l'arachnoïde était opaque, ce qui était probablement dû à un travail de phlogose. Vingt-neuf fois cette membrane était remplie de sérosité. Six fois les ventricules étaient distendus par ce liquide.

2° *Lésions du cœur.* Trente-trois fois le cœur n'a offert aucune altération. Dans le reste, le cœur a toujours présenté des altérations dont la plus fréquente a été l'hypertrophie, avec ou sans lésion des valvules. Ce qu'il y a de plus remarquable à cet égard, c'est que sur cinquante-deux cas d'hypertrophie, trente-quatre fois les valvules n'ont rien présenté d'anormal ; mais onze fois l'aorte a été plus ou moins malade dans ce dernier nombre. Cette hypertrophie existait le plus souvent au ventricule gauche. Le docteur Bright présume que l'hypertrophie du cœur dépend de l'altération du sang, ce qui paraît assez arbitraire. Si l'on veut réfléchir que, dans la plupart de ces cas, il s'agissait de sujets du peuple exerçant des professions pénibles et adonnés à la boisson alcoolique, on se rendra plus facilement compte de la coïncidence de cette lésion. A Londres, rien n'est plus fréquent chez le peuple que de rencontrer cette affection du cœur en compagnie de plusieurs maladies chroniques ; et en général l'affection granuleuse des reins s'observe bien moins souvent que l'hypertrophie du cœur. La coexistence de ces deux affections ne dépend donc pas d'un lien nécessaire. Il importe néanmoins de faire noter que l'affection du cœur a fait des progrès en même temps que celle des reins. Chez six sujets le cœur était mou et flasque. Chez quatre il était atrophié. Dans ces derniers cas la maladie rénale n'arriva point jusqu'à la période de dureté.

3° *Lésions du poumon.* Les altérations principales, qu'on a rencontrées dans les poumons, sont l'œdème et la bronchite ; souvent aussi l'emphysème partiel. L'œdème a été trouvé trente et une fois. C'est là la cause la plus fréquente de la mort prompte dans cette affection. Six fois on a trouvé les restes d'une pneumonie récente. Trois fois la pneumatite était chronique. Dans quelques cas on a rencontré l'apoplexie pulmonaire due à la maladie du cœur ou de l'aorte. La phthisie tuberculeuse a été rarement rencontrée conjointement à la granulation rénale. Quatre sujets seulement sont morts phthisiques dans le nombre. D'où l'on peut déduire que la constitution tuberculeuse n'est pas favorable au développement de l'affection rénale de Bright. Il y a plus, chez plusieurs individus tuberculeux chez lesquels la maladie rénale s'est déclarée, la maladie pulmonaire s'est seulement montrée d'abord dans les lobes supérieurs, puis elle s'est amendée ou bien elle a disparu complètement. Loin d'être donc liées ensemble ces deux maladies s'excluent réciproquement, ou en d'autres termes, la granulation rénale est contraire au développement de la phthisie. En conséquence, on ne peut pas considérer l'affection des reins comme de nature tuberculeuse. On pourrait peut-être la rallier avec plus de probabilité au même état d'intempérance habituelle qui occasionne plutôt l'hypertrophie du cœur qu'une maladie du poumon.

4° *Lésions du foie.* Quant à l'état du foie et des viscères abdominaux, on trouve un contraste remarquable en les comparant au cœur et au poumon. Il est assez remarquable que l'intempérance, avec laquelle l'affection rénale paraît se rallier si souvent, ne s'accorde nullement avec l'état du foie et des organes digestifs qui auraient dû être très-fréquemment altérés. Les effets de l'intempérance sont si constans sur le foie, qu'il suffit d'une certaine apparence de bouffissure propre aux ivrogne pour déduire l'existence d'une maladie du foie. Pourtant, en comparant nos tableaux nécrologiques, nous sommes obligés de porter ici un tout autre jugement relativement à la glande biliaire.

Chez quarante individus le foie n'a présenté aucune altération. Chez trente-deux, il y avait à peine un engorgement sanguin, ce qui du reste est très-ordinaire dans tous les cas où la circulation chronique est gênée. Ce n'est que chez dix-huit sujets seulement que le foie parut réellement malade. Aucune connexion manifeste cependant n'existait entre la maladie des reins et celle du foie ; effectivement chez les sujets dont le foie était sain l'affection rénale existait très souvent au plus haut degré, tandis que chez les autres dont la glande biliaire était très-altérée, la lésion des reins était dans la moitié des cas peu avancée. Dans deux cas de dégénérescence graisseuse du foie, les reins étaient mous, lisses et blancs, et dans un troisième, au contraire, le foie graisseux coexistait avec l'état dur, rugueux et lobulé des glandes urinaires.

5° *Lésions des autres viscères abdominaux.* L'estomac paraît avoir été un peu malade par l'abus des liqueurs alcooliques. Dix huit fois la muqueuse gastrique a donné des signes d'irritation. Dix-neuf fois les intestins grêles parurent irrités partiellement, leur muqueuse offrait des ulcérations dans quelques cas ; le colon et le cœcum avaient été malades chez quelques individus. Comme cependant ces altérations n'ont été rencontrées que chez des sujets phthisiques, on n'a pu trouver de lien immédiat avec la maladie rénale.

6° *Lésion du cerveau.* On n'a rencontré dans cet organe que des congestions partielles, ce qui est fréquent aussi comme on sait chez beaucoup de sujets morts de convulsions ou d'apoplexie. Chez quelques sujets cependant, l'encéphale était exsangue, et chez quelques autres, en bien plus petit nombre, on a trouvé des épanchemens sanguins.

7° *Cause immédiate de la mort.* Chez soixante-dix sujets, le docteur Bright a pu déterminer la cause de la mort : sur ce nombre trente sont morts d'affections cérébrales, telles qu'apoplexie, coma, convulsions et épilepsie ; huit autres sont morts subitement ; chez huit autres la mort a été due à l'obstruction pulmonaire ; trois enfin sont morts d'hydrothorax. Quant au reste, ce sont des phlogoses des membranes séreuses qui ont terminé les jours des malades. Parmi ces derniers, on remarque cinq cas de péritonite, trois de péricardite et un ou deux de pleurite. La diarrhée colliquative enfin a été l'affection mortelle de quelques-uns.

8° *Age des sujets à l'époque de leur mort.* Dans nos tableaux, l'âge n'a été marqué à l'époque de la mort que sur soixante-quatorze cas. De ce nombre, quatre étaient âgés de 70 ans passés ; trente l'étaient de 50 passé ; mais peu d'entre eux ont touché la 55[e] année ; vingt et un sont morts entre 40 et 50 ; seize à 30 ans passés ; dix-neuf avant la 13[e] année. Si nous tenons compte maintenant des sujets morts dans leur 45[e] année et au-dessous, nous trouvons ici la plus forte proportion. Les sujets les plus jeunes sont au nombre de huit. On ne trouve qu'un seul sujet au-delà de la 73[e] année. Aucun âge ne paraît donc à l'abri de cette cruelle maladie.

II. THE EDINBURGH MEDICAL AND SURGICAL JOURNAL.

Le dernier cahier trimestriel de ce journal (octobre) contient les articles originaux suivans : 1° *observations chirurgicales*, par M. Syme ; 2° *sur la fièvre des régions tropicales*, par M. J. Wallace ; 3° *sur les effets délétères occasionnés par la viande du porc*, par M. J. M'Divitti ; 4° *sur la vie ou sur la faculté motive spontanée du sang*, par M. Richard Maddock Hawley ; 5° *remarques sur certaines affections du tissu cellulaire des jambes*, par M. G. Gulliver ; 6° *observation d'un cas de fracture du grand trochanter et du col du fémur*, par le même ; 7° *sur un cas de raccourcissement du col du fémur*, appendice de la même observation déja publiée, par le même ; 8° *de l'emploi de l'érigne dans l'extraction des corps étrangers de l'oreille*, par M. Ninian Hill ; 9° *irritation de l'axe cérébro-spinal, occasionnant l'aliénation mentale, le trismus et la paralysie*, par M. Alex. Cockburn ; avec des remarques pratiques, par M. Craigie ; 10° *observation d'une blessure par arme piquante à la poitrine*, par M. W. Towler ; 11° *histoire d'un cas d'hallucination avec perte consécutive de la mémoire des noms* ; autopsie du sujet, par M. Craigie ; 12° *sur la fièvre scarlatine qui a régné épidémiquement à Edimbourg durant l'automne et l'hiver de 1835-36*, par M. Stark ; 13° *essai sur la structure des membranes muqueuses de l'estomac*, par M. Sprott-Boyd ; 14° *sur l'hépatisation hémorrhagique du poumon, prise pour apoplexie pulmonaire*, par M. R. Knox.

OBSERVATIONS PRATIQUES DE CHIRURGIE ; par M. SYME, professeur de clinique à l'Université d'Edimbourg.

Ce travail renferme quatorze observations dont nous extrayons seulement celles qui nous ont paru offrir le plus d'intérêt sous le rapport thérapeutique.

TUMEUR CARTILAGINEUSE DE L'EXTRÊMITÉ SUPÉRIEURE DE L'HUMÉRUS ; ANKYLOSE DE L'ARTICULATION SCAPULO-HUMÉRALE ; ABLATION DU MEMBRE ET RÉSECTION DU COL DE L'OMOPLATE ; GUÉRISON.

OBS. — David Dam, 45 ans, fut admis à la clinique le 23 décembre pour une tumeur énorme de l'épaule droite. La base de la grosseur est très-large, remplit complètement l'aisselle, et empiète sur le thorax. L'articulation scapulo-humérale est immobile, mais le membre entier conjointement avec l'omoplate se meut très-librement. La tête de l'humerus paraît être le centre de la tumeur qui s'étend en bas jusqu'au milieu du bras, en haut et en avant jusqu'à deux pouces du sternum. La clavicule et l'épine de l'omoplate sont un peu déplacées. La consistance de la tumeur est extrêmement solide, elle est osseuse sur quelques points, cartilagineuse sur d'autres. Sa surface offre des nodosités irrégulières ; la peau est saine.

Le commemoratif nous a appris que la maladie avait commencé six années auparavant par une douleur dans l'épaule. Plus tard une tumeur osseuse se présenta à la partie antérieure de l'épaule qui fit des progrès continus jusqu'au mois d'août 1833, époque à laquelle il se fractura le bras malade vers la partie moyenne par suite d'une chute. La réunion de cette fracture a eu lieu, mais la tumeur fit des progrès rapides. Le malade souffrait cruellement, la nuit surtout. La tumeur a été jugée de nature fibro-cartilagineuse.

Opération. J'ai commencé par faire une incision sémi lunaire au côté interne de la tumeur, la convexité en avant, partant de l'acromion et se terminant au bord inférieur de l'aisselle. L'artère axillaire a été par là mise en évidence et liée. J'ai pratiqué ensuite une semblable incision sur le côté externe de la tumeur se joignant avec la première. J'ai divisé les muscles qui étaient fort épanouis et altérés ; ils étaient gris jaunâtres et mollasses. La tumeur s'est présentée alors à nu. J'ai passé facilement mon bistouri entre l'acromion et la clavicule, mais je me suis bientôt aperçu, en déprimant le bras, que la cavité glénoïde était solidement ankylosée avec la voûte de l'ostéocèle. J'ai donc scié le col de l'omoplate, et enlevé en même temps que la tumeur et le membre, l'apophyse coracoïde. La plaie a été réunie par première intention et sa cicatrisation s'est opérée sans aucune espèce d'accident. Trente-six jours après, le malade quitte, bien portant, la clinique.

La tumeur pesait douze livres. Par la macération elle s'est réduite en plusieurs fragmens dont la nature est évidemment fibro-cartilagineuse.

RÉTRÉCISSEMENT DE L'OESOPHAGE PAR INJESTION DE L'ACIDE SULFURIQUE ; GUÉRISON.

OBS. — A. M., âgé de 40 ans, avala par mégarde un demi-verre à table ordinaire d'acide sulphurique étendu, qu'il croyait être de la bière (whisky). Il éprouve à l'instant des efforts violens pour vomir et sa vie a été en danger pendant plusieurs jours. Après s'être rétabli, il éprouva consécutivement une difficulté pour avaler, qui a été progressive au point de ne lui plus permettre de prendre d'alimens solides. Tel était son état à son entrée à la clinique, huit mois après l'accident.

L'introduction d'abord d'une petite bongie l'a immédiatement soulagé, mais ensuite ses souffrances empirèrent de plus en plus ; il ne pouvait prendre que du lait, du bouillon et des crêmes. Sa maigreur était devenue extrême malgré la bonte de sa constitution. Dans l'examen que je fis de son œsophage, j'ai trouvé au commencement de cet organe un rétrécissement capable d'admettre seulement une bougie urétrale n° 1. Cette coarctation ne s'étendait pas très loin. Je l'ai donc attaquée par des bougies en permanence de volume progressif que j'ai changées tous les trois jours. La déglutition devint de plus en plus libre ; les alimens commencèrent à passer et enfin le tout est revenu à l'état naturel. Le malade sortit guéri après deux mois de séjour à l'hôpital.

Dans un cas analogue au précédent, dont parle Boyer, l'action de l'acide sulphurique avait porté principalement sur l'épiglotte. Cette membrane avait été perforée par suite d'une escarre que le contact de l'acide avait produite ; d'où il est résulté une toux convulsive continuelle par le passage des alimens, soit liquides, soit solides, et de la salive dans la glotte. La maladie s'est à la longue terminée par la mort.

COARCTATION DU RECTUM ; DILATATION ARTIFICIELLE.

OBS. — R. S., âgé de 45 ans, éprouvait depuis quatre ans un rétrécissement du rectum. La coarctation ne s'étendait pas au-delà de la hauteur de deux pouces de l'anus, ainsi que j'ai pu m'en assurer à l'aide du toucher. L'usage des bougies de diamètre progressif, changées tous les trois jours, a amené la guérison en moins de quarante jours de traitement.

J'ai rapporté cette observation, dit l'auteur, afin de faire remarquer que le siége des rétrécissemens du rectum ne remonte pas généralement au-delà de deux pouces. Dans presque tous les autres cas où l'on a cru rencontrer la coarctation au-dessus de ce point on s'est mépris, on a pris l'atonie intestinale pour l'effet d'un rétrécissement, et la saillie du sacrum, ou quelque repli flasque de l'intestin, pour une coarctation. Il est de la plus haute importance que le praticien ne tombe pas dans cette erreur.

L'observation de M. Syme n'est exacte que dans certains cas. Dupuytren a fait plusieurs fois constater à sa clinique, à l'autopsie des sujets morts de cette maladie, des rétrécissemens du rectum à des hauteurs variables de deux à huit pouces de l'anus. Nous avons même à la clinique de Boyer un rétrécissement inflammatoire chronique de cet intestin à dix-huit pouces de l'anus ; il n'a été reconnu qu'après la mort. Plusieurs coarctations existent même quelquefois chez un même individu, et cela par des causes variées. Si le resserrement en question se manifeste plus souvent chez la femme et à la hauteur de deux à trois pouces, cela tient à une espèce de débauche dont on ne voit que trop d'exemples.

DIVISION ACCIDENTELLE DU TENDON D'ACHILLE ; CICATRISATION SÉPARÉE DES DEUX BOUTS ; IMPUISSANCE DU MEMBRE ; OPÉRATION ; GUÉRISON.

OBS. — Isabelle M'Kay, âgée de 24 ans, avait, depuis six mois, essuyé une blessure qui lui avait divisé complètement le tendon d'Achille à un pouce et quelques lignes de son insertion au talon. Elle avait été soignée par le médecin de son village, qui, n'ayant pas reconnu la nature de la lésion, traita le plaie comme une lésion simple et superficielle. Cinq semaines après, la blessure était cicatrisée, mais le membre ne pouvait pas exécuter la marche. Cet état persista et empira plutôt par la suite, au point qu'à son entrée à la clinique elle boitait et traînait son membre sans pouvoir s'en servir. Le siége de la cicatrice offrait une dépression visible, et lorsqu'on mettait le pied à angle droit avec la jambe, on sentait distinctement, à la distance d'un pouce et demi entre eux, les deux bouts du tendon divisé.

J'ai pratiqué une incision de trois pouces de long dans le trajet du tendon, passant par l'endroit déprimé ; puis deux autres transversalement, circonscrivant la cicatrice. J'ai disséqué les lambeaux et mis en évidence les deux bouts rétractés du tendon ; j'ai disséqué et excisé soigneusement le tissu fibreux intermédiaire à ces parties ; j'ai fait ensuite maintenir le pied dans une extension forcée, et j'ai passé en attendant deux points de suture, un pour chaque bout du tendon, à l'aide desquels j'ai fortement rapproché entre eux les deux extrémités tendineuses. Le membre a été mis dans l'appareil de Petit pour la rupture du tendon d'Achille. La plaie s'est cicatrisée presque toute par première intention, et la malade n'a éprouvé aucune espèce d'accident. Deux mois après l'opération, la jeune personne se servait de son pied et marchait à l'aide d'un soulier à talon élevé. L'amélioration a été progressive, et, plus tard, le soulier a été abandonné, le tout étant revenu à l'état normal.

L'observation suivante mérite d'être rapportée à la suite de la précédente.

RÉTRACTION PERMANENTE DU TENDON LONG FLÉCHISSEUR DU GROS ORTEIL ; CLAUDICATION ; OPÉRATION ; GUÉRISON.

OBS. — Un jeune commis-marchand de Liverpool essuya, à la suite d'une inflammation du pied et de l'articulation tibio-tarsienne, une contraction permanente du tendon du muscle long fléchisseur du gros orteil, qui lui occasionnait une claudication considérable. Lorsque le pied était étendu, le gros orteil pouvait être porté au niveau de ses voisins ; mais, lorsque le pied était à angle droit avec la jambe, ou bien qu'on soulevait un peu le talon le gros orteil se fléchissait et se courbait en forme d'arc ; si le sujet essayait de marcher, il était de suite obligé de s'arrêter, sans quoi il tombait.

Ayant essayé en vain une foule de remèdes, ce jeune homme avait été obligé de

quitter son état et de retourner chez ses parens. J'ai donc proposé la division du tendon, et de laisser cicatriser la plaie, l'orteil étant étendu, ce qui a été accepté sans hésitation.

J'ai pratiqué une petite incision longitudinale au milieu de la première phalange de l'orteil; j'ai fait saillir le tendon autant que possible, et je l'ai coupé transversalement avec le bistouri. Une petite attelle de bois a été appliquée sur la face dorsale du pied; des compresses en forme de coussin ont été interposées entre la racine de l'orteil et l'attelle; une petite bande, enfin, a porté la partie contre le bout inférieur de l'attelle, et a maintenu l'orteil dans une extension permanente. La plaie se cicatrisa promptement, et l'opéré s'est trouvé parfaitement guéri; il a pu se servir consécutivement de son membre sans boiter ni souffrir en aucune manière.

En pratiquant une incision longitudinale à la peau, l'auteur a eu pour but de rendre facile la réunion par première intention. Il aurait pu obtenir le même résultat en pratiquant la section du tendon à l'aide d'une simple ponction de la peau et sans diviser transversalement cette dernière.

PETITE TUMEUR NERVEUSE SOUS-CUTANÉE; DOULEURS ATROCES; EXCISION.

OBS. I. — Une jeune personne âgée de 16 ans souffrait cruellement, depuis deux ans, d'une petite tumeur du volume d'un petit pois, circonscrite, mobile, placée sous la peau et à côté de la première phalange du doigt annulaire. Ces apparences n'avaient pas changé depuis deux ans. La moindre pression occasionnait des douleurs atroces. Je l'ai excisée, la plaie se réunit par première intention, et les souffrances se sont dissipées. La structure de la tumeur était analogue à celle d'un ganglion lymphatique; sa couleur était grise-jaunâtre.

OBS. II. — Une dame d'âge moyen souffrait, depuis huit ans, de douleurs inouïes sous l'ongle du petit doigt. La plus légère pression, la moindre action du froid ou de chagrin renouvelait les souffrances, qui duraient pendant plusieurs heures de suite et reparaissaient même au milieu de la nuit. Depuis un an, l'ongle était un peu décoloré vers sa racine, et il s'était arqué sur ses deux côtés. La malade désirait qu'on lui amputât le doigt. J'ai voulu cependant essayer d'abord de couper la partie la plus convexe de l'ongle, dans la persuasion où j'étais de trouver une maladie au-dessous. Je n'étais pas trompé dans ce jugement, car, en enlevant l'ongle, j'ai trouvé attachée sous son bord une demi-petite tumeur ronde, de couleur jaunâtre et de consistance pulpeuse; l'autre moitié était restée attachée à la matrice de l'ongl·, et je l'ai excisée également. La guérison a été complète.

Ces sortes de tumeurs ont été décrites la première fois par Dupuytren. Nous en avons vu plusieurs exemples à l'Hôtel-Dieu dans le trajet des nerfs principaux des membres. Leur volume dépassait rarement celui d'une petite noisette; leur consistance était fibreuse, lardacée ou cartilagineuse. Les souffrances qu'elles occasionnaient étaient atroces. L'excision de la tumeur les dissipait à l'instant même. Le plus souvent ces sortes de tumeurs se forment dans les mailles du tissu cellulaire du névrilème. M. Wardrop a dessiné un cas de cette espèce dans la gaîne du nerf optique. M. William Wood, cité par M. Syme, a donné l'historique complète de la maladie dans les *Trans. of the med. chir. soc. of Edimb.*, vol. III, p. 317.

FRACTURE DU COL DU FÉMUR ET DES TROCHANTERS; ROTATION DU PIED EN DEDANS; AUTOPSIE; EXPLICATION; par le même.

Quoiqu'il soit assez rare de rencontrer le membre dans la rotation en dedans après la fracture du col fémoral, ce symptôme a exercé la sagacité des plus grands pathologistes. Les autopsies n'étant encore qu'en très-petit nombre dans ces cas, il devient utile de publier les nouvelles observations pour arriver à la solution complète de la question.

OBS. — Un officier fou, âgé de 39 ans, tomba sur la hanche droite et se fractura le col du fémur. Le membre parut à l'instant raccourci et dans la rotation en dedans; il resta dans cet état jusqu'à la mort, qui eut lieu onze mois après par une affection pulmonaire. A l'autopsie, on trouve que la tête fémorale avait été fracturée à l'endroit de sa jonction sur le col, la fracture s'étendait en bas et en arrière, à travers les trochanters qui étaient séparés en partie. La tête de l'os est considérablement enfoncée, mais très-solidement réunie par une abondante déposition de matière osseuse. Une quantité de cette substance s'était extravasée en-dehors de l'articulation.

Pour expliquer le phénomène de la rotation du membre en dedans, M. Guthrie s'est fondé sur le sens de la direction de la fracture et sur le rapport de l'attache des muscles rotateurs avec les fragmens. Toutes les fois, dit-il, que la fracture arrive en dehors de l'insertion des muscles pyriforme, jumeaux, carré et obturateurs, le membre est nécessairement tourné en dedans. Cette doctrine paraît à M. Gulliver parfaitement applicable dans l'observation qui précède. L'expérience ultérieure prononcera sur son exactitude.

RACCOURCISSEMENT DU COL DU FÉMUR CHEZ UN JEUNE SUJET SANS FRACTURE; AUTOPSIE; par le même.

Nous avons déjà publié le résultat des recherches de M. Gulliver de cette singulière maladie du col du fémur chez les jeunes sujets. Voici un nouvel exemple de ce cas.

OBS. — John Linn, soldat, âgé de 19 ans, petite stature, fit une chute légère sur la hanche, qui ne l'empêcha pas de continuer à marcher et à faire le service pendant trois ans. Au bout de ce temps, il commença à boiter du côté blessé, et il fut obligé d'entrer à l'hôpital. Après huit mois de séjour, son état local empira, et il fut réformé. Sa santé générale cependant était bonne, et il se promenait à l'aide de béquilles. Ayant été mordu par un serpent (*bungarus lineatus*), il mourut en quelques heures à l'âge de 24 ans.

A l'autopsie, on a trouvé le col du fémur raccourci, la tête fémorale augmentée de volume, et un développement proportionnel de la cavité cotyloïde. Le développement de la tête fémorale n'a lieu que dans le sens de sa circonférence inférieure, comme si son sommet eût été aplati et le col fémoral écrasé. L'ampliation de la cavité cotyloïde est considérable; lorsque la tête fémorale y est engagée, il y reste un grand vide. Le fémur, ayant été scié verticalement, présente une induration dans le centre de son col, dans la longueur d'un demi-pouce. Le parenchyme osseux, du reste, n'offre rien d'anormal. Le cartilage articulaire, bien qu'un peu plus épais que dans l'état naturel, n'est pas ulcéré.

La pièce pathologique de cette intéressante observation se trouve consignée dans le Muséum médical de l'armée, et elle a été figurée par l'auteur dans le journal où cet article a été publié.

USAGE DE L'ÉRIGNE DANS L'EXTRACTION DES CORPS ÉTRANGERS TOMBÉS DANS L'OREILLE; par M. N. HILL.

On sait à combien de difficultés et de dangers on est souvent exposé dans l'extraction de certains corps étrangers tombés dans le conduit auditif. L'étroitesse et la profondeur en effet de ce conduit, la délicatesse et la sensibilité exquise de l'organe, son voisinage enfin de l'encéphale rendent suffisamment raison de ce fait. Dupuytren essaya en vain pendant deux jours d'extraire un noyau de cerise de l'oreille d'un enfant âgé de huit à dix ans; enfin il a été obligé de broyer le corps étranger à l'aide d'un très-petit instrument de lithotritie, ce qui n'a pas été sans danger pour l'enfant et difficulté pour l'habile opérateur. Tout le monde sait en effet que l'otite suppurative s'est quelquefois transmise à la dure-mère et a causé la mort d'une manière inattendue. M. Hill qui a lui-même été témoin du danger des manœuvres imprudentes que font les mères ou les nourrices en pareilles occurrences, a imaginé un moyen très-simple pour extraire les corps étrangers tombés, soit dans l'oreille, soit dans la narine des enfants. Ce moyen lui a surtout réussi dans les cas où les parties n'étaient pas encore boursouflées et irritées par les tentations inutiles d'extraction. Laissons parler l'auteur dans l'observation suivante.

CORPS ÉTRANGER TOMBÉ DANS L'OREILLE; EMPLOI INUTILE DES INJECTIONS ET DES PINCES; EXTRACTION A L'AIDE D'UNE TRÈS-PETITE ÉRIGNE.

OBS. — Il y a un an, environ, j'ai été appelé, dans l'après-midi, pour voir la fille d'un ecclésiastique, enfant de 5 à 6 ans, dans l'oreille de laquelle était tombé, depuis la veille, un grain de blé indien (*indian corn*). A l'examen, j'aperçus la partie blanche d'une de ses extrémités: il était placé au-delà de la portion courbe du conduit, au milieu de la portion osseuse du canal, en contact du tympan. En conséquence, j'ai soupçonné que des tentatives irrégulières d'extraction avaient été faites avant mon arrivée. Je fis d'abord quelques injections d'eau tiède avec une petite seringue, puis après, j'employai des pinces appropriées, mais sans succès. L'enfant s'est tellement exaspéré sous l'action de ces essais, que je craignis un instant qu'il ne tombât en convulsions; aussi ai-je remis un second essai au lendemain, à la lumière du jour.

Je portai alors sur moi un petit crochet dont on fait usage pour l'opération de la pupille artificielle (érigne de Gibson). Je savais maintenant que les difficultés seraient accrues à cause du gonflement du corps étranger et des parties qui le contenaient. J'ai donc fait coucher l'enfant sur une table à manger, et je l'ai fait maintenir convenablement par des aides. J'ai soulevé le pavillon de l'oreille avec une main, afin de redresser son conduit; j'ai introduit avec l'autre l'érigne, en suivant avec précaution la paroi inférieure du canal; je suis arrivé de la sorte jusqu'au bord inférieur de la membrane du tympan, que j'ai facilement senti; j'ai alors exercé un petit mouvement avec mes doigts, et j'ai retourné la pointe de l'érigne en haut, qui se trouvait par conséquent derrière le corps étranger; j'ai tiré à moi, et le corps étranger est sorti à l'instant. La petite malade a guéri sans éprouver d'accidens consécutifs.

III. THE DUBLIN JOURNAL OF MEDICAL AND CHIMICAL SCIENCE.

Le cahier de septembre de ce journal contient en articles originaux: 1° *affections anormales du larynx qui réclament la trachéotomie*,

par M. Henry Porter, professeur d'anatomie et de chirurgie à Dublin; 2° *résultats nécropsiques comparatifs dans le typhus de Dublin, Paris et Genève*, par M. Lombard; 3° *tableau statistique sur les différens médicamens administrés pendant le dernier semestre à Dublin*, par M. W.-D. Moore; 4° *considérations sur les fièvres*; par M. W. Mateer, médecin de l'hôpital des fiévreux; 5° *problèmes médicaux*, par M. W. Griffin; 6° *considérations sur les maladies du système nerveux*, par M. C. Lendrick; 7° *sur l'amputation du pénis*, par M. Thomson, médecin à Dublin.

AFFECTIONS ANORMALES DU LARYNX QUI RÉCLAMENT LA TRACHÉOTOMIE; mémoire lu à la Société chirurgicale d'Irlande, le 16 avril 1836, par M. W. PORTER, professeur d'anatomie et de chirurgie à Dublin.

J'ai eu, dit l'auteur, l'occasion d'observer plusieurs fois que les fonctions de la respiration pouvaient être dangereusement interceptées au point d'exiger impérieusement la trachéotomie, sans qu'on puisse pourtant déterminer au juste la cause de l'obstruction. Dans plusieurs de ces cas, néanmoins, le mal consistait à coup sûr dans une lésion fonctionnelle. Effectivement, les malades ont pu reprendre ensuite l'usage parfait des fonctions laryngiennes, c'est-à-dire la respiration et la parole. Dans d'autres cas, au contraire, la lésion était probablement organique, car les malades ont été obligés de faire usage d'une respiration artificielle pour prolonger leur existence. Je dis probablement, car, jusqu'à ce jour, je n'ai pu éclairer le mal par des autopsies. Le sujet, cependant, me paraît assez important et neuf pour y appeler l'attention des praticiens. Si je suis bien informé, du reste, des affections analogues, sinon identiques, ont été observées chez les animaux inférieurs. Je viens d'apprendre en effet que, l'été dernier, M. Crampton a pratiqué la trachéotomie sur un cerf chez lequel on n'a trouvé aucune altération au larynx après la mort; ou du moins, ce qu'on y a rencontré était insuffisant pour expliquer les symptômes alarmans et visibles à tout le monde qui avaient réclamé l'opération. La maladie du cheval appelée *rugissement* (*a roarer*, cheval crieur) offre aussi de la ressemblance avec les affections dont il s'agit, si ce n'est qu'elle n'est pas dangereuse pour la vie, à ce que je crois (1). L'auteur rapporte plusieurs faits à l'appui de ce qui précède.

OBSERVATIONS SUR LES FIÈVRES DES TROPIQUES AVEC QUELQUES ADDITIONS SUR L'HISTOIRE D'UN VOYAGE PUBLIÉ PAR LE CAPITAINE OWEN, par M. J. WALLACE, chirurgien.

Les médecins anglais se sont occupés, plus que ceux d'aucune autre contrée, de l'étude des maladies qui règnent habituellement sous les tropiques, font tant de ravage dans les flottes et les armées exposés à leur influence funeste, et qui sont désignées par eux sous le nom de fièvre. Nous regrettons que le travail de M. Wallace ne présente que de longues et vagues discussions sur la nature de ces maladies, sur quelques-unes des causes auxquelles on les a attribuées et sur les différentes médications qu'on doit leur opposer; car il nous serait impossible de rattacher ces maladies, après la description qui en est donnée ici, à aucune des affections admises dans nos cadres nosologiques; de même nous serons obligés de passer entièrement sous silence la critique que fait l'auteur des idées émises sur la nature de ces maladies par le capitaine Owen lequel a eu de fréquentes occasions de les observer dans ses voyages en Arabie et dans l'intérieur de l'Afrique qui a dévoré tant d'Européens.

OBSERVATIONS SUR LES EFFETS DÉLÉTÈRES PRODUITS QUELQUEFOIS PAR LE PORC; contenues dans une lettre adressée au professeur Christison, par le docteur M'DIVITT, médecin de l'hôpital de Kent.

Les expériences de Buchner et de Schumman sur les saucisses feraient supposer que les effets vénéneux qu'elles produisent quelquefois dépendraient de la formation d'un acide particulier; de leur côté Henneman, Westrumb et Hünefeld attribuent à l'excès d'acide caséique et à la présence de l'acide sébacique les accidens que détermine aussi dans quelques cas cet aliment. Les résultats de ces expériences peuvent bien, jusqu'à un certain point, expliquer les cas où le plus grand nombre des personnes qui avaient mangé du même aliment en ont été indisposées; mais il arrive souvent que quand plusieurs personnes ont pris le même aliment une seule en est malade, et alors il est difficile d'admettre que cet aliment fût réellement vénéneux. L'auteur regarde comme plus rationnel de supposer que dans divers états des organes digestifs les alimens sont convertis en poison par leur mélange avec certaines sécrétions morbides de l'estomac ou des intestins, ou simplement par quelque dérangement survenu dans les fonctions digestives.

Il n'est pas rare que le porc frais détermine, chez ceux qui n'en mangent pas souvent, de la diarrhée avec de fortes coliques; dans quelques cas même il produit des symptômes exactement semblables pour le caractère et l'intensité à ceux que détermine l'inflammation la plus aiguë, la perforation de l'estomac ou des intestins et l'injection des poisons âcres. Le docteur Gregory rapportait dans ses leçons qu'il avait été appelé auprès d'un malade qui souffrait, lui disait-on, de la goutte remontée, et qu'il avait guéri en lui faisant vomir du porc qu'il venait de manger, et était la seule cause de ses souffrances. L'auteur cite six observations analogues. Nous allons reproduire les traits principaux de deux d'entre elles avant de présenter les conclusions que l'auteur en a tirées.

Le premier fait a pour sujet un homme qui, à la première apparition des symptômes, se crut d'abord empoisonné et accusa aussitôt une jeune femme, avec laquelle il habitait, d'avoir mis dans le thé, qu'elle lui avait servi, une substance vénéneuse. L'abdomen n'était pas tendu, mais il y avait dans les régions épigastrique et ombilicale une douleur extrêmement aiguë, accompagnée de vomissemens continuels d'un fluide noirâtre, contenant quelques débris de chair en partie digérée. Il accusait aussi une sensation de sécheresse et de brûlure dans la gorge; le pouls était faible; les extrémités froides, et tout le corps couvert d'une sueur froide. Un émétique facilita la sortie de quelques débris d'alimens et fit disparaître immédiatement tous les accidens; on apprit que le malade avait mangé du porc à son dîner. Ce fait est surtout important en raison des soupçons qu'il avait fait porter sur la jeune femme et sur sa mère qui demeurait dans la même maison, et qui ne jouissait, comme sa fille que d'une réputation fort douteuse. Si la mort eût eu lieu au milieu de ces accidens, et que des poursuites eussent été faites on conçoit combien toutes ces circonstances auraient déposé contre l'accusée. Le porc était salé depuis cinq jours, et déjà le même sujet en avait mangé une fois sans en être incommodé. Il avait dîné à une heure et les accidens avaient commencé à sept heures et demie.

OBS. — Charles Woolley, pléthorique, arrivé à un âge avancé, fut pris, à trois heures de l'après-midi, d'une douleur très-forte dans la région de l'estomac, ressemblant à une crampe, et qui lui « coupait la respiration. » Au bout d'une heure, lorsque je le vis, les muscles de la respiration, y compris le diaphragme, semblaient presque immobiles, ce qui tenait aux efforts que faisait le malade pour ne pas faire de mouvemens. Chaque respiration un peu profonde aggravait beaucoup la douleur. La face était pâle et offrait l'expression de la plus vive anxiété; le pouls était faible et intermittent; il y avait un hoquet fatigant dont chaque paroxisme était suivi de vomissemens. Le malade se plaignait de ce qu'il avait sur l'estomac quelque chose de lourd et de dur comme une pierre. Deux heures avant l'attaque, il avait mangé du porc frit, et en petite quantité; il avait pris un peu d'eau-de-vie, mais sans soulagement. Le vomitif lui fit d'abord rejeter un fluide âcre et noirâtre, avec quelques débris de pain, et plus tard des morceaux de foie de porc et de gras de porc. Le soulagement fut immédiat.

Nous ne rapporterons pas les quatre autres observations, qui offrent à peu près les mêmes phénomènes morbides. Dans un cas pourtant, nous voyons qu'aux accidens décrits ci-dessus il se joignit une éruption semblable à l'urticaire, et qui parut et disparut plusieurs fois de suite et en peu de temps. L'auteur dit en outre avoir observé plusieurs autres fois la même chose, et toujours les malades avaient mangé, quelques heures auparavant, du porc rôti, frit ou bouilli à leur dîner. Voici maintenant quelques unes des réflexions qu'il présente à la fin de sa communication.

On n'a rien pu découvrir d'anormal dans le porc qu'avaient mangé les personnes qui ont éprouvé ces accidens. Ces derniers sont arrivés plus fréquemment à la suite de l'ingestion du porc rôti, que quand il avait subi les autres préparations culinaires. L'auteur n'a jamais vu ces accidens survenir à la suite de l'ingestion du jambon ou du porc salé depuis plus de trois semaines; il est porté à croire que le maigre de la viande de porc ne détermine pas ces accidens, car toujours il a trouvé que les malades avaient mangé de préférence le gras. Il a observé ces accidens spécialement dans les dernières classes, où l'on a une préférence décidée pour les morceaux les plus gras.

L'époque à laquelle les accidens se développent varie entre les trente premières heures qui suivent l'ingestion de l'aliment. S'ils se développent dans les trois premières heures, c'est surtout vers l'estomac qu'ils

(1) La maladie à laquelle l'auteur fait ici allusion, peut être produite artificiellement chez le cheval en lui coupant les nerfs pneumo-gastriques. Nous avons dernièrement assisté à des expériences de cette nature faites par M. Dupuy à Montfaucon. A peine le nerf était-il coupé de chaque côté, que la respiration devenait extrêmement gênée et l'animal jetait des cris continuels d'une voix rauque et pour ainsi dire agonisante; il mourait asphyxié après quelque temps, si on ne lui pratiquait point la laryngotomie. (*N. du Réd.*)

se concentrent : douleur subite et violente dans la région de cet organe; constriction intolérable à l'épigastre; respiration courte, difficile et imparfaite; dans quelques cas, intermission et irrégularité dans les mouvemens du cœur; expectoration considérable, et telle que le malade croit qu'il va expirer à chaque instant; transpiration froide et froid des extrémités; les vomissemens spontanés déterminent un peu ces accidens, qui sont entièrement enlevés par l'émétique.

Si les symptômes commencent à se développer de trois à sept heures après l'ingestion, le malade ressent dans la région du duodénum ou de l'intestin grêle une douleur aiguë, avec prostration, et que, d'après la description qu'il en donne, on pourrait prendre pour une colique hépatique, puis tous les symptômes déjà décrits, si le malade reste sans soins; si la cause de son indisposition étant méconnue, on n'a pas recours aux moyens convenables, la douleur change de nature et devient pesante; les vomissemens continuent; le pouls devient vif et aigu; la langue chargée; la peau sèche; l'abdomen devient le siége de douleurs vives et générales et prend un développement considérable : alors on soupçonne une péritonite, une entérite, une colique nerveuse, et, après que la saignée et les opiacés ont été employés sans succès, enfin on a recours aux purgatifs qui soulagent promptement les malades.

Si plus de sept heures se sont écoulées la douleur est ordinairement dans le cœcum ou dans le colon; les vomissemens sont rares ou ont entièrement cessé, alors les vomitifs seraient sans effet; les purgatifs sont le seul moyen de soulagement, et la première garde-robe obtenue est ordinairement suivie d'un soulagement manifeste; il faut cependant soutenir l'action du purgatif pendant plusieurs heures.

L'auteur dit avoir vu plusieurs fois la douleur apparaître au bout de 24 ou 30 heures dans la région de l'S iliaque. Dans un cas où les accidens se développèrent trente heures après l'ingestion du porc (c'est l'époque la plus éloignée qu'il ait observée), les lavemens purgatifs furent sans effet, et il fut obligé d'administrer l'huile de croton qui arrêta immédiatement tous les symptômes.

Les cordiaux et les stimulans dont l'auteur condamne l'emploi comme unique moyen de soulagement, ne doivent cependant pas être entièrement proscrits; ils peuvent même être nécessaires, en attendant l'action des purgatifs, pour soutenir le malade qui, à chaque instant, croit qu'il va expirer. Il est possible encore que, si la maladie avait duré pendant plusieurs jours sans le traitement convenable, il se développât une inflammation sur quelque point du canal digestif et qui réclamât alors le traitement antiphlogistique.

DE LA FORCE VITALE DU MOUVEMENT SPONTANÉ QUI EST INHÉRENT AU SANG; par le docteur MADDOCH HAWLEY.

Ce travail pourrait être considéré comme un complément d'un mémoire lu par le docteur Alison d'Edimbourg au congrès scientifique de Dublin, sur les propriétés vitales du sang et des artères, et qui a été analysé dans la GAZETTE MÉDICALE (n° 9, 1836). Voici à peu près comment on pourrait résumer les principales propositions émises dans le travail de M. Hawley et les raisons qu'il apporte à l'appui de sa manière de voir.

1° Le mouvement du sang des branches de l'artère pulmonaire à l'oreillette gauche dépend non de la systole du ventricule droit, ni de la tonicité des vaisseaux, ni des mouvemens respiratoires, mais d'un mouvement spontané qu'acquiert ce fluide lorsqu'il est renouvelé dans les poumons. En effet, la ténuité des parois du ventricule droit ne permet pas d'attribuer à l'action de ce ventricule la circulation pulmonaire tout entière; en outre l'état dans lequel sont les différentes cavités du cœur après la mort démontre que ce n'est pas à l'action du ventricule droit seul qu'est due cette circulation; car il résulte évidemment de cet examen que c'est le ventricule gauche qui, le premier, cesse d'agir; ensuite l'oreillette gauche, puis le ventricule droit et enfin l'oreillette droite, ou en d'autres termes que la circulation a cessé de se faire dans le poumon avant que les contractions du ventricule droit aient cessé. Il résulte donc de cette manière de voir que le sang ayant cessé d'être artérialisé, cesse par ce fait de traverser les poumons; de là l'état de plénitude des cavités droites du cœur dans la plupart des cadavres, pendant que les cavités gauches sont le plus souvent presque vides.

Si on explique la théorie de l'asphyxie d'après cette opinion, on retrouvera à peu près la théorie des anciens physiologistes Haller et autres, qui en plaçaient la cause dans les poumons, avec cette différence pourtant qu'ils attribuaient au défaut de déplissement des vésicules pulmonaires la suspension de la circulation, qui, dans l'opinion des vitalistes modernes d'Edimbourg, serait due à la non-artérialisation du sang, le sang artériel étant seul susceptible de circuler dans les ramifications de l'artère pulmonaire.

2° La même activité spontanée inhérente au sang est aussi une cause matérielle de son mouvement dans les capillaires du système aortique.

3° Cette activité vitale ou spontanée du sang éprouve une augmentation morbide dans l'inflammation aiguë, en même temps que la tonicité des capillaires de la partie enflammée, est diminuée. Les preuves que l'auteur apporte à l'appui de ces deux propositions, nous semblent différer très-peu de celles avancées par le docteur Alison dans l'article déjà cité.

4° On peut rapporter à une altération de cette propriété vitale du sang, et peut-être plus souvent à sa diminution qu'à son augmentation, quelques-unes des maladies du cœur que l'on considère ordinairement comme primitives. Ainsi, dit l'auteur, sa diminution dans les poumons peut d'abord dilater le cœur droit et le système veineux, et amener ensuite l'apoplexie ou l'hydropisie; et, d'un autre côté, son augmentation peut produire tous les signes d'une véritable hypertrophie du cœur; de sorte que plusieurs maladies formidables des organes vitaux, que l'on a considérées jusqu'ici comme primitives, pourraient bien n'être, dans quelques cas, que l'effet d'une altération des forces vitales qui sont inhérentes au sang.

REMARQUES SUR CERTAINES AFFECTIONS DU TISSU CELLULAIRE DES JAMBES, par G. GULLIVER, médecin militaire.

L'auteur signale deux formes de l'induration du tissu cellulaire qu'il a observées surtout chez les soldats chez lesquels les longues marches qu'ils font quelquefois déterminent souvent un gonflement douloureux des pieds et des chevilles, et que quelquefois même ils savent provoquer dans le but de se faire exempter du service.

Dans la première de ces deux formes et qui est la plus fréquente, après que le malade a eu pendant longtemps du gonflement autour des chevilles et sur le pied, la maladie prend un caractère plus invétéré. On reconnaît alors un épaississement, avec induration du tissu cellulaire sous-cutané et qui rend l'homme incapable d'un service actif.

Dans la seconde forme, bien que le soldat l'attribue à la même cause que la précédente, le caractère anatomique de la maladie offre cependant une différence remarquable : il n'y a qu'induration et rigidité du tissu cellulaire sous-cutané sans épaississement. La partie inférieure de la jambe et souvent le dos du pied semblent tout d'une pièce, et l'on ne peut saisir entre les doigts le plus petit pli de la peau. Il ne survient de gonflement qu'à la suite des exercices forcés. Dans les cas que l'auteur dit en avoir observés la maladie était toujours bornée à une seule extrémité. Il rapporte ici quatre observations de cette maladie qui n'offrent pas de données plus positives que celles indiquées dans la description générale que nous venons de parcourir. Enfin il termine en demandant si cette affection peut être rapportée à l'éléphantiasis des Arabes, ou bien à une affection du tissu cellulaire des extrémités inférieures observée par le docteur Davy, au fort Pitt, et à la suite de laquelle on trouvait les veines du membre obstruées par un caillot sanguin, mais sans inflammation de la membrane interne de ces vaisseaux.

TABLEAU STATISTIQUE ET COMPARATIF DES PRINCIPAUX MÉDICAMENS, indiquant le nombre de fois qu'ils ont été prescrits à Dublin depuis soixante ans; par W. MOORE.

L'auteur de ce singulier travail a relevé, sur les registres de la pharmacie ouverte par son grand-père en 1780, le nombre de fois que chacun des principaux médicamens a été prescrit. Il en a présenté le résultat sur trois colonnes, ainsi que nous le faisons dans le tableau suivant, pour un petit nombre seulement de médicamens, et pour ceux qu'on peut regarder comme représentant une médication tout entière. La première colonne indique les années de 1780 à 98, la seconde se termine à 1817, et la troisième a 1836.

Émétique et tartre-émétique.	178	38	56
Poudre de James.	4	35	44
Kermès minéral.	8	3	0
Opium.	102	79	116
Jusquiame.	0	4	44
Quinquina.	102	42	10
Sulfate de quinine.	0	0	20
Esprit de mendererus.	67	35	22
Gayac.	32	10	2
Salsepareille.	8	15	5
Calomélas.	84	189	114
Blue pill.	17	39	156
Frictions mercurielles.	35	11	1
Sangsues.	1	20	45

Si nous supposons que ce tableau représente réellement les variations

qu'a éprouvées l'emploi des médicamens à Dublin pendant les soixante dernières années, nous y trouvons des changemens importans et qui sont trop d'accord avec ce qui est arrivé chez nous, pour que nous ayons besoin de nous y arrêter long-temps. Ainsi, l'emploi progressivement croissant des saignées locales, et progressivement décroissant des frictions mercurielles; mais il en est d'autres que nous nous expliquerions difficilement. Ainsi, la diminution considérable survenue dans l'emploi du quinquina ne dépend pas, il est évident, de la substitution du sulfate de quinine. Les fièvres intermittentes seraient-elles aujourd'hui moins fréquentes à Dublin qu'autrefois, ou bien l'employait-on, de 1780 à 1798, dans des cas que les progrès du diagnostic ont démontré ne pas appartenir à des affections intermittentes?

STATISTIQUE DE LA FIÈVRE AVEC QUELQUES OBSERVATIONS GÉNÉRALES SUR SA NATURE, SES CAUSES ET SON TRAITEMENT, par W. MATEER, médecin de l'hôpital de la fièvre de Belfast.

Pour que ces tableaux statistiques eussent toute l'importance qu'on accorde aujourd'hui à ces sortes de recherches, il faudrait que l'on fût bien d'accord sur ce que l'on entend en Angleterre par le mot *fièvre*. Or, nous pensons que même aujourd'hui les Anglais comprennent sous cette désignation des états morbides différens; et, même en admettant que, influencés par les travaux des pathologistes français, ils aient restreint depuis quelques années le mot fièvre dans des limites moins étendues, leurs travaux anciens n'en offriraient pas moins le même inconvénient. Ainsi ce tableau comprend tous les malades reçus à l'hôpital de Belfast depuis 1818 jusqu'en 1825, et doit nécessairement comprendre un certain nombre de cas qui aujourd'hui ne seraient plus rangés, même par les médecins anglais, parmi les cas de fièvre.

Après ces réflexions, qui nous ont paru utiles pour empêcher qu'on ne donne aux documens fournis par ce tableau une valeur exagéré, nous allons cependant offrir quelques-uns des résultats qu'on peut considérer comme les plus importans.

Contagion. Tous les travaux des médecins anglais sont pleins de documens qui prouvent que chez eux la fièvre offre un haut degré de contagion. Le docteur Mateer confirme encore, sous ce point de vue, l'opinion régnante parmi les médecins anglais. Sur 9,588 malades atteints de fièvre et reçus à l'hôpital de Belfast pendant les dix-sept années sur lesquelles repose son travail, il a trouvé que 7,246 appartenaient à 1,856 familles, ce qui établit une moyenne de quatre malades par famille, tandis que le nombre des cas isolés n'a été que de 2,342.

L'auteur a dressé un tableau des jours de la maladie où sont entrés les malades, et a trouvé que sur 6,988 malades reçus avant le huitième jour il n'en est mort que 375 ou environ 5 pour 100; tandis que sur 2,592, qui ont été reçus après cette époque, il en est mort 285 ou environ 10 pour 100. D'où il suit que les malades qui restaient chez eux pendant les huit premiers jours doublaient pour eux les chances de la mortalité. Dans un autre tableau, où la mortalité est présentée pour chaque âge, nous voyons qu'au-dessus de 20 ans elle était d'un peu plus de 2 pour 100; de 20 à 40, de 8 pour 100; de 40 à 60, de 20 pour 100; de 60 à 80, de 25 pour cent.

Nous signalerons encore le résultat suivant qui est important sous le rapport de l'hygiène; l'auteur examinant les rues d'où étaient venus les malades trouve nécessairement qu'ils venaient de celles habitées par les classes les plus pauvres. Cependant il a remarqué que l'une d'entre elles, qui n'est ni la moins pauvre, ni la plus mal exposée, a fourni les trois cinquièmes de tous les malades. Mais cette rue étant sur un point plus élevé ne peut recevoir l'eau qui est distribuée avec abondance au reste de la ville, on ne l'y obtient qu'avec difficulté et en moindre quantité que les besoins ne l'exigeraient. Il en résulte que la rue est malpropre, que l'écoulement des eaux ne s'y fait que très-imparfaitement, et que les débris des matières animales et végétales n'étant pas entraînés, comme sur les autres points, par un courant d'eau, s'accumulent dans quelques endroits et y engendrent des miasmes funestes.

La durée moyenne du séjour à l'hôpital a été de vingt-deux jours, et celle de la maladie de vingt-neuf.

Les autres résultats statistiques obtenus par M. Mateer, ayant rapport à la marche de la maladie à l'époque des crises, au danger des rechutes et aux traitemens employés, ne nous offriraient qu'un très-médiocre intérêt pour les raisons que nous venons d'exposer ci-dessus. Vous croyons donc devoir les négliger.

OBSERVATIONS SUGGÉRÉES PAR LA COMPARAISON DES ALTÉRATIONS PATHOLOGIQUES OBSERVÉES A LA SUITE DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE A DUBLIN, A PARIS ET A GENÈVE; par le docteur LOMBARD, médecin de l'hôpital de Genève. (Communiquées dans une lettre au docteur Graves).

SECONDE LETTRE DU DOCTEUR LOMBARD AU DOCTEUR GRAVES AU SUJET DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE.

Le sujet dont s'occupe l'auteur de ces deux lettres est un de ceux dont il a été le plus souvent question dans les colonnes de la GAZETTE MÉDICALE. Toutes les fois qu'en rendant compte de quelque production anglaise, nous avons été amenés à la question des fièvres, constamment nous avons elevé des doutes sur l'identité de la fièvre typhoïde et de l'état morbide, ou des divers états morbides que les Anglais désignent par le nom générique de *fever*; et toujours nous avons exprimé le désir que cette question fût examinée dans les hôpitaux anglais par quelqu'anatomiste qui fût familiarisé avec les recherches les plus récentes des anatomo-pathologistes français. En effet, il est évident, d'après les nombreuses descriptions de la fièvre (*fever*) qui ont été données par un grand nombre d'écrivains anglais, que la fièvre qui règne dans ces contrées depuis 1816, offre sous le rapport de la symptomatologie une identité parfaite avec les formes diverses de notre fièvre typhoïde; mais les altérations anatomiques sont-elles les mêmes? Telle est la question qu'il serait, il nous semble, si facile d'éclaircir, et sur laquelle cependant nous n'avons obtenu jusqu'ici que des documens très-imparfaits.

Les docteurs Alisson et Bright furent les premiers qui signalèrent, nous pensons, les altérations de la dothinentérite en Angleterre. Depuis, un grand nombre d'écrivains anglais en ont parlé, mais aucun ne s'en est occupé d'une manière spéciale. Cette altération n'a fait en Angleterre l'objet d'aucun travail important qui puisse être comparé à ceux qui ont été faits en France sur ce sujet. Mais tous paraissent d'accord pour considérer cette altération comme moins fréquente qu'en France, cependant en considérant le peu d'importance que les médecins anglais attachaient à cet examen, sachant en outre que le même doute avait régné longtemps en France sur la fréquence de cette altération, nous appelions des recherches exactes sur ce point, et le titre de ces deux lettres du docteur Lombard au docteur Graves nous avait fait concevoir l'espoir d'obtenir enfin la solution de cette question que nous regardons comme très-importante. Suivons un peu l'auteur dans ses deux communications.

M. Lombard nous dit avoir fait trois autopsies, deux à Dublin et une à Glascow, de sujets qu'on lui dit avoir succombé à la fièvre; et chez aucun d'eux il n'a trouvé les lésions attribuées en France à la fièvre typhoïde. Puis, après avoir parlé de l'analogie parfaite qui existe entre la fièvre typhoïde de France et la fièvre des Anglais, il signale quelques-unes des différences qu'il a cru remarquer entre ces deux états morbides. L'éruption (dite *typhoïde*) lui a paru plus abondante et plus fréquemment mêlée de pétéchies; la maladie s'observe, en Angleterre, chez les vieillards et chez les enfans à la mamelle, ce qui n'a pas lieu en France. La diarrhée paraît moins fréquente à Dublin et à Glascow qu'à Paris et à Genève; enfin, la contagion qu'un petit nombre seulement de médecins français admettent pour la fièvre typhoïde est si évidente pour la fièvre (*fever*), qu'elle est admise par tous les médecins anglais comme la cause la plus fréquente de la maladie. L'auteur, adoptant une opinion qui est, nous croyons, assez généralement répandue parmi les médecins anglais, considère l'Irlande comme la source de la fièvre qui règne en Angleterre, et qu'il croit être la même affection que le typhus qui régna en 1813 et 14 dans les armées du continent et tous les lieux qu'elles parcoururent. Dans cette opinion, Dublin serait le centre d'un foyer de contagion d'où la fièvre se répandrait chaque année avec les masses d'Irlandais qui émigrent en Angleterre. Ainsi, à Glascow, où il n'y a pas moins de 60,000 ouvriers Irlandais, la fièvre y fait beaucoup de ravages. On observe le même fait à Liverpool. A Manchester, au contraire, la fièvre est moins fréquente parce que les Irlandais y restent en familles et ne se renouvellent pas chaque année. Il en est de même à Birmingham; et si, à Londres, on n'observe qu'un petit nombre de cas de fièvres relativement à ce qu'offrent les villes que nous venons de nommer, c'est que le trajet que font les Irlandais pour arriver à la métropole est pour eux une espèce de quarantaine pendant laquelle ils perdent une grande partie des miasmes contagieux qu'ils apportent avec eux, et qui auraient produit leurs effets funestes s'ils s'étaient arrêtés à de moindres distances. Si la fièvre était aussi commune à Londres qu'à Dublin, les hôpitaux de Londres contiendraient au moins 3,000 malades, tandis que l'hôpital spécialement consacré à la fièvre (*fever hospital*) n'en reçoit pas plus de 500 à 600 par an, et dont un grand nombre sont atteints d'autres maladies.

Ces documens ajoutent peu à ce que nous ont appris les travaux publiés depuis quelques années à Londres, par le docteur Twedie; à Glascow, par le docteur Miller à Dublin, par les docteurs Graves et Stock

et tant d'autres écrivains qui se sont occupés de ce sujet. Les trois autopsies qu'a faites M. Lombard ne peuvent nous convaincre complétement, car il n'est pas démontré que les sujets eussent présenté les symptômes de la fièvre typhoïde; on l'a dit à M. Lombard, mais il ne les a pas observés lui-même, et il nous permettra de conserver quelques doutes à cet égard; car nous savons que dans les hôpitaux anglais destinés aux fiévreux, on reçoit souvent des malades atteints d'affections très-différentes, et que beaucoup de maladies présentent à une certaine époque de leur durée les même symptômes que la fièvre typhoïde. De là l'erreur de Pinel qui décrivit la fièvre adynamique d'après les cas qu'il avait observés à la Salpêtrière et qui étaient probablement, ainsi que l'ont démontré MM. Dechambre et Hourmann des cas de pneumonie adynamique.

Une autre cause d'erreur encore et qui n'a été signalée que dans ces derniers temps, c'est que l'altération des follicules disparaît souvent avant que les phénomènes morbides aient entièrement disparu; et il n'est pas rare même à Paris de remarquer à l'autopsie des sujets, qui sont morts après deux mois ou plus de maladie, que ces altérations ont presque complétement disparu, soit que les ulcérations, s'il y en a eu, se soient cicatrisées, soit que les plaques aient passé par les différens degrés de résolution. Il faut, pour éviter cette cause d'erreur lorsque le sujet est mort à une époque éloignée du début de la maladie, examiner avec soin si les intestins présentent les caractères qui appartiennent à ces diverses transformations de l'altération des follicules, et qui ont été décrites tout récemment. (Voyez Leçons de clinique médicale recueillie à l'Hôtel-Dieu de Paris, 1834.)

Il est donc nécessaire, pour obtenir la solution de ce problème important, de recueillir, ainsi que l'indique M. Lombard lui-même, de nombreuses observations dont les détails fournissent ce caractère d'authenticité sans lequel il ne peut y avoir de conviction réelle, et que les autopsies soient faites et rapportées par des anatomistes familiarisés avec les recherches les plus récentes.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 26 DÉCEMBRE.

POLYPES D'EAU DOUCE.

M. Gervais adresse les principaux résultats de ses recherches sur ces animaux.

Les espèces de ce groupe qu'il a pu observer sont au nombre de trois; la première, qui est la plus répandue, est celle que Trembley, Rœsel, et plus récemment M. Raspail, ont observée avec soin.

La seconde, plus nouvellement découverte, a été indiquée aux environs de Berlin par M. Ehrenberg, qui l'appelle *alcyonella articulata*; les caractères qu'elle a présentés à M. Gervais dans la disposition de ses tubes ou cellules, et dans le nombre et l'arrangement de ses tentacules, paraissent devoir en faire un jour le type d'un genre particulier. Cette espèce est commune au Plessis-Picquet.

La troisième espèce est celle que Rœsel a observée et représentée dans son histoire des polypes à la planche XCI. Celle-ci dont on a révoqué l'existence en doute est parfaitement distincte de la plumatelle ordinaire (*plumatella campanulata* ou *alcyonella fluviatilis*) dont j'ai parlé plus haut; Cuvier et Lamarck en ont fait, d'après la figure de Rœsel, un genre particulier, que le premier a nommé *cristatella*. Les œufs de cette cristatelle sont discoïdes et garnis d'épines ou crochets à l'une de leurs faces. Les polypes qui en sortent ressemblent assez aux plumatelles; ils ont de même une sorte de fer à cheval supportant environ 60 tentacules, au milieu desquels est la bouche; l'anus est ouvert au-dessous des branches du fer à cheval, c'est-à-dire sur le dos de l'animal et sur la ligne médiane. Deux des œufs de cristatelle que M. Gervais avait recueillis, ont éclos il y a quinze jours, et ont offert au bout de quelque temps un phénomène assez singulier. Au lieu d'un seul polype retractile dans le sac ascidiforme que Rœsel appelle le *corps en ballon*, chacun des sacs contenait trois polypes également retractiles et parfaitement distincts les uns des autres, ce que la transparence des parois permettait facilement de constater. Deux étaient plus petits et fixes par leur extrémité postérieure sur le polype primitif qui occupait le milieu.

Les plumatelles, dit M. Gervais, et les cristatelles sont, ainsi que l'a annoncé M. de Blainville, des animaux plus élevés en organisation qu'on ne l'admet généralement, et ils le sont même plus que les flustres, les escarres, etc., puisqu'ils n'ont pas la disposition rayonnée que l'on connait à ces derniers. L'*alcyonella articulata* se rapproche au contraire davantage des polypiaires membraneux.

ÉLECTIONS.

L'Académie procède par voie de scrutin à l'élection d'un correspondant pour remplir dans la section d'économie rurale la place devenue vacante par la mort de M. Rougier de la Bergerie.

La liste des candidats presentée par la section porte dans l'ordre suivant les noms de MM. Bigot de Morogues, Crud, Voght, d'Hombres Firmas, Ramon de la Sagra, Grosnier.

Le nombre des votans est de 50; au premier tour de scrutin, M. d'Hombres Firmas obtient 35 suffrages; MM. Bigot de Morogues et Ramon de la Sagra chacun 5. M. Crud 4; MM. Crud et Grosnier chacun 1; il y a un billet blanc.

M. d'Hombres Firmas ayant réuni la majorité absolue des suffrages, est déclaré élu.

ACIDE CAMPHORIQUE.

M. A. Laurent adresse un mémoire sur cet acide. Ses recherches ne sont pas entièrement d'accord avec celles des autres chimistes. On admet en effet que le camphogène étant formé de 40 atomes d'hydrogène, et son hydrate contenant en outre quatre atomes d'eau, il donne un hydrochlorate en s'unissant à dix atomes d'oxigène (ce qui donne deux atomes de cet acide). Il semblerait que le camphre lui-même devrait être un acide, puisqu'il contient de l'oxigène au-delà du radical; aussi, pour expliquer cette contradiction, M. A. Laurent a été conduit à supposer que le radical particulier de l'acide camphorique est formé seulement de vingt atomes de carbone, quatorze atomes d'hydrogène et un atome d'oxigène.

L'analyse du camphre lui a donné des résultats conformes à ceux que les autres chimistes avaient obtenus; mais l'acide camphorique, purifié avec le plus grand soin, ne lui a fourni que 3 atomes d'oxigène au lieu de 5. Ainsi, cet acide ne serait formé que de 20 atomes de carbone, 16 atomes d'hydrogène, et 4 atomes d'oxigène; et quand il a perdu un atome d'eau par la distillation, et qu'il est anhydre, il est formé de 20 atomes de carbone, 14 d'hydrogène, et 3 d'oxigène.

TEMPÉRATURE DES TISSUS ET DES LIQUIDES ANIMAUX.

M. Becquerel lit le résultat de recherches sur ce sujet, qui lui sont communes avec M. Breschet.

La production de la chaleur propre aux animaux et sa conservation à un même degré, quelle que soit la température du milieu dans lesquels ils sont plongés est un de ces phénomènes qui ont toujours attiré l'attention et souvent provoqué les expériences des physiologistes. MM. Breschet et Becquerel ont pensé que l'usage d'appareils plus délicats que ceux qu'avaient employé leurs prédécesseurs leur permettrait d'arriver plus loin. Le travail qu'ils présentent aujourd'hui n'est relatif qu'à quelques parties de la question; les autres seront successivement exposées. Dans une précédente communication, ils avaient exposé les résultats obtenus relativement à la température des tissus animaux. Aujourd'hui ils font connaître ceux qu'ils ont obtenus dans des expériences sur la température du sang.

D'après la manière dont avaient été faites les premières expériences des deux académiciens, il fallait que les suivantes fussent répétées dans les vallées et sur les plus hautes montagnes, afin de voir si les résultats ne variaient pas suivant la densité de l'air. Ils ont fait en conséquence des expériences comparatives à Martigny, en Valais, dans la vallée du Rhône et à l'hospice du Grand-St-Bernard. Des essais préliminaires leur avaient montré que la sensibilité du multiplicateur thermo-électrique, dont ils faisaient usage, était telle qu'un degré de déviation de l'aiguille aimantée correspondait à 0,11 de température centigrade; les indications données par cet instrument leur ont montré qu'il n'existe aucune différence sensible entre la température des muscles de l'homme et ceux du chien, soit qu'on l'observe dans la vallée du Rhône, soit qu'on l'observe au Grand-St-Bernard, et que le séjour d'un homme pendant quelques années dans les hautes régions des Alpes, n'a pas modifié d'une manière appréciable aux appareils employés la température de ses muscles.

Jusqu'ici on a fait peu d'expériences pour reconnaître la différence qui existe entre la température du sang artériel, et celle du sang veineux; les plus connues sont celles de John Davy. Les deux auteurs rappellent le procédé qu'employait l'expérimentateur anglais, et font ensuite connaître celui auquel ils ont eu recours. Davy avait trouvé pour moyenne de la différence entre les deux sangs dans des expériences faites sur les ruminans, 0 degré 78 centièmes. MM. Becquerel et Breschet, dont le mode d'expérimentation a l'avantage de ne point désorganiser les vaisseaux, ont trouvé chez le chien la moyenne de cette différence égale à 1 degré 1 centième.

Les mêmes observateurs ont essayé de déterminer les variations de température qui ont eu lieu dans un même système vasculaire, artériel ou veineux, à mesure qu'on s'éloigne du cœur; les résultats obtenus présentent une très-faible différence en faveur des parties les plus rapprochées du cœur. Ces expériences ont été faites sur des chiens; les auteurs se proposent de les répéter sur de plus grands animaux.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Présidence de M. Louyer-Willermay.

SÉANCE DU 27 DÉCEMBRE.

Correspondance officielle.

1° Lettre de M. l'aide-de-camp de service du roi, qui avertit l'Académie qu'elle aura l'honneur d'être reçue par Sa Majesté le 1er janvier à midi.

2° Lettre ministérielle du 21 décembre, dans laquelle on réclame le rapport de l'Académie sur les eaux minérales de Barbotan (Gers).

3° Lettre *idem*, 24 décembre, avec envoi du rapport du médecin-inspecteur des eaux minérales de Vic (Cantal).

4° Lettre *idem*, *idem*, avec envoi du rapport des eaux minérales de Bagnol et de la Chaldette (Lozère).

5° Lettre *idem*, *idem*, avec envoi du rapport du médecin-inspecteur des eaux minérales de Cransac (Aveyron).

6° Lettre *idem*, *idem*, avec envoi du rapport du médecin-inspecteur des eaux minérales d'Audinac (Arriège).

7° Lettre *idem*, *idem*, avec envoi du rapport du médecin-inspecteur des eaux minérales de la Bourboul (Puy-de-Dôme).

8° Lettre ministérielle, 21 décembre, avec envoi des états de vaccinations de l'Ain, de la Creuse, du Gard, de la Lozère, de la Vendée et de la Gironde.

9° Lettre *idem*, *idem*, avec envoi d'un rapport de M. le docteur Ballot, sur une épidémie dysentérique qui a régné dans la commune de St-Aignan-le-Gaillard.

10° Lettre *idem*, *idem*, avec envoi d'un rapport de M. le docteur Lacroix, sur une épidemie qui a règne dans l'arrondissement d'Orleans.

Correspondance manuscrite.

1° Lettre de M. Andrieu, d'Amiens, avec envoi d'une pièce anatomique.

2° Notice sur un cas d'asphyxie produit par la respiration d'un gaz delétère, par M. le docteur Fonduton.

3° Observation d'une épilepsie (*antartique*), par M. Poujol.

4° Abcès considérable sous l'aisselle, fait analogue à celui du fils de J. L. Petit, par M. Boinet.

5° Cas remarquable de mortification de l'extrémité abdominale droite, par M. François, de Mons.

6° Notice sur des sympathies morbides de l'oreille moyenne, par M. Deleau.

7° Note sur un polype uterin pour lequel on a fait un nouveau serre-nœud, par M. Pelletan.

8° Des inconvéniens de la présence de l'air dans les foyers et des moyens d'y remédier, par le même.

9° Observation de laryngo-trachéotomie, par M. Sédillot.

10° Lettre de M. Leroy, d'Etiolles, avec envoi d'un nouvel instrument pour pratiquer la pupille artificielle.

11° Lettre de M. Robert, de Marseille, lequel transmet à l'Académie une lettre de M. Chevalley de Rivaz, médecin de l'ambassade française à Naples. Le medecin de Naples revient sur la complication vermineuse qui s'ajoutait au choléra. La plupart de ces vers étaient des lombries, mais on en a vu beaucoup d'autres et notamment du genre des *trichocéphales*. Il est digne de remarque que beaucoup de personnes qui ont échappé au choléra n'ont pas échappé à l'affection vermineuse.

Du 2 octobre, jour de l'invasion du cholera, jusqu'au 4 décembre 1836, il y a eu :

Dans la classe civile	8378 cholériques.	Morts 4566.	En traitem. ou guéris 3812.
— militaire	294	121.	173.
	8672	4687	3985

M. Robert ajoute que la santé de Marseille est excellente. On a remarqué seulement 22 cas de varioloïde sur des enfans bien vaccinés, et quoiqu'il n'y ait pas d'epidémie de variole. Il ajoute que le nouveau vaccin que Paris a envoyé à Marseille est d'une activité fort supérieure à l'ancien.

Après le dépouillement de la correspondance, l'Académie procède à l'élection d'un troisième membre du conseil. Les suffrages se portent sur M. Guéneau de Mussy.

NOTE SUR LES DIFFÉRENCES QUI EXISTENT ENTRE LE CHANCRE ET LA BLENNORRHAGIE; par M. RICORD.

Symptomatiquement parlant, la difference entre le chancre et la blennorrhagie ne peut pas faire une question ; mais ces deux symptômes sont-ils de même nature, et dérivent-ils de la même source? C'est un point de doctrine fort débattu parmi les praticiens, et dont la solution touche de près à la pratique. Ceux qui considèrent la blennorrhagie comme l'effet d'une irritation commune de l'urètre, la traitent par de simples délayans; ceux qui pensent qu'elle peut dépendre d'un principe venerien, se croiraient coupables s'ils ne joignaient les antivenériens aux antiphlogistiques. Les uns et les autres sont conséquens aux principes qui les dirigent; mais de quel côté est la vérite? Là est la difficulté.

M. Ricord en a cherché la solution par voie d'experience, il a pris le pus d'un chancre, il l'a inoculé, et il a reproduit un chancre.

Il a pris le pus d'une blennorrhagie, il l'a inoculé, et jamais ce pus n'a reproduit de chancre. Bien entendu qu'avant de faire cette experience, il a examiné attentivement l'état des membranes d'où venait l'écoulement, et qu'il s'est assuré qu'elles n'étaient point ulcérées. C'est une assurance qu'il est facile de se donner dans les blennorrhagies des femmes et dans les blennorrhagies dites *bâtardes*.

Si le pus de la blennorrhagie a quelquefois produit des chancres, M. Ricord a annoncé, sur ce seul fait, qu'il existait des chancres, et l'inspection du vagin au spéculum, ou l'autopsie de l'urètre, a constamment justifié son pronostic.

Ainsi M. Ricord ne saurait partager l'opinion de ces medecins qui font dériver indistinctement le chancre et la blennorrhagie du même principe, fondés sur cette observation banale qu'on a vu la même femme transmettre aux uns un chancre, aux autres un écoulement, etc. Sans doute l'observation est juste et s'explique par la différence des prédispositions individuelles, mais c'est une erreur de croire que cette femme n'avait pas de chancres. Elle en avait, puisqu'elle en a donné; et ici encore il est vrai de dire : *nemo dat quod non habet*.

Sans doute il y a beaucoup de blennorrhagies sans chancres, mais il y en a aussi avec chancres; et celles-là sont les veritables blennorrhagies virulentes ou vénériennes; les autres ne le sont pas. Cependant il est encore des médecins qui soutiennent la bénignité de tous les écoulemens urétraux, et qui nient obstinément les ulcérations du canal. C'est pour ceux-là que M. Ricord présente une pièce anatomique qui ne laisse aucun doute sur la réalité de ces ulcérations. Elle a appartenu à un jeune homme de 17 ans, qui fut opéré du phymosis. Aux chancres du gland et du prépuce se joignit un écoulement blennorrhagique, puis une incontinence d'urine, et finalement le jeune homme succomba.

A l'ouverture du corps, on trouva, à la partie spongieuse de l'urètre, des ulcérations superficielles, mais non équivoques. Derrière la région du bulbe, toute la portion membraneuse et prostatique, le col de la vessie, la cavité même de cet organe jusque dans l'épaisseur de la prostate, présentaient les traces d'un vaste chancre phagedénique semblable à celui que M. Ricord a mis sous les yeux de l'Académie dans une autre circonstance.

LETTRE DE M. LE DOCTEUR LAFARGUE DE SAINT-ÉMILION SUR L'INOCULATION, AVEC LA LANCETTE, DE LA MORPHINE ET D'AUTRES SUBSTANCES. — Rapport de M. Martin-Solon.

En s'occupant des effets qui résultent de l'application des médicamens sur la peau dénudée, M. Lafargue conçut l'idée d'inoculer la morphine et les sels de morphine, absolument comme on inocule le virus-vaccin. Une minute et demie après l'opération, il vit poindre simultanément, à la base de la piqûre, une papule et une areole rosée, d'abord peu étendue, diffuse et accompagnée d'un léger prurit. Au bout de 15 à 25 minutes, la papule avait fait de rapides progrès; elle offrait de 3 à 4 lignes de largeur sur une d'épaisseur, ce qui lui donnait l'aspect très-aplati. Sa couleur était un peu plus vive que celle de la peau; elle pâlissait par la compression; elle etait dure. L'areole, d'un rose très-vif, n'avait pas moins d'un pouce et demi de diamètre. Durant la première heure, la papule et l'aréole se maintiennent à leur plus haut degré de developpement, après quoi l'une commence à se flétrir et l'autre à pâlir. Mais, ce n'est qu'au bout de 24 heures et quelquefois plus, qu'elle a totalement disparu.

M. Lafargue propose l'inoculation de la morphine par la lancette, comme un nouveau mode d'administration qui peut remplacer avantageusement les vésicatoires; et, dans son enthousiasme, il va jusqu'à donner la papule que nous venons de décrire comme un moyen d'eclairer le médecin-légiste aussi sûrement que les analyses de la chimie.

M. Martin-Solon a répété les expériences de M. Lafargue, et il se plaît à reconnaître qu'elles lui ont donné les mêmes résultats, quoique peut-être un peu moins réguliers. Mais ces résultats n'appartiennent pas exclusivement aux préparations opiacées. Il les a reproduits par l'inoculation d'un mélange de sucs gastriques et chymeux, de la solution de belladone et de strychnine. Toutefois, il est vrai de dire qu'ils n'ont pas été aussi fidèles, et qu'ils ont paru quelquefois plus petits; mais ces différences ne sont pas assez tranchées pour servir de base au jugement du médecin-légiste. Du reste, M. Martin-Solon partage l'avis de M. Lafargue sur l'utilité que la thérapeutique peut retirer de cette manière d'administrer les préparations d'opium et beaucoup d'autres. (Remerciemens à l'auteur. Envoi du mémoire et du rapport au comité de publication.)

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

NOTE SUR DES PERFORATIONS SPONTANÉES DE LA VESSIE; par M. MERCIER, interne des hôpitaux.

J'ai cherché à démontrer (*Bulletin de la Société anatomique*, mars 1835, GAZETTE MÉDICALE, avril 1836) que la plupart des perforations de la vessie que leur forme, le siége qu'elles occupent assez souvent, les circonstances dont elles sont presque toujours accompagnées, ont fait regarder comme produites par le bec des sondes pressant pendant un certain temps sur le même point des parois de la vessie, ne sont que le résultat de l'ulcération ou de la rupture du fond des alvéoles ou des petites cellules qu'on rencontre si fréquemment dans la vessie de ceux qui ont depuis longtemps une rétention d'urine. Comme aucune des observations que j'ai rapportées dans mon mémoire ne démontre ce fait d'une manière aussi irréfragable que la pièce que M. Petit, interne à Bicêtre, a fait présenter à la Société anatomique et qu'il m'a donnée ensuite, je vous prie d'en consigner la description dans votre journal.

OBS. — Un vieillard, depuis fort long temps, rendait continuellement ses urines goutte à goutte. Il y a 25 ans, environ, on essaya de pénetrer dans sa vessie au moyen d'une sonde, mais on ne put y arriver, et, depuis ce temps, toutes les tentatives de cathétérisme que l'on a faites, et notamment celles qui eurent lieu quelque temps avant sa mort à Bicêtre, furent inutiles.

A l'autopsie, on trouva immédiatement au dessus du bulbe, à l'extrémité inférieure de la portion membraneuse de l'urètre, un rétrécissement tel qu'un stylet ne put y pénétrer; on ne put y introduire qu'une soie de sanglier. Immédiatement en avant de ce rétrécissement se trouvait un petit cul-de-sac profond de 3 lignes, dans lequel les sondes venaient probablement s'engager. Cette fausse route est ancienne et bien organisée : en examinant du côte de l'abdomen la face postérieure de la vessie, on vit une poche assez ample qui était recouverte par le péritoine. En pressant sur cette poche, le pus dont elle était remplie refluait dans la vessie par quatre ouvertures d'une ligne à deux lignes de diamètre, arrondies, revêtues par la muqueuse de la vessie jusqu'au foyer purulent, où elles se rendaient. Une, entre autres, a une direction très-oblique en bas et arrière; elles sont situées à 2 pouces au-dessus des uretères, un peu à droite, sur la paroi postérieure de la vessie, et distantes les unes des autres de 2 à 3 lignes. Le foyer pourrait contenir un petit œuf de poule; il ne présente aucune trace de muqueuse, il est anfractueux; sa paroi antérieure est formée par la membrane musculeuse de la vessie, et quelques faisceaux charnus y font des brides au-dessous desquelles on peut passer un stylet. On trouve également une couche de fibres musculaires, mais bien moins épaisse, sur la paroi postérieure. La face interne de la vessie présente un assez grand nombre d'alvéoles formées par une hernie de la muqueuse entre les faisceaux musculaires; deux entre autres, situées un peu plus bas que les perforations décrites, ont leur muqueuse ulcérée, de sorte qu'elles communiquent entre elles au-dessous d'une colonne charnue qui a 3 lignes d'épaisseur. (*Bulletin de la Société anatomique* pour août et septembre 1836.)

— On écrit de Naples, en date du 9 décembre : « Enfin la ville respire; on rend à Dieu des actions de grâces solennelles; on a chanté le *Te Deum* dans les quartiers où le mal est presque entièrement éteint. Du 2 octobre, jour de l'invasion du fléau, jusqu'au 2 décembre, le nombre des personnes atteintes monte à 8,335, celui des morts à 4,463, celui des guéris à 881, celui des personnes encore malade à 2,991. Cette version s'accorde à peu de chose près avec la lettre de M. Chevalley de Rivaz. (*V.* Académie de medecine.)

BIBLIOGRAPHIE.

LA PRATIQUE DES ACCOUCHEMENS EN RAPPORT AVEC LA PHYSIOLOGIE ET L'EXPÉRIENCE, par J F. SCHWEIGHÆUSER, l'un des médecins en chef de l'hôpital civil de Strasbourg.

L'auteur n'a point eu la prétention de faire un traité complet; il n'a exposé, dit-il, que ce qu'il a vu et observé par lui-même, et comment il a cru le voir; et toutefois il présente un ouvrage « comme un essai de ramener l'exercice de l'art des accouchemens à l'exécution des seules règles que l'observation et l'expérience ont reconnues et approuvées. » Il semble donc que M. Schweighæuser va attaquer de front la pratique actuelle, et montrer comment elle s'est écartée des règles tracées par l'expérience; mais la réforme qu'il veut opérer n'est pas bien étendue, comme on en jugera par la rapide analyse qui va suivre.

Les cinq premiers chapitres sont consacrés à l'étude de la matrice, de la conception et du fœtus. L'auteur a senti dans un cas *d'inversion complète de la matrice sortie hors de la vulve*, les contractions des ligamens ronds, contractions tournoyantes et vermiculaires, et presque aussi fortes que le sont celles de l'utérus pour l'expulsion du fœtus; cependant l'utérus ne faisait plus aucun mouvement. Cela paraîtra sans doute assez extraordinaire; voici cependant un fait plus étrange encore. Dans un cas de rétention du placenta, M. Schweighæuser a trouvé la matrice remontée au-dessus du creux de l'estomac, et l'orifice à quatre doigts au-dessus du nombril! C'est là d'ailleurs tout ce que contiennent de neuf ces cinq chapitres.

Les six suivans traitent de la physiologie et de l'hygiène de la grossesse et de l'enfantement; les idées nouvelles y sont aussi rares que dans les précédens. M. Schweighæuser ne se contente pas de toucher la femme pour explorer l'état des organes génitaux; il veut voir; et il rapporte un fait assez curieux dans lequel une sage-femme avait touché, durant six semaines, par le méat urinaire au lieu du vagin. L'auteur, appelé au moment du travail, porta le doigt dans la même voie, et sentit la tête du fœtus à travers les parois de la vessie. L'exploration par la vue fit reconnaître que l'hymen était rétréci au point de n'admettre qu'une sonde; on l'incisa, et l'enfant arriva cinq minutes après.

Ce cas est rare; et comme un toucher attentif apprend assez au chirurgien si le secours de la vue est nécessaire, la pratique ordinaire nous paraît pouvoir être conservée sans inconvénient. En serait-il de même pour les manœuvres généralement conseillées dans le but de prévenir la déchirure de la fourchette et du périnée? L'auteur prétend que ces manœuvres produisent seules cette déchirure; la théorie qu'il expose à cet égard n'est pas extrêmement claire, mais à la théorie il joint l'expérience. « Dans deux cas de médecine légale, dit-il, pour accusation d'infanticide, je n'ai pu trouver ni au pénis, ni à la fourchette, aucun signe d'un accouchement récent, même étant moralement sûr qu'il s'en était fait un. La plupart des femmes qui accouchent sans assistance ni témoin conservent le périnée et la fourchette intègres; et j'ose même mettre en avant que le périnée récemment déchiré est un signe que l'accouchée n'avait pas été entièrement libre pour faire à sa volonté ou d'après l'instinct.» Cette assertion semble au moins exagérée; toutefois, avant de l'admettre ou de la rejeter, il sera bon d'en appeler à une expérience nouvelle.

Nous arrivons enfin aux chapitres essentiels et qui concernent spécialement la pratique des accouchemens. Voici les principales opinions que l'auteur veut substituer à celles de l'école actuelle.

Il n'y a qu'une position, toujours la même, pour la présentation de la face, qui est la première position occipit-le de Baudelocque, changée en faciale par le renversement de la tête en haut et en arrière. Les exceptions sont extrêmement rares, et ne doivent figurer dans le corps de doctrine qu'à titre d'exceptions.

Le précepte d'aller rechercher les pieds dans la présentation des fesses est ce qu'il y de plus répréhensible en pratique; c'est tuer un enfant qui suivant toute apparence serait né vivant.

Lorsque la tête descend la dernière, la pratique de tourner le ventre du fœtus du côté du sacrum est nuisible. Il en est de même de celle qui consiste à agir sur la tête en plaçant deux doigts sur la mâchoire supérieure ou même dans la bouche et deux doigts de l'autre main sur l'occiput. On risque ainsi de disloquer les vertèbres du col.

On pense généralement que le vagissement utérin ne se produit que quand il y a de l'air introduit dans la matrice. M. Schweighæuser attribue au contraire ce phénomène « précisément à l'impossibilité qu'il soit parvenu de l'air atmosphérique dans les narines ou dans la bouche de l'enfant; » et il expose en conséquence une théorie à laquelle, nous devons avouer que nous n'avons rien compris. Il nous paraît plus important de reproduire, d'après ce qu'il a vu, les conditions dans lesquelles ce vagissement se produit. « J'ai déjà moi-même entendu trois ou quatre fois, dit-il, un pareil cri, ou son pointu, faible et coupé.. c'était dans des accouchemens par l'extrémité pelvienne.... la tête était déjà assez avancée pour pouvoir la considérer comme ayant passé le détroit abdominal. » N'y a-t-il pas lieu de penser que ce cri vient alors de de la première inspiration de l'enfant, opération dans laquelle le son peut très-bien se produire, comme tout le monde peut le constater par une expérience personnelle?

Dans toutes les positions vicieuses de l'enfant, la présentation du bras est la plus fréquente. Cette position est déterminée par certains travaux domestiques pour lesquels on appuie le pubis et le bas-ventre contre un corps solide, le corps penché en avant pour ramasser quelque chose, et se relevant avec le fardeau appliqué contre le ventre de bas en haut. Ainsi l'auteur a rencontré la présentation du bras trois fois sur quatre chez des femmes de boulangers ou d'autres métiers qui obligent à pareil travail.

Telles sont les propositions qui nous ont le plus frappé. Nous les reproduisons sans les discuter, l'auteur les jetant ainsi lui-même en avant sans faits à l'appui ni discussion; et nous n'oserions dire que nous n'en avons point omis. Le livre de M. Schweighæuser est fort difficile à lire; les idées, comme les chapitres, se suivent sans liaison bien évidente; il s'étend avec une désespérante prolixité sur les choses les moins importantes; et quand le sujet exigeait au contraire d'amples détails, il se renferme dans une concision presque aphoristique. Enfin, l'on doit sans doute de la reconnaissance à l'auteur pour avoir tenté d'exposer dans leur langue, à des lecteurs français, des idées qu'il jugeait utiles, et dont plusieurs, en effet, méritent attention; mais M. Schweighæuser a plus consulté son zèle que ses forces; la langue française lui est peu familière, et, si nous n'avons pas toujours compris sa pensée, sans doute cela tient moins à son obscurité native qu'à l'idiôme rebelle dans lequel il a cherché à la rendre, et dont il n'a pas toujours été le maître.

VARIÉTÉS.

MONUMENT A AMBROISE PARÉ.

Le conseil-général du département de la Mayenne, dans sa délibération du 25 août dernier, avait organisé une commission centrale pour l'érection d'un monument à la mémoire d'Ambroise Pare, sur l'une des places de Laval, sa ville natale, et avait voté une somme de 2,000 fr. pour cet objet. La commune de Laval s'est associée à cette généreuse idee, en souscrivant pour une pareille somme. Cette commission, organisée aujourd'hui, vient de faire un appel à toute la France, et vient de créer à cet effet des commissions chargées de recueillir les offrandes dans chaque département. L'exécution de la statue d'Ambroise Paré est confiée à M. David, d'Angers

Ceux qui cultivent la science se souviendront que Paré fut appelé à juste titre le restaurateur de la chirurgie française.

Ceux qui appartiennent à la classe du peuple, où il était né, verront avec une juste fierté la France rendant hommage à la vertu, à la persévérance, au genie, consacrer le nom d'un humble plebeien, alors que le nom de ses maîtres et de ses puissans contemporains est tombé dans l'oubli, ou n'en a été sauvé que par d'indignes faiblesses ou d'effroyables attentats.

Le pays tout entier retrouvera avec émotion ces paroles que, prisonnier de guerre, il dit *tout à plat* au duc de Savoie qui cherchait à le séduire par des promesses, ou à le contraindre par des menaces: « Je n'ai aucune envie de faire service aux etrangers et ennemis de ma patrie. »

La veille de la Saint-Barthelemy, Charles IX envoya querir maître AMBROISE, son premier chirurgien et le premier de la chretienté, il le cacha dans sa chambre, et garde-robe, lui commandant de n'en bouger et disant: « Qu'il n'était pas raisonnable qu'un qui pouvait servir à tout un petit monde fût ainsi massacré. »

En 1804 Napoléon donna mission à M. de la Sns de rechercher à Laval les descendans d'AMBROISE PARÉ, qu'il voulait honorer de ses bienfaits.

« Celui qui fut appelé au service des roi de France, quatre desquels il avait servis, qui s'était trouvé en compagnie aux batailles et escarmouches, assauts et siéges de villes et forteresses; comme aussi mêlés ès villes avec les assiégés. »

En un mot, notre grand chirurgien militaire était digne du souvenir du général de la grande armée; il l'est aussi celui de la France.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

PARIS. — IMPRIMERIE ÉVERAT ET COMPAGNIE, RUE DU CADRAN, N° 16.